



Ayez le respect des Livres

BIBLIOTHEQUE  
DE LA  
FACULTE DE MEDECINE

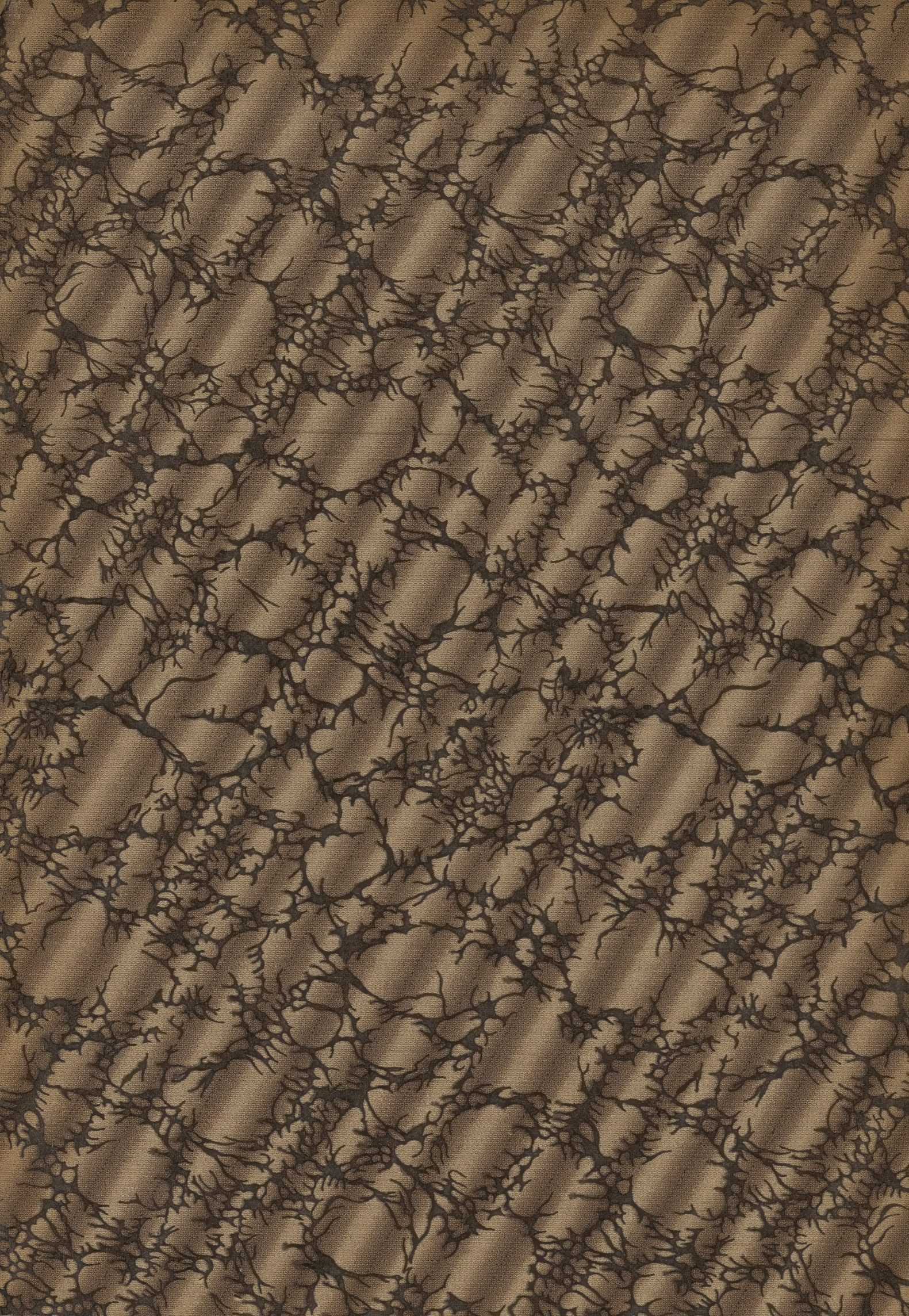
Salles de Lecture

Remettez ce livre à sa place  
après consultation

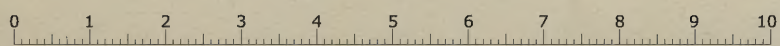






















90130

GAZETTE DES HOPITAUX, 1935, n° 104. — *Supplément.*

LANCETTE FRANÇAISE

# GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

1935



PARIS

SOCIÉTÉ GÉNÉRALE D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION

17, RUE CASSETTE, 17

*Le Directeur-gérant : D<sup>r</sup> François LE SOURD.*



LANCETTE FRANÇAISE

# GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

---

CENT HUITIÈME ANNÉE

1935

---



90130

PARIS

BUREAUX D'ABONNEMENT : 49, RUE SAINT-ANDRÉ-DES-ARTS (6°)

PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

---

1935







*La Lancette Française*

# GAZETTE DES HOPITAUX

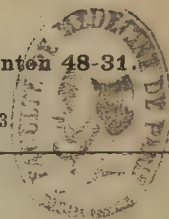
CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6°. Tél. : Danton 48-31.

PUBLICITE : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6°) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.



## PRIX DE L'ABONNEMENT

## FRANCE

3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.

*Etudiants* : 25 francs par an.

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

## ETRANGER

Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.

Tous les autres pays : 75 francs.

## SOMMAIRE

## TRAVAUX ORIGINAUX

*Erythème noueux et tuberculose infantile*, par M. le professeur P. LEREBoullet.

## CONGRÈS

*Calendrier des Congrès médicaux et des différentes manifestations médicales.**Prochains centenaires.**Croisières et voyages médicaux.*

## SOCIÉTÉS SAVANTES

*Société médicale des hôpitaux.*

## LIVRES NOUVEAUX

## NOTES POUR L'INTERNAT

*Orchites aiguës. Causes. Signes. Diagnostic.*

de 9 h. à midi, à l'Hôtel-Dieu de Paris, sous la présidence de M. le doyen Roger, et seront consacrées à l'*avenir des hyper-tendus*.

**HOMMAGE A CLAUDE BERNARD.** — Le dimanche 6 janvier 1935 l'assemblée française de médecine générale rendra un hommage à Claude Bernard :

A 15 h. 30, au Collège de France, dans l'amphithéâtre de médecine, réception par M. Joseph Bédier, de l'Académie française, administrateur du Collège de France, et M. André Mayer, professeur au Collège de France, Evocation du Maître par son disciple, le professeur d'Arsonval, membre de l'Institut et de l'Académie de médecine, et par le professeur Henri Roger, doyen honoraire de la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine.

**GALA DE LA MÉDECINE.** — Le Comité des Fêtes des étudiants en médecine offre, avec le généreux concours des spécialités pharmaceutiques le Gala de la médecine le 9 février 1935, de 22 h. à 2 h. du matin, à la salle d'Iéna, 10, avenue d'Iéna.

Les plus grands artistes de Paris assisteront à cette fête. Les médecins, pharmaciens, dentistes et étudiants peuvent demander le nombre d'invitations gratuites qu'ils désireront au docteur Delaunay, 25, avenue d'Eylau, à Paris (XVI°).

**AMPHITHÉÂTRE D'ANATOMIE.** (M. le docteur Maurice Robineau, directeur des travaux scientifiques.) — Un cours d'opérations chirurgicales (chirurgie ophtalmologique), en dix leçons, par MM. les docteurs Magitot, Bollack et E. Hartmann, ophtalmologistes des hôpitaux, commencera le lundi 4 février 1935, à 14 h., et continuera les jours suivants, à la même heure.

Droit d'inscription : 350 fr.

Se faire inscrire : 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (V°).

## INFORMATIONS

**CITATION A L'ORDRE DE LA NATION.** — Le gouvernement cite à l'ordre de la nation le professeur Charles Grandclaude, sous-directeur au Centre anticancéreux de la région du Nord, mort victime de son dévouement professionnel et scientifique, d'une septicémie contractée au cours de ses recherches sur le traitement du cancer.

**SOCIÉTÉ DE PROPHYLAXIE CRIMINELLE** [4, rue Cabanis, Paris (XIV°)]. — Dans une importante réunion tenue au ministère de la Justice et présidée par M. Pernot, garde des Sceaux, assisté de M. Justin Godart, sénateur, ancien ministre, président d'honneur, et du docteur Toulouse, président, la Société de prophylaxie criminelle a pris l'initiative de créer une Fédération internationale groupant les organismes d'études pour la prévention du crime.

Après un exposé du docteur Toulouse et des interventions des professeurs Henri Claude et Donnedieu de Vabres, les délégués étrangers, le professeur Weygandt (Allemagne), le docteur Vervaeck (Belgique), le professeur L. Ribeiro (Brésil) et le professeur di Tullio (Italie) ont apporté la complète adhésion de leurs pays au mouvement dont le but est, ainsi que l'a dit le ministre, la recherche et la mise en œuvre des moyens propres à prévenir le crime pour n'avoir pas à le punir.

**ASSEMBLÉE FRANÇAISE DE MÉDECINE GÉNÉRALE.** — Les prochaines assises auront lieu le dimanche 6 janvier 1935,

## EXTRAIT DE MALT FRANÇAIS DÉJARDIN

Bière de Santé - Eupeptique - Galactagogue



Le registre d'inscriptions est clos deux jours avant l'ouverture du cours.

Ce cours n'aura lieu que s'il réunit un minimum de six inscriptions.

**NÉCROLOGIE.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Charles Grandclaude, professeur à la Faculté de médecine de Lille, sous-directeur du Centre anticancéreux de la région du Nord, décédé le 26 décembre dans sa 43<sup>e</sup> année, des suites d'une blessure opératoire survenue en soignant un malade contagieux.

## LIVRES NOUVEAUX

### Recherches expérimentales sur quelques esters de choline

(1), par M. VILLARET, professeur à la Faculté de médecine de Paris ; L. JUSTIN-BESANÇON, médecin des hôpitaux de Paris, et R. CACHERA, chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris.

Depuis que le professeur Maurice Villaret et L. Justin-Besançon ont introduit en thérapeutique les esters de la choline, ceux-ci ont été l'objet, dans ces dernières années, d'innombrables travaux cliniques. Or, le livre qui paraît aujourd'hui reste purement expérimental, fournissant ainsi au clinicien des bases solides de diagnostic et de traitement.

Essentiellement fait de recherches personnelles, ce volume constitue l'exposé d'un nombre considérable d'expériences originales, appuyées sur une centaine de tracés et de tableaux, fruits de dix ans de recherches au laboratoire. Ce livre n'a donc rien d'une revue générale.

C'est ainsi qu'on n'y trouvera pas la bibliographie, même incomplète, de la question ; de même, certains chapitres ont été volontairement omis, parce que les auteurs n'avaient pas à y apporter de contribution personnelle.

C'est ainsi, encore, que seuls les esters *vagomimétiques* de la choline se trouvent étudiés.

La première partie est consacrée aux recherches expérimentales sur l'animal. Les études sur l'appareil cardio-vasculaire occupent la première place, puisque ce sont celles-ci qui constituent un des points fondamentaux de l'emploi thérapeutique des esters choliniques. Puis viennent les recherches sur l'appareil respiratoire, entièrement originales. Sont ensuite présentées les études sur la musculature lisse, les sécrétions, l'équilibre humoral, les substances synergiques et antagonistes des esters de la choline, avec quelques aperçus d'hydrologie expérimentale.

Les dernières pages de ce chapitre s'attachent à deux grands problèmes : comment les esters de la choline sont-ils détruits dans l'organisme ? D'autre part, possèdent-ils un rôle humoral ?

Dans ces différentes classes d'études, les auteurs s'appuient sur nombre d'expériences inédites, poursuivies les unes avec l'acétylcholine, d'autres avec la méthylacétylcholine, la bromocholine, la carbaminoylcholine, la formylcholine, etc.

La deuxième partie du livre est consacrée aux recherches expérimentales chez l'homme. Celles-ci restent purement physiologiques. Un premier chapitre est consacré aux conditions pharmacodynamiques et physiologiques qui rendent possible l'emploi de l'acétylcholine chez l'homme.

(1) In-8 de 254 pages avec 79 tracés. — Prix : 38 fr. — Paris, Masson et Cie.

Un deuxième chapitre est réservé aux effets physiologiques déterminés sur le système vasculaire, l'appareil respiratoire et les sécrétions de l'homme par l'ester acétique de la choline. Un chapitre général concerne les effets de la méthylacétylcholine, que les auteurs ont été les premiers à introduire en clinique humaine.

Chaque chapitre se termine par des conclusions précises, et un index alphabétique permet au lecteur de se retrouver facilement dans ce domaine un peu sévère de la pharmacodynamie, cette science nouvelle dont la clinique reconnaît chaque jour davantage les services.

L. G.

**Vie et rajeunissement. Une nouvelle méthode générale de traitement et mes expériences de rajeunissement de Bologne et de Paris (1),** par le Dr Francesco CAVAZZI. Préface du prof. Charles RICHEL, de l'Institut.

Nous ne saurions mieux faire que de répéter ce qu'a écrit M. le professeur Charles Richet :

« C'est une nouvelle méthode générale de traitement, qui remplace, selon les conditions naturelles des sécrétions internes, celle de Brown-Séquard et de d'Arsonval par les extraits glandulaires.

« J'attire sur elle toute l'attention des savants.

« On connaissait la sérothérapie d'immunisation, que j'ai fondée en 1888. Voici que M. Cavazzi introduit dans la science la sérothérapie endocrinienne.

« Mais il a voulu donner aussi la preuve expérimentale de sa nouvelle méthode générale de traitement, en ce qui concerne une glande, le testicule, en partant du principe que les énergies organiques, chez le mâle, dépendent du testicule. Alors il a pris le sang testiculaire efférent d'animaux jeunes et sains, et étant donné, comme il le dit, que les hormones devaient se trouver dans le sérum, il a obtenu ce sérum et l'a injecté sous la peau d'hommes affaiblis par l'âge et par le travail. Les résultats ont été étonnants. C'est le fruit d'idées exactes et très heureuses.

« Ainsi Cavazzi a pu, par des moyens naturels, redonner les énergies organiques aux hommes affaiblis par l'âge et par le travail, c'est-à-dire les rajeunir. Certes, sa méthode est bien supérieure à celle de Voronoff et à toute autre méthode de rajeunissement, de revigoration, de restauration des énergies, etc., connues jusqu'à ce jour ».

L. G.

**Introduction à la chirurgie réparatrice,** par E.-E. LAUWERS (de Gand). Préface du professeur OMBRÉDANNE. Un volume de 80 pages. — Prix : 18 fr. — Paris, Masson et Cie.

**Thérapeutique hydro-climatologique des maladies du rein et des voies urinaires,** par A. LEMIERRE et L. JUSTIN-BESANÇON, In-8° de 136 pages avec figures. — Prix : 20 fr. — Paris, Masson et Cie.

(1) In-8 de 88 pages avec 47 photographies en 17 planches hors texte. — Prix : 22 fr. — Paris, G. Doin et Cie.

**PULVEOL**  
ANTISEPSIE DU CARREFOUR AÉRO-DIGESTIF  
POUDRE et PASTILLES  
Littérature et Echantillons : 10, Impasse Milord, Paris (18<sup>e</sup>)

Toux  
Ossané

**IODEINE MONTAGU**

**QUATAPLASME**

du Dr LANGLEBERT  
PANSEMENT COMPLET  
Phlegmasies, eczémas, brûlures, etc.

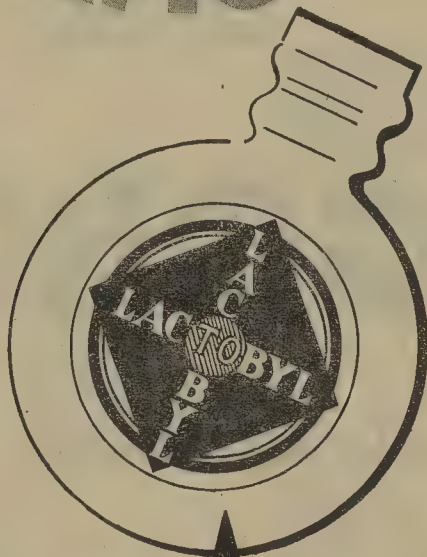


# CONSTIPATION

## REEDUCATEUR DE L'INTESTIN

AUCUNE ACCOUTUMANCE

LABORATOIRES LOBICA  
46, AVENUE DES TERNES — PARIS



### à base de :

SELS BILIAIRES  
POUDRE DE GLANDES INTESTINALES  
CHARBON POREUX  
FERMENTS LACTIQUES  
POUDRE DE LAMINARIA FLEXICAULIS  
POUR 1 COMPRIMÉ

**1 à 6 comprimés par jour  
aux repas ou au coucher**  
Commencer par deux comprimés

# LACTOBYL

# QUINBY

QUINIO BISMUTH "formule AUBRY"

et

# SYPHILIS

# QUINBY SOLUBLE

INDOLORE - INCOLORE PROPRE - INJECTION FACILE

Adopté par :

L'Assistance-  
Publique —  
Les Ministères  
de l'Hygiène et  
des Colonies.

LABORATOIRES

## AUBRY

62, rue Erlanger

PARIS 16<sup>e</sup>

Téléphone : JASMIN 33-44

**QUINBY** EST EGALEMENT EFFICACE

CONTRE LA **TYPHOÏDE**

**QUINBY** EST ENCORE INDIQUÉ CONTRE

LA FIÈVRE DE **MALTE**



TROUBLES  
DU  
MÉTABOLISME  
PHOSPHO-CALCIQUE

RACHITISME

OSTÉOMALACIE  
DÉCALCIFICATION  
FRACTURES

CARIES DENTAIRES  
GROSSESSE LACTATION  
CONVALESCENCE

# ERGORONE

SOLUTION HUILEUSE  
RENFERMANT  
0,015 POUR 100 DE

VITAMINE D CRISTALLISÉE

*Soit 6000 unités  
internationales par cc  
200 unités interna-  
tionales par goutte*

MÉDICATION D'UNE POSOLOGIE PRÉCISE

CONTRÔLÉE  
PHYSIQUEMENT ET  
BIOLOGIQUEMENT

SOCIÉTÉ PARISIENNE  
D'EXPANSION CHIMIQUE

**SPECIA**

MARQUES POULENC FRÈRES  
ET USINES DU RHÔNE  
21, RUE JEAN GOUJON-PARIS

# CINNOZYL

SOLUTION HUILEUSE DE  
CINNAMATE DE BENZYLE  
CHOLESTÉRINE, CAMPHRE

PRÉTUBERCULOSE,  
TRAITEMENT ADJUVANT  
DES TUBERCULOSES MÉDICALES  
ET CHIRURGICALES

AUGMENTE LA CHOLESTÉRINÉMIE

De 1 à 2 ampoules  
par jour ou  
tous les 2 jours.  
Séries de 15  
à 20 injections.  
Boîte de 8 ampoules  
de 5 cc.

AMÉLIORE L'ÉTAT GÉNÉRAL, AIDE À METTRE L'ORGANISME  
EN ÉTAT DE RÉSISTANCE VIS-A-VIS DE L'INFECTION BACILLAIRE  
INJECTIONS sous-cutanées INDOLORES ou intramusculaires  
Aucune réaction Pas de contre-indications

: : LABORATOIRES CLIN, COMAR & C<sup>ie</sup>, 20, rue des Fossés-St-Jacques, PARIS : :



## ÉRYTHÈME NOUEUX ET TUBERCULOSE INFANTILE<sup>1</sup>

Par M. le professeur P. LEREBoullet.

L'érythème noueux ou dermatose contusifforme, connu depuis Willan, est résumé par ces deux dénominations car :

1° Il est caractérisé par des nodosités enchâssées dans le derme et sous le derme ;

2° L'aspect de la peau qui les revêt est analogue à celui d'une surface contuse.

Étudiée par Trousseau et classée par lui près des fièvres éruptives, voici des années que cette « petite maladie » très bénigne à l'habitude, est un important sujet de discussion, depuis surtout que, comme l'a dit Chauffard, nous sommes « entrés dans la recherche des pathogénies ». Car cette petite affection, cette petite maladie, peut s'accompagner de symptômes surajoutés graves, elle peut notamment être suivie de tuberculose évolutive aiguë. Actuellement encore cette « maladie de rien » continue à déclencher des discussions et des polémiques, qui sont les mêmes qu'il y a vingt et trente ans. Ce qui domine en effet ces controverses, c'est le rôle que peut jouer dans sa production et son évolution la tuberculose.

Je voudrais, à propos de cas suivis dans ce service, reprendre devant vous cette question si débattue et qui est particulièrement intéressante chez l'enfant. Auparavant il me semble nécessaire de préciser quelques points.

1° L'érythème noueux n'est pas l'érythème polymorphe et ne doit pas être confondu avec lui. Évidemment on trouve parfois dans l'érythème polymorphe des éléments noueux. Mais avec la plupart des dermatologistes, avec les pédiâtres, il faut les considérer comme des espèces nosologiques distinctes.

2° L'érythème noueux n'est pas une manifestation rhumatismale. Certes on peut rencontrer parfois au cours d'un rhumatisme des manifestations cutanées caractérisées par des nouures, certes l'érythème noueux peut s'accompagner de douleurs articulaires. Mais il ne doit pas être considéré comme une manifestation du rhumatisme articulaire aigu vrai, de la maladie de Bouillaud.

3° L'érythème noueux peut être la manifestation d'une tuberculose évolutive. Des coïncidences cliniques, des constatations anatomopathologiques et bactériologiques ont été de longue date invoquées en faveur de cette théorie tuberculeuse de l'érythème noueux que formulait nettement il y a près de 30 ans, en 1907, le professeur Landouzy : « Nombre d'érythémateux noueux sont logés à la même enseigne que maints pleurétiques, asthmatiques, anémiques, typhiques non éberthiens, etc., les uns et les autres étant, pour la plupart, des tuberculeux frustes, des tuber-

culeux atypiques... Il importe donc d'étudier par toutes les méthodes de diagnostic, les érythèmes noueux dont aucune toxi-infection autre que la tuberculose ne fournirait la raison. »

Ce rôle de la tuberculose, on ne tarda pas à essayer de le prouver et les recherches de Poncet, Pons et Dor tentèrent de lui donner une base anatomique, mais, jusqu'en 1910, aucune preuve bactériologique formelle n'avait été donnée, l'inoculation du cobaye était restée négative et seul un cas de Landouzy et Lœderich dans lequel deux bacilles de Koch furent trouvés à l'examen microscopique d'une nodosité prérotulienne apportait un argument en apparence probant en faveur de cette origine tuberculeuse de l'érythème noueux.

Avec mon ami Faure-Beaulieu, j'ai à cette époque fait une étude complète de cette question dans une revue générale (1), qui, après la thèse importante de Mallein, groupait et discutait tous les faits alors invoqués pour soutenir la théorie tuberculeuse de l'érythème noueux. Dix ans plus tard une nouvelle série de travaux furent publiés sur cette question (1920-1922), qui, après dix autres années, est revenue encore à l'ordre du jour. Chaque fois de nouveaux arguments ont été apportés en faveur des relations entre la tuberculose et l'érythème noueux. Chaque fois des controverses se sont élevées, empêchant de considérer l'origine tuberculeuse de l'érythème noueux comme définitivement établie. Il semble toutefois qu'à l'heure actuelle la question soit presque complètement élucidée.

Je vous rappellerai d'abord les arguments que je résumais en 1911 avec Faure-Beaulieu.

1° **Faits cliniques.** — « Ils peuvent se présenter sous deux aspects différents : ou bien on voit l'érythème noueux évoluer chez un malade qui est et qui était un tuberculeux avéré ; ou bien on voit, au déclin d'un érythème noueux apparu chez un individu jusque-là en apparence indemne de tuberculose, se déclarer une tuberculose aiguë ou chronique.

Les faits du premier genre sont les plus anciennement décrits, mais non les plus fréquemment observés (Uffelmann 17 cas, Bès, Pons, Landouzy, 4 cas). « Plus souvent rapportés, sans doute parce que plus frappants et plus suggestifs, sont les cas qui ressortissent au second processus. Ils sont si nombreux qu'il faut renoncer à les citer. Il convient cependant de faire observer qu'avec une fréquence très remarquable, la tuberculose qu'on voit se déclarer à la suite de l'érythème noueux prend les allures de la tuberculose miliaire aiguë, ou surtout de la méningite tuberculeuse (Oehme, Goldscheider, Schmitz, Kuhn, Marfan, Hallé, Sorel, etc.). Mais toutes les autres formes peuvent être revêtues par la tuberculose consécutive à l'érythème noueux : tel le cas publié par Marfan d'un enfant atteint d'érythème noueux en mars 1908, puis de rougeole avec néphrite hémorragique, puis, en octobre 1908, de tuberculose ulcéreuse du poumon droit avec hémoptysie. Tel un autre cas, que mon élève

(1) Leçon faite à l'Hospice des Enfants-Assistés (Clinique Parrot, avril 1934) et recueillie par M. Gavois, interne du service.

(1) P. LEREBoullet et FAURE-Beaulieu. L'érythème noueux. Revue générale, in *Paris Méd.*, 24 décembre 1910.



Marcel Ferrand m'avait, à cette époque, communiqué, d'une pleurésie gauche suivant de quelques semaines l'évolution d'un érythème noueux, ou encore celui de Franceschi dans lequel une tumeur blanche du genou évolua sur le membre qui venait de présenter une dermatite contusiforme.

**2° Faits anatomo-pathologiques.** — Les données invoquées en 1911 reposaient sur les constatations faites par Pons et Dor, élèves de Poncet, de nombreuses cellules épithélioïdes et d'une cellule géante dans une nodosité sous-cutanée, mais le cas d'érythème noueux observé par eux n'était pas un fait typique et s'apparentait à l'érythème induré. Et Mallein, constatant lui aussi des cellules géantes, les interprétait tout autrement, invoquant la durée de l'inflammation et niant l'existence de véritables follicules tuberculeux.

**3° Faits bactériologiques.** — Les documents étaient alors épars et disparates. Nous ne relevons avec Faure-Baulieu qu'un cas de Hildebrandt tuberculisant le cobaye par l'inoculation du sang d'un malade atteint d'érythème noueux typique, les cultures restant toutefois négatives ; cette constatation montrait la tuberculose du sujet et non pas la nature tuberculeuse de l'érythème. L'observation de Landouzy et Lœderich que je vous ai citée et dans laquelle furent constatés au microscope deux bacilles tuberculeux dans une nodosité était, elle aussi, loin d'être démonstrative.

**4° Faits physiopathologiques.** — Dès 1908 on avait appliqué à l'étude de l'érythème noueux les procédés nouveaux de diagnostic humoral de la tuberculose par la tuberculine. Pons avait montré que l'*injection sous-cutanée de tuberculine* provoquait l'apparition de fluxions articulaires, de phénomènes méningés et d'érythème noueux chez un sujet atteint antérieurement d'érythème noueux, Landouzy et Lévy-Fraenkel avaient constaté dans l'érythème noueux l'*ophtalmoréaction* positive, Marfan avait relevé la réaction positive de la *cuti-réaction* tuberculinique dans six cas. Mais c'est surtout l'*intradermo-réaction* de Mantoux qui fut alors intéressante à étudier. « Frappés de la ressemblance objective parfaite que présentent certaines de ces réactions nodulaires intradermiques avec l'érythème noueux », Chauffard et Jean Troisier eurent l'idée de rechercher quelles réactions on obtiendrait, en cas d'érythème noueux. Ils firent à trois reprises l'expérience chez une femme âgée de 18 ans et « chaque fois la réaction fut positive, provoquant en 24 heures l'apparition locale d'une tache érythémateuse qui très rapidement devint un noyau infiltré, indolent, rose vif d'abord, puis violacé et de teinte progressivement atténuée, presque ecchymotique à la fin de son évolution. Comme contre-épreuve on injecte une goutte de solution saline physiologique ; le résultat est négatif ». La reproduction expérimentale de l'érythème noueux semblait ainsi obtenue. Peu après, Laignel-Lavastine apportait des résultats analogues et j'insistais moi-même sur l'analogie de la nodosité de l'érythème noueux et de celle de l'intradermo-réaction. Carnot, Barbier et Lian, Mallein font

les mêmes observations. Mais Carnot insiste en outre sur ce point que les nodosités produites sont typiques aux membres, alors qu'on n'en obtient pas sur la paroi abdominale, territoire habituellement indemne d'érythème noueux. Il y a donc des prédispositions et des immunités régionales dans la localisation élective des processus morbides.

La valeur de ces faits en apparence démonstratifs a pourtant été discutée dès ce moment par Thibierge et Gastinel, et de nombreux auteurs. Peut-être, disaient-ils, s'agit-il seulement de susceptibilité individuelle, de « réactivité » de sujet et ils apportaient des faits montrant que d'autres toxines, d'autres substances pouvaient donner des lésions cutanées semblables aux lésions spontanées de l'érythème noueux.

Ceci est vrai dans une certaine mesure, mais n'est pas une loi absolue.

C'est ainsi que j'ai publié avec St-Girons un cas d'érythème noueux dans lequel la *réaction était positive à la tuberculine et négative avec d'autres substances irritantes*.

Dans deux autres cas d'érythèmes noueux, aucune réaction à la tuberculine ne put être observée. Ces derniers faits, rapprochés d'autres, empêchaient donc de conclure que tout érythème noueux en apparence spontané est tuberculeux au même titre qu'une pleurésie par exemple.

Pourtant le problème de la nature tuberculeuse de l'érythème noueux était posé par toutes ces constatations cliniques et physiopathologiques. Il s'affirmait par les constatations de P. Courmont, Levy et Charlet, celles de Sézary insistant sur la fréquence de la méningite tuberculeuse à la suite de l'érythème noueux, celles surtout de Landouzy, Laederich et Ch. Richet. Ces auteurs en effet publient en 1913 un cas d'érythème noueux avec fièvre, endocardite et arthralgies, évoluant en même temps qu'une poussée de congestion pulmonaire au sommet droit ; dans la lumière d'un vaisseau enflammé ils trouvent un bacille tuberculeux ; l'inoculation d'un fragment du nodule est positive, mais celle du sang est négative.

Donc, dès cette période 1910-1913, de nombreux cas d'érythème noueux semblent liés à la tuberculose, Mais d'autres sont non moins certainement dus à d'autres infections : septicémies à streptocoque, à méningocoque, à bacilles d'Eberth, parfois à la syphilis. Il en est également où la négativité de toutes les réactions à la tuberculine permet d'écarter le rôle de la tuberculose. Aussi concluais-je alors avec Faure-Baulieu qu'« il en est de l'érythème noueux comme de maint autre syndrome en rapport fréquent avec la tuberculose : s'il doit faire penser toujours à celle-ci, elle ne doit être affirmée dans un cas donné qu'à bon escient et lorsqu'une autre cause n'est pas manifeste ».

Depuis ces conclusions, d'autres techniques sont venues, au premier rang desquelles la radioscopie et la radiographie. Nos conceptions sur la tuberculose et son début, sur les caractères de la primo-infection chez l'enfant et chez l'adulte, se sont précisées et l'étude de l'érythème noueux a pu être reprise. Le problème nettement posé dès la période de 1910-1913 a été mieux posé et les relations de l'érythème noueux et de la primo-infection tuberculeuse ont été l'objet



d'analyses serrées et assez satisfaisantes pour l'esprit.

Quelques cas récents vont me permettre, avant de continuer l'exposé de cette discussion, de l'illustrer de faits cliniques, tels que vous en observerez dans un service d'hôpital actif plusieurs cas chaque année:

OBSERVATION I. — Une enfant, Christiane B..., de Houilles, née le 5 novembre 1925, est suivie à notre consultation depuis le 1<sup>er</sup> février 1930 pour des troubles divers : vomissements, accidents intestinaux, eczéma de la face. Elle subit au mois de décembre 1931 l'ablation des végétations adénoïdes et l'amygdalectomie. Aucune manifestation de tuberculose cliniquement apparente. Le 26 octobre 1933, elle est amenée à mon collaborateur Baize parce que, depuis plusieurs jours, elle a une température à 40°, tousse un peu, maigrit. Son poids est de 20 kilogr. 500. L'examen révèle alors une *légère poussée d'érythème noueux*, une nouure à la jambe gauche, deux autres plus marquées à la jambe droite. Aucun signe objectif par ailleurs, notamment examen négatif de l'appareil respiratoire, mais fièvre élevée. *Cuti-réaction très fortement positive*. Radiographie montrant au hile gauche une ombre marquée à contours nuageux débordant largement l'ombre cardiaque. Cette image semble en grande partie parenchymateuse et réalise le complexe ganglio-pulmonaire si souvent décrit par les auteurs actuels. Du côté droit, réaction analogue, mais moins marquée. Cette constatation radiologique rapprochée de la cuti-réaction permet de conclure à une primo-infection tuberculeuse prédominant au hile gauche, vraisemblablement responsable de la fièvre et de la poussée d'érythème noueux. Cette fièvre s'atténue assez vite, l'érythème noueux disparaît et l'enfant est en apparence guérie. Une nouvelle radiographie faite quelques semaines plus tard montre une régression relative des manifestations ganglionnaires. Par mesure de prudence, l'enfant va achever sa convalescence dans un sanatorium d'enfants à Leysin. Voilà un cas presque schématique d'érythème noueux coïncidant avec une primo-infection tuberculeuse chez l'enfant. L'origine de celle-ci est d'ailleurs assez facile à relever, l'enfant vivant avec une grand-mère tuberculeuse qui a présenté des hémoptysies.

Obs. II. — Notre deuxième cas concerne une jeune enfant, Odette C..., suivie par mon collaborateur Bohn dans le service depuis quelque temps avec un état général touché, une température irrégulière, quelques manifestations abdominales et notamment une sensibilité appendiculaire, chez laquelle, le 22 novembre 1932, apparurent sur les membres inférieurs une série de nouures révélatrices d'un érythème noueux, qui disparurent en trois à quatre jours. La température revient à la normale, la guérison apparente survient. La cuti-réaction est franchement positive. La radiographie montre à droite une ombre ganglio-pulmonaire relativement discrète et non franchement évolutive comme dans le cas précédent. Néanmoins, rapprochée de la cuti-réaction et des signes cliniques, elle tend à appuyer le diagnostic de primo-infection tuberculeuse avec évolution fébrile temporaire et érythème noueux. L'enfant, revue récemment, le 6 octobre 1933, continue à se bien porter.

Obs. III. — Notre troisième cas concerne une enfant de 7 ans, Jeanne B..., hospitalisée salle Giraldès et suivie par M. Baize. Elle présentait à son entrée un érythème noueux très marqué, accompagné de taches purpuriques évidentes. L'enfant venait d'un milieu tuberculeux. Les gros nodules d'érythème, d'âge différent, plusieurs d'aspect contusif, s'accompagnaient de gonflement douloureux des membres. La cuti-réaction était franchement positive. La radiographie montrait des deux côtés une opacité ganglio-pulmonaire manifeste réalisant le complexe auquel j'ai déjà fait allusion. L'érythème noueux avait été la première manifestation, le

purpura n'était apparu que secondairement. La guérison survint régulièrement et l'enfant sortit en belle santé apparente.

Obs. IV. — Ce cas est à mon sens le plus significatif. Il s'agit d'une fillette, Jeannine L..., née le 26 novembre 1929 et suivie depuis l'âge de 11 mois, pesant alors 8 kg. 900. Cette enfant est née d'un père tuberculeux ayant eu une hémoptysie, sans expectoration bacillifère constatée, sans signes radiologiques importants, mais avec laryngite chronique ; l'enfant a reçu à sa naissance (elle pesait 2 kg. 900) par ingestion trois doses de BCG, le deuxième, le quatrième, le sixième jour. Deux cuti-réactions faites le 22 et le 26 décembre 1930 furent négatives. L'enfant reçut à l'âge de 13 mois, le 29 décembre 1930, une injection intramusculaire dans la fesse droite d'un centième de milligramme de BCG. Suivie dans nos consultations pour divers incidents peu importants (troubles digestifs, anorexie légère, toux passagère sans bronchite, anémie, etc.), elle présente à près de deux ans, le 20 octobre 1931, une *cuti-réaction négative*. Un mois plus tard, le 28 novembre 1931, en pleine poussée dentaire, son état général est satisfaisant, mais elle a de la fièvre depuis plusieurs jours sans signes pulmonaires, ni digestifs, et trois jours après sont constatés des éléments d'érythème noueux dont un gros au-dessus du genou, l'enfant est pâle, anorexique mais la fièvre tend à décroître. La radiographie faite le 1<sup>er</sup> décembre montre au niveau du hile droit une image arrondie à contour nuageux réalisant le tableau du complexe ganglio-pulmonaire ; à gauche quelques taches moins accentuées au niveau du hile. La *cuti-réaction est fortement positive*. La fièvre a disparu dès le 2 décembre, l'enfant se porte bien et rapidement l'érythème noueux disparaît. Quelques jours après, l'enfant a repris du poids, a de l'appétit, mais reste encore anémique. On ne perçoit chez elle aucun signe thoracique. A la fin de décembre (le 19), varicelle légère, sans signes pulmonaires. Progressivement l'enfant va mieux, se développe régulièrement et malgré quelques incidents (troubles digestifs, prurigo, rhinopharyngite, angine) ne paraît plus présenter traces de l'épisode fébrile et ganglio-pulmonaire du début de décembre. De fait l'examen radiologique fait en mai 1932 montre une régression notable de l'infiltration du parenchyme pulmonaire droit, avec disparition du nuage périphérique et apparition de taches ganglionnaires calcifiées. Le 11 octobre toute infiltration parenchymateuse a disparu, seules persistent les calcifications ganglionnaires. En janvier 1933 l'enfant part dans la Creuse en bon état et les nouvelles reçues depuis sont bonnes. Donc il s'agit d'une enfant indemne de tuberculose jusqu'à l'âge de 2 ans, vaccinée régulièrement au BCG, qui, du fait d'une agression bacillaire virulente, fait à la fin de novembre 1931 une primo-tuberculose ganglio-pulmonaire avec réaction fébrile et érythème noueux, qui guérit vite et ne laisse qu'un minimum de traces radiologiques. Ce cas sans doute prêterait à des discussions au sujet de l'immunité conférée par le BCG. Elle me paraît évidente, lorsqu'on constate la rapidité et la netteté de la guérison après cette agression virulente. Mais, laissant de côté ce point, je ne retiens ici que la coïncidence de la poussée évolutive avec l'apparition de l'érythème noueux, celui-ci étant certainement une des manifestations de celle-là. La contagion était certainement maternelle, la mère a fait depuis une évolution bacillaire avec hémoptysie en janvier 1933, qui a nécessité son placement rapide en sanatorium.

Je pourrais vous citer encore d'autres observations empruntées à ma pratique personnelle. Le 30 avril 1930 je vois, avec mon collègue Bigart, deux enfants pris simultanément depuis quelques jours d'une fièvre d'allure typhoïde qui fait craindre une poussée de tuberculose aiguë, malgré l'absence de toute tuberculose dans la famille ; quelques jours après un



troisième enfant est pris non moins brutalement et fait un érythème nouveau. De ces trois enfants l'un, le plus jeune, après une rémission, fait une méningite tuberculeuse mortelle. Les deux autres, dont celui atteint d'érythème nouveau, se remettent, mais présentent à la radiographie des signes de tuberculose ganglio-pulmonaire et l'enquête montre que la contagion est le fait d'une nourrice, bronchitique et bacillaire latente, qui les a contaminés en janvier de la même année. Ici encore l'érythème a coïncidé avec la primo-infection tuberculeuse.

J'ai de même vu il y a trois ans un jeune polytechnicien faisant une forte poussée d'érythème nouveau, chez lequel je ne pus alors faire l'examen radiographique, mais 18 mois après une hémoptysie venait souligner la signification de l'érythème nouveau, manifestation chez lui de primo-infection tuberculeuse.

Vous avez ainsi quelques exemples (je pourrais les multiplier) qui vous montrent bien les étroites relations de l'érythème nouveau infantile et d'une tuberculose évolutive. Voyons maintenant quels sont les travaux qui, depuis ceux que je vous ai relatés, ont permis de préciser les caractères et la signification de l'érythème nouveau (1).

On peut classer en deux périodes l'effort poursuivi par les chercheurs sur la signification de l'érythème nouveau. Une première série de travaux s'étage autour de 1921 et peut être groupée autour de la curieuse et intéressante thèse présentée à Lausanne par Ernest Gueissaz (2). Une seconde série date de 1929 et 1930 et s'échelonne autour des travaux de Ernberg et de Wallgren en Suède, de celui de Léon Bernard et Paraf en France sur l'érythème nouveau, manifestation de primo-infection tuberculeuse et de tous ceux qui l'ont suivi.

Gueissaz se base sur 300 observations recueillies à la Polyclinique de Lausanne de 1900 à 1920. Il relève que l'érythème nouveau n'est pas une maladie fréquente : 1 cas sur 1.000 cas de polyclinique, qu'il atteint plus les filles que les garçons (3 filles pour un garçon). C'est également mon impression. Il constate une certaine influence saisonnière, l'érythème nouveau s'observant plus souvent au printemps et au mois de mai, le minimum des cas ayant lieu l'été, il estime, d'après des statistiques, que l'érythème nouveau serait plus fréquent au cours des années pluvieuses. La prédisposition familiale lui paraît nette et il relève 13 cas d'érythème nouveau dans 6 familles. A ce propos, il note que, dans trois familles, on ne trouve pas de tuberculose, que, dans trois autres, on a affaire à des tuberculeux, que par suite on ne peut tirer argument de la tuberculose pour expliquer la prédisposition familiale.

(1) Depuis que cette leçon a été faite, d'autres travaux nombreux ont été publiés parmi lesquels un fort important article du professeur Morquio de Montevideo (*Presse Médic.*, 14 mars 1934) dont les conclusions sont d'ailleurs très voisines de celles défendues ici. Il faut signaler aussi l'intéressante étude de MM. Nobécourt et Paul Ducas sur l'érythème nouveau et la conjonctivite phlycténulaire (*Presse Méd.*, 4 avril 1934).

(2) E. GUEISSAZ. L'érythème nouveau, Thèse de Lausanne, Fayot, 1921.

Il note encore des cas de contagion d'érythème nouveau et en relate huit exemples manifestes, cinq entre membres d'une même famille et trois entre voisins. Ces faits peuvent être rapprochés de ceux de Gendron qui, en 1920, observe à Nantes 3 cas d'érythème nouveau dans une famille de tuberculeux ; de Woringer qui observe deux cas d'érythème nouveau chez le frère et la sœur à deux jours d'intervalle ; d'Ernberg qui a observé plusieurs cas familiaux ; de Caussade, Monier-Vinard et Lafourcade qui ont vu une épidémie familiale de trois cas ; d'autres cas comme ceux déjà anciens de Brocq voyant entrer en quelques jours à Saint-Louis quatre cas d'érythème nouveau, de Guillaud observant dans un bataillon six soldats atteints à bref intervalle d'érythème nouveau, certains encore qui mettent en relief, outre la notion de contagion, celle d'épidémicité de l'érythème nouveau. Ce caractère contagieux et épidémique apparente l'érythème nouveau au zona ; comme le remarque Hallé, on en voit souvent plusieurs à la fois. Et c'est une constatation que fait également Comby.

Bien que dans certains cas, comme un cas familial de Comby, la tuberculose soit hors de doute (un des enfants meurt de méningite) il est, devant ces constatations, bien difficile de préciser la réalité et les limites de l'érythème nouveau tuberculeux, d'autant que 60 p. 100 des malades restent ultérieurement bien portants. Et c'est à la notion d'une *maladie autonome, saisonnière, contagieuse et épidémique parfois, immunisante, se manifestant chez des individus indemnes d'autres affections, mais aussi et fréquemment chez les tuberculeux et les rhumatisants* que se rallie Gueissaz, s'appuyant en partie sur une argumentation serrée de Brocq défendant, lui aussi, l'existence d'un érythème nouveau essentiel.

Peu d'années se passent et la notion du rôle de la tuberculose s'affirme à nouveau. Ce sont en France Léon Bernard et Paraf, Pic Delore et Courmont qui montrent les *relations étroites de l'érythème nouveau et de la primo-infection tuberculeuse*. C'est surtout l'école suédoise avec Wallgren et Ernberg, Nils Levin, Nicolas Joannsen qui apporte un ensemble de faits impressionnants. Wallgren sur 350 cas d'érythème nouveau (particulièrement fréquent en Suède) n'en relève que six indemnes de tuberculose et admet que « chez un enfant l'érythème nouveau équivaut à une réaction positive à la tuberculine ». Ses chiffres sont significatifs. Il observe 50 érythèmes nouveaux par an, il en est au moins 1 sur 25 enfants hospitalisés et sur 872 hospitalisés par tuberculose il trouve 213 érythèmes nouveaux. Pour prouver la réalité de la tuberculose chez eux, il pratique le lavage de l'estomac et la recherche du bacille. Or, chez 14 enfants sur 22 atteints d'érythème nouveau et à cuti-réaction positive, l'inoculation du sédiment gastrique au cobaye est positive.

Pour lui l'érythème nouveau est plus révélateur de tuberculose évolutive que l'épreuve à la tuberculine, laquelle peut coïncider avec une tuberculose guérie. Il n'apparaît nullement à un moment quelconque ; il apparaît d'ordinaire à un stade très spécial de la tuberculose, à savoir en cet instant même où la période



silencieuse et préallergique de l'incubation fait place à la première période clinique de la tuberculose. Reportez-vous à nos observations, vous verrez comme elles cadrent avec la conception de Wallgren.

Wallgren cite notamment l'exemple de 37 enfants vus par lui, exempts de tuberculose et qui, dans la suite, contractèrent un érythème noueux. Chez ces enfants l'érythème est apparu à l'instant même où l'allergie s'est établie.

Mais qu'est-ce que l'allergie ? Je n'entreprendrai pas de vous la définir. Je vous rappellerai seulement que, selon Pirquet, qui a créé le mot, c'est un « état autre » différent de celui qui existait avant l'infection et que traduit la cuti-réaction positive, substituée à la cuti-réaction négative. Devenue positive elle reste positive. Mais, les recherches de mon collègue Debré l'ont bien prouvé, la cuti-réaction ne devient pas positive dès le début de l'infection tuberculeuse, il est une période de 2 à 3 mois où elle reste négative, la *période antiallergique*. Or, Wallgren l'a montré, l'érythème noueux est parfois d'apparition plus précoce que la cuti-réaction positive. Négative lors des premières manifestations cliniques de l'érythème noueux, elle se transforme 15 jours après. L'érythème noueux est donc comme le *signal annonçant que l'enfant est ou va devenir sensible à la tuberculine*. C'est ainsi un *symptôme précoce de l'évolution tuberculeuse*. Et s'il apparaît chez un enfant déjà reconnu tuberculeux, il marque la tendance du mal à s'activer. Selon les travaux de l'école danoise, et notamment de Wallgren et d'Ernberg, l'apparition de l'érythème noueux indique donc l'infection tuberculeuse de l'enfant et permet de suspecter l'exacerbation ultérieure du processus tuberculeux ainsi révélé.

Ailleurs l'opinion est également favorable à la thèse de l'origine tuberculeuse de l'érythème noueux. Tel en Italie mon jeune collègue et ancien élève Fornara qui, assez loin pourtant des idées de Wallgren, admet que la tuberculose existe dans 95 pour 100 des cas et soutient aussi, quoique d'une manière très différente, l'hypothèse allergique.

En France, des arguments nouveaux sont apportés. MM. Paiseau, Oumansky et Ducas montrent la possibilité de démontrer l'origine tuberculeuse d'un cas d'érythème noueux en inoculant le sang du malade à un cobaye et en faisant des réinoculations en série qui permettent de mettre en relief l'existence de bacilles acido-résistants de virulence modifiée et présentant les caractères de l'ultravirus. L'enfant de 3 ans, qui servit à cette étude et avait un érythème noueux typique, était fils de parents tuberculeux et mourut ultérieurement de méningite tuberculeuse.

Arloing et Dufourt, de même, à Lyon montrent, dans des cas d'érythème noueux accompagnés de signes cliniques de typho-bacillose, des signes radiologiques d'adénopathie médiastine et obtiennent un résultat positif de l'inoculation du filtrat sanguin.

Mon collègue, le professeur R. Debré, insiste récemment sur la valeur de l'*examen radiologique systématique* des enfants atteints d'érythème noueux, examen à l'habitude révélateur de foyer de spléno-pneumonie tuberculeuse ou, selon le terme actuel, d'épi-tuberculose ou tout au moins d'une localisation pa-

renchymateuse tuberculeuse, avec ou sans participation ganglionnaire.

Enfin, il y a quelques semaines, à la *Société Médicale des hôpitaux*, MM. Troiser et Bariéty (1) publiaient quatre observations de *typho-bacillose bénigne avec érythème noueux* chez l'adulte, dans lesquelles la cuti-réaction d'abord à peine positive, lors du début de la fièvre, est devenue franchement positive avec l'apparition de l'érythème noueux et s'est accompagnée radiologiquement de l'existence du complexe ganglio-pulmonaire classique. La guérison fut dans ces cas relativement rapide et, non seulement clinique, mais radiologique ; chez deux des malades en effet on put suivre le nettoyage progressif des ombres ganglio-pulmonaires. Leur communication, qui venait confirmer les travaux antérieurs, provoqua d'assez vives discussions et de nombreux auteurs (Cathala, Marquézy, Jausion) rappelèrent que, si établie que soit actuellement la notion de l'érythème noueux, manifestation de primo-infection tuberculeuse, une place doit être laissée à l'érythème noueux de cause banale, tel que l'ont fait connaître les travaux que j'ai rappelés plus haut.

Laissons ceux-ci de côté, tout en reconnaissant leur existence certaine, mais relativement peu fréquente. Laissons aussi à part les érythèmes noueux survenant chez des tuberculeux avérés, malades depuis plus ou moins longtemps, faits certains également, mais relativement rares. Les faits personnels que je vous ai rapportés, ceux que je viens de vous citer permettent d'affirmer que l'érythème noueux est souvent la *manifestation cutanée d'une primo-infection tuberculeuse* dont la manifestation viscérale, ganglio-pulmonaire, pulmonaire, reste latente. L'érythème noueux est à cet égard comparable à la typho-bacillose, à la pleurésie franche aiguë, elles aussi manifestations de primo-infection cliniquement perceptibles alors que la lésion ganglio-pulmonaire associée n'est perceptible qu'à la radiographie. Si impressionnants que soient les faits de tuberculose aiguë grave consécutive à l'érythème noueux, il faut retenir qu'ils ne sont pas la règle, qu'au contraire le plus souvent la tuberculose est curable et que la régression et de l'érythème noueux et du complexe ganglio-pulmonaire qui l'accompagne est le plus souvent observée, avec ou sans cure climatique. Le fait de Paiseau suivi de méningite tuberculeuse, quelques autres que je vous ai cités, montrent toutefois qu'une certaine réserve s'impose dans le pronostic et rendent assez significatif le cas que je vous ai rapporté dans lequel, chez un enfant préalablement vacciné au B.C.G., l'évolution bacillaire certaine a été particulièrement rapide et suivie de guérison complète.

Les progrès de nos connaissances sur l'érythème noueux de l'enfant sont donc réels. Ils sont dus avant tout — et ce sera ma conclusion — aux *progrès de nos techniques d'exploration*. En 1910, c'est la *cuti-réaction* qui permit de mieux voir ses relations avec la tuberculose. Puis ce fut la *radiographie systématique* qui mit en lumière la grande fréquence des lésions

(1) TROISIER, BARIÉTY, de SANCTI MONALDI et NICO. *Soc. Méd. des hôpitaux*, 10 nov. 1933, et *Paris Méd.*, 6 janvier 1934.



ganglio-pulmonaires simultanées. La recherche du bacille dans le contenu gastrique, la culture du sang sur milieu de Löwenstein, l'étude du virus filtrant par inoculation en série à l'animal, sont autant de méthodes de laboratoire qui, ici comme ailleurs, ont aidé l'observation clinique. Retenez cette nécessité de préciser toujours davantage les règles de notre examen clinique et rappelez-vous une fois de plus l'utilité, dans tous les cas où on soupçonne chez l'enfant le rôle de la tuberculose, de la cuti-réaction à la tuberculine et de la radiographie systématique et périodiquement répétée. Ce sont ces méthodes qui vous permettront, si curable et bénin que soit à priori un érythème noueux, de reconnaître et d'affirmer sinon toujours, du moins dans la grande majorité des cas, l'existence d'une primo-infection tuberculeuse et d'en tirer toutes les conclusions thérapeutiques et climatiques nécessaires.

## CALENDRIER DES CONGRÈS MÉDICAUX

### DIFFÉRENTES MANIFESTATIONS MÉDICALES PROCHAINS CENTENAIRES CROISIÈRES ET VOYAGES MÉDICAUX

1935

- Janvier.** — Paris. Assises médicales. XIV<sup>e</sup> session. — Secrét. gén. : M. Godlewski, 14, rue Théodule-Ribot, Paris.
- 27 janvier-3 février.** — Paris. XV<sup>e</sup> Salon des médecins et du corps médical. Galerie des Beaux-Arts, 140, faub. Saint-Honoré. — Secrét. général : M. P.-B. Malet, 46, rue Lecourbe, Paris 15<sup>e</sup>.
- Février.** — Le Caire. Inauguration du musée Bonaparte.
- Février-mars.** — Paris. Assises médicales, XV<sup>e</sup> session.
- Mars.** — Paris. Société d'hydrologie médicale, réunion annuelle. — Secrét. gén. : D<sup>r</sup> J. Galup, 59, rue Bonaparte, Paris (6<sup>e</sup>).
- Mars.** — Montpellier. Réunion hydrologique et climatologique. — Secrét. gén. : prof. A. Puech, 32, rue Aiguillerie, Montpellier.
- 15-17 avril.** — Alger. IX<sup>e</sup> Congrès de l'association des gynécologues et obstétriciens de langue française. — Prés. d'honneur : M. Henrotay. Prés. : M. Laffont.
- 15-18 avril.** — Nice. VIII<sup>e</sup> Congrès français d'oto-neuro-ophtalmologie. — Prés. : M. Duthil ; secrét. gén. : M. Aug-Tournay, 58, rue de Vaugirard, Paris.
- 15-18 avril.** — Marseille (précédemment fixé à Rabat). VIII<sup>e</sup> Congrès national de la tuberculose. — Prés. : M. Olmer ; secrét. gén. : M. Poix ; trésor. : M. G. Masson, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.
- 23 avril.** — Lyon. LXVIII<sup>e</sup> Congrès des Sociétés savantes.
- Avril-mai.** — Paris. Assises médicales, XVI<sup>e</sup> session.
- 5-12 mai.** — Rome. IV<sup>e</sup> Congrès intern. des hôpitaux.
- 7-8 juin.** — Bordeaux. Journées orthopédiques. — Secrét. : M. Pouyanne, 103, rue Saint-Genès, Bordeaux.
- 8-10 juin.** — Salles-de-Béarn. — IV<sup>e</sup> Congrès de la Société française de gynécologie. — Prés. d'honneur : M. Doléris ; prés. : M. Guyot (de Bordeaux).
- Juin.** — Bruxelles. Journées médicales. — Secrét. gén. : M. Beckers, 141, rue Béliard, Bruxelles.
- 11-13 juin.** — Avignon. 1<sup>er</sup> Congrès des brucelloses humaines (fièvre ondulante) et animales. — Secrét. gén. : D<sup>r</sup> Jullien, à Joyeuse (Ardèche).
- 11-17 juin.** — Bruxelles. III<sup>e</sup> Congrès int. de l'aviation sanitaire.

- Juin-juillet.** — Paris. Assises médicales, XVII<sup>e</sup> session.
- 22-27 juillet.** — Bruxelles. XXXIX<sup>e</sup> Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française. — Prés. : MM. René Charpentier et de Graëne ; secrét. gén. : M. Combemale, Bailleul (Nord).
- 23-27 juillet.** — Londres. Congrès int. de la médecine d'assurance vie.
- 30 juillet-6 août.** — Bruxelles. Congrès int. de pharmacie.
- 5-10 août.** — Londres. II<sup>e</sup> Congrès neurologique international.
- 8-10 août.** — Bruxelles. 1<sup>er</sup> Congrès international de gastro-entérologie. — Secr. gén. : D<sup>r</sup> Georges Brohée, 64, rue de la Concorde, Bruxelles.
- 2-9 septembre.** — Bucarest. VIII<sup>e</sup> Congrès intern. de médecine et de pharmacie militaires. — Prés. gén. : M. Butoiano ; secrét. gén. : colonel Voncken, hôp. militaire Liège, Belgique.
- 14-16 septembre.** — Vittel. Congrès de la goutte et de l'acide urique. — Secrét. gén. : D<sup>r</sup> Boigey, Vittel.
- 20-23 septembre.** — Bruxelles. IV<sup>e</sup> Congrès de la Societas O. R. L. latina. — Prés. : M. Boys ; secrét. gén. : M. Chavanne, à Lyon.
- Septembre.** — Madrid. X<sup>e</sup> Congrès intern. d'hist. de la médecine.
- 4 octobre.** — Bruxelles. Société française d'orthopédie.
- 7 octobre.** — Paris. XLIV<sup>e</sup> Congrès français de chirurgie. — Prés. : M. Michel (de Nancy) ; secrét. gén. : 12, rue de Seine, Paris.
- 7 octobre.** — Paris. XXX<sup>e</sup> Congrès français d'urologie. — Secrét. gén. : M. Pasteau, 13, avenue de Villars, Paris.
- Octobre.** — Paris. IX<sup>e</sup> Congrès français de stomatologie.
- Octobre.** — Paris. III<sup>e</sup> session annuelle des médecins électro-radiologistes de langue française. — Secrét. gén. : D<sup>r</sup> Dariaux, 9 bis, boulevard Rochechouart, Paris.
- Octobre.** — Paris. XLVIII<sup>e</sup> Congrès français d'O. R. L. — Secrét. gén. : M. Flurin, 19, avenue Mac-Mahon, Paris.
- Octobre.** — Paris. XXII<sup>e</sup> Congrès annuel d'hygiène. — Secrét. gén. : M. Dujarric de la Rivière, 25, rue Dutot, Paris.
- Octobre.** — Paris. Assises médicales, XVIII<sup>e</sup> session.
- Octobre.** — Paris. Congrès français de chirurgie réparatrice. — Secrét. gén. : D<sup>r</sup> Dartigues, 81, rue de la Pompe, Paris (16<sup>e</sup>).
- Octobre.** — Paris. XIV<sup>e</sup> Congrès des médecins et chirurgiens des hôpitaux.
- Octobre.** — Paris. Association des membres du corps enseignant des Facultés de l'Etat.
- Décembre.** — Paris. Séance annuelle de la Société de pathologie comparée.
- Décembre.** — Paris. Assises médicales, XIX<sup>e</sup> session.
- Date non connue.** — Bruxelles. XX<sup>e</sup> Congrès de médecine légale et de médecine sociale de langue française. — Prés. : M. Héger-Gilbert.
- Moscou.** XV<sup>e</sup> Congrès intern. de physiologie. — Prés. : M. Pawlow ; secrét. gén. : M. Feodorov, directeur de l'Institut panrusse de médecine expérimentale.
- Le Caire.** X<sup>e</sup> Congrès de la Société internationale de chirurgie. — Secrét. gén. : prof. Léopold Mayer, 70, rue de la Loi, Bruxelles.
- Paris.** II<sup>e</sup> Congrès international d'hygiène mentale. — Présidents : MM. H. Claude et Ed. Toulouse ; secrét. gén. : M. Genil-Perrin ; prés. comité d'organisation : M. René Charpentier, 119, rue Perronet, Neuilly (Seine).
- Italie.** — Siège à fixer. II<sup>e</sup> Congrès méditerranéen d'hygiène.
- Bruxelles.** — VII<sup>e</sup> Congrès international des maladies du travail.
- Berlin.** Congrès international d'oto-rhino-laryngologie.
- Belgique.** II<sup>e</sup> Congrès de thérapeutique. — Secrét. gén. : G. Leven, 24, rue de Téhéran, Paris (8<sup>e</sup>).



## 1936

Berne. — I<sup>er</sup> Congrès de l'union thérapeutique internationale. — Prés. : prof. Burgi.

Lisbonne. — Union internationale contre la tuberculose.

— Secrét. gén. : prof. Bezançon, rue de Monceau, Paris.

Bordeaux. — IX<sup>e</sup> Congrès association française de pédiatrie. — Prés. : M. Rocaz.

Paris. — Société française d'orthopédie.

Rome. Congrès de la Société internationale de chirurgie orthopédique.

Rome. IV<sup>e</sup> Congrès international de pédiatrie. — Prés. : prof. Spolverini.

Rome. Congrès international protection de l'enfance.

Wiesbaden. Congrès international de la lumière. — Président : M. Axel Reyn (Danemark).

Berlin. Congrès international d'oto-rhino-laryngologie.

Amsterdam. II<sup>e</sup> Congrès international de médecine tropicale.

## 1937

Pâques. — Barcelone. — VI<sup>e</sup> Congrès des dermatologistes et syphiligraphes de langue française. — Prés. : M. Milian.

Marseille. — Congrès français de médecine. — Prés. : M. Marcel Labbé.

## PROCHAINS CENTENAIRES

## 1935

Centenaire de la naissance de *Ranvier*, à Lyon ; *Benedikt*, *Politzer* et *Chvostek*, à Vienne ; *Parkinson*, à Londres ; *Eberth*, à Halle ; *Ferrand*, à Paris.

Centenaire de la mort de *Dupuytren*, à Paris ; *Fodéré*, à Strasbourg.

## 1936

Centenaire de la naissance de *Simon Duplay* et *Charles Périer*, de Paris ; de *Waldeyer* (de Berlin).

Centenaire de la mort d'*Ampère*.

## 1937

Centenaire de la naissance de *Bouchard*, *Cornil*, *Duguet* et *Terrier*, de Paris.

Centenaire de la mort d'*Alibert*, de Paris.

## 1938

Centenaire de la mort de *Broussais*, de Paris.

## 1939

Centenaire de la naissance de *Dieulafoy*, de Paris ; et de *Cohnheim*, de Leipzig.

## 1940

Centenaire de la naissance de *Kernig*, de Saint-Pétersbourg, et d'*Erb*, d'*Heidelberg*.

## 1941

Centenaire de la naissance de *Farabeuf*, *Hayem* et *Le Dentu*, de Paris ; de *Kocher*, de Bâle ; d'*Astley-Cooper*, de Brooke (Angleterre) ; de *Hansen* (Norvège), qui découvrit le bacille de la lèpre.

## 1942

Centenaire de la mort de *Dominique Larrey*, chirurgien en chef de la Grande Armée.

## CROISIÈRES ET VOYAGES MÉDICAUX

5-16 septembre. — XXVII<sup>e</sup> V. E. M. Languedoc-Cévennes-Pyrénées-Orientales. — Directeurs : prof. Villaret, Gi-

**sirop<sup>®</sup> roche<sup>®</sup>**  
au thiocol

toutes les  
affections  
des voies  
respiratoires

Produits F. HOFFMANN-LA ROCHE & C<sup>ie</sup>  
10, Rue Crillon — PARIS



raud, Et. Chabrol. — Inscription : Mlle Machuré, secrét., 138, Champs-Élysées, Paris.

Croisières de la *Revue générale des Sciences*. — Inscriptions et renseignements au Secrétariat de l'Association de la *Presse médicale française*, 23, rue du Cherche-Midi, Paris (6°). — Tél. Litré 13-61.

Croisières médicales organisées par le Dr Loir, 12 bis, rue de Coligny, Le Havre.

Croisières médicales franco-belges. — Inscriptions. Voyages de Bruxelles médical, 29, boulevard Adolphe-Max, Bruxelles, et *Concours médical*, rue de Bellefonds, 37, Paris. — Pâques. Croisière du *Champollion* : Egypte, Syrie.

Croisières médicales françaises, rue Soufflot, Paris (5°). Odéon 20-63. — Pâques. Croisière du *De-Grasse* : Egypte, Jérusalem.

Voyages de la Société médicale du Littoral méditerranéen : 1° Pâques ; 2° Noël ; 3° Été : La Côte d'Azur, la Corse, les Alpes. — Secrét. gén. : 24, rue Verdi, Nice.

Voyages de la Fédération médicale thermique et climatique pyrénéenne : Cévennes-Pyrénées (de Lamalou à Lourdes) ; Pyrénées-Océan. — Renseignements : Dr M. Faure, Lamalou.

Nord-Sud. — Voyage aux eaux minérales d'Italie. — Prof. G. Ruata, directeur ente nazionale industria turistica, 2, via Marghera, Roma.

N. B. — Les questions à l'ordre du jour des différents Congrès seront publiées dans le prochain numéro.

## SOCIÉTÉS SAVANTES

### SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 30 NOVEMBRE 1934)

**Sur une maladie à manifestations diverses.** — MM. CHEVALLIER, MOUTIER, STEWART, SEVAUX, Mlle ELY. Partant des formes frustes des anémies, les auteurs signalent des sujets qui n'ont plus d'anémie. Ceux-ci présentent des gastrites atrophiques, dont il y aurait deux types : a) gastrite atrophique en aires, type biernérien ; b) gastrite atrophique diffuse ; l'atrophie atteignant toute la muqueuse sur une large surface. A la gastrite s'apparentent des états morbides disparates : prurit vulvaire et anal, certaines urticaires, glossite rosée, syndrome d'hyperthyroïdie, syndromes neuro-psychiques. Dans tous les cas, l'administration du fer à hautes doses est indiquée.

**Crises myopathiques paroxystiques avec hémoglobinurie.** — MM. DEBRÉ, GERNEZ et G. SEE. Crises observées chez un enfant. Début brusque et état général grave, douleurs musculaires atroces, impotence fonctionnelle absolue avec abolition des réflexes. Apparition d'urines hémoglobinuriques. Amélioration progressive avec persistance de troubles moteurs, caractérisés par marche et station en équinisme. Ces crises myopathiques avec hémoglobinurie s'opposent à l'hémoglobinurie paroxystique *a frigore* et se rapprochent de l'hémoglobinurie du cheval ou maladie de Lucet.

**Ulçère aigu de la vulve et fièvre typhoïde.** — MM. TROISIER, BARIÉTY et GABRIEL. Apparition chez une jeune fille, vierge, de 21 ans, au cours d'une fièvre typhoïde grave, d'un ulcère de la vulve (*ulcus vulvae acutus* de Lipschütz). Présence exclusive bactériologique du *B. crassus* et de staphylocoques. Inoculation de la culture du *B. crassus* à un cobaye, fit apparaître de l'œdème et un suintement dû au même germe. Il s'agit d'une affection surajoutée et non de nature éberthienne.

**Grande anasarque primitive. Hépatite hypertrophique graisseuse tuberculeuse sans lésion rénale.** — MM. E. MAY et BRAILLON. Apparition d'une anasarque primitive avec ascite et hydrothorax double, sans affection cardiaque, et en dehors de néphrite hydropigène et de néphrose lipoidique. Comme seule altération humorale : abaissement extrême des albumines sanguines. A l'autopsie : intégrité du rein, et stéatose du foie. On peut, en conséquence, admettre la possibilité d'anasarques d'origine hépatique se réalisant par le mécanisme d'une chute des protéides du sang.

**Dilatation atonique du myocarde sans insuffisance cardiaque dans un cas de myxoedème acquis de l'adulte.** — MM. CATHALA, RAVINA et DE FONT-REAU. Homme de 58 ans atteint de myxoedème typique avec métabolisme diminué de 35 %, présentant avant tout traitement une énorme dilatation du myocarde, sans aucun trouble fonctionnel d'insuffisance cardiaque. Après un mois de traitement thyroïdien, la réduction de l'aire cardiaque apparut considérable. Ces faits caractérisent le cœur myxoedémateux.

**Réaction individuelle à type d'hypertension paroxystique.** — M. TZANCK. Etiologiquement : 3 groupes :

a) Une même substance (adrénaline) provoque les mêmes effets sur tous les sujets ;

b) Une même lésion (surrénalomie) donne lieu à un type clinique particulier ;

c) Les substances les plus diverses (chimiothérapie, protéines...) donnent lieu au même accident chez des sujets prédisposés. Ce sont là des réactions individuelles à type d'hypertension paroxystique.

**Un cas de septicémie post-abortum à staphylocoque doré guéri par la vaccination effectuée avec des bacilles vivants.** — M. ALBERTO MANÉ (Montevideo). Un cas de septicémie à staphylocoque doré, survenu après un avortement infecté, brusquement améliorée après vaccination cutanée à l'aide d'une culture vivante de staphylocoque de la malade.

**Néphrite aurique œdémateuse. Etude histo-chimique des lésions rénales.** — M. P. BOURGEOIS, Mlle DE JESENSKY et M. LEVEMIEUX. Traitement aurique ayant déclenché par deux fois une albuminurie légère et transitoire. La troisième fois la reprise du traitement a déterminé une nouvelle albuminurie compliquée d'une néphrite aiguë œdémateuse. Le malade mourut d'une hémoptysie foudroyante. L'étude histo-chimique mit en évidence au niveau des tubes urinaires de particules auriques extra-cellulaires. Donc nécessité d'interrompre le traitement aurique dès l'apparition de l'albumine.

A propos de cette communication, M. Justin-Besançon fait remarquer que l'on a trouvé expérimentalement un antidote très efficace des sels d'or, ainsi que des sels de plomb, de mercure et de bismuth. C'est le méthylène-sulfoxylate de sodium. Injecté à l'animal qui a reçu des doses mortelles de sels d'or, il empêche l'installation de la néphrite.

**Angine grave à monocytes.** — MM. RAILLIER, GINSBOURG et JEAUSON (Reims). Angine pseudo-membraneuse bilatérale à début brusque avec réaction ganglionnaire. Bactériologiquement, association fuso-spirillaire. Examen du sang : angine à monocytes.

**Diagnostic et traitement des perforations pulmonaires au cours du pneumothorax thérapeutique et de l'oléothorax,** par E. SIVRIÈRE, médecin du Sanatorium Grand-Hôtel du Mont-Blanc à Passy (Haute-Savoie). Préface du docteur DUMAREST. 1 vol. in-8° de 248 pages avec 6 radiographies hors texte, 12 pages de tableaux hors texte. — Prix : 30 francs. Paris, G. Doin et Cie.



---

OPOTHÉRAPIE CARDIAQUE

la

# **CRINOCARDINE LALEUF**

AMPOULES BUVABLES  
A BASE D'EXTRAITS SPÉCIAUX CONCENTRÉS DE  
MYOCARDE . PANCRÉAS . FOIE . REIN  
MUSCLE STRIÉ

RÉALISE

SANS CONTRE-INDICATIONS

L'ORGANOTHÉRAPIE  
POLYVALENTE ET SYNERGIQUE

DES

**AFFECTIONS CARDIO-VASCULAIRES**

---

ÉCHANTILLONS . LITTÉRATURE  
LABORATOIRES LALEUF  
20, RUE DU LAOS . PARIS-15<sup>e</sup>

---

Nouvelle adresse : 51, rue Nicolo, PARIS (XVI<sup>e</sup>).



## NOTES POUR L'INTERNAT (ORAL)

## ORCHITES AIGUES

## CAUSES. SIGNES. DIAGNOSTIC

Inflammations aiguës du testicule et de l'épididyme.

Les tableaux et l'évolution sont très variables, dépendant du germe en cause, de la voie d'infection et de la localisation de cette infection.

**Orchite blennorragique.** — C'est le type de l'orchi-épididymite uréthro-déférentielle. Complication fréquente de la blennorragie, elle est caractérisée par la prédominance des lésions à l'épididyme.

**Début.** — Il survient trois à quatre semaines après l'apparition des premiers signes de la blennorragie. Il est marqué par des douleurs siégeant à la région inguinale et s'accompagnant d'une sensation de tension au niveau du scrotum. De plus, il y a arrêt ou diminution de l'écoulement. La queue de l'épididyme est douloureuse, le cordon est très sensible.

**Etat.** — Très rapidement, la douleur devient *pongitive* ; le maximum est au niveau des bourses, mais elle irradie aux lombes, à l'abdomen, à la face interne des cuisses ; tout mouvement exagère cette douleur ; la *surélévation scrotale* la soulage.

L'hémiscrotum devient volumineux, rouge et chaud. La palpation est rendue difficile par la présence d'œdème des plans superficiels et d'une petite lame de liquide très tendue dans la vaginale. L'épididyme forme un gros bourrelet, débordant le bord postérieur du testicule ; celui-ci est douloureux mais non touché ; le déférent est volumineux, dur et sensible jusqu'à l'orifice du canal inguinal.

Au *toucher rectal*, la prostate est douloureuse, on sent une *vésicule séminale plus grosse* que l'autre et très sensible.

Ces signes locaux s'accompagnent de troubles de l'état général : la température est à 38°, 38°,5, il existe un état *saburral* de l'insomnie ; apparus un peu plus tard que les signes locaux, ils cèdent en 3 ou 4 jours.

**Evolution.** — Elle se fait vers la *guérison* par sédation des signes locaux en quelques jours. A l'infiltration épididymaire, fait suite un *noyau résiduel, dur, scléreux*, formant une anse à concavité supérieure située à la queue de l'épididyme et qui oblitère les voies spermaticques.

**Complications.** — Immédiates, très rares : suppuration exceptionnelle ; péritonite généralisée, très discutée, relèverait de la déférentite.

**Séquelles.** — Névralgies testiculaires, *épididymites à répétition* ; possibilité d'une greffe tuberculeuse.

**Formes cliniques.** — E. *abortive*, qui tourne court ; F. *grave* avec vomissements, délire. F. *double*, exceptionnelle d'emblée ; le plus souvent à *bascule*, entraînant l'azoospermie dans 50 % des cas.

A l'orchi-épididymite blennorragique, on rattache :

**Orchi-épididymite des urinaires.** — Elle survient surtout chez les *prostatiques* à la suite d'un traumatisme urétral par sondage. Elle revêt deux formes : *forme abortive*, il s'agit surtout d'une déférentite avec léger gonflement des bourses ; *forme suppurée* avec phénomènes généraux et locaux intenses ; elle évolue le plus souvent vers la *résolution* ; mais, parfois, il peut se former un abcès par vaginalité suppurée ou par orchite suppurée.

**Orchite ourlienne.** — C'est le type de l'orchite *parenchymateuse d'origine sanguine*. Elle survient chez le jeune homme, soit complication d'oreillons diagnostiqués (elle apparaît au 8<sup>e</sup> jour), soit premier signe d'une infection ourlienne méconnue.

**Début.** — Il est *brutal* et *bruyant* : élévation thermique à 40°, frissons, tachycardie, délire, faciès grippé. Le scro-

tum est douloureux, rouge et chaud. La palpation fait sentir un cordon normal ; peu ou pas de chose à l'épididyme, mais un *testicule gros, dur, douloureux*, masqué parfois par un petit peu d'hydrocèle.

**Evolution.** — Au bout de 4 à 5 jours, les signes généraux disparaissent ; la glande diminue de volume et vers le 10<sup>e</sup> jour, reprend son aspect normal. Dans la moitié des cas, le testicule devient mou et *s'atrophie*.

**Formes cliniques.** — F. *double* : grave, car possibilité d'azoospermie et de gros troubles dans la sécrétion interne du testicule. F. *ataxodynamique* pouvant accompagner une méningite ou une pancréatite ourlienne. On rapproche de l'orchite ourlienne :

**Orchite tuberculeuse** de l'enfant (orchite pure) ou de l'adulte (orchi-épididymite) dans sa *forme aiguë*, évoluant rapidement vers la fistulisation.

**Orchite typhique.** — Apparaît pendant la convalescence, elle est d'évolution lente, guérissant sans laisser de traces ; suppurant exceptionnellement.

**Orchites des maladies infectieuses.** — Variole, rougeole, scarlatine, paludisme, rhumatisme articulaire aigu.

**Orchite des septicopyhémies.** — Grippe, pneumonie, orchite amygdalienne.

**Orchite d'origine lymphatique.** — Le type en est l'orchite *filarienne* qui est soit aiguë, soit subaiguë.

Signalons l'*orchite traumatique*. Il faut toujours penser à une tuberculose ou à une gonococcie latente.

**Orchite aiguë de l'enfance.** — L'orchite aiguë *secondaire* n'est pas exceptionnelle.

L'*orchite aiguë primitive* correspond à des causes *mécaniques* pour lesquelles l'*intervention chirurgicale* s'impose.

Le début se fait par une douleur brutale qui s'atténue tout en persistant, parfois *apyrexie*, parfois *température* à 40°. On constate une tuméfaction d'une des bourses, et l'on sent une grosse masse testiculo-épididymaire et un épaississement du cordon.

**Etiologie.** — Deux grandes causes :

La *torsion du cordon spermatique* (extra ou intra-vaginal). Si non opérée, elle évolue vers l'*atrophie* ou l'*abcès testiculaire* (élimination de tubes séminifères).

La *torsion de l'hydatide de Morgagni*, qui réalise plutôt un tableau d'orchite subaiguë.

Accessoirement, l'*épididymite aiguë*, beaucoup plus rare.

**Diagnostic.** — Il faut savoir éliminer le phlegmon, l'érysipèle du scrotum ; les déférentites, un kyste du cordon enflammé, un hydrocèle, une hématocele.

Le diagnostic étiologique est facile, si l'orchite est *secondaire* à une infection générale ou à une gonococcie connue.

Il est plus difficile, si l'orchite apparaît comme le *premier symptôme* :

**Importance du toucher rectal** : des lésions prostatovésiculaires plaident pour la blennorragie ou la tuberculose ; **importance de l'examen des sécrétions urétrales.**

**Le traitement des rhumatismes chroniques**, par le docteur Jacques FORESTIER, médecin consultant à Aix-les-Bains, ancien interne des hôpitaux de Paris. — Un volume gr. in-8° de 100 pages. Prix : 12 fr. (Collection des Thérapeutiques nouvelles), publiée par J.-B. Baillière et Fils.

Le Directeur-gérant : D<sup>r</sup> François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.





# Hirudinase

(DRAGÉES)

Le premier produit spécialisé à base d'Extrait de Sangsues

**INSUFFISANCES VEINEUSES**  
**INFECTIONS VASCULO-SANGUINES**

**PHLÉBITES - SEPTICÉMIES**

**DYSMÉNORRHÉES**

DOSE MOYENNE  
4 à 6 DRAGÉES  
PAR JOUR



LABORATOIRES "ANA", 18, Av<sup>UE</sup> DAUMESNIL - PARIS. XII<sup>e</sup>

CHOC PUBLICITÉ - FONTENAY 5/3 BOIS



LE DIURÉTIQUE RÉNAL PAR EXCELLENCE

# SANTHÉOSE

LE PLUS FIDÈLE, LE PLUS CONSTANT, LE PLUS INOFFENSIF DES DIURÉTIQUES

SES QUATRE FORMES

**PURE**

Le médicament régulateur par excellence, d'une efficacité sans égale dans l'artério-sclérose, la présclérose; l'albuminurie, l'hydropisie, l'urémie.

**PHOSPHATÉE**

L'adjuvant le plus sûr des cures de déchloruration et de désintoxication de l'organisme, dans la neurasthénie, l'anémie et les convalescences.

**CAFÉINÉE**

Le médicament de choix des cardiopathies, fait disparaître les œdèmes et la dyspnée, renforce la systole, régularise le cours du sang.

**LITHINÉE**

Le traitement rationnel de l'arthritisme et de ses manifestations; jugule les crises, enraye la diathèse urique, solubilise les accidents urinaires.

DOSES : 2 à 4 Cachets par jour. — Ces cachets sont en FORME DE CŒUR et se présentent en boîtes de 24.

PRODUIT FRANÇAIS

4, rue du Roi-de-Sicile  
PARIS

PRODUIT FRANÇAIS

## USAGE ENFANTS DES DOCTEURS

# NÉO-LAXATIF CHAPOTOT

Sirop d'Agrément  
au **SUC D'ORANGE**  
mannité

Entièrement végétal.  
Inoffensif - Délicieux

**AUBRIOT** 56, Boul<sup>d</sup> Ornano  
PARIS



Le Meilleur et le plus  
doux des Laxatifs.

Exempt de Drastiques, de  
Phtalleïne de Phénol,  
de Belladone.

ÉCHANTILLON MÉDICAL  
GRATUIT SUR DEMANDE.

CONSTIPATION  
SPASMODIQUE

# CARBATROPINE

CHARBON ATROPINÉ

LABORATOIRE  
MONTAGU

49, B<sup>d</sup> de PORT-ROYAL

PARIS

# IODONE ROBIN

Gouttes - Comprimés - Injectable

**ARTHRITISME, ARTÉRIO-SCLÉROSE, ASTHME**  
**GOUTTE, RHUMATISME, EMPHYSÈME**

R. C., 221.839  
Seine.

LABORATOIRES ROBIN, 13. Rue de Poissy. PARIS



*La Lancette Française***GAZETTE DES HOPITAUX****CIVILS ET MILITAIRES****PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI****ADMINISTRATION ET RÉDACTION :****49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6°. Tél. : Danton 48-31.****PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6°) - Téléph. : Luttre 54-93.****PRIX DE L'ABONNEMENT****FRANCE**

3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.

*Etudiants : 25 francs par an.*

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

**ETRANGER**

Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.

Tous les autres pays : 75 francs.

**SOMMAIRE****REVUE GÉNÉRALE***L'œdème aigu du poumon, par M. Henry NETTER.***CALENDRIER DES CONGRÈS (fin)***Questions mises à l'ordre du jour des prochains Congrès.***SOCIÉTÉS SAVANTES***Académie des sciences. — Société de chirurgie de Toulouse.***INFORMATIONS****HÔPITAUX DE PROVINCE. — AMIENS.** — Ont été nommés internes à l'Hôtel-Dieu d'Amiens : MM. Vasse, Bordier, Malpart et Goulieu.**— MONTPELLIER.** — Le concours pour le recrutement des internes à l'asile d'aliénés Font-d'Aurelle s'est terminé par les nominations suivantes :Interne titulaire : M<sup>lle</sup> Christiane de Gaillande.

Externe en premier : M. Robert Sarrau.

**FACULTÉS DE MÉDECINE. — NANCY.** — M. Watrin, agrégé libre, est chargé, pour la période du 1<sup>er</sup> janvier au 30 septembre 1935, des fonctions d'agrégé et de chef de travaux d'anatomie pathologique à la Faculté de médecine de l'Université de Nancy (suppléance de M. Poursines, détaché à Beyrouth).**ÉCOLES DE MÉDECINE. — LIMOGES.** — Le concours pour l'emploi de professeur suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Limoges, ouvert par l'arrêté précité au mardi 15 janvier 1935 devant la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Bordeaux, est reporté au mercredi 13 mars 1935.

Le registre des inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

**ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS.** — M. le docteur Christy, chef de clinique des maladies mentales à la Faculté de médecine de Lyon, reçu au concours de médecin des asiles de 1932, est nommé médecin chef de service de l'asile public d'aliénés du Mans (Sarthe), en remplacement de M. le docteur Schutzenberger, appelé à un autre poste.**LÉGION D'HONNEUR.** — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :**GUERRE.** — *Au grade de commandeur.* — M. Gabriel Bertrand, membre de l'Institut et de l'Académie de médecine.*Au grade de chevalier.* — MM. Laux (de Murviel-les-Béziers), Bréchet (de Chaumes-en-Vexin), Barres (de Blesle). (Réserve.) — *Au grade d'officier.* — M. Plontz.*Au grade de chevalier.* — MM. de Bony de Lavergne, Usse, Michaud, Le Mitouard, Niort, Amiot, Gauthier, Clercq, Fournier, Delgrange, Francon, Talent, Delage, Vannieuwenhuyse, Santy, Delord, Echilley, Peaud, Kuss, Delord, Mercier, Noël, Besnier, Leroy, Fanton d'Andon, Versepuech, Vitou, Gruchet, Delahaye, Corrèges, David, Jaupart, Arama, Roge, Rousseau, Foucault, Franck de Préaumont, Estager, Aucher, Leroy, Tach, Lefebvre, Blanchard, Fleury, Le Barazer, Gay, Joseph, Ranty, Quintero, François, Boivin, Cau, Montalègre, Guilhamon, Saugues, Maupetit, Pellier, André, Courrier, Demagnez, Wallon, Derruppe, Collot, Boullard, Houllier, Wilmoth, Laurent, Laburthe-Tolra, Cénac, Troin, Pailler, Fassy, Lafourcade Cortina, Sanseigne, de Rougemont, Vasselle, Micheau, Bitterlin, Amor, Langeron, Hédon, Grézillier, Grimaud, Tournier, Bobillier, Mérat, Chavany, Aubry, Arlet, Teurnier, Polonowsky, Raymond, Mourgeon, Pingat, Pucheu, Roy, Schaeffer, Comet, Leblanc, Authelain, Besson, Lavezzari, Amblard, Giraud, Parmenier, Duval, Mourgues-Molines, Allauzen, Lelong, Barsotti, Favreau, Hartglas, Coudert, Engelhard, Desarnauts, Banzet, Zucarelli, Barrier, Verneau, Ollivier.(Active) *Au grade d'officier.* — MM. Trèves, Simonin, Mathieu, Bonhoure, Meynier, Morel, Béliard, Pinard, Hourtoulle, Fabre, Okinczyc, Longuet, Boisson, Aubry, Houchard, Lhoste.(Troupes coloniales.) *Au grade d'officier.* — M. Marque.*Au grade de chevalier.* — MM. Dardy, Dumont, Rihouey, Trouette, Dupechez, Escalier, Leclercq, Sabot, Audebert,**NATIBAÏNE**

ASSOCIATION DIGITALINE NATIVELLE ET OUABAÏNE ARNAUD

LABORATOIRE NATIVELLE, 27, Rue de la Procession, PARIS (XV°)



Meurdrac, Desbruères, Bidet, Coste, Turpin, Cassaigneau, Grama.

(Officiers rayés des cadres.) *Au grade d'officier.* — MM. Fraisse, de Framond de la Framondie.

*MARINE.* — *Au grade de commandeur.* — M. Cras, médecin général de 2<sup>e</sup> classe.

*Au grade d'officier.* — MM. les médecins en chef de réserve Esquier et Durieux; le médecin principal Le Moullet.

*INTÉRIEUR.* — *Au grade de chevalier.* — MM. Piquard, conseiller général du Doubs; Ducasse, conseiller général des Landes; Bouyssou, maire de Bolbec.

**ÉTUDES SOLAIRES.** — Le *Bulletin du poste d'études solaires* à l'observatoire de Nice signale des passages de taches solaires du 17 au 23 décembre 1934. « Il y a lieu de prévoir, dit-il, à l'occasion de ce passage, une période d'accidents d'intensité forte. » Cette période peut atteindre deux à trois semaines. Ces accidents consistent ordinairement en perturbations atmosphériques, accidents telluriques et *accidents humains*: recrudescence des symptômes aigus au cours des maladies chroniques: accès de goutte, d'asthme, d'angine de poitrine; crises de douleurs; troubles gastriques, intestinaux, cardiaques; coliques hépatiques ou néphrétiques; morts subites, suicides, crimes absurdes, actes incohérents, etc.

Pour s'abonner au *Bulletin* s'adresser au docteur Maurice Faure, 24, rue Verdi, à Nice. — L'abonnement au *Bulletin* est de 25 fr.

**CARTES DE SURCHARGE.** — Les cartes de surcharge des médecins sur la TCRP pour 1935 seront délivrées à la Préfecture de police du 7 janvier au 14 février.

Se munir de la dernière carte et d'une photographie.

**NÉCROLOGIE.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. le professeur Carlo Lotti, professeur de pathologie médicale à l'Université de Pise; le docteur Plantier, vice-président de l'Association générale des médecins de France, à Annonay; le médecin-colonel Fernand Bonnel; les docteurs Georges Mailhetard (de la Rochelle); David Wood Inglis (de Tyneside, Angleterre).

— Nous apprenons aussi la mort de Madame Jeanneney, mère de M. le professeur G. Jeanneney (de Bordeaux).

Que notre confrère et ami veuille bien trouver ici l'expression de notre bien affectueuse sympathie.

**IV<sup>e</sup> congrès international des hôpitaux à Rome (5 au 12 mai 1935).** L'Association internationale des hôpitaux a l'honneur de faire connaître que son IV<sup>e</sup> congrès international aura lieu à Rome, du 5 au 12 mai 1935. Ce congrès sera organisé par le gouvernement italien, de concert avec le président de l'association internationale des hôpitaux.

Nous recommandons vivement aux gouvernements, administrations, institutions et aux personnes qui s'intéressent à la constitution, à la gestion, et, d'une façon générale, aux progrès des hôpitaux, d'y prendre part.

La séance d'ouverture du congrès se tiendra à Rome le 5 mai, à 9 heures du matin. Dans les séances plénières, les sujets suivants seront abordés:

- 1° L'hôpital; comme partie d'un système de la santé publique;
- 2° L'équipement et l'installation technique des hôpitaux;
- 3° L'activité de l'hôpital et sa protection en cas de calamité;
- 4° L'importance des différentes catégories du personnel hospitalier dans ses rapports avec la collectivité.

L'après-midi du 5 mai, le 6 et le 10 mai seront consacrés aux séances des commissions et des sous-commissions d'études. Le programme détaillé sera publié dans le premier fascicule du Nosokomeion de l'année 1935.

Le congrès sera précédé d'un voyage d'étude à travers les grandes villes de l'Italie septentrionale et suivi d'un voyage d'étude ou d'agrément dans l'Italie méridionale, en Sicile et en Tripolitaine. Les programmes détaillés seront publiés dans le quatrième fascicule du Nosokomeion, année 1934.

On s'inscrit auprès du secrétariat de l'Association internationale des hôpitaux, à Lucerne (Suisse).

**Premier congrès des brucelloses humaines (fièvre ondulante) et animales.** — Les 11, 12, 13 juin 1935, se tiendra en Avignon le premier congrès réunissant praticiens de la médecine humaine et vétérinaire, administrateurs, hygiénistes et éleveurs (chambres d'agriculture). Placé sous le haut patronage des pouvoirs publics, des Facultés de médecine et des écoles vétérinaires, le congrès traitera de la prophylaxie et du traitement de la redoutable endémio-épidémie, sans cesse en extension dans le monde entier, et recevra toutes les communications des personnes ou collectivités intéressées à la lutte contre les brucelloses. Une excursion finale prévoit la visite des élevages de Camargue.

Inscriptions et renseignements: Dr Joseph Jullien, directeur du centre de traitement de la F. O., à Joyeuse (Ardèche), secrétaire général du congrès.

**Congrès international de neurologie** — Le II<sup>e</sup> congrès international de neurologie aura lieu à Londres, du 29 juillet au 2 août 1935. Les quatre sujets suivants seront étudiés: l'épilepsie, la physiologie et la pathologie du liquide cérébro-spinal, les fonctions du lobe frontal, l'hypothalamus et le système autonome cérébral. Pour tous renseignements, s'adresser au docteur S. A. Kinnier Wilson, Harley Street 14, Londres.

**Congrès des colites, à Plombières (11-13 septembre 1935).**

— En liaison avec le congrès de Vittel, qui se tiendra du 14 au 16 septembre, à Vittel, un *Congrès des colites* aura lieu à Plombières, sous la présidence de M. le professeur Carnot, du 11 au 13 septembre 1935.

Nous publierons très prochainement le programme de ce congrès.

ANÉMIES  
DYSPEPSIES  
ANTITOXIQUE



DOSE: 4 à 6  
TABLETTES  
PAR JOUR

BIOXYDE DE MANGANÈSE COLLOÏDAL SELS MAGNÉSIENS  
Laboratoire SCHMIT, 71 Rue Sainte-Anne, PARIS. 2<sup>e</sup>

**PULVEOL**  
ANTISEPTIQUE DU CARREFOUR AÉRO-DIGESTIF  
POUDRE et PASTILLES  
Literature et Echantillons: 10, Impasse Milord, Paris (16<sup>e</sup>)

Sirap  
Granules

**CROSNIER**

Cure  
sulfureuse

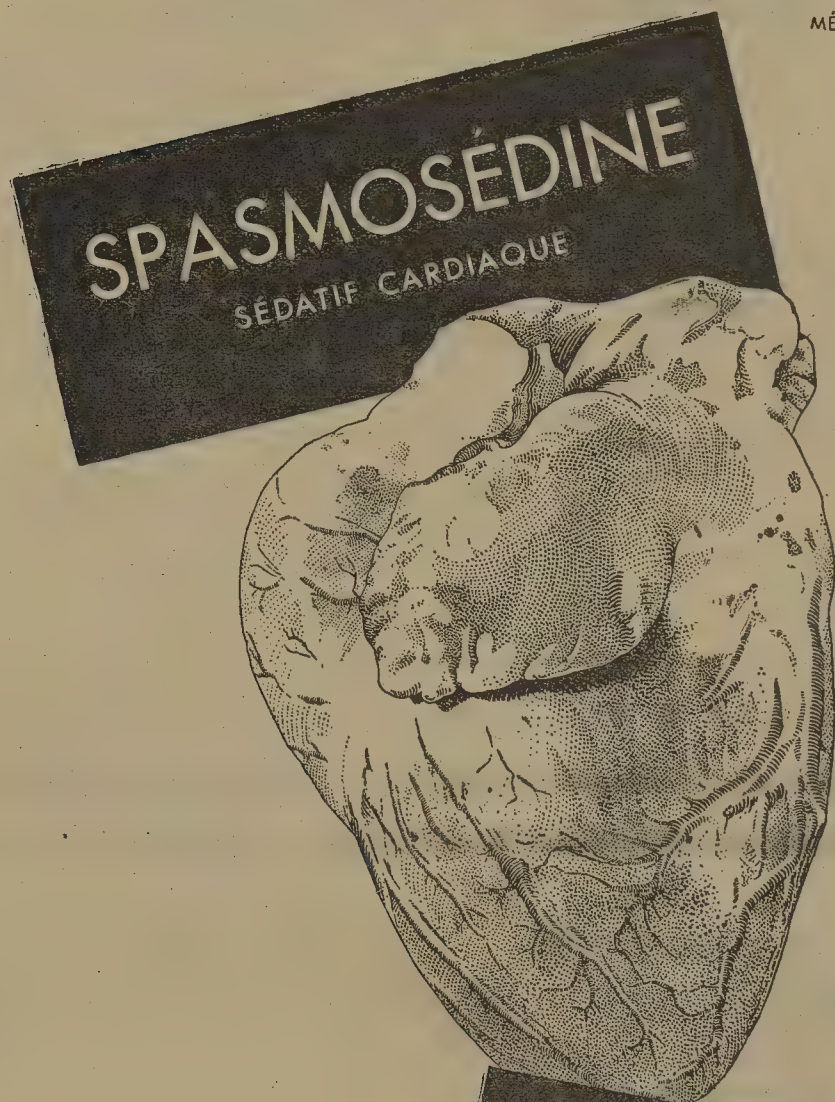
Insomnies  
Toux nerveuse,

**BROMÉINE MONTAGU**



LABORATOIRES DEGLAUDE  
15, BOUL<sup>d</sup> PASTEUR, PARIS (XV<sup>e</sup>)

MÉDICAMENTS CARDIAQUES  
SPÉCIALISÉS



SPASMOSEDINE  
SÉDATIF CARDIAQUE

DIGIBAÏNE  
TONIQUE CARDIAQUE

*les 2 médicaments cardiaques essentiels*



# LE SPARTO-CAMPBRE LE SPARTOVAL

Deux nouveaux Sels de la **SPARTÉINE** en thérapeutique cardiovasculaire, nouveaux dérivés où les propriétés de la **Spartéine** sont potentialisées et renforcées :

le **Camphre** dans le

## SPARTO-CAMPBRE

CAMPHO-SULFONATES de SPARTÉINE et de SODIUM

TONICARDIAQUE

ET DIURÉTIQUE

Synergie médicamenteuse puissante possédant toutes les indications de l'huile camphrée et de la Spartéine.

### FORMES :

Ampoules de 2 et 5 c. c.  
(médicament d'urgence)

Dragées (médicament d'entretien)

l'acide valérianique dans le

## SPARTOVAL

ISOVALÉRIANATE NEUTRE DE LA SPARTÉINE

CARDIO RÉGULATEUR

ET NEUROSÉDATIF

Médicament des algies et troubles fonctionnels cardiaques et cardio-vasculaires.

Traitement des arythmies.

Dragées dosées à 0 gr. 05.

Laboratoires CLIN. — COMAR & C<sup>ie</sup>, 20, rue des Fossés-Saint-Jacques, Paris.

POSOMÉTRIE ABSOLUMENT RIGOREUSE

## CALOMEL VICARIO

PETITS COMPRIMÉS

Un milligramme, quart et demi-centigramme  
un, deux et cinq centigrammes  
DÉSAGRÉGATION RAPIDE

NEURALGIES — GRIPPE — RHUMATISMES

## NOPIRINE VICARIO

ASPIRINE RENFORCÉE

Pharmacie VICARIO, 47, boul. Haussmann, PARIS



## REVUE GENERALE

## L'ŒDÈME AIGU DU POUMON

Par M. HENRY NETTER,  
Interne des hôpitaux de Paris.

Accident soudain et dramatique, l'œdème aigu du poumon se caractérise par une crise de dyspnée paroxystique, suivie d'une expectoration mousseuse et albumineuse plus ou moins abondante. Il est dû à une brusque transsudation séro-sanguine intra-alvéolaire : c'est l'apoplexie séreuse des anciens auteurs.

## HISTORIQUE

Laënnec, le premier, à côté de l'œdème chronique au cours des affections cardiaques, signale et décrit un œdème idiopathique (1819). Andral (1837) le compare à l'œdème aigu de la glotte et distingue une forme aiguë et une forme suraiguë.

Mais pendant longtemps il reste peu étudié : Rilliet et Barthez (1853), Hardy et Behier (1855), Devay (1855) admettent cependant l'existence d'une forme aiguë de l'œdème pulmonaire. L'œdème du poumon est surtout signalé comme complication de diverses maladies infectieuses : scarlatine (Legendre, 1837), pneumonie (Souin de la Savinière, 1873), rhumatisme (Bernheim et Lebreton), fièvre typhoïde et myélite (Jaccoud). Il est encore signalé par Pinault (1853) à la suite de thoracentèse : Behier (1872), Terrillon discutent la pathogénie de cet accident.

C'est seulement avec les travaux de Von Basch et Grossmann, de Welsch, Fraentzel (1889), qu'apparaît le rôle de la défaillance cardiaque. L'étude de l'O.A. s'élargit avec les descriptions de Bouveret (1890) et surtout de Dieulafoy chez les brightiques, tandis que Huchard l'attribue à l'aortite. Vinay (1896) décrit l'O.A. au cours de la grossesse.

A la suite des travaux de Merklen (1908), Lian (1910), Vaguez, l'O.A. est considéré comme une manifestation de l'insuffisance ventriculaire gauche. Enfin les auteurs contemporains apportent dans le domaine étiologique, clinique et pathogénique, des précisions que nous reverrons au cours de cette étude.

## ETIOLOGIE

**Causes principales. — I. AFFECTIONS RÉNALES. —** Le « *brightisme* » était considéré par Dieulafoy comme la cause fréquente de l'O.A.P. Il s'agissait de brightiques scléreux, sans grands œdèmes, correspondant à la néphrite chronique azotémique et hypertensive de Widal. Par contre l'O.A.P. est très rare au cours des *néphrites aiguës* avec œdèmes ; on l'a cependant signalé dans des *néphrites aiguës* de l'enfant (Hutinel, Nobécourt, Milhit), et de l'adulte (Lian et Haguena-Jacquelin). L'O.A. de la grossesse était attribué par Vinay à la *néphrite gravidique*.

2) HYPERTENSION ARTÉRIELLE PERMANENTE. — Pour les auteurs contemporains l'hypertension domine en réalité la néphrite dans l'étiologie de l'O.A.P. Et dans

l'association néphrite et hypertension, certains considèrent que la plupart du temps, l'hypertension est primitive. L'œdème aigu apparaît surtout à la phase de décompensation cardiaque : « l'étiologie le rejette vers le trouble cardiaque et en particulier vers l'insuffisance ventriculaire » (Laubry).

3) AORTITES. — L'aortite, invoquée par Huchard, est une cause fréquente de l'O.A.P. Il s'agit d'aortite avec insuffisance aortique (maladie de Hogdson), syphilitique ou athéromateuse ; l'œdème survient soit précocement, soit à la phase d'insuffisance ventriculaire gauche. Les autres aortites, aiguës (rhumatismales, typhiques) ou chroniques, l'anévrysme même, peuvent également provoquer l'œdème pulmonaire.

4) AFFECTIONS CARDIAQUES. — L'O.A.P. peut compliquer les diverses *cardiopathies valvulaires*. Au cours de la grossesse il vient révéler une lésion mitrale latente. En dehors de la gravidité il survient parfois chez un sujet porteur d'une insuffisance aortique rhumatismale (Merklen et Lian, Gallavardin), d'une insuffisance mitrale, d'un rétrécissement aortique ; mais surtout assez fréquemment au cours d'un *rétrécissement mitral* (Gallavardin, Ribierre, Saloz et Froment, Giroux, Magniel, etc.). Exceptionnellement il a été provoqué par un anévrysme de la pointe (Parisot et Spillman, Jacquet), une blessure du cœur (Falk), une défaillance cardiaque aiguë (infarctus du myocarde, symphyse du péricarde, maladie infectieuse). Enfin il peut succéder à toutes les causes organiques ou fonctionnelles, nerveuses ou humorales conduisant à l'insuffisance ventriculaire gauche : myocardies (Laubry et Walser), myocardites rhumatismales (Gallavardin).

## Autres causes. — I. MALADIES INFECTIEUSES. —

a) Certaines *maladies générales* sans localisation pulmonaire se compliquent parfois d'œdème pulmonaire, en particulier le *rhumatisme articulaire aigu* (Bernheim et Lebreton, Ball) ; on le rencontre encore dans la typhoïde (Jaccoud), l'érysipèle (Legendre, Hutinel, Nobécourt et Milhit), la scarlatine (Nobécourt et Lereboullet), la rougeole, l'infection puerpérale, le choléra.

b) Nombre de *maladies infectieuses à localisations pulmonaires* entraînent l'O.A.P. Le plus souvent le *pneumocoque* est en jeu ; parmi les autres agents infectieux on a signalé le pneumo-bacille de Friedlander (Caussade et Tardieu). Parfois l'œdème est l'unique manifestation de la pneumococcie pulmonaire ; d'autres fois il complique une pneumonie, une bronchite, une broncho-pneumonie ; il peut être l'étape terminale d'une *tuberculose* (Cordier et Devic, Courmont, Caussade et Tardieu) ; mais il est surtout le fait de la *grippe* dont les complications broncho-pulmonaires sont facilement œdémateuses (Teissier, Rendu et Fouineau ; épidémie récente de 1918). Enfin il complique certaines pneumopathies du *nourrisson* (Debré, J. Méry).

2) INTOXICATIONS. — *Expérimentalement*, l'O.A.P. a été provoqué par de nombreuses substances : solutions chlorurées (Loeper, Laubry), acide prussique,



solution iodo-iodurée ; surtout on l'a étudié par la muscarine, le salicylate de méthyle (Teissier et Guinard), le nitrite d'amyle (Winckler) et l'adrénaline (Bouchard, Josué, Hallion et Nepper, etc.).

Cliniquement les causes d'apparition sont multiples. Certains médicaments peuvent déclencher l'œdème d'une manière plus ou moins exceptionnelle : iodure de potassium, iodoforme, pilocarpine (Jaccoud), inhalations d'éther (Petersen), novar (Milian), sels d'or, cyanure de mercure, injection massive de sérum artificiel chez un sujet en rétention chlorurée (Pozzi, Achard et Paiseau). D'autres fois l'O.A. est provoqué par une résorption d'œdèmes périphériques, par un choc anaphylactique, par des venins de serpents (Hertz, Eppinger). Le coup de sang pulmonaire des alcooliques est un œdème aigu dans l'étiologie duquel l'action du froid ou de la chaleur s'ajoute à l'intoxication éthylique.

Certaines intoxications endogènes (grossesse, goutte) interviennent plutôt par l'intermédiaire de complications cardio-artérielles et rénales.

3) AFFECTIONS NERVEUSES. — Des observations récentes signalent l'O.A.P. à la suite d'affections nerveuses très diverses (Gernez et Marchandise). Tantôt il s'agit d'affections de l'encéphale : traumatismes crâniens (Moutier), épilepsie (Shanadan, Euzière), encéphalite (Cl. Vincent), maladie de Parkinson (Bezançon), tumeurs cérébrales (L. Ramond), embolies (Lian), thromboses cérébrales.

Tantôt il s'agit d'affections médullaires : fracture du rachis (Cornil), laminectomie (Cl. Vincent), myélite (Fouineau et Jaccoud), tabès (Morel-Lavallée).

Ce peut être encore une polynévrite (Babonneix), une intervention sur le sympathique cervical (Jonnesco), une cause psychique (Laubry), une cause dysneurotonique relevant d'un facteur thyroïdien (Doumer) ou ovarien (Müller).

4) ASPHYXIES. — Gaz de combat. — L'O.A. peut succéder à une grosse embolie pulmonaire. Les travaux récents (Cot et ses collaborateurs) montrent que les lésions constatées dans l'asphyxie accidentelle sont les lésions classiques de l'œdème pulmonaire aigu. A côté de ces « asphyxies du temps de paix », des « asphyxies du temps de guerre » par les gaz de combat, les suffocants en particulier, entraînent des O.A. particulièrement graves, dont la fréquence a été considérable au cours de la dernière guerre.

5) ŒDÈME « A VACUO ». — Une thoracentèse (Pinault, Ferréol), une paracentèse abdominale déclenchent exceptionnellement un œdème pulmonaire.

### ETUDE CLINIQUE

Laissant de côté les multiples formes envisagées à l'étiologie et dont beaucoup sont d'une exceptionnelle rareté, nous décrirons :

- L'O. des cardio-rénaux,
- L'O. du rétrécissement mitral,
- Les O. infectieux,
- L'O. au cours de l'asphyxie accidentelle ou par les gaz de combat.

1. L'O.A.P. des cardio-rénaux. — A. FORME AIGÜE CLASSIQUE. — 1° Signes précurseurs. — Presque toujours des signes précurseurs font redouter l'apparition de la crise d'œdème aigu. Il s'agit de brightiques aux environs de la cinquantaine, accusant les « petits signes » de Dieulafoy, et qui, souvent à la suite d'une infection pulmonaire légère, se plaignent d'accès de dyspnée pénible, de toux spasmodique avec parfois quelques crachats spumeux, de douleurs précordiales parfois de type angineux. L'examen de ces malades révèle un rythme de galop, et un signe très important (Lian), la tachycardie avec des extra-systoles. À l'écran, le ventricule gauche est augmenté de volume. La prise de T.A. montre habituellement une élévation des tensions Mx et Mn (Amblard, Vaquez). Ces signes durent quelques jours ou plusieurs mois.

Parfois ils font entièrement défaut, l'œdème apparaît d'emblée, première manifestation respiratoire chez un cardio-rénal.

2° La crise. — Quoi qu'il en soit, la crise « éclate soudainement à la façon d'un accès d'asthme » (Dieulafoy). Elle survient le soir ou la nuit, mais aussi à toute heure du jour, favorisée par la fatigue, la marche, une digestion pénible, une émotion (Laubry), par la fatigue cardiaque du décubitus pour Merklen.

Le sujet est réveillé par une sensation de chatouillement dans la gorge, une « tension douloureuse du thorax », une oppression rapidement croissante. En quelques minutes le tableau est complet. Assis sur son lit, le malade est en proie à une dyspnée intense ; c'est une vive polypnée (35 à 40 par minute) avec orthopnée ; c'est une dyspnée angoissante, donnant l'impression de la mort prochaine, de l'étouffement par submersion ; c'est une dyspnée douloureuse : la douleur, rétro-sternale, irradiant dans le dos, les épaules, « comme si une chappe de plomb pesait lourdement sur elles » (Vaquez), descend le long du bras jusqu'au poignet. Douleur et angoisse sont d'ailleurs d'intensité variable. En même temps apparaît une toux quinteuse et saccadée, incessante et superficielle. D'abord sèche, elle est bientôt suivie d'une expectoration (phase exsudative de Merklen) qui soulage partiellement le malade.

Cette expectoration, étudiée par Roger, par Bezançon et I. de Jong est caractéristique par son abondance, 200, 300 gr., pouvant atteindre un quart ou un demi-litre (Vaquez) ; par son aspect : c'est un liquide dense, filant, finement aéré, mousseux, comparé à du « blanc d'œuf battu » ; rarement limpide l'expectoration est habituellement rosée, d'apparence « saumonée » parfois même sanguinolente, rarement tout à fait sanglante (Vaquez). Sa composition chimique est analogue à celle du plasma sanguin : elle est très riche en albumine (29 à 33 gr. pour 1.000) et l'albumino-réaction de Roger y est très fortement positive ; il n'y a ni mucine, ni fibrine ; l'urée est en proportion égale ou inférieure à celle de l'urée sanguine ; le chlore, le calcium, le sodium, le potassium sont en même proportion que dans le sang (Melli et Pisa). L'examen cytologique ne montre, au début, que quelques rares cellules alvéolaires ou bronchiques, quelques polynucléaires, quelques hématies ; plus tard peuvent apparaître de grands macrophages



chargés de pigment ; l'infection secondaire, ordinairement pneumococcique, amène la présence de nombreux polynucléaires.

L'examen physique complet est difficile à pratiquer en raison de l'état du malade, pâle, anxieux, terrifié, couvert de sueurs, aux extrémités refroidies et livides, aux lèvres violacées. A l'examen pulmonaire on note du tirage sus et sous-sternal ; une sonorité thoracique normale ou même tympanique, cette « sonorité paradoxale » relevant de l'emphysème aigu des parties non atteintes. Le malade ne pouvant parler, il est difficile d'apprécier les vibrations qui sont conservées. Mais surtout l'auscultation révèle une « véritable pluie de râles crépitants à bulles très fines et très serrées, envahissant sous l'oreille, comme un flot montant, les deux poumons, le plus souvent de la base au sommet » (Huchard). Ces râles deviennent de plus en plus humides, plus abondants, disséminés, sous-crépitan (Vaquez), et même on peut entendre de « véritables gargouillements » (Vaquez). L'état du cœur est difficile à apprécier, du fait de la dyspnée : il est globuleux, la pointe est abaissée, on perçoit le bruit de galop. Le pouls est petit, accéléré à 120.

L'étude de la tension artérielle est l'examen essentiel. Assez souvent une poussée hypertensive a précédé la crise ; elle est d'ailleurs inconstante (Lian, Gallavardin). Pendant la crise parfois la tension reste sans changement sur les jours précédents : en général la poussée hypertensive persiste, ou bien la tension s'élève pendant la crise (Pal, Vaquez, Gallavardin) et ne s'abaisse qu'après la crise ; parfois on note une chute progressive de deux tensions (Amblard), surtout de la maxima, avec pincement de la différentielle, indice d'une insuffisance cardiaque considérable. Pour Doumer, il y a une légère baisse sur les chiffres antérieurs à la crise, l'écart différentiel restant satisfaisant.

3° Evolution. — A) Mort rapide par asphyxie. — Si le traitement d'urgence n'a pu être mis en œuvre, l'évolution fatale est la règle « en raison de l'état bronchopnéumonique et surtout de l'abaissement considérable de la tension artérielle » (Huchard).

Le pouls est petit, rapide et irrégulier. Les tensions Mx et Mn s'effondrent, surtout la maxima : la tension différentielle se réduit de plus en plus. Le malade ne crache plus, les poumons et les bronches s'encombrent, la cyanose croît, et la mort survient dans l'asystolie aiguë et l'asphyxie au bout d'un temps variable : parfois en quelques heures, parfois après un jour ou deux.

B) Guérison. — Il ne faut pas compter sur l'éventualité très rare d'une guérison spontanée : les accidents tournent court en une demi-heure, une heure, laissant une sensation persistante de fatigue.

Mais l'évolution dramatique de l'O.A.P. offre « à la thérapeutique l'occasion de son plus beau triomphe, qui est de ramener à la vie, grâce à ces moyens héroïques, qui sont la saignée et l'injection de morphine, un malade déjà à l'agonie » (Vaquez). On voit alors en effet l'expectoration se tarir rapidement, la douleur, la toux s'atténuer, le pouls se ralentir et reprendre sa plénitude. La T.A. remonte au voisinage

des chiffres antérieurs à la crise, mais souvent la minima reste un peu plus basse. Quelques crépitations erratiques persistent, qui disparaissent les jours suivants. Parfois une élévation thermique, une expectoration muco-purulente, traduisent une infection secondaire.

Lian, P. Vallery-Radot ont constaté après la crise (à partir de la 6<sup>e</sup> heure, ne dépassant pas le 3<sup>e</sup> jour) la possibilité d'une poussée d'albuminurie paroxystique transitoire atteignant jusqu'à 2 gr., 4 gr. et même 7 et 16 gr. (L'albumine de la sérosité alvéolaire en contact avec l'air devient hétérogène : elle est partiellement résorbée, puis éliminée.)

La guérison est complète et parfois durable. Mais des rechutes sont possibles et les autres accidents d'insuffisance ventriculaire gauche restent à redouter.

C) Insuffisance cardiaque progressive, Asystolie. — Dans d'autres cas la saignée a bien amené une amélioration ; mais des râles de congestion persistent aux bases, le cœur reste tachycardique avec des extra-systoles, la T.A. remonte, mais n'atteint pas son niveau antérieur. Ces signes témoignent d'une insuffisance cardiaque plus ou moins marquée, dont la régression n'est jamais complète.

Souvent on assiste à une asystolie banale à marche rapide, avec une T.A. effondrée, de l'œdème des membres inférieurs, un gros foie douloureux, de la cyanose, de la dyspnée, souvent de véritables crachats hémoptoïques. La mort survient en quelques jours ou quelques semaines.

D'autres fois l'apparition précoce, le lendemain de la crise, d'un souffle d'insuffisance mitrale fonctionnelle amène une sédation des signes douloureux et angoissants ; mais l'évolution ne s'en fait pas moins rapidement vers l'asystolie généralisée.

D) Récidives. — Habituellement des récidives surviennent, plus ou moins éloignées. L'efficacité de la saignée et des tonicardiaques s'épuise. Les crises tendent à se souder. La mort est le fait d'une nouvelle crise moins brutale, mais plus durable ; ou bien elle survient dans les progrès de la défaillance cardiaque.

4° Pronostic. — Dans le pronostic de la crise « la durée est facteur d'espoir » (Laubry), la facilité et l'abondance de l'expectoration sont d'un bon indice (Lian). Mais un pronostic favorable dépend surtout de la précocité du traitement, et de l'état de la tension artérielle ; encore faut-il avec Laubry tenir compte de l'élément vasculaire très important qui accompagne toute défaillance cardiaque.

Le pronostic ultérieur est fonction de l'état de résistance de l'appareil cardio-vasculaire, en particulier du ventricule gauche, dont on appréciera le volume à l'écran. Il est favorable si la tension remonte rapidement au voisinage de son chiffre initial ou reste modérément abaissée ; il est sévère si elle continue à s'effondrer : après quelques jours de calme trompeur survient une reprise, une syncope ou une asystolie progressive ; un abaissement de la tension systolique avec une tension diastolique restant relativement haute est d'un pronostic fâcheux. Le bruit de galop, la persistance de la tachycardie et d'extra-systoles, et surtout l'apparition d'un pouls alternant, sont des indices de gravité. L'apparition d'un souffle d'I.M. fonc-



tionnelle calme les accidents immédiats, mais indique une évolution vers l'insuffisance cardiaque.

Enfin le pronostic est fonction d'un bilan complet du malade : fonctions rénales, recherche des signes d'aortite, de la syphilis.

#### B) F. CLINIQUES DE L'O.A. DES CARDIO-RÉNAUX. —

1° *F. évolutives.* — Il existe des formes suraiguës : *f. syncopale* amenant la mort en quelques instants avec un peu d'écume aux lèvres ; *f. bronchoplégique* (Huchard), amenant la mort par asphyxie en quelques heures, sans toux ni expectoration ; des *f. prolongées* (Laubry) avec expectoration purulente et fièvre, la guérison ne survenant qu'après plusieurs semaines si le malade peut en faire les frais ; des *f. mixtes* (Jacquelin), mélange d'œdème chronique et d'œdème aigu : après une crise typique la dyspnée s'atténue sans disparaître, l'expectoration est discontinue mais mousseuse et albumineuse, des râles persistent, parfois survient une nouvelle crise aiguë.

2° *F. symptomatiques.* — Dans les *f. douloureuses* la douleur revêt le type d'angor superposée à la dyspnée d'un œdème aigu, ou bien une crise d'angor prolongée se complique d'œdème aigu, les deux affections étant d'ailleurs unies par un lien pathogénique. Gallavardin a décrit un *œdème pulmonaire d'effort solitaire* « sorte d'équivalent non douloureux d'accès d'angine de poitrine à *f. œdémateuse* ». Dans les *f. hémoptoïques* l'expectoration est peu abondante et franchement sanglante ; et même certaines hémoptysies purement vaso-motrices relèvent pour Bezançon et Jacquelin d'une même pathogénie que l'œdème aigu ; le coup de sang pulmonaire avec hémoptysies incoercibles (Gallavardin) est une forme exceptionnelle, d'intensité anormale. Signalons encore des *formes hyperthermiques* (Caussade et Logre) par infection secondaire.

3° *F. atténuées.* — On a décrit des *f. discrètes*, caractérisées par une petite toux quinteuse, suivie de quelques crachats spumeux légèrement saumonnés ; des *f. larvées* (Gallavardin) avec une toux quinteuse et pénible sans expectoration, relevant d'une congestion laryngo-trachéo-bronchique, équivalent mineur de l'O.A. ; de *petits œdèmes d'alarme* (Jacquelin) pouvant précéder le grand œdème de plusieurs mois et permettant de le prévenir, revêtant l'aspect de l'asthme cardiaque, d'une angoisse paroxystique légère avec rares crachats albumineux, de catarrhe bronchitique chronique. Pour Lian les crises de pseudo-asthme, les quintes de toux cardiaque ne sont pas de l'O.A., ce sont des « degrés de l'I.V.G. ».

4° *F. localisées, partielles.* — Il s'agit ici d'œdèmes subaigus, qui rentrent plutôt dans le cadre des congestions passives de l'insuffisance cardiaque, ou dans celui des œdèmes infectieux subaigus.

5° *F. étiologiques.* — L'O. A. P. peut compliquer une *néphrite aiguë de l'enfant* (Hutinel, Nobécourt et Milhit), en particulier la néphrite scarlatineuse. Parfois un œdème suraigu amène la mort en quelques minutes. Plus souvent, c'est une crise typique qui en l'absence de traitement, amène la mort en quelques heures, ou par asystolie en quelques jours ; chez le jeune enfant qui déglutit l'expectoration, il

n'existe assez souvent qu'un peu de mousse aux lèvres. Certaines *néphrites aiguës de l'adulte* ont pu se compliquer aussi d'O. A. : *néphrite aiguë au cours d'un rhumatisme articulaire aigu avec myocardite* (Jacquelin), certaines *néphrites aiguës avec syndrome cardio-vasculaire* (Lian).

II. L'O.A. du rétrécissement mitral. — A) Au cours de la GRAVIDITÉ. — Attribué jadis à une néphrite (Vinay) ou à l'intoxication gravidique, l'O.A., accident gravido-cardiaque, relève en règle d'un R.M. latent. Il survient parfois au début de la grossesse, en général au 4° ou 5° mois. Parfois révélateur de la lésion latente, il est plus généralement annoncé par des signes de décompensation cardiaque. L'avortement est presque fatal, et souvent suffit à arrêter l'évolution de la crise ; l'interruption de la grossesse se pose, mais elle ne met pas toujours fin aux accidents. Ces accidents peuvent n'apparaître qu'à terme, au cours du travail ou même après la délivrance.

B. EN DEHORS DE LA GRAVIDITÉ. — Des travaux récents ont mis en évidence la possibilité d'O.A., au cours du R.M. pur, en dehors de toute grossesse (Gallavardin, Ribierre, Magniel, Doumer, etc.).

L'O.A. survient au cours d'un R.M. serré (roulement diastolique prolongé) ; c'est un accident précocé, survenant alors que le rythme cardiaque est encore régulier, qu'il y a peu de stase pulmonaire. Deux causes favorisantes sont à retenir : l'*effort* (rentre dans le cadre des « O.P. d'effort » de Gallavardin) ; une *infection* surajoutée, notamment un réveil du R.A.A. (Gallavardin, Ribierre, Magniel). L'œdème revêt le type de *petites crises*, moins dramatiques que la grande crise classique, souvent précédées d'accidents légers pouvant en imposer pour de petites embolies : c'est une crise d'oppression diurne à la suite d'un effort, avec expectoration discrète, se terminant sans saignée ; elle prend souvent une forme hémoptoïque (Doumer) ; la *cyanose* est fréquente ; assez souvent le malade accuse des *douleurs précordiales* plus ou moins angineuses, ou un point de côté auriculaire (Vaquez) dans l'espace interscapulo-vertébral gauche. La grossesse, qui détermine une distension de l'oreillette, fait cesser les crises.

On peut rattacher à l'O.A. des mitraux certains états subaigus de congestion œdémateuse (Nobécourt et Pichon) qui renferment la plupart des syndromes pseudo-tuberculeux décrits par Hutinel.

III. O.A.P. infectieux. — Ne rentre pas dans ce cadre l'infection secondaire des œdèmes passifs des cardiaques et des brightiques. De plus Bezançon et de Jong font remarquer que bon nombre des cas publiés sont en réalité « des bronchopneumonies avec phénomènes bronchiques importants et catarrhe pituiteux ».

Avec Sargent et Lian on peut distinguer trois types :

A) Les œdèmes survenant chez un cardiaque à propos d'une infection aiguë des voies respiratoires, telles qu'une pneumonie (Merklen et Pouillot). L'O. A., épiphénomène ajouté à l'infection pulmonaire déter-



minante, est en général moins brutal et moins dramatique que l'O.A. franc.

B) *Les œdèmes au cours d'une maladie infectieuse sans localisation pulmonaire préalable.* Nous retiendrons :

1° *Le Rhumatisme articulaire aigu* (Bernheim et Lebreton) où un O.A. typique, parfois suraigu, peut amener la mort en quelques minutes. Plus souvent il s'agit d'un foyer localisé de râles crépitants, sans grands signes fonctionnels, d'évolution fugace.

2° *La grippe.* On a vu ces œdèmes, suraigus, au cours des épidémies récentes, (1918). Le début se fait par une petite toux incessante, ramenant bientôt une expectoration mousseuse, striée de sang. Rapidement les deux tiers inférieurs du poumon sont envahis par des râles crépitants abondants, parfois même la respiration est bloquée. La dyspnée croît et surtout une cyanose intense envahit la face, les lèvres, les oreilles, les mains. Le cœur est éréthique, les urines albumineuses. Une saignée abondante et précoce s'impose, qu'il faut répéter plusieurs jours de suite. Souvent d'ailleurs l'évolution ne s'en fait pas moins vers l'insuffisance cardiaque (rôle des lésions infectieuses du poumon).

3° *La rougeole* (Nobécourt et Lereboullet). Du 2° au 4° jour, en pleine période d'état, apparaît brutalement une dyspnée très intense, avec tirage, battements des ailes du nez, cyanose. Souvent il n'y a ni toux, ni expectoration ; le pouls est accéléré, la température élevée ; les signes physiques sont ceux d'un O.A. typique. Le traitement d'urgence amène la guérison, mais parfois la mort survient ultérieurement du fait de l'insuffisance cardiaque ou d'accidents infectieux.

C. *Les œdèmes au cours de maladies infectieuses à localisation pulmonaire.* Le rôle prépondérant du pneumocoque est depuis longtemps mis en évidence.

1° Ces œdèmes pneumococciques aigus (Caussade et Milhit, Logre) peuvent : 1° Etre la seule manifestation d'une pneumopathie pneumococcique (Guillain et Laroche), œdème suraigu « véritable équivalent pneumonique » ; 2° Etre le signe révélateur d'une septicémie pneumococcique, qui plus tard pourra déterminer une localisation quelconque du pneumocoque : pneumonie, arthrite, etc. (Caussade et Milhit) ; 3° Complicquer une pneumonie ou une bronchopneumonie, surtout grippale (Ménétrier) : soit à la période d'état (Rendu et Teissier), c'est la pneumonie séreuse œdémateuse (Carnot, Merklen) ; soit précédant la pneumonie (Chauffard et Laroche) ; soit suivant la pneumonie (Caussade et Milhit), surtout chez le vieillard (œdème agonique du vieillard).

2° Des œdèmes subaigus et localisés ont été également décrits par Caussade et ses élèves, débutant silencieusement, évoluant lentement. L'expectoration mousseuse, mélangée de crachats muco-purulents, contient de l'albumine, des polynucléaires et des pneumocoques virulents. On n'entend pas de râles fins, mais quelques râles muqueux ou sous-crêpitants. La fièvre est à 38° ou 39°. Ces œdèmes sont le plus souvent localisés, à la base, dans la région scissurale, et en particulier au sommet, où ils peuvent simuler des lésions tuberculeuses. La guérison est habituelle,

mais en plusieurs semaines. A vrai dire, pour beaucoup d'auteurs (Sergent, Lian, Doumer, etc.), ces infections ne rentrent pas dans le cadre de l'œdème aigu, ce sont des congestions pulmonaires à tendance œdémateuse.

3° Caussade et Tardieu, Calmus, ont insisté sur le rôle pathogénique de l'œdème aigu ou congestif dans les formes de *congestion pulmonaire* décrites par Potain et par Woillez, dans la fluxion de poitrine, dans la spléno-pneumonie, — syndromes que Bezançon et son école rattachent aux cortico-pleurites.

4° Dans les complications œdémateuses de la *grippe* (épidémie de 1918) il s'agit d'une série de foyers d'œdème partiel et localisé, associés aux lésions bronchopneumoniques ou hémorragiques (Sergent).

5° *Au cours de la tuberculose pulmonaire chronique*, il n'est pas exceptionnel d'observer (Caussade et Tardieu, Cordier et Devic, Courmont) des crises d'œdème aigu ou subaigu, ne dépendant ni d'une cardiopathie, ni d'une affection rénale, avec une flore microbienne banale dans l'expectoration, évoluant en quelques heures ou quelques jours, et qui ne doivent pas être confondues avec une extension rapide et massive du foyer ulcéro-caséux.

D. *Les œdèmes infectieux du nourrisson.* — 1° Certains surviennent au cours d'une pneumonie, ou d'une bronchopneumonie.

2° D'autres sont en apparence primitifs (Lemaire). Chez un nourrisson porteur d'un léger catarrhe, brusquement, en moins de deux heures, s'installe une toux fréquente, une dyspnée vive avec tirage et battements des ailes du nez. Aux lèvres on voit un peu d'écume typique. Aux poumons on entend un ou plusieurs foyers de râles fins. La mort est habituelle en deux ou trois jours.

3° On a décrit en outre des *f. subaiguës curables* (Debré, J. Méry) : chez un nourrisson d'un mois environ s'installe en huit à dix jours une toux quinteuse avec dyspnée peu intense, peu de fièvre. A l'auscultation des râles fins sur les deux champs pulmonaires. L'évolution se prolonge 2 ou 3 mois, avec un bon état général. Le pronostic est bénin : la guérison se fait lentement, sans séquelles.

IV. *O.A.P. dus aux gaz de combat.* — Parmi les « gaz » de combat (comprenant non seulement des gaz, mais aussi des liquides et des solides finement pulvérisés) les gaz suffocants déterminent des O.A. particulièrement graves.

A) *Gaz suffocants.* — Ce sont le chlore et ses dérivés (CO Cl<sup>2</sup>, phosgène, palite, surpalite, chloropirine) ; certaines arsines (léwisite) sont également suffocantes. Leur action provoque :

Une *f. suraiguë, foudroyante*, terrassant le combattant en quelques minutes ; un champignon de mousse rosée révèle l'œdème aigu.

Une *f. aiguë précoce* (Lian), apparaissant après 6 à 10 heures, justiciable de la saignée au poste de secours même.

Une *f. commune, tardive*. L'inhalation du gaz entraîne une sensation d'arrêt respiratoire et de constriction : le soldat cherche à se débarrasser de sa cra-



vate, de son ceinturon. Puis survient une asthénie profonde qui empêche de fuir, et une toux déchirante pénible. L'évacuation amène une période d'accalmie souvent traîtresse, il faut éviter tout effort, qui favoriserait le déclenchement de l'œdème. Après un ou deux jours éclate une grande crise d'œdème, parfois suraigu, plus souvent aigu, imposant la saignée. L'état général est très atteint : *hypotension, tachycardie*, vomissements, apathie, *fièvre* constante. Le pronostic est basé sur la tachycardie persistante, la hauteur de la température, l'hypotension, l'intensité des réactions pulmonaires. Si le sujet atteint le *troisième jour*, date critique, la guérison est habituelle.

Des complications peuvent survenir : emphysème sous-cutané, gangrène des membres inférieurs, complications nerveuses et surtout *infection pulmonaire* secondaire.

La résolution se fait par un œdème subaigu, puis chronique ; la sclérose est lente, les *séquelles* sont souvent bénignes, parfois se développe une dilatation bronchique (Bonnamour).

B) *Gaz vésicants*. Le type est l'ypérite, qui imprègne le sol, l'eau, les vêtements et fait des ypérités des contagieux. A côté des brûlures cutané-muqueuses, peuvent exister des manifestations pulmonaires multiples : bronchite, bronchopneumonie, et parfois des *lésions à la fois œdémateuses et inflammatoires*. Les séquelles respiratoires sont nombreuses, en particulier des *congestions œdémateuses récidivantes*, avec fièvre et signes de bronchite, spéciales aux ypérités.

V. *Asphyxie*. — Dans la plupart des cas d'asphyxie accidentelle la mort survient dans « le syndrome d'asystolie cérébrale et pulmonaire suraiguë qui caractérise l'asphyxie » (Cot). Il en est ainsi dans l'asphyxie par pendaison, par strangulation, par suffocation.

En particulier « l'œdème suraigu du poumon est constant dans la submersion lorsqu'il s'agit d'un noyé du type asphyxié » : on constate en effet un champignon de mousse blanchâtre ou rosée aux lèvres et aux narines, et à l'autopsie les lésions typiques de l'O.P.

La perte de connaissance par *électrocution* accidentelle (Cot et Jacob) revêt le plus souvent le type asphyxique, avec fréquemment une spume sanguinolente aux lèvres. Parfois la mort est plus tardive, pouvant encore relever d'O.A.

Dans l'intoxication par l'*oxyde de carbone*, la mort relève le plus souvent du mécanisme général de l'asphyxie (Cot et Joly), l'anoxémie entraînant la production d'O.A.

Les milieux suroxygénés eux-mêmes (*Oxygénothérapie*) en déterminant des troubles du fonctionnement du centre respiratoire, peuvent entraîner les lésions de l'appareil respiratoire et les phénomènes classiques de l'asphyxie (d'où l'intérêt du carbogène, CO<sup>2</sup> excitant le centre respiratoire).

VI. *O.A. a vacuo*. — Au cours d'une *thoracentèse* trop rapide ou trop abondante, l'apparition de toux quinteuse et de dyspnée commande l'arrêt de la ponc-

tion : les accidents cèdent le plus souvent ; dans les jours suivants apparaît un foyer de sous-crépitations.

On a signalé également l'O.A. à la suite d'une *paracentèse* abdominale ; après *ponction du péricarde* (Antonelli et Mézard).

Enfin nous rapprocherons de ces cas des O.A. mortels survenant à l'insufflation chez des tuberculeux traités par *pneumothorax artificiel* (Antonelli et Mézard).

(A suivre.)

## CALENDRIER DES CONGRÈS MÉDICAUX<sup>1</sup>

### QUESTIONS MISES À L'ORDRE DU JOUR DES PROCHAINS CONGRÈS

1935

VII<sup>e</sup> Congrès international des accidents du travail. — (Bruxelles), section de chirurgie : « *Conséquences lointaines des traumatismes du crâne* ».

I. Étiologie symptomatologie : M. Akerman (Stockholm) ; Stern (Cassel).

II. Anatomie pathologique : M. Pemfield (Montréal).

III. Diagnostic, pronostic et valorisation : M. Lippens (Bruxelles).

IV. Traitement : MM. Olier (Madrid) ; Martin (Bruxelles) ; Petit-Dutaillis (Paris).

XXXIX<sup>e</sup> Congrès français des médecins aliénistes et neurologistes (Bruxelles, 22-27 juillet 1935). — Président : M. René Charpentier ; secrét. gén. : M. P. Combemale, à Bailleul (Nord).

Psychiatrie : *L'hystérie et les fonctions psychomotrices* ; étude psycho-physiologique. Rapporteur : M. le Dr Henri Baruk, médecin chef de la Maison nationale de santé de Saint-Maurice (Seine).

Neurologie : *L'hystérie et les fonctions d'encéphaliques* ; étude neurologique. Rapporteur : M. le Dr Ludo Van Bogaert, d'Anvers, agrégé à l'Université libre de Bruxelles.

Médecine légale psychiatrique : *Délinquance et criminalité de l'enfance*. Rapporteur : M. le Dr Heuyer.

Assises médicales. — Voici le programme des Assises médicales de l'assemblée française de médecine générale :

XIV<sup>e</sup> session (décembre 1934-janvier 1935) : *L'avenir des hypertendus*.

XV<sup>e</sup> session (février-mars 1935) : *Consanguinité et descendance*.

XVI<sup>e</sup> session (avril-mai 1935) : *Les aptitudes familiales aux localisations morbides*.

XVII<sup>e</sup> session (juin-juillet 1935) : *Résultats éloignés de la collapsothérapie*.

XVIII<sup>e</sup> session (octobre-novembre 1935) : *Le rachitisme en France*.

XIX<sup>e</sup> session (décembre 1935-janvier 1936) : *L'enfant à l'âge scolaire (son orientation intellectuelle et professionnelle jugée par le médecin)*.

Congrès international de la médecine d'assurance-vie (Londres, 23-27 juillet 1935). — *Des méthodes pour l'évaluation des risques*. Rapports préliminaires : Dr Sturm, de l'Allemagne ; Dr Chester T. Brown, des États-Unis. — Discussion sur « *Le pronostic de l'hypertension* ». Rapports préliminaires : Dr May et Dr Ollivier, de France, professeur

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôp.*, 1935, n° 1, p. 10.



D<sup>r</sup> Winternitz, de l'Italie. — « De l'acceptation des glycosuriques ». Rapports préliminaires : prof. W. Langdon Brown, de l'Angleterre ; prof. Van den Bergh, de Hollande. — Discussion sur « Les ulcères gastro-intestinaux et l'assurance-vie ». Rapports préliminaires : prof. D<sup>r</sup> Romanelli, de l'Italie ; D<sup>r</sup> Faroy et D<sup>r</sup> Carrié, de France. — Discussion sur « De la valeur des mesures préventives dans l'assurance-vie ». Rapports préliminaires : D<sup>r</sup> O. Neustatter, de l'Allemagne. Rapports spéciaux.

**XLIV<sup>e</sup> Congrès de chirurgie** (Paris, 7 octobre). — Président : M. Michel (Nancy) ; vice-président : M. Pauchet (Paris).

*Technique et conséquences physiologiques des interventions sur le diaphragme (phrénicectomie exceptée).*

**1<sup>er</sup> Congrès international de gastro-entérologie** (Bruxelles, 5-7 août 1935.) — Secrétaire général : D<sup>r</sup> G. Brohée, 64, rue de la Concorde, Bruxelles.

I. *Les gastrites*. — Rapporteurs : MM. A.-F. Hurst, W. Zweig, Konjetzny, Parchoud, Berg, F. Moutier, G. Lion.

II. *Les colites ulcéreuses graves non amibiennes*. — Rapporteurs : MM. Gallart-Monès, Snapper, Lardennois, Donati, Dall'Acqua, Dustin, Wimtrup et Goiffon.

**Congrès de la goutte et de l'acide urique**. (Vittel, 14-16 septembre 1935). — Secrétaire général : D<sup>r</sup> Maurice Boigey, à Vittel.

*Les troubles des échanges nutritifs chez les gouteux* (professeur Loeper et prof. agr. Lemaire).

*Métabolisme de l'acide urique* (D<sup>r</sup> Brodin et M. Grigaut).

*Cure sulfatée calcique et régulation neuro-humorale* (professeur Santenaise, prof. agr. L. Merklen et D<sup>r</sup> M. Vidacovich).

*Le foie des gouteux* (prof. agr. Abrami).

*Le foie des gouteux* (prof. Noël Fiessinger).

*L'appareil cardio-vasculaire des gouteux* (prof. agr. C. Lian et D<sup>r</sup> Gilbert Dreyfus).

*Pathogénie de la goutte et lophus gouteux* (prof. P. Merklen et prof. agr. M. Wolf).

*Formes cliniques de la goutte aiguë* (D<sup>r</sup> Lucien de Genes).

*Formes cliniques du rhumatisme gouteux* (D<sup>r</sup> Mathieu-Pierre Weil).

*Lésions anatomo-pathologiques de la goutte* (prof. Jean Tapie).

*Goutte et cellulite* (prof. Paviot).

*Le sang des gouteux* (D<sup>r</sup> Coste).

*Troubles anaphylactiques chez les gouteux* (prof. agr. Pasteur-Vallery-Radot et D<sup>r</sup> Mauric).

*Troubles nerveux chez les gouteux* (prof. Rimbaud et D<sup>r</sup> Anselme Martin).

*Diététique et hygiène de la goutte* (prof. agrégé Guy Laroche).

*Radiographie de la goutte* (prof. G. Rechou).

*Histoire thermique de la goutte* (prof. agr. Chabrol).

*Le traitement médicamenteux de l'uricémie* (D<sup>r</sup> A.-P. Cawadias).

*Thérapeutique hydrominérale de la goutte* (prof. Lemierre et D<sup>r</sup> Justin Besançon).

*Thérapeutique médicale de la goutte* (prof. Maurice Perin).

**Congrès français de gynécologie** (8, 9 et 10 juin, Salies-de-Béarn). Présidence de M. le professeur Guyot, de Bordeaux.

*Les hémorragies génitales de la femme, en dehors de la grossesse et des tumeurs.*

Secr. gén. : M. Maurice Fabre, 6, rue du Conservatoire, Paris (9<sup>e</sup>).

# DINITRA

alpha-dinitrophénol 1.2.4

## OBÉSITÉ

HYPOTHERMIES — HYPOSPHYXIES  
HYPOTHYROÏDIES

HYPOMÉTABOLISMES

**RALENTISSEMENTS**

de la **NUTRITION**



SOCIÉTÉ D'APPLICATIONS PHARMACODYNAMIQUES, 5 & 7 rue Claude Decaen - PARIS 12



**IX<sup>e</sup> Congrès de gynécologie et obstétriciens de langue française** (Alger, 15-17 avril 1935). — Président : M. Laffont. — Secr. gén. : M. Fulconis.

1° *L'assistance obstétricale en Afrique française et belge* ; rapporteurs : MM. Laffont (Alger), et Cocq (Bruxelles) ;

2° *Indications et techniques thérapeutiques des cervicites chroniques* ; rapporteurs : MM. Labry (Lyon) et Villar (Bordeaux) ; 3° *Les œdèmes de la grossesse* ; rapporteurs : MM. Lévy-Solal (Paris) et X... (Suisse).

**Journées médicales de Bruxelles** (29 juin 1935). — Secr. gén. : M. Beckers, 141, rue Béliard, Bruxelles.

*Physiopathologie des glandes endocrines.*

**IX<sup>e</sup> Congrès international de médecine et de pharmacie militaires** (Bucarest, 2-9 septembre 1935). — Première question : principes d'organisation et de fonctionnement du Service de santé dans la guerre de montagne (Roumanie-Italie).

Deuxième question : détermination de l'aptitude aux diverses spécialités des armées de terre, de mer et de l'air (Roumanie-France).

Troisième question : séquelles des blessures de l'abdomen (Roumanie-Etats-Unis).

Quatrième question : recherches ayant pour but l'unification des méthodes d'analyse des aliments et boissons destinés à l'alimentation du soldat (Roumanie-Tchécoslovaquie).

Cinquième question : soins bucco-dentaires à l'avant (Roumanie-Lithuanie).

Sixième question : étude comparative des attributions des services administratifs sanitaires dans les différentes armées de terre, de mer et de l'air (Roumanie-Chili).

**Congrès français d'orthopédie** (Bruxelles, 4 octobre 1935).

— 1° *Les mycoses osseuses et articulaires*. M. Marcel Meyer (Strasbourg), rapporteur.

2° *Le syndrome de Volkmann (rétraction ischémique des fléchisseurs des doigts)*. M. Raphaël Massart (Paris), rapporteur. — Secrét. gén. : M. Roederer, Paris.

**VIII<sup>e</sup> Congrès français d'oto-neuro-ophtalmologie** (Nice, Pâques 1935, 15-18 avril). — *Abcès du cervelet en oto-neuro-ophtalmologie*.

Secr. : M. Aug. Tournay, 58, rue de Vaugirard, Paris.

**IV<sup>e</sup> Congrès de la Societas O. R. L. latina** (Bruxelles, 20-23 sept. 1935). — Président : M. Buys ; secrét. gén. : M. Chavanne, à Lyon.

*Les abcès encéphaliques en oto-rhino-laryngologie.*

**IX<sup>e</sup> Congrès des pédiatres de langue française** (Bordeaux, 1936). — Présidence du D<sup>r</sup> Rocaz.

*Épidémiologie et pathogénie de l'acrodynie infantile* (M. Péhu, Lyon) ;

*Insulinothérapie chez l'enfant* (MM. Aubertin, Bordeaux et Lelong, Paris) ;

*Déformations dystrophiques du thorax* (MM. Lévêque, Ombrédanne et Garnier, Paris).

**Association française d'urologie** (Paris, 7 octobre). — Président : M. Thévenot (Lyon) : *Influences immédiates et éloignées de la grossesse sur l'appareil excréteur du rein*.

**VIII<sup>e</sup> Congrès National de la tuberculose** (Marseille, 15-18 avril). — Président : M. Olmer ; secrét. gén. : MM. J. Olmer et Royer.

I. Question biologique : « *Le rôle de l'ultravirus tuberculeux en pathologie humaine et expérimentale* ». Rapporteurs : MM. Arloing et Dufourt (Lyon), H. Durand et Vaudremer (Paris).

II. Question clinique : « *Indications et résultats de la thoracoplastie dans le traitement de la tuberculose pulmo-*

*naire* ». Rapporteurs : MM. Leuret et Caussimon (Bordeaux), Maurer et Roland (Paris).

III. Question médico-sociale : « *La tuberculose et la lutte antituberculeuse en Afrique du Nord* » ; avec 4 rapports. — 1. Algérie : M. Aubry (Alger). — 2. Tunisie : MM. Masselot et Bloch (Tunis). — 3. Maroc : MM. Lapin et Bonjean (Rabat). — 4. Afrique occidentale française : M. Blanchard (Dakar).

IV. Question médico-militaire : « *La prophylaxie de la tuberculose dans la marine* ». — 1. Marine de guerre : rapporteurs : méd. en chef Plasy et Hederer. — 2. Marine marchande : M. Marcel Clou.

## 1936

**III<sup>e</sup> Congrès de la Société internationale d'orthopédie** (Rome, septembre 1936). — *Les dérangements internes du genou ; les arthrorises dans les séquelles de la paralysie infantile*.

**Congrès français d'orthopédie** (Paris). — *Le traitement des déviations rachitiques des membres*.

## SOCIÉTÉS SAVANTES

### ACADEMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 10 DÉCEMBRE 1934)

**Le virus de la fièvre fluviale du Japon (Tsutsugamushi).**

— M. Charles NICOLLE et Mme Hélène SPARROW. La fièvre fluviale du Japon appartient à la famille des fièvres exanthématiques. Elle se distingue des typhus par quelques caractères cliniques, par des réactions sérologiques et surtout par son mode de transmission naturel. Ce ne sont, en effet, ni les poux, ni les puces, ectoparasites humains, qui la propagent, mais des parasites d'animaux : des tiques. A ce point de vue, elle se classe dans le même groupe que la fièvre boutonneuse de la Méditerranée, le typhus rural de Malaisie et la fièvre pourprée des Montagnes Rocheuses et du Brésil.

Sa connaissance est due entièrement aux travaux des médecins japonais ; grâce à leur complaisance, M. Nicolle a pu se procurer une souche de ce virus et procéder à des expériences qu'il relate dans sa communication.

**Sur l'immunité antitoxique générale et locale.** — MM. G. RAMON, R. RICHOU et MILOUTINE DJOURICHITCH.

**Les teneurs en chlore et en phosphore total des encéphales des cobayes normaux, inanitiés, ou atteints de scorbut chronique et de scorbut aigu. Les taux magnésiens des muscles striés.** — Mlle Andrée MICHAUX.

(SÉANCE ANNUELLE DU 17 DÉCEMBRE 1934)

Après l'allocution de M. Emile BOREL, président, les prix et subventions attribués en 1934 sont proclamés.

(SÉANCE DU 26 DÉCEMBRE 1934)

**Les streptococcémies et les méningites suppurées à streptocoques. Action du sérum antistreptococcique dans ces états infectieux.** — M. H. VINCENT. Comme agent d'infection primitive ou secondaire, le streptocoque sous toutes ses races (hémolytique, viridans,  $\gamma$  de Smith et Brown), se





# Pour vos Grippés

Deux médicaments spécifiques :

## ASCÉINE

Période de début :

Frissons  
Courbature  
Céphalalgie  
Hyperthermie

### Soulagement immédiat

2 à 4 comprimés  
par 24 heures

## RÉSYL

Période d'état et de déclin :

Bronchite  
Laryngite  
Rhinite  
Séquelles pulmonaires

### Restitutio ad integrum

Comprimés : 3 à 5 par 24 heures  
Sirop : 3 à 5 cuillerées à café par 24 heures

LABORATOIRES CIBA, O. ROLLAND, PH<sup>CIEN</sup>

109-113, Boulevard de la Part-Dieu, LYON

# Le DIAL "CIBA"

### CHEZ LES SURMENÉS

Chez les surmenés de tous ordres, chez les préoccupés et les scrupuleux, qui font volontiers de l'obsession et de la petite anxiété nocturne, le DIAL est un médicament précieux qui détend leurs neurones sous tension et leur permet de goûter un repos réparateur, première condition de leur guérison.

COMPRIMÉS — GOUTTES — AMPOULES

Laboratoires CIBA — O. ROLLAND, Pharmacien, 109-113, Bd de la Part-Dieu, LYON



classe parmi les plus fréquents et les plus dangereux pour l'espèce humaine. Chez les malades atteints de septicémie, le caractère peu antigène du streptocoque et, d'autre part, sa forte résistance aux moyens de destruction biologique ou médicamenteuse, enfin son déversement régulier dans le sang par les foyers infectieux où il s'est initialement ou ultérieurement cultivé, expliquent la rareté des guérisons spontanées. Parti du rhino-pharynx, de la bouche, de l'oreille moyenne, d'un sinus infectés, de l'utérus (*post-partum* et *post-abortionum*), le streptocoque trouve dans le sang un milieu très peu favorable, mais les ondes bactériennes issues de ces foyers l'y renouvellent et l'y entretiennent.

Injecté dans ces états septicémiques, le sérum antistreptococcique amène la disparition brusque des grands frissons et une amélioration rapide des symptômes nerveux : prostration ou coma, délire, agitation, dyspnée toxique, etc., chez les malades traités avec continuité, à la dose de 100 cc. par jour. La défervescence est un peu plus tardive. Lorsque la septicémie doit guérir, c'est généralement entre le sixième et le onzième jour que la défervescence se produit et que le sang devient stérile ; la guérison apparaît quelquefois plus tôt.

Le critérium le plus sûr de l'activité de l'antisérum est donné par ses résultats dans les deux manifestations les plus sévères de la streptococcie, savoir la septicémie vérifiée par l'hémoculture et la méningite suppurée. On pourrait cependant en rapprocher l'érysipèle ombilical du nouveau-né dont le pronostic est très grave. Trois enfants traités par le sérum antistreptococcique ont été guéris par le sérum.

La première série de streptococcémies et de méningites suppurées à streptocoques traitées par la sérothérapie portait sur 136 cas de ces affections (*Académie de Médecine*, 22 mai 1934). Leur nombre actuel est de 218.

Une forte proportion des malades guéris par le sérum antistreptococcique ont présenté des formes cliniques ou des complications d'une gravité extrême du côté du cerveau, des méninges, de la plèvre et des poumons, de l'endocarde et du péricarde, des grandes articulations, du péritoine, etc. La statistique des guérisons, établie avec une grande rigueur et comprenant les malades traités très insuffisamment par le sérum, ou injectés *in extremis*, n'en donne pas moins, comme celle publiée précédemment, les résultats suivants :

La proportion générale des guérisons déterminées par le sérum antistreptococcique a été de 82,53 pour 100. Celle des décès a été de 17,47 pour 100.

L'observation des épidémies tunisiennes des typhus historique et murin et l'étude de leurs virus montrent que ces deux maladies sont étrangères l'une à l'autre. — MM. Charles NICOLLE et Paul GIRAUD. Les épidémies tunisiennes de typhus historique n'ont jamais pour point de départ l'épidémie typhique murine des rats de Tunis. Les rats capturés dans les foyers typhiques de la Régence ne sont pas porteurs de virus typhiques.

**Gélification du sérum.** — En poursuivant ses recherches, M. Kopaczewski démontre, dans une note présentée par M. d'ARSONVAL, que de nombreux acides inorganiques et organiques peuvent donner des gels transparents avec du sérum humain. La dose gélifiante précède immédiatement celle de coagulation trouble irréversible du sérum ; ceci explique la difficulté de fixer la concentration d'acide produisant la gélification réversible dans le cas des acides dont le pouvoir coagulant est fort ( $\text{HCl}$ ,  $\text{HNO}_3$ ,  $\text{H}_2\text{SO}_4$ , butyrique, etc.).

De ses recherches, M. Kopaczewski conclut que la gélification ne s'explique point par la concentration en ions  $\text{H}^+$ , puisque les bases (la soude caustique, la pyridine, etc.) ainsi que l'aldéhyde formique peuvent la provoquer. Il sem-

ble que c'est un processus d'hydratation micellaire, ce qui expliquerait sa parfaite réversibilité.

**Microdosage de la caféine.** — M. DESGREZ présente deux notes : la première de M. Georges Denigès, sur le microdosage de la caféine par calorimétrie ; la seconde, de Mme et M. Jean Roche, établissant, pour l'hémérythrine, pigment respiratoire du siponcle, le même poids moléculaire (66.000) que celui de l'hémoglobine humaine.

## SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE TOULOUSE

(SÉANCE DU 21 DÉCEMBRE 1934)

**A propos de la technique de la cystostomie.** — M. MARTIN présente un trocart permettant la ponction de la vessie remplie au préalable de liquide et son aspiration. Cet instrument évite la souillure de la plaie par l'eau de remplissage souvent septique. Cet auteur présente ensuite un béniqué creux contenant un flexible terminé par une lame en forme de fer de lance mobile et permettant de pratiquer la « cystostomie interne ».

**Les plâtres à extension pour la contention des fractures.** — M. RIEUNAU présente un procédé de contention des fractures de cuisse qu'il appelle « les plâtres à extension ». Ceux-ci sont essentiellement constitués d'attelles permettant l'extension et d'une portion plâtrée permettant la contre-extension. Il nous rapporte sept observations suivies de résultats très satisfaisants et rapides.

**Un cas de disjonction totale symphysaire et sacro-iliaque.** — M. BOULARAN relate une observation dans laquelle la disjonction du pubis était réalisée par une ascension des branches ilio-pubienne et ischio-pubienne droites sur celles du côté gauche, et il précise l'incapacité que l'on peut allouer à de tels malades.

M. LEFEBVRE signale la fréquence des lésions associées de l'articulation sous-iliaque.

MM. CADENAT et Louis DAMBRIN présentent un malade ayant été atteint d'une fracture du crâne et d'une fracture du maxillaire inférieur. Cette dernière a été négligée par les médecins ayant les premiers donné leurs soins, si bien que lorsque le blessé s'est présenté à l'un d'eux, il était porteur d'une fracture consolidée en mauvaise position. Une ostéotomie a été pratiquée, puis un ficelage bouche fermée.

M. CADENAT présente un autre malade, un boxeur, porteur d'une fracture au niveau du follicule de la dent de sagesse. Un ficelage provisoire a été institué.

**Sténoses sous-valériennes.** — MM. J. DUCUING et P.-Ch. FABRE rapportent cinq observations personnelles de sténoses sous-valériennes. A cette occasion, ils font une révision des travaux parus sur cette question et en montrent l'intérêt clinique et thérapeutique. Ils admettent la très grande fréquence d'une pathogénie cœco-appendiculaire, qui peut être envisagée dans trois de leurs cas, le quatrième ayant trait à une amibiase. Le cinquième cas était dû à un ulcère prépylorique.

**Nouveaux procédés d'exploration fonctionnelle du foie,** par Noël FIESSINGER et Henry WALTER. Un volume de 172 pages. Paris, Masson et Cie. — Prix : 28 francs.

Le Directeur-gérant : D<sup>r</sup> François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.



# SIROP GUILLIERMOND

## IDO-TANNIQUE

**AFFECTIONS CARDIO-VASCULAIRES, AFFECTIONS PULMONAIRES CHRONIQUES  
LYMPHATISME, GOITRE, DERMATOSES, ALBUMINURIE**

**DOSES : 2 à 4 cuillerées à bouche, à dessert ou à café suivant l'âge**

**PRESCRIRE :**  
**SIROP GUILLIERMOND, un flacon**

**BERTAUT-BLANCARD FRÈRES**  
64, Rue de La Rochefoucauld, PARIS (9<sup>e</sup>)

### VOMISSEMENTS

Vomissements de la grossesse  
Mal de mer  
Etats nauséux  
**ATONIE GASTRIQUE**

# CETRAROSE

du Docteur GIGON  
à base d'Acide protocétrarique.

**MODE D'EMPLOI**  
20 à 30 gouttes en une fois sur un morceau de sucre ou dans un peu d'eau dose pouvant être répétée plusieurs fois, sans dépasser 200 gouttes par 24 heures.

Laboratoire des Produits du Dr GIGON  
A. FABRE, Pharmacien  
23, Bd Beaumarchais - PARIS



**Laboratoires R. HUERRE, Docteur ès Sciences — Pharmacien**  
12, Boulevard de Bonne-Nouvelle, PARIS

### Traitement d'usure de la Syphilis par le Mercure

**Huile Grise VIGIER à 40 %**  
en flacons et en ampoules.

**Huile au Calomel VIGIER**  
à 0,05 cg. par cmc en flacons et en ampoules.

**Ampoules de Benzoate, de Biodure**  
et de Cyanure de Hg.

**Suppositoires d'Huile Grise VIGIER**  
à 1, 2, 3, 4, 6 cg. de Hg

**Lactermol VIGIER**  
(Sirop stable au lactate Hg. à 1/1.000).

**Sirop Iodermol VIGIER**  
(Sirop de Gibert au café).

Pour prévenir stomatites et gingivites au cours du traitement mercuriel de la Syphilis, prescrivez le  
**Savon Dentifrice VIGIER**

**Tout Déprimé**  
» **Surmené**

**Tout Cérébral**  
» **Intellectuel**

**Tout Convalescent**  
» **Neurasthénique**

est justiciable  
de la :

**NEVROSTHENINE FREYSSINGE**

6, Rue Abel  
PARIS (12<sup>e</sup>)

Gouttes de glycérophosphates alcalins (0.40 par XX gouttes).  
XV à XX gouttes à chaque repas. • *Ni sucre, ni alcool.*



**CURE DE**  
**DIURESE**  
**EVIAN**  
**SOURCE**  
**CACHAT**  
**VOIES URINAIRES, FOIE**  
**GOUTTE GRAVELLE**  
**ARTÉRIO-SCLÉROSE**

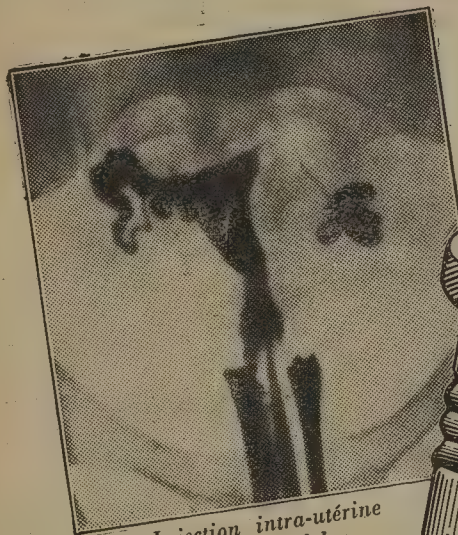


# LIPIODOL LAFAY

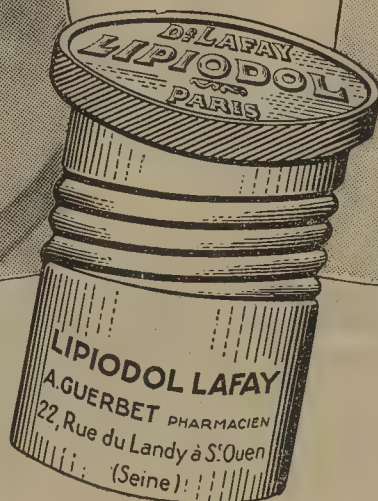
THÉRAPEUTIQUE IODORGANIQUE ET RADIODIAGNOSTIC

Huile iodée à 40%.

54. centigr. d'iode pur par centi. cube



Injection intra-utérine  
de Lipiodol



Injection intra-fistulaire  
de Lipiodol

## POUR COMBATTRE

ASTHME  
ARTÉRIOSCLÉROSE  
LYMPHATISME  
RHUMATISME  
ALGIES DIVERSES  
SCIATIQUE  
SYPHILIS

## POUR EXPLORER

VOIES RESPIRATOIRES  
UTÉRUS ET TROMPES  
SYSTÈME NERVEUX  
VOIES URINAIRES  
SINUS NASaux  
VOIES LACRYMALES  
ABCÈS ET FISTULES

AMPOULES, CAPSULES,  
EMULSION, COMPRIMÉS

## A. GUERBET & C<sup>IE</sup>

Pharmacien

Ex-interne des Hôpitaux de Paris

22, Rue du Landy

St-OUEN (près Paris)

### Dosage :

1. cm<sup>3</sup>, = 0 gr. 54 d'iode

1 capsule  
1 cuiller à café  
d'émulsion } = 0 gr. 20 d'iode

1 comprimé = 0. gr. 04 d'iode

LIPIODOL à 20%

LIPIODOL à 10% Ascendant



*La Lancette Française***GAZETTE DES HOPITAUX****CIVILS ET MILITAIRES****PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI****ADMINISTRATION ET RÉDACTION :****49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6°. Tél. : Danton 48-31.****PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6°) - Téléph. : LITRE 54-93.****PRIX DE L'ABONNEMENT****FRANCE**

3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.

*Etudiants : 25 francs par an.*

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

**ETRANGER**

Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.

Tous les autres pays : 75 francs.

**SOMMAIRE****TRAVAUX ORIGINAUX***La réaction de Faust Zambrini dans la pratique pédiatrique, par MM. H. GRENET et P. ISAAC-GEORGES.***ACTUALITÉS***Les séjours de convalescents, par M. L. BABONNEIX.***LES CONGRÈS DU CANADA (1934)***XXIII<sup>e</sup> Congrès français de médecine. — XIII<sup>e</sup> Congrès des médecins de langue française de l'Amérique du Nord. (Suite. Compte rendu, par M. J. HUBER.)***SOCIÉTÉS SAVANTES***Société de chirurgie. — Société de pédiatrie.***INTÉRÊTS PROFESSIONNELS***Le ministre de la Santé publique n'autorise pas les médecins allemands à s'installer en France... mais il y en a malgré lui, par M. Maurice MORDAGNE.***LIVRES NOUVEAUX****NOTES POUR L'INTERNAT***Cancer secondaire du rachis.*Lacrouts, Turettes, Laventure, Blouin (Jean), Bonnard, Courteix, Chaumelle, Chomereau-Lamotte, Rañoux, Chartrusse, Franceschi, Schneider, Fossey, M<sup>lle</sup> Le Porz, MM. Batac, Brunet, Lavignolle, de Reynal de Saint-Michel, Bentijac, Blouin (Paul), Gandouet, Tuigaud, de Fornel.

Externes provisoires : MM. Moretti, Bannel, Guennec, Lambert, Langeard, Peyron, Tiergermann, Porte, Gras, Casty, Clerc.

**UNIVERSITÉ DE LILLE.** — Un décret en date du 29 décembre 1934 approuve la délibération du Conseil de l'Université de Lille portant création d'un Institut de médecine légale et de médecine sociale.**FACULTÉS DE MÉDECINE.** — ALGER. — La chaire d'anatomie médico-chirurgicale et médecine opératoire (titulaire, M. Cabanes) de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université d'Alger est transformée en chaire de clinique gynécologique.

— NANCY. — La chaire de bactériologie (titulaire, M. de Vezeaux de Lavergne) de la Faculté de médecine de l'Université de Nancy est transformée en chaire de bactériologie et parasitologie médicale.

**ÉCOLE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE HANOI.** — Le médecin lieutenant-colonel des troupes coloniales Toullec, professeur agrégé de l'Ecole d'application du Service de santé colonial, en service hors cadres à l'hôpital de Lanessan de Hanoï, est délégué pour l'année scolaire 1934 1935 dans les fonctions de directeur de l'Ecole de médecine et de pharmacie de plein exercice de Hanoï, en attendant l'intervention du décret portant nomination du directeur titulaire, dans les conditions de l'article 7 du décret du 19 octobre 1933.**ÉCOLES DE MÉDECINE NAVALE.** — Le *Journal officiel* du 4 janvier 1935 publie un arrêté modifiant l'arrêté du 22 dé-**INFORMATIONS****HÔPITAUX DE PARIS.** — CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Oral.* — Nous rappelons que les épreuves orales du concours de l'internat s'ouvrent le 10 janvier 1935. Le jury, placé sous la présidence de M. Chenevier, secrétaire général de l'administration, est ainsi composé : MM. Faure-Beaulieu, Faroy, Huber, Caïn, Gutmann, Ombrédanne, Capette, Brocq, Leveuf, Dignonnet.**HÔPITAUX DE PROVINCE.** — BORDEAUX. — *Concours de l'internat.* — Sont nommés :

Internes titulaires : MM. Monmayou, Léger, Bentéjeat, Le Bouhis, Gounelle, Soubiran, Caillon, Cuzacq.

Internes provisoires : MM. Ferville, Dumon, M<sup>lle</sup> Winkler, MM. de Lostalot-Bachoue, Duhart, Delmas-Marsalet, Martin, Benelli, Rousseau-Carpentier, Viaud.— *Concours de l'externat.* — Sont nommés :Externes titulaires : MM. Oraison, Lespinasse, Blin, Cormier, Trocki, M<sup>lle</sup> Rougier, MM. Moure, Soulier, Marc, Gaze-nave Mahé, Livran, Koch, Peyrusse, Scaon, Couton, Hypousteguy, Meignié, Dutasta, M<sup>lle</sup> Hubschmann, MM. Ru-meau, Mestre, Tasque, Larthomas, Lamiraud, Pedoussant, Mascard, Cheyrou-Lagrèze, Durieux, Breton, Dubuc, Laclau,**OUABAÏNE ARNAUD**LABORATOIRE NATIVELLE, 27, Rue de la Procession, PARIS (XV<sup>e</sup>)



cembre 1930 portant organisation des concours pour les emplois de chargés de cours et de professeurs dans les écoles de médecine navale.

**LÉGION D'HONNEUR.** — Sont promus dans l'ordre de la Légion d'honneur :

**GUERRE.** — A la dignité de grand officier. — M. le médecin général inspecteur Dopter, président du Comité consultatif de santé, membre de l'Académie de médecine.

Au grade de commandeur. — M. le médecin général inspecteur Sacquépée, membre de l'Académie de médecine.

M. le médecin général Sandras, directeur du Service de santé des troupes de Tunisie.

M. le médecin colonel Cristiani.

**CONSEIL SUPÉRIEUR DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE.** — La prochaine session ordinaire du Conseil s'ouvrira le mercredi 30 janvier 1935.

**MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE.** — Le poste de directeur du bureau municipal d'hygiène du Mont-Dore est déclaré vacant. (*J. O.*, 3 janv. 1935, p. 91.)

**LE NOUVEL HÔPITAL BEAUJON.** — Le nouvel hôpital Beaujon, à Clichy, va recevoir ses premiers malades.

Ce grand et magnifique établissement, qui sera le plus bel hôpital du monde, est du type bloc de onze étages, comprenant 1.006 lits dont 350 avec chambres séparées. Ses plans sont dus à deux architectes parisiens, MM. Plouzey et Cassan.

A proximité d'un grand hall d'entrée se trouve un garage pour 100 voitures permettant aux médecins de ranger leurs autos au pied même des 8 ascenseurs et des 15 monte-charges desservant le bloc.

L'hôpital comprend au rez-de-chaussée les services généraux, au premier étage la maternité, aux deuxième, troisième et quatrième étages les services de chirurgie avec groupes opératoires aux deux extrémités, le groupe aseptique à l'Ouest, le groupe septique à l'Est.

Du cinquième au huitième étage sont les services de médecine.

Chaque étage a une autonomie complète.

Au neuvième étage la chirurgie spéciale (oto-rhino et ophtalmologie).

Aux dixième et onzième étages, le service des tuberculeux, etc.

La lumière, le soleil entrent librement dans toutes les pièces par de larges baies vitrées.

## INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

**LE MINISTRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE N'AUTORISE PAS LES MÉDECINS ALLEMANDS À S'INSTALLER EN FRANCE... MAIS IL Y EN A MALGRÉ LUI.**

Comme nous le disions dans le numéro du 15 décembre 1934, M. le général Stühl, sénateur de Metz, a posé une série de questions troublantes à divers ministères qui ont eu à connaître de l'invasion médicale allemande de 1933. Et ces ministères répondent les uns après les autres comme a répondu le Garde des Sceaux, c'est-à-dire « en prenant la tangente »...

Au sénateur qui avait demandé combien de sujets allemands titulaires du diplôme allemand de docteur en médecine exerçaient en France ou aux colonies et pays de protectorat, soit directement, soit sous le couvert d'un prati-

cien régulièrement établi ; combien par régions et dans quelles régions ; combien de médecins allemands sont employés à titres divers dans des laboratoires de facultés ou centres de diagnostic, dispensaires officiels, etc..., le ministre de la Santé publique répond en lui opposant le texte de la loi Armbruster.

Or, nous sommes bien placés pour connaître cette loi qui nous est chère, parce que la Confédération des Syndicats médicaux et l'Association corporative des Étudiants en Médecine, soutenues par la Faculté de Paris et son doyen M. Balthazard, ont fait une active campagne en faveur de son vote.

Le Ministre répond donc au général Stühl ce qui suit :

« Les étrangers, conformément à la loi du 21 avril 1933, ne peuvent exercer en France que s'ils sont titulaires du diplôme d'Etat français de docteur en médecine et de chirurgien-dentiste et s'ils exerçaient en France lors de la parution de la loi sus-visée.

« En conséquence, aucune autorisation n'a été accordée à des sujets allemands ; et si des étrangers exerçaient, sans remplir les deux conditions susindiquées, ils seraient passibles de poursuites devant les tribunaux pour exercice illégal de la médecine et de l'art dentaire. »

Cette réponse ne peut nous satisfaire, car le Ministre sait fort bien que des illégalités peuvent être commises quoique la loi les interdise, et il se doit de les faire rechercher.

Est-il vrai en effet qu'à Paris, en province et aux colonies, des étrangers exercent la médecine malgré la loi Armbruster, comme on nous l'a affirmé ? Lors de l'arrivée massive des victimes d'Hitler, en 1933, beaucoup de médecins allemands ne se sont-ils pas présentés au ministère de l'Intérieur pour y réclamer avec insistance des postes de médecin de colonisation, surtout en Algérie ? A cette époque, certains ministres n'ont-ils pas poussé leur mansuétude jusqu'à essayer de torturer le texte de la loi Armbruster pour lui faire dire ce qu'il ne disait pas ?

Peut-on dire que plusieurs fonctionnaires très honnêtes défendirent alors ce texte législatif avec vigueur, pour essayer de limiter les dégâts projetés et proposés ? En fin de compte, la loi a-t-elle été tournée ? C'est ce que ne dit pas la réponse du Ministre de la Santé publique à M. le sénateur Stühl, et c'est ce que nous nous efforcerons de savoir d'ici peu.

MAURICE MORDAGNE.

P. S. — Nous ne sommes pas les seuls à dénoncer ces abus : il faut, en particulier, signaler les excellents articles de nos confrères le docteur Querrion dans le *Cri du Con-tribuable*, et le docteur Paul Guérin dans *Candida*.

**CONFÉRENCE.** — Le docteur Jacques Leveuf, professeur agrégé à la Faculté, chirurgien de l'hôpital Bretonneau, fera le 13 janvier prochain, à 10 h. très précises, une conférence sur « Les progrès récents dans le traitement des fractures du coude chez l'enfant » (projections), à l'amphithéâtre des concours de l'Assistance publique (entrées : rue des Saints-Pères, angle boulevard Saint-Germain, et hôpital de la Charité, 47, rue Jacob).

**QUATAPLASME** du **D<sup>r</sup> LANGELEBERT**  
PANSEMENT COMPLET  
Phlegmasies, eczémas, brûlures, etc

**PULVEOL**  
ANTISEPTIC DU CARREFOUR AÉRO-DIGESTIF  
POUDRE et PASTILLES  
Laboratoire et Echantillons : 10, Impasse Milord, Paris (18<sup>e</sup>)

Insomnies  
Toux nerveuse. **BROMÉINE** MONTAGU





Toutes les préparations de Digitale, nées ou à naître, ne vaudront jamais, au double point de vue scientifique et pratique, la **DIGITALINE CRISTALLISÉE** <sup>(1)</sup> dont l'action **SÛRE & PUISSANTE**, exempte de dangers, a été consacrée déjà par une expérience de 40 années.

HUCHARD

(1) Découverte par NATIVELLE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS

PRIX  
ORFILA  
1872



PRIX  
DESPORTES  
1904

# DIGITALINE NATIVELLE

## CRISTALLISÉE

EMPLOYÉE

DANS TOUS LES HÔPITAUX DE PARIS

La DIGITALINE NATIVELLE CRISTALLISÉE agit plus sûrement que toutes les autres préparations de digitale, elle est et reste l'unité étalon servant à mesurer l'action thérapeutique de tous les médicaments cardiotoniques.

FORMES

Granules au  $\frac{1}{10}$  de milligramme  
Solution au millième

Ampoules au  $\frac{1}{4}$  de milligr. pour injections intramusculaires  
Ampoules au  $\frac{1}{5}$  de milligr. pour injections intraveineuses

LABORATOIRE NATIVELLE, 27, Rue de la Procession, PARIS (XV<sup>e</sup>)

DRAEGER



# MALADIE VEINEUSE ET SES COMPLICATIONS

## VEINOTROPE

VEINOTROPE M COMPRIMÉS (masculin)	
POUDRE DE PARATHYROÏDE.....	0.001
POUDRE ORCHITIQUE.....	0.035
POUDRE DE SURRÉNALES.....	0.005
POUDRE D'HYPOPHYSE (lob. post.).....	0.001
POUDRE DE PANCRÉAS.....	0.10
POUDRE DE NOIX VOMIQUE.....	0.005
EXTRAIT DE MARRON D'INDE.....	0.005
EXTRAIT D'HAMAMELIS VIRGINICA.....	0.01
POUR 1 COMPRIMÉ ROUGE	

VEINOTROPE F COMPRIMÉS (féminin)	
POUDRE DE PARATHYROÏDE.....	0.001
POUDRE D'OVAIRES.....	0.035
POUDRE DE SURRÉNALES.....	0.005
POUDRE D'HYPOPHYSE (lob. post.).....	0.001
POUDRE DE PANCRÉAS.....	0.10
POUDRE DE NOIX VOMIQUE.....	0.005
EXTRAIT DE MARRON D'INDE.....	0.005
EXTRAITS D'HAMAMELIS VIRGINICA.....	0.01
POUR 1 COMPRIMÉ VIOLET	

FORMULES

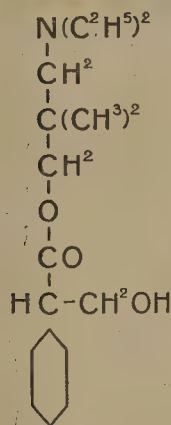
COMPRIMÉS : 2 AU LEVER ET 2 AU COUCHER,  
OU SUIVANT PRESCRIPTION MÉDICALE.  
3 SEMAINES PAR MOIS.

VEINOTROPE POUDRE	
EXTRAIT EMBRYONNAIRE.....	1 gr.
PROTÉOSES HYPOTENSIVES DU PANCRÉAS.....	3 gr.
CALOMEL.....	4 gr.
TALC STÉRILE. Q. S. pour.....	100 gr.

LABORATOIRES LOBICA  
46, AVENUE DES TERNES — PARIS

POUDRE : TRAITEMENT DES ULCÈRES SIMPLES  
ET VARIQUEUX, DES PLAIES EN GÉNÉRAL

# Syntropan



ester-3-  
diéthylamino-  
2,2-diméthyl-  
propylique de  
l'acide tropique.

"ROCHE"

Spasmolytique

Comprimés : 1 à 3 pro die  
Ampoules : 1 à 3 pro die  
Suppositoires : 1 à 2 pro die

Réalisation synthétique de la médication atropinique  
sans mydriase, sécheresse de la bouche etc...

Produits F. HOFFMANN - LA ROCHE & C<sup>ie</sup> 10, Rue Crillon - PARIS (IV<sup>e</sup>)



## LA RÉACTION DE FAUST ZAMBRINI DANS LA PRATIQUE PÉDIATRIQUE

Par MM. H. GRENET et P. ISAAC-GEORGES.

Il y a quelques mois, notre attention était attirée par certaines publications relatant les travaux de M. Faust Zambrini. Par de patientes recherches cet auteur avait mis au point une réaction très simple, qui, pratiquée sur la salive, serait susceptible de fournir, au cours des affections les plus diverses d'utiles indications pronostiques.

La réaction repose sur l'emploi d'un réactif coloré dont l'auteur fournit la formule suivante :

Carmin de cochenille.....	1 gramme
Dioxyanthraquinone.....	7 grammes
Trioxanthraquinone.....	1 gramme
Rubia tinctorum.....	1 gr. 30
Alcool à 95°.....	1.000 grammes

Après avoir prié le malade de se rincer soigneusement la bouche, on prélève dans un tube à hémolyse un centimètre cube environ de salive, et on y ajoute 15 à 20 gouttes du réactif ci-dessus. Après agitation, le mélange prend une coloration variable, entre le jaune très pâle et le violet foncé. Une gamme de 16 teintes étalons permet de repérer la coloration obtenue et d'exprimer par un nombre le résultat de la réaction.

Celle-ci est, pour son auteur, « le reflet de l'état humoral de l'individu » et constitue, suivant l'expression du Professeur d'Arsonval, « le thermomètre de sa résistivité vitale ». Les bas degrés de la réaction, correspondant à des colorations pâles, sont la marque d'un état de déchéance organique profonde, dont on doit tenir compte dans l'établissement du pronostic. Les réactions de degré élevé (colorations foncées) appartiennent à des organismes vigoureux et résistants, dont on peut attendre une énergique défense contre la maladie.

Nous avons voulu vérifier, sans idée préconçue et en dehors de toute préoccupation d'ordre théorique, la valeur de cette épreuve clinique. M. Faust Zambrini a bien voulu appliquer lui-même sa méthode et pratiquer, avec une conscience à laquelle nous nous plaisons à rendre hommage, près de trois mille réactions sur nos petits malades de l'hôpital Bretonneau. Les cas étudiés sont très divers. La plupart concernent des états infectieux : typhoïde, scarlatine, diphtérie, septicémie, rhumatisme, tuberculose..., etc. Certains enfants ont été suivis presque quotidiennement et nous pouvons citer le cas de l'un d'eux qui a été l'objet de plus de cent réactions.

Dans l'ensemble, il nous a paru exister un lien manifeste entre l'état général du malade et les résultats de la réaction de Zambrini. Au cours des affections fébriles notamment, la courbe de la réaction affecte une allure sensiblement inverse de celle de la température. Une complication, une rechute se traduisent par des réactions de teinte plus pâle, une amélioration progressive par des réactions de teintes de plus en plus foncées. Il est à noter que les variations de la réaction salivaire nous ont paru contemporaines des modifica-

tions cliniques correspondantes. C'est dire qu'elles constituent plus un moyen d'apprécier l'état actuel du malade qu'un élément de pronostic. Cependant, M. Zambrini, grâce à une expérience à laquelle nous ne saurions prétendre, pense trouver les fondements d'une prévision à plus ou moins longue échéance dans certains éléments d'appréciation plus délicate : reflets particuliers des tubes de réaction, aspect limpide ou trouble du mélange salive-réactif, mode de variation des résultats de la réaction.

Comme nous le disions plus haut, nous n'avons étudié la réaction de Zambrini que d'un point de vue purement pratique et nous ne possédons aucun élément personnel d'information sur la nature réelle du phénomène. Tout au plus avons-nous constaté par quelques essais sommaires la sensibilité du réactif coloré aux variations du pH. Mais nous ignorons si, comme le pense l'auteur, d'autres facteurs interviennent dans le déterminisme de la réaction.

Quoi qu'il en soit, la réaction de Zambrini nous paraît susceptible de constituer un utile complément de l'examen clinique et de servir peut-être de point de départ à de nouvelles recherches sur les éliminations salivaires au cours des différents processus pathologiques.

## ACTUALITÉS

### LES SÉRUMS DE CONVALESCENTS

On sait qu'un sujet guéri d'une infection donnée est, en général, prémuni contre de nouvelles atteintes de cette maladie. Rien de plus légitime, dès lors, que de chercher dans son sang ou dans son sérum les propriétés immunisantes dont il jouit pour les transmettre à un sujet neuf. C'est ce qu'aussitôt après la découverte des sérothérapies antidiphtérique et antitétanique, ont essayé de nombreux chercheurs, comme le rappelle le professeur Debré, dans un article de la *Revue de Paris*.

En réalité, ce n'est qu'à partir de 1910, avec M. Netter, que l'emploi des sérums de convalescents commence d'être réellement étudié.

C'est dans la lutte contre la poliomyélite et la rougeole, qu'il doit tout d'abord retenir notre attention. C'est là, en effet, que la méthode nouvelle, non seulement a réellement débuté, mais a reçu sa plus grande extension.

En ce qui concerne la première, on sait que la maladie est transmissible au singe et que, si cet animal survit, il résiste à toute inoculation ultérieure : en un mot, la maladie dont il a guéri lui a conféré l'immunité. On est alors fondé à se demander si son sang ne contient pas de substances protectrices. C'est la question que se sont posée et qu'ont résolue, les premiers, Landsteiner et Levaditi, à l'Institut Pasteur de Paris. Ils constatent, en 1910, que le sang de cet animal, mélangé à une moelle poliomyélitique virulente, rend celle-ci inoffensive au point que, si l'on injecte au singe le mélange ainsi obtenu, l'inoculation n'est suivie, chez l'animal, d'aucun trouble morbide. Ainsi le cycle expérimental est complet : reproduction de la maladie, immunité de l'animal guéri, propriétés neutralisantes du sang de l'animal guéri. Il fallut donc, sans tarder, soumettre le sang de l'homme à la même épreuve. MM. Netter et Levaditi ont cherché à savoir si le sang des malades qui viennent d'avoir une poliomyélite ne contient pas d'anticorps capables de neutraliser le virus de la maladie.



L'épreuve est décisive : le sang de l'homme guéri, si on le mélange avec une moelle virulente, tue également le germe pathogène qu'elle contient au point que l'injection de cette moelle ne provoque chez l'animal aucune manifestation morbide. Cette épreuve est très intéressante puisque :

1° Elle permet de déceler si le sang d'un homme déterminé possède ou non des propriétés virulicides ;

2° Elle montre tout d'abord la parfaite identité, déjà établie par les cliniciens, entre les cas sporadiques de paralysie infantile et les épidémies de poliomyélite ;

3° Elle établit que ces malaises légers, que nous avons vus survenir dans les collectivités infestées par la poliomyélite et qui n'ont cependant ni la physionomie clinique ni la gravité de la maladie typique, sont bien dus au même virus. En effet, ces épisodes morbides discrets, si éphémères, déterminent l'apparition dans le sang des convalescents de ces mêmes propriétés neutralisantes que possèdent les convalescents des poliomyélites légitimes ;

4° L'étude des sérums d'un grand nombre d'adultes montre que ceux-ci sont doués d'un pouvoir neutralisant. Comment expliquer ce fait ? Est-ce que, dans leur enfance, ces sujets ont souffert d'une forme fruste, impossible à identifier, de la maladie ? Ou bien est-ce qu'au cours de leurs jeunes années, ils se sont peu à peu immunisés sans avoir jamais été malades, simplement parce qu'ils ont hébergé, en quelque point de leur corps, le virus de la poliomyélite ? N'ont-ils pas été peu à peu vaccinés sans avoir jamais présenté le moindre signe d'infection ? Peu importe. Ce qui compte, c'est que le sérum de convalescents de paralysie infantile, même fruste, comme celui de nombre de sujets en apparence sains, neutralise le virus de la poliomyélite.

Les premières tentatives effectuées par Landsteiner et Lewis, à New-York, pour transmettre au singe l'immunité ainsi obtenue dans la poliomyélite expérimentale ne semblent pas favorables. Faut-il abandonner la partie ? M. Netter ne le pense pas. Il fait remarquer que la maladie expérimentale est plus brutale que la maladie humaine. Mieux vaudrait donc employer le sérum de sujets humains guéris. C'est ce qu'il essaie avec un plein succès. L'injection de doses suffisantes de sérum de convalescents ou de sérum d'anciens malades arrête le développement du mal, aide à la régression des paralysies, et, dans les cas sévères, permet la survie.

Il n'y a donc qu'à recueillir, dans des conditions correctes, du sang de convalescents ou d'anciens malades, et à l'injecter, soit quand on a quelque raison d'attribuer à la paralysie infantile les symptômes observés (et alors il importe d'aller vite), soit à titre prophylactique, comme on l'a fait avec succès en Roumanie.

Pour la rougeole, le problème se pose d'une façon toute différente. Cette maladie est si répandue que pratiquement aucun homme des pays civilisés ne peut lui échapper. La réceptivité de l'espèce humaine est extrême : un simple contact, si furtif qu'il soit, avec un rougeoleux suffit à déterminer la contagion du sujet sain. D'autre part, l'immunité obtenue est constante et solide : le sujet qui a eu la rougeole peut donc impunément être maintes fois en contact intime et prolongé avec des rougeoleux sans risquer une nouvelle atteinte. Les formes frustes de la maladie sont fort rares. L'évolution de la maladie est enfin régulière : la durée de l'incubation est de dix jours et l'éruption n'apparaît que quatre jours après le début de l'invasion de la maladie. Ces données si précises et si constantes sont, on le verra dans un moment, bien précieuses pour le sujet qui nous occupe.

La rougeole, dira-t-on, est habituellement bénigne : après quelques jours de maladie, la guérison survient. Pourquoi essayer de lutter contre une maladie inévitable et si peu redoutable ? C'est qu'en réalité pareille no-

tion, communément répandue, n'est pas entièrement juste. La rougeole est grave plus souvent qu'on ne tend à le croire ; ses complications ne sont pas exceptionnelles et peuvent devenir dangereuses, notamment les broncho-pneumonies et les otites. L'étude des statistiques de mortalité montre qu'elle tue, dans notre pays, plus de petits enfants que les autres maladies aiguës communes dans le jeune âge, la scarlatine, la coqueluche, la diphtérie.

L'âge est un facteur de gravité, la maladie étant d'autant plus sévère que l'enfant est plus jeune. De même, les causes antérieures : débilité, rachitisme, tuberculose. De même encore, l'encombrement, la vie dans les logis malsains. Toutes les méthodes prophylactiques doivent donc être mises en œuvre pour éviter qu'une maladie, qui peut et doit être bénigne, ne devienne grave ou mortelle ; l'emploi du sérum de convalescents nous y aidera.

Plusieurs précurseurs ont montré la voie où il fallait s'engager : Censi en Italie, Weisbecker en Allemagne, Ribadeau-Dumas et Etienne Brissaud en France. Mais c'est Charles Nicolle et Conseil qui ont démontré, à la suite de recherches entreprises à Tunis dès 1916, la valeur préventive du sérum de convalescents de rougeole ; ils ont été aussitôt imités par un certain nombre d'auteurs français et américains. Dans le même moment, Degkwiz, à Munich, qui ignorait les travaux des auteurs étrangers, a préconisé l'emploi du sérum de convalescents dans la prophylaxie de la rougeole. Depuis lors, M. Debré et d'autres se sont efforcés de compléter nos connaissances sur les propriétés du sérum de convalescents de rougeole et d'améliorer la méthode primitive.

Le sérum de convalescents de rougeole jouit de propriétés indéniables, mais les modalités de son action varient selon certaines conditions ; les plus importantes à considérer sont celles qui ont trait au moment où l'on injecte le sérum par rapport à la date de la contamination. Si l'on injecte du sérum de convalescents à un enfant qui se trouve en danger d'être contaminé parce qu'il va être mis au contact d'un rougeoleux, la rougeole n'apparaît pas chez lui, le sérum a complètement empêché l'éclosion même de la maladie. L'enfant a été protégé contre la contamination, tout au moins durant les deux semaines qui suivent l'injection, car au bout de ce temps, le sérum est éliminé et la protection cesse. Supposons maintenant que nous soyons en présence d'un enfant contaminé à une date déterminée ; ce point est bien souvent facile à préciser. C'est à partir de ce moment que commence l'incubation ; celle-ci, nous le savons, a une durée fixe ; si on laisse agir la nature, dix jours plus tard, il commencera d'avoir un peu de fièvre et de larmoiement ; après une période catarrhale de quatre jours, apparaîtra une éruption typique, qui surviendra donc, on le voit, exactement deux semaines après la contamination. Si, pendant cette période, on injecte du sérum de convalescents, que va-t-il se passer ? Lorsque l'injection est faite dans les cinq premiers jours de l'incubation, la rougeole est, ici encore, pratiquement supprimée, telle est la *séro-prévention absolue*. Si l'on pratique maintenant l'injection du cinquième au huitième jour de la période d'incubation, la rougeole apparaîtra, mais elle sera singulièrement modifiée et présentera les caractères d'une rougeole atténuée (Debré, Henri Bonnet et P. Joannon (*Séro-atténuation*)). Si, enfin, l'injection est pratiquée la veille ou l'avant-veille du début de la rougeole, la maladie n'est nullement modifiée dans ses allures.

Quelles sont les suites de cette séro-prophylaxie ? La séro-prévention est-elle absolue, tout se passe comme si l'enfant n'avait pas été contaminé. Mais, au bout de trois semaines, il sera susceptible, s'il est en contact avec un rougeoleux, de contracter la rougeole. Au contraire, après la séro-atténuation, il va bénéficier d'une immunité d'autant plus durable que la rougeole n'aura pas été trop atténuée.



Ceci étant donné, quelles sont les indications de la séro-prophylaxie ? Quelles sont les meilleures façons d'utiliser les réserves, forcément limitées, de sérum de convalescents ? L'âge constitue à lui seul une indication, surtout dans les milieux populaires, où, nous l'avons vu, la rougeole des petits enfants est si grave. C'est là qu'il faudra essayer de protéger les enfants de moins de trois ans. Le milieu social impose donc, lui aussi, l'emploi de la séro-prophylaxie : c'est avant tout dans les milieux ouvriers des villes, dans les hôpitaux d'enfants, dans les crèches qu'elle trouve ses applications les plus fréquentes et les plus réconfortantes. Enfin, elle est indiquée chez tout enfant qui, en raison de son état de santé, courrait un risque sérieux du fait de la rougeole, quels que soient son âge et le milieu où il vit.

Encore, dans chaque cas, faut-il considérer le résultat que l'on veut obtenir : séro-prévention absolue ou séro-atténuation. La séro-prévention absolue est toujours indiquée avant deux ans, elle l'est encore dans les circonstances où l'on désire arrêter net une épidémie naissant au milieu d'une collectivité d'enfants. Dans tous les autres cas, la séro-atténuation est préférable, puisqu'elle détermine, à peu de frais, un état réfractaire prolongé, peut-être définitif.

Nous n'avons envisagé jusqu'à présent que l'emploi du sérum de convalescents recueilli de sept à dix jours après la fin de l'éruption. C'est alors que le sang est le plus riche en immunisines. Dans les semaines et les mois qui suivent, la teneur du sang en immunisines baisse, sans aboutir, toutefois, à leur disparition complète.

Il faut, si l'on emploie du sang ou du sérum de sujets ayant eu jadis la rougeole, en injecter une dose plus forte, et les résultats sont moins sûrs.

Ainsi, la séro-prévention à l'aide de sujets atteints de rougeole est toujours et partout facile à réaliser. Quant à celle que réalise le sérum de convalescents, elle est applicable dans les hôpitaux et dans les grandes villes.

Le sérum de convalescents a encore été utilisé dans la coqueluche (Pfaundler, Debré et Joannon), les oreillons, la scarlatine, la variole, la varicelle, le typhus exanthématique. D'ailleurs, quand on injecte à un sujet du sang ou du sérum de différents adultes, ceux-ci ont accumulé toute une série d'immunisines. On sait aussi les heureux résultats que donnent, dans diverses circonstances, les transfusions directes d'homme à l'homme, de même que les immunotransfusions, mais, contrairement à ce qui se passe pour la transfusion, où le sang du donneur est injecté dans la veine du receveur, l'injection de sérum ou de sang de convalescents se pratique sous la peau ou dans le muscle ; elle ne nécessite donc pas d'autres précautions spéciales que celles qui dérivent de l'asepsie. Chaque sujet peut recevoir, sans épreuve et sans conditions préalables, le sang ou le sérum de n'importe quel homme, pourvu que celui-ci soit sain. Quant aux incidents ou accidents, ils sont si rares et si légers qu'on est en droit de les négliger complètement.

\*  
\*\*

La partie purement technique du problème de la séro-prophylaxie par le sérum de convalescent est donc en grande partie éclairée ; la méthode est efficace et inoffensive, le sérum humain peut, à certaines doses et dans des conditions déterminées, prévenir ou atténuer la rougeole, empêcher la poliomyélite ou diminuer sa gravité et, enfin, avoir une action analogue sur la coqueluche, la scarlatine, les oreillons. Faut-il que l'emploi de cette méthode reste limité à quelques circonstances et à quelques milieux particuliers ? Peut-elle, au contraire, devenir un système de prophylaxie plus largement répandu et solidement organisé ? Dès à présent, plusieurs laboratoires existent, destinés au prélèvement des sérums de convalescents. C'est qu'en vérité, pour simple que soit cette méthode, elle exige néan-

moins une technique parfaite. Une bonne récolte du sang, une préparation correcte du sérum, une vérification de sa stérilité, un contrôle clinique et biologique du donneur qui doit être sain à tous égards, un mélange éventuel des sérums de plusieurs donneurs, un titrage aussi lorsqu'il est praticable, tous ces actes nécessitent un local bien adapté, une bonne instrumentation et surtout un personnel compétent. A Paris, deux laboratoires fondés, à l'hôpital des Enfants-Malades et à l'hôpital Claude-Bernard, par l'administration de l'Assistance publique, à Strasbourg un laboratoire, organisé à l'Institut d'Hygiène par le professeur Borrel en collaboration avec M. Loewenberg, peuvent servir de modèles. Ils fournissent chaque année plusieurs litres de sérum de convalescents et ont déjà rendu les plus grands services. D'autres essais plus modestes, entrepris dans différentes villes de France, méritent d'être encouragés et il faut, à coup sûr, envisager une augmentation du nombre de ces laboratoires répartis sur le territoire du pays. Ils devront non seulement contribuer à la lutte déjà entreprise contre les maladies infectieuses par les méthodes connues, mais aussi faciliter de nouveaux progrès dans le domaine de la sérothérapie et de la séroprophylaxie par le sang humain. Il faut enfin que le public, mis au courant de ces méthodes, aide à leur diffusion. Déjà, en Alsace, la population, renseignée par la presse, a facilité la tâche du laboratoire de Strasbourg ; bien souvent les sujets guéris d'une paralysie infantile ancienne y sont venus offrir leur sang. Trop souvent, aujourd'hui, les médecins désireux d'employer cette méthode en sont empêchés par le manque d'une provision de sérum qui devrait être à leur disposition. Faut-il donner une rétribution, comme on l'a fait parfois dans certains pays, à ces donneurs de sang, ou s'adresser simplement à la solidarité humaine ? Peut-être devra-t-on, selon les cas, employer les deux méthodes. En tout état de cause, dit justement le professeur Debré, l'expérience a montré que l'appel aux sentiments généreux ne restait pas sans écho.

L. BABONNEIX.

#### **Œdèmes et congestions pulmonaires(1), par G. CAUSSADE et A. TARDIEU.**

Au début, les auteurs ont envisagé ce sujet d'une manière générale, ces deux phénomènes (œdème et congestion) étant à la base de toute inflammation aiguë et subaiguë. Leur fréquence s'explique par le fait que les poumons, placés entre les deux cœurs droit et gauche, sont exposés à subir les troubles de ces derniers. — Se basant sur une pathogénie non univoque, les auteurs admettent l'intervention non seulement des facteurs mécaniques (stase, pressions sanguines), mais aussi des facteurs toxi-infectieux, sanguins (résistance globulaire, osmose, etc.), nerveux et lésionnels. Néanmoins, en raison de la prédominance de l'un des facteurs en cause, les auteurs ont consacré des chapitres spéciaux : aux anciennes congestions de Woillez, Dupré (de Montpellier), Grasset, Potain-Duflocq, qu'ils ont en quelque sorte, réhabilitées ; aux œdèmes suraigus et aigus survenant au cours des affections mitro-aortiques rénales et aussi de l'angor pectoris ; aux œdèmes infectieux du nourrisson et de l'adulte, parfois purs, mais souvent compliquant une infection pulmonaire aiguë ou chronique, la tuberculose entre autres ; aux congestions passives infectées ; aux œdèmes angioneurotiques et des gaz de combat. Le chapitre « traitement » comporte une thérapeutique variable, suivant l'une des formes décrites.

C. S.

(1) Bibliothèque de la Revue de médecine. Un volume de 266 pages avec 8 figures. — Paris, F. Alcan.



# LES CONGRÈS DU CANADA (1934)

## XXIII<sup>e</sup> CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE

### ET

## XIII<sup>e</sup> CONGRÈS DES MÉDECINS DE LANGUE FRANÇAISE DE L'AMÉRIQUE DU NORD

Québec, 27-30 août 1934 (1).

### TROISIÈME QUESTION

#### Les états hypoglycémiques

#### PREMIER RAPPORT

**Physiopathologie des états hypoglycémiques.** — M. J. LA BARRE (Bruxelles). — La teneur en sucre du sang a été longtemps considérée comme inconstante. En réalité, elle est normalement comprise chez l'homme entre 0,08 et 0,11 p. 100, et ne subit que quelques variations. La glycémie normale dépend d'éléments multiples grâce auxquels l'organisme arrive à compenser rapidement toute réaction hyper ou hypoglycémique.

Les états hypoglycémiques sont sous la dépendance de trois mécanismes qui semblent conditionnés par le fonctionnement des glandes endocrines : la diminution de la glycolyse, la destruction exagérée des glucides dans les tissus ou le sang circulant, l'augmentation de la formation du glycogène hépatique et musculaire qui diminue le taux en glucose du sang. L'étude des affections au cours desquelles on observe des altérations de la régulation glucidique montre l'importance du rôle exercé par la plupart des sécrétions internes sur la sécrétion insuliniennne. Mais la complexité des facteurs hormonaux et nerveux ne permet pas toujours d'établir avec précision l'origine des manifestations hypoglycémiques.

Leur symptomatologie présente, quelle que soit leur origine, des points communs : sensations d'irritation et d'angoisse, de fatigue et de faiblesse, troubles nerveux. Les palpitations et l'anxiété précordiale peuvent provoquer une véritable crise angineuse. D'ailleurs, la chute brusque de la teneur en sucre du sang s'accompagne chez l'homme et chez l'animal insulinsés de modifications de l'électrocardiogramme. L'hypotension s'installe lorsque la glycémie subit une chute de 600 à 700 milligrammes par litre de sang. Quand elle atteint des valeurs très basses, on la voit fréquemment se relever par hyperadrénalinémie. L'hypercontractilité que l'on observe expérimentalement sur l'estomac à la suite d'administration d'insuline est bien due à l'hypoglycémie, car une injection de dextrose ramenant la glycémie à la normale la supprime instantanément. Il s'y ajoute une hyperactivité gastrique avec vive sensation de faim. Il semble que l'on doive rattacher également à l'hypoglycémie l'hypersecretion gastrique qui se produit sous l'effet de l'insuline. Quant au coma hypoglycémique, il peut survenir, soit au cours d'états pathologiques entraînant une hypertrophie du système de Langerhans, soit après administration de substances hypoglycémiques.

Parmi les différentes causes des états hypoglycémiques, il faut avant tout signaler celles qui sont d'origine insuliniennne. Les relations existant entre le pancréas et les diverses glandes endocrines permettent de penser que certains phénomènes hypoglycémiques sont dus à une exagération de l'insulino-sécrétion. La physiopathologie des états hypo-

glycémiques doit aborder successivement les modifications de la sécrétion insuliniennne au cours des hyperactivités surrénales, rétro-hypophysaires, thyroïdiennes et parathyroïdiennes.

On connaît l'existence de l'hyperinsulinémie adrénalinique et, bien avant la découverte de l'insuline, on avait senti la possibilité d'un antagonisme entre l'action hyperglycémisante de l'adrénaline et les effets hypoglycémisants de la sécrétion interne du pancréas. Cette hyperglycémie provoque une réaction insulino-sécrétoire suivie d'un effet hypoglycémiant. Il est probable que les effets des hormones pancréatique et surrénale sur le métabolisme des glucides s'opposent de manière à assurer la fixité glycémique de l'organisme.

L'hyperinsulinémie rétrohypophysaire est difficile à étudier parce que les extraits hypophysaires stimulent l'activité de nombreuses glandes dont les sécrétions peuvent entraîner des modifications du métabolisme glucidique. En particulier, les variations de la teneur en dextrose du sang sous l'influence de l'extrait post-hypophysaire ne sont pas identiques selon que l'on exclut ou non les glandes adrénalinogènes. L'extrait rétro-hypophysaire paraît exercer un effet direct sur la fonction endocrine du pancréas par l'intermédiaire d'un principe hypertenseur (pitressine).

On ne peut exclure toute intervention du corps thyroïde dans la régulation de la glycémie à l'état normal, et l'injection intraveineuse de très fortes doses de thyroxine influence l'insulino-sécrétion sans l'intervention d'une hyperadrénalinémie préalable.

Il faut signaler que les rayons X déclenchent des états d'hypoglycémie qui reconnaissent comme cause une hyperinsulinémie post-adrénalinique. Enfin, les extraits parathyroïdiens augmentent les effets hypoglycémisants de l'insuline.

Mais il existe des états hypoglycémiques qui se produisent en l'absence de tout accroissement de l'insulinosécrétion, par modifications dans le fonctionnement de diverses glandes. Les observations sont encore contradictoires au sujet des modifications glycémiques consécutives à l'insuffisance thyroïdienne. L'hypoglycémie y apparaît comme rare et non proportionnelle à la gravité des symptômes de déficience observés.

Le rôle de l'insuffisance hépatique a été très étudié. On sait que l'hépatectomie entraîne, en général, la mort chez l'animal en neuf à douze heures avec chute progressive de la glycémie. Mais celle-ci est évitée lorsqu'on laisse en place un fragment de l'organe. Chez l'homme, les lésions anatomiques profondes du foie sont susceptibles de provoquer des phénomènes convulsifs graves par baisse importante du sucre sanguin.

La surrénalectomie double entraîne, elle aussi, une hypoglycémie progressive que l'on observe également au cours des insuffisances surrénales. Ces troubles dépendent de la déficience des extraits corticaux.

Enfin, on tend à revenir à la conception de Cushing qui considère l'hypofonctionnement hypophysaire comme susceptible de provoquer une augmentation de la tolérance aux glucides.

L'hypoglycémie peut être due encore à des troubles musculaires, dyspeptiques, infectieux, toxiques, ou à des brûlures étendues.

Les modifications de la glycémie tendent à être immédiatement compensées par l'intermédiaire de facteurs endocriniens ou nerveux. Le premier mécanisme consiste en une décharge d'adrénaline à action hyperglycémisante. C'est ainsi qu'il existe une augmentation post-insuliniennne de l'adrénalinémie, qui s'accroît au fur et à mesure des progrès de l'hypoglycémie. On peut y mettre fin en relevant brusquement la glycémie par une injection intraveineuse de dextrose. Mais l'efficacité de ce processus est subordon-

(1) Association de la Presse médicale française.

Suite. — Voir *Gaz. des hôp.*, 1934, n° 87, p. 1541; n° 88, p. 1557; n° 89, p. 1573; n° 95, p. 1699.



née à l'existence de réserves glycogéniques importantes. Le second mécanisme est l'intervention frénatrice du système nerveux sur la sécrétion d'insuline. Au cours des hypoglycémies, il est sollicité très rapidement à réagir pour rétablir le taux normal en sucre dans le sang circulant. On peut d'ailleurs déceler la présence de centres glyco-sensibles dans la région thalamique.

De nombreuses substances ont été proposées pour abaisser la glycémie. Parmi elles, c'est naturellement l'insuline qui vient en premier lieu.

Le mécanisme de son action est double. La diminution du sucre sanguin paraît due surtout chez l'animal normal à une augmentation du glycogène musculaire. Mais cette synthèse glycogénique ne se produit que pour de faibles hyperinsulinémies. Lorsque la chute glycémique coïncide avec un état préconvulsif, il existe une diminution glycogénique, hépatique et musculaire, due à la forte décharge compensatrice d'adrénaline.

La synthaline possède des propriétés hypoglycémiantes, surtout parce qu'elle provoque une hyperinsulinémie en stimulant le système parasympathique.

On a également extrait de la muqueuse duodénale une substance, l'« Incrétine », qui s'est montrée hypoglycémiant chez l'animal de laboratoire.

D'autres substances dont la myrtiline, les sels de nickel et de cobalt, la vitamine B et les extraits hépatiques agissent indirectement sur la glycorégulation. La myrtiline peut, dans certaines conditions, intervenir dans le métabolisme hydrocarboné. Le nickel et le cobalt ont peu d'action. La vitamine B donne des résultats inconstants. Enfin, les extraits hépatiques peuvent amener des améliorations du diabète comparables à celles observées après administration de faibles doses d'hormones pancréatiques.

La radiothérapie à faible dose (100 à 200 R) peut provoquer un certain effet hypoglycémique. C'est un traitement à réserver aux formes légères du diabète.

Il faut insister sur la rapidité avec laquelle le système nerveux est sollicité, au cours des hyperglycémies, à réagir pour rétablir par une exagération de l'insulinosécrétion un taux normal en sucre dans le sang circulant. En dehors de l'influence régulatrice humorale, l'activité glandulaire se trouve donc aussi sous le contrôle du système nerveux, ce qui explique qu'au cours du traitement des diabétiques par l'insuline, on ne constate pas toujours le même effet hypoglycémique avec de mêmes doses d'hormone pancréatique.

Reste l'influence de l'alimentation protéique sur la fonction pancréatique endocrine. L'inconstance des résultats thérapeutiques après administration d'agents hypoglycémiant divers doit être fréquemment en rapport avec l'influence synergique ou antagoniste que le régime protéique ou glucidique peut exercer sur l'insulino-sécrétion par un mécanisme hormonal (sécrétion d'adrénaline) ou nerveux.

On voit donc l'importance des interdépendances existant au point de vue de l'équilibre glycémique entre la fonction hépatique et l'ensemble des glandes à sécrétion interne. On commence à peine à entrevoir la complexité des processus humoraux et nerveux qui interviennent pour assurer la fixité du taux en glucose du sang.

## DEUXIÈME RAPPORT

Les états hypoglycémiques en clinique. — MM. MARCEL LABBÉ et R. BOULIN (Paris). L'hypoglycémie n'est pratiquement étudiée que depuis l'insuline qui permet de la réaliser à coup sûr. Le jeune âge, une dénutrition excessive, la tuberculose pulmonaire, le diabète bronzé, souvent invoqués, ne paraissent pas prédisposer à l'hypoglycémie. La polyurie hypophysaire, la maladie de Basedow, la sclé-

rose rénale, les périodes menstruelles, en favorisent l'apparition.

L'acétonurie rebelle, certains diabètes avec instabilité glycémique ou associés à un abaissement du seuil rénal du glucose doivent inviter à la prudence, car l'augmentation des doses d'insuline mène alors facilement à l'hypoglycémie. Enfin, si la ration d'insuline a été augmentée à l'occasion d'une infection, il faut, celle-ci terminée, la diminuer pour les mêmes raisons.

Dans la règle, les diabétiques les plus exposés sont ceux qui reçoivent de fortes doses d'insuline réparties en un petit nombre d'injections trop rapprochées.

Il faut rappeler le rôle provocateur de certains incidents : suppression de la sécrétion rénale au cours d'un coma diabétique, vomissements, surmenage musculaire, erreur de posologie, enfin et surtout erreur de diagnostic, un coma chez un diabétique étant pris pour un coma diabétique, et recevant des rations élevées d'insuline. En dehors du diabète, il est dangereux de traiter par l'insuline les vomissements incoercibles de la grossesse.

Les incidents d'hypoglycémie insulinaire s'observent surtout par mauvaise technique d'administration, doses trop élevées, trop rapprochées, mal adaptées au régime. Le rôle des facteurs de prédisposition est rare en regard de celui des erreurs thérapeutiques.

Les accidents hypoglycémiques provoqués par l'insuline apparaissent dans le délai d'une demi-heure à cinq heures. Ils peuvent être très tardifs quand le malade a pris un repas important. Ils sont légers, de gravité moyenne, ou très sérieux, se manifestent par des sueurs abondantes, du malaise, du tremblement, des vertiges, de la pâleur, une faim impérieuse, des symptômes discrets d'excitation ou de dépression. Ils disparaissent par ingestion d'hydrates de carbone.

Les accidents de gravité moyenne sont beaucoup moins fréquents. Il s'agit parfois de la simple exagération des troubles précédents. Quand des symptômes nouveaux font leur apparition, ils intéressent surtout le système nerveux. Les phénomènes d'excitation sont les plus communs. Ils peuvent réaliser un véritable état d'agitation maniaque suivi d'amnésie. On peut observer des convulsions, plus fréquemment des myoclonies.

Les paralysies sont rares ; la moins exceptionnelle est l'hémiplégie. Il existe parfois des contractures plus ou moins étendues. La tétanie, les troubles du langage, de la sensibilité, l'atteinte des noyaux centraux sont rares. La diplopie constitue un signe inconstant, mais très caractéristique. Enfin, la sensation de faim impérieuse et les troubles cardiaques sont fréquents. Il semble qu'on puisse mettre sur le compte de l'insuline certaines crises d'angor.

Les hémorragies paraissent rares au cours du traitement insulinaire, et il n'est pas démontré qu'il puisse, à lui seul, en produire.

Le coma hypoglycémique est un accident actuellement rare, dont le tableau clinique est assez variable. Le début peut être brutal, apoplectiforme, ou à début rapide et quelquefois nocturne. Parfois, il est progressif. Le coma une fois constitué est plus ou moins profond ; les sueurs sont fréquentes, les globes oculaires ont une tonicité généralement normale, la respiration ne s'apparente nullement à la dyspnée de Cheyne-Stokes. L'examen du système nerveux ne montre parfois aucun signe objectif ; d'autres fois, il y a une contracture localisée ; enfin, il existe souvent un signe de Babinski uni- ou bilatéral. Les convulsions localisées et les paralysies sont assez fréquentes. Les autres appareils sont peu ou pas touchés, le pouls est accéléré ; il y a en général de l'hypothermie.

Si la nature hypoglycémique du coma est reconnue, on obtient rapidement le retour de la conscience par simple injection de sucre. Dans quelques cas, le réveil n'est pas im-



médiat ; parfois, une véritable rechute nécessite une nouvelle injection. Les cas de mort chez les sujets traités sont exceptionnels.

Le diagnostic des accidents repose avant tout sur leur apparition dans les heures qui suivent une injection d'insuline. Il devient très difficile lorsque cette notion manque. Le coma diabétique constitue le diagnostic capital. Le début en est progressif, il n'y a pas de troubles moteurs, les réflexes sont normaux ou abolis, la dyspnée de Küssmaul est de règle, les urines contiennent du sucre, la glycémie est élevée. L'erreur est enfin possible avec le coma apoplectique et les divers comas toxiques.

L'hypoglycémie insulinique s'accompagne de modifications biologiques nombreuses. La glycémie est naturellement abaissée, le seuil clinique des accidents variant suivant les malades et d'un jour à l'autre. Il peut être situé entre 0 gr. 30 et 0 gr. 80. Dans l'ensemble, il y a parallélisme entre l'évolution de la glycémie et celle des accidents cliniques. La glycosurie est de règle ; l'acétonurie manque généralement. La réserve alcaline tend vers une élévation légère. Les modifications du pH sanguin sont très variables.

Enfin, on a signalé que la glycorachie s'abaisse lentement. L'urée sanguine est peu modifiée ; il y a généralement élévation du chlore plasmatique et abaissement du chlore globulaire. La cholestérinémie est diminuée. La tension artérielle est peu modifiée, la tension veineuse en augmentation. Il y a exagération de la consommation d'oxygène, de l'exhalaison de gaz carbonique et du quotient respiratoire, diminution du nombre des érythrocytes et augmentation des leucocytes.

Des recherches nombreuses ont été consacrées à l'étude de l'hypoglycémie consécutive à l'injection intraveineuse d'insuline. Cette épreuve permet de distinguer trois ordres de sujets :

Ceux chez qui l'abaissement de la glycémie oscille autour de 50 p. 100, ce qui constitue la sensibilité normale à l'insuline ; soit la plupart des sujets sains, certains diabétiques, des obèses, des hypertendus et les acromégales.

Un second groupe comprend les sujets qui, présentant un abaissement de 60 p. 100, ont à l'égard de l'insuline une sensibilité particulière. Il comprend surtout des cas de diabète insipide et d'insuffisance surrénale, certains basedowiens et quelques hyperparathyroïdiens ou insuffisants génitaux.

Le troisième groupe est composé des sujets chez lesquels l'abaissement de la glycémie n'atteint pas 40 p. 100, c'est-à-dire un certain nombre de cas de cirrhose, de diabète bronzé et de diabète compliqué d'infection.

L'insulino-résistance est un fait exceptionnel. Pour la caractériser à coup sûr, il faudrait constater une absence totale d'action de l'insuline sur la glycémie, la glycosurie et l'acétonurie.

On a aussi décrit une insulino-résistance partielle se rapportant en particulier aux cas de diabète compliqués d'infection ou associés à une cirrhose du foie, enfin à quelques observations de diabète au cours de tumeurs hypophysaires. On a invoqué pour expliquer de tels cas l'hypothèse d'une neutralisation de l'insuline par des hormones hyperglycémiantes, par la trypsine sécrétée en excès, par des facteurs adsorbants divers, l'absence d'un cofacteur nécessaire, enfin l'inertie du système qui contrôle l'insuline. Il y a là une question importante du point de vue spéculatif, mais qui pratiquement représente une éventualité rare.

Reste à savoir par quel mécanisme l'hypoglycémie peut aboutir à la production d'accidents. Certains auteurs ont montré que le taux de la glycémie déterminant les convulsions n'était pas aussi constant qu'on le croyait et que, d'autre part, il pouvait exister une grande hypoglycémie sans phénomènes cliniques. Aussi, serait-ce plutôt l'hyperinsulinisme qui serait en cause. Chacune des deux théories

invoquées doit renfermer une part de vérité. L'hypoglycémie permettrait l'apparition des accidents, mais ceux-ci seraient surtout conditionnés par l'hyperinsulinisme.

Le traitement préventif des accidents de l'hypoglycémie insulinique consiste à ne faire les piqûres que quinze minutes avant les repas, à ne pas dépasser 20 unités d'insuline par injection, à proportionner les doses d'insuline aux quantités d'hydrates de carbone ingérées.

Le traitement curatif dépend de la gravité des accidents. S'ils sont légers, ils seront combattus par une alimentation sucrée ; en cas d'accidents plus sérieux, on fait absorber 20 à 50 grammes de glycose ou on pratique dans la veine une injection de 10 à 20 centimètres cubes de sérum glucosé hypertonique.

On a proposé également d'injecter de la caféine et surtout de l'adrénaline. Dans quelques cas enfin, la ponction lombaire s'est montrée capable de dissiper les accidents.

(A suivre.)

JULIEN HUBER.

## SOCIÉTÉS SAVANTES

### SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 28 NOVEMBRE 1934)

M. LABEY, président, annonce le décès du docteur Ménard, de Berck.

**Fistules du grêle.** — M. ROUHIER est partisan de la fistulisation du grêle dans certaines occlusions, et donne des exemples concrets.

M. SOUPAULT rappelle que les Américains ont pratiqué l'anus terminal sur le grêle, dans certaines affections, avec succès.

M. ALGLAVE insiste sur la nécessité pour le gros intestin d'être libre et non occlus, au-dessous de la fistule du grêle.

M. LARDENNOIS cite le cas d'un anus terminal sur le grêle avec survie et accroissement de poids.

M. SORREL a vu également des cas analogues.

**Rétrécissement cardio-œsophagien.** — M. FRUCHAUD a pratiqué dans un rétrécissement essentiel une opération de Heller (œsophagotomie extra-muqueuse) et obtenu un succès.

**Voies d'accès de la 1<sup>re</sup> côte.** — M. FRUCHAUD discute les voies, d'abord de la première côte au cours des thoracectomies, et insiste sur la nécessité d'affaiblir complètement le sommet du poumon. D'après ses statistiques, il conclut à la nécessité d'enlever largement cette côte.

M. MAURER insiste sur de faux aspects d'affaiblissement des cavernes et sur la nécessité de pratiquer des opérations appropriées au siège des cavernes.

M. PROUST remarque aussi la possibilité de l'ensemencement en cas d'ablation totale, en un temps, de la première côte.

M. LARDENNOIS préconise également une adaptation des techniques aux différents cas.

M. ROBERT MONOD insiste sur l'utilité des thoracectomies fractionnées et sur l'usage éventuel du plombage paraffiné.

**Pathogénie et traitement de l'œdème aigu du pancréas.** — M. GRÉGOIRE rapporte ce travail de M. Roger Couvelaire. Dans le premier cas, un homme de 45 ans, atteint de violentes douleurs épigastriques, meurt avant l'intervention. L'autopsie montre un pancréas énorme. Le cholédoque s'ouvre à plus d'un centimètre au-dessus de l'ampoule de Vater. L'origine des accidents par reflux biliaire ne pouvait s'appli-



quer. On peut songer à une cause générale, car le foie et la rate contenaient de petits foyers hémorragiques et le péricarde contenait un épanchement séro-sanglant. On pouvait songer à un phénomène d'anaphylaxie locale, à une sorte de phénomène d'Arthus.

Dans le second cas, on vit un énorme pancréas. Le malade parut guérir. Le quatrième jour, nouvel accident. L'anesthésie devant faire cesser les phénomènes anaphylactiques, ce fut le seul traitement essayé. Le malade cessa de souffrir dès le réveil.

#### Présentation de malades :

M. BRAINE : Sarcome de l'extrémité supérieure de l'humérus. Grâce à un traitement radiothérapique, le malade put travailler quatre ans. Récidive.

M. ROUX-BERGER estime qu'on peut faire une biopsie juste avant le traitement radiothérapique.

M. OCKINCZYK a pu opérer des tumeurs à myéloplaxes, alors qu'il pensait à un sarcome.

M. MOUCHET insiste également sur l'utilité de la biopsie.

MM. AMELINE et ROUX-BERGER ont vu des explosions locales au niveau de la biopsie.

M. SORREL n'a pas vu d'accidents après biopsie, mais des généralisations après traitement radiothérapique.

#### Présentation de pièces :

M. WILMOTH : appendice de 400 grammes.

#### SOCIÉTÉ DE PÉDIATRIE

(SÉANCE DU 4 DÉCEMBRE 1934)

A propos du procès-verbal. — M. WEILL-HALLÉ élève une vigoureuse protestation contre certaines paroles prononcées, au cours de la dernière séance, au sujet du B. C. G. Il y répondra plus complètement dans une séance ultérieure,

mais soutient dès maintenant que cette vaccination reste absolument vivante.

**Lymphogranulomatose infantile.** — M. L. BABONNEIX et Mme JOURDAN présentent un garçon de 13 ans, longtemps considéré comme porteur d'adénopathies cervicales bacillaires, et en réalité, atteint de lymphogranulomatose, comme le montrent les biopsies du ganglion enlevé. Ils insistent sur l'absence de prurit et d'éosinophilie, fréquente à cet âge, et sur la négativité de la cuti-réaction, fait déjà noté par de nombreux auteurs, et d'autant plus intéressant que cette affection a été parfois rattachée à la tuberculose.

**Spondiopathie.** — MM. APERT, LIÈGE et DENET présentent une fillette de 12 ans atteinte de déformations considérables de la colonne vertébrale et des membres, telles qu'elles empêchent tout déplacement. Une courbure de la colonne vertébrale existait déjà à la naissance, mais les membres ne se sont contournés qu'ultérieurement et progressivement, si bien que ce n'est que depuis l'âge de trois ans que l'enfant ne peut plus marcher. Les radiographies montrent des déformations par tassement des corps vertébraux et des extrémités spongieuses des os longs ; au contraire, le tissu compact est inaltéré et les diaphyses ont conservé leur rectitude. Rien dans ce cas ne rappelle le rachitisme ou l'ostéomalacie. Il s'agit d'une altération élective du tissu osseux spongieux que les auteurs proposent d'appeler « spondiopathie ».

**Corps étranger de la bronche gauche.** Absence de toux depuis l'accident jusqu'à la mort. — MM. P.-P. LÉVY et J. SOULLARD ont examiné un enfant de 23 mois quelques minutes après l'introduction d'un corps étranger dans les voies aériennes. Le seul symptôme important qu'ils ont constaté était l'absence de murmure vésiculaire dans la presque totalité du poumon gauche. Malgré l'absence complète de toux depuis le début de l'accident, ils ont porté le

# AGOCCHOLINE

(GRANULÉ SOLUBLE)



CHOLECYSTITES CHRONIQUES  
CONGESTION DU FOIE

Lithiase biliaire - Ictère et Cholémie

Dyspepsies réflexes - Constipation

Migraines, Vertiges, Eczéma, Prurit

Posologie : 1 à 3 cuillerées à café le matin à jeun, dans un demi verre d'eau chaude.

d'origine  
hépato biliaire

LABORATOIRES DU D<sup>r</sup> ZIZINE

24, 26, Rue de Fécamp - Paris (XII<sup>e</sup>)



diagnostic de corps étranger de la bronche gauche. Une radioscopie confirma cette hypothèse.

Ce corps étranger ne put malheureusement être extrait, et l'autopsie montra qu'il s'agissait d'un haricot profondément enchâssé dans la muqueuse bronchique.

Les auteurs insistent particulièrement sur l'absence de toux, qui est pourtant un signe sur lequel insistent beaucoup les classiques. Cette latence s'explique sans doute par le fait que le corps étranger franchit rapidement en pareil cas la zone tussigène de l'arbre respiratoire.

M. CATHALA a observé un cas analogue de corps étranger des bronches resté latent pendant 10 jours et ayant finalement succombé du fait d'une bronchopneumonie foudroyante.

**Méningite aiguë à bacille de Pfeiffer.** — MM. NOBÉCOURT et DUCAS rapportent l'observation d'une jeune fille de 12 ans atteinte de méningite à bacille de Pfeiffer, qui guérit au bout de deux mois sans autre traitement que des ponctions lombaires et sous-occipitales. Ils insistent sur la rareté de ces cas, la lenteur de l'évolution, l'intensité anormale des contractures et l'absence de toute séquelle.

**Erythème noueux au décours d'un abcès du poumon.** — MM. NOBÉCOURT et DUCAS ont observé au cours de l'évolution d'un abcès pulmonaire latent et découvert par l'examen radiologique un érythème noueux typique. En même temps, la cuti-réaction à la tuberculine, jusque-là négative, devint brusquement positive. Ils pensent à une influence brutale de l'affection pulmonaire sur l'allergie tuberculeuse pour expliquer cet ensemble.

**Enurésie essentielle et malformations lombo-sacrées.** — M. P.-R. BIZE montre que la plus grande prudence s'impose quand il s'agit d'apprécier les relations de causalité entre l'énurésie et le spina-bifida. En effet, sur 15 cas d'énurésie étudiés radiologiquement, 9 seulement s'accompagnaient de spina-bifida ; mais d'autre part, des malformations lombo-sacrées beaucoup plus importantes ne s'accompagnent pas toujours d'énurésie.

D'autre part, trois seulement de neuf malades opérés jadis par M. Leveuf pour spina kystique ou tumoral, ont de l'incontinence diurne et nocturne et non pas de l'énurésie. Les six autres sont indemnes de troubles urinaires, même s'il existe des troubles neurologiques dans les territoires voisins.

**Enurésie essentielle et perturbations humorales.** — MM. LÉON TIXIER et P.-R. BIZE rapportent les résultats de quelques examens chimiques pratiqués chez des énurésiques. Les modifications de l'acidité urinaire ne peuvent ni conditionner ni signer la pathogénie de l'énurésie. Le dosage des différents cations dans le sang, le pH sanguin, la réserve alcaline, l'urée, la cholestérine et le chlore sont également à des taux sensiblement normaux.

**Intoxication arsenicale chez le nourrisson.** — M. J. HUBER rapporte une observation de MM. Ogliastri et Sidi concernant un accident d'intoxication brutale simulant la crise nitroïde survenu chez un enfant hérédosyphilitique après une injection intra-musculaire de trois centigrammes de sulfarsénol. Les accidents cédèrent rapidement à une injection d'adrénaline. Les auteurs signalent la rareté de pareils faits après les injections intra-musculaires, et concluent qu'il s'agissait d'une intolérance plutôt que d'une intoxication.

**Le toucher pharyngien dans l'adénoïdite.** — M. LEROUX préconise le toucher pharyngien pour écraser les végétations en cas d'adénoïdite ayant résisté aux moyens thérapeutiques habituels. Il a obtenu par ce procédé quelques cas de guérison.

**Quelques notions diagnostiques et thérapeutiques déduites de 13 années d'observations du kala-azar infantile.** — MM. d'OELSNITZ et CARCOPINO (de Nice) communiquent le résultat de leurs observations sur le kala-azar infantile. Ils insistent en particulier sur le danger que présente la ponction de la rate et sur la possibilité de toujours faire le diagnostic sans avoir recours à ce procédé.

**Thymite suppurée chez un enfant de 18 mois.** — MM. P. ISAAC-GEORGES et JOLY ont vu apparaître au cours d'un syndrome infectieux chez un enfant de 18 mois des accès de suffocation d'intensité croissante. La radiographie ne montra aucun signe d'hypertrophie thymique, et cependant, on trouva à l'autopsie un thymus pesant 45 grammes et farci de petits abcès à pyogènes banaux.

## LIVRES NOUVEAUX

**Physiopathologie des traversées chimiques et bactériennes dans l'organisme (1),** par Noël FIESSINGER, professeur de Pathologie expérimentale et comparée, médecin de la Charité.

Le professeur Fiessinger s'est proposé, comme but, d'étudier ce que la médecine expérimentale et la médecine clinique ont apporté de plus nouveau dans ces dernières années. L'étude des traversées de l'organisme par les substances alimentaires ou toxiques d'une part, par les bactéries ou leurs toxines d'autre part, lui permet de saisir sous les deux jours physiologique ou pathologique, des processus bien différents. Avec clarté et précision, qualités indispensables pour l'analyse de phénomènes complexes, l'auteur met au point ces sujets d'un intérêt tout moderne. Il fait un exposé actuel des questions, mais, sans se départir d'un esprit critique indispensable, il émet souvent des opinions personnelles qu'il établit solidement sur ses recherches ou sur celles de ses collaborateurs. C'est dire que son ouvrage conserve une personnalité caractéristique.

De nombreux sujets touchent aux découvertes les plus modernes. Le problème des azotémies rénales ou extra-rénales, des intoxications polypeptidémiques, des hyper- et hypoglycémies, des lipidémies, des cholestérolémies, chlorémies, calcémies, uricémies, hydrémies et œdèmes, bilirubinémies et ictères, anuries et polyuries, néphroses, lui permettent d'établir ce qu'un médecin au courant doit savoir de cette chimie biologique moderne.

Pour saisir ce que peuvent avoir de spécial les traversées bactériennes, après avoir étudié les traversées colorantes et opaques d'exploration avec les épreuves radiologiques biliaires ou rénales, le professeur Fiessinger consacre deux chapitres tout nouveaux à la traversée des particules inanimées et à la traversée inapparente des bactéries. Le mode évolutif des septicémies le conduit à l'étude de l'immunité et des allergies.

Mais il ne se borne pas aux traversées chimiques habituelles et aux traversées bactériennes, avec les traversées du mercure, du bismuth, de l'or, du plomb, de l'arsenic et des substances diffusibles, il étudie le cheminement des toxiques thérapeutiques ou industriels à travers l'organisme, formule les raisons des complications viscérales et précise les précautions à prendre pour les éviter. A l'occasion de ces traversées chimiques, les réactions spéciales de terrain, plus ou moins sensibles, soulèvent la nécessité des études des anaphylaxies, chocs et intolérances.

Ajoutons qu'à tous ces chapitres se trouve jointe une étude

(1) In-8 de 370 pages avec 6 figures et 4 planches hors texte. — Prix : 45 fr. — Paris, Masson et C<sup>ie</sup>.





## SÉRUM HÉMOPOÏÉTIQUE FRAIS DE CHEVAL

Flacons-ampoules  
de 10<sup>cc</sup> de Sérum pur

A) *Sérothérapie spécifique*  
des **ANÉMIES** (Carnot)

B) *Tous autres emplois*  
*du Sérum de Cheval :*  
**HÉMORRAGIES** (P.E. Weill)  
**PANSEMENTS** (R. Petit)

Sirap ou Comprimés  
de sang hémopoïétique  
total

**ANÉMIES**  
**CONVALESCENCES**  
**TUBERCULOSE, etc.**

*Echantillons et Littérature*  
Laboratoires du Dr ROUSSEL  
**97, r. de Vaugirard, PARIS-6<sup>e</sup>**  
TÉLÉPHONE : LITRÉ 68-24



de thérapeutique formulant les principes de l'orientation pratique du médecin.

On voit la richesse documentaire de ce livre qui touche à tous les grands problèmes de la médecine biologique. Il s'adresse aux médecins et aux étudiants, à tous ceux qui veulent voir et essayer de comprendre les phénomènes de la pathologie courante à la lumière de la science contemporaine.

L. G.

## NOTES POUR L'INTERNAT (ORAL)

### CANCER SECONDAIRE DU RACHIS

**Étiologie.** — Trois cancers donnent volontiers des *métastases rachidiennes* :

Le *cancer du sein*, la forme habituelle, surtout les *squarres* ; jamais le *carcinome aigu* ;

Le *cancer de la prostate*, soit par métastase, soit par *propagation* dans tout le petit bassin (*carcinose prostatopelvienne* de Guyon) ;

Le *cancer du corps thyroïde* ; le cancer primitif est connu ou bien il est inapparent, et les manifestations vertébrales apparaissent avant les signes cervicaux, c'est le *goitre métastatique*.

À côté de cela, signalons l'*hypernéphrome métastatique*, et plus accessoirement les autres cancers (*œsophage*, *pylore*).

**Anatomie pathologique.** — Les lésions osseuses débutent par le *centre* de l'os ; elles peuvent toucher une seule vertèbre qui est *rouge et molle*. Plus souvent, plusieurs vertèbres sont intéressées et les *plages néoplasiques* de noyaux blanchâtres donnent aux corps vertébraux un aspect de *marqueterie*. Les disques intervertébraux *ne sont jamais touchés*. La forme et les courbures de la colonne vertébrale sont peu modifiées dans leur ensemble. Les *lésions méningées* sont constantes, réalisant une *pachyméningite cancéreuse en virole ou diffuse*. C'est une *pachyméningite externe* : le *néoplasme reste extra-dural*.

**Clinique.** — La diversité des lésions explique la variété des aspects cliniques.

**Début.** — Ce n'est qu'un début apparent. Les douleurs apparaissent comme le premier signe : soit *soudes*, soit *aiguës*, souvent très vagues, étiquetées *rhumatisme*, *lumbago*, *sciatique* ; elles sont entrecoupées de longues périodes indolentes et le *diagnostic à cette étape algique transitoire d'alarme est impossible*.

**État.** — Au bout d'un temps variable, les symptômes se précisent et réalisent la *paraplégie spasmodique douloureuse des cancéreux*.

**Signes radiculaires.** — Apparaissent les premiers : *douleurs intenses terribles* (la morphine ne les calme pas). Souvent bilatérales, rapidement persistantes et *continues*. Elles s'accompagnent d'*hyperesthésie en bande* à laquelle fait suite de l'*anesthésie (anesthésie douloureuse)*. Les réflexes sont *abolis*. On a signalé des troubles trophiques : *phlyctènes*, éruptions *zostérisiformes*.

**Signes médullaires.** — Ils surviennent peu après les troubles radiculaires. Ils peuvent réaliser une *paraplégie spasmodique*, soit en flexion, soit en extension, mais plus souvent une *paraplégie flasco-spasmodique* avec exagérations des réflexes, signe de Babinski, clonus, trépidation épileptoïde. Cette paraplégie peut s'accompagner de douleurs *cordinales* sus ou sous-lésionnelles ; mais surtout survien-

nent des *troubles sphinctériens*, des *escharres*, dont on sait le *redoutable pronostic* (infection urinaire, infection à distance).

**Signes physiques.** — Classiquement, *gibbosité en anse* de Charcot. Elle est très rare. On trouve une contracture des muscles des gouttières paravertébrales. La douleur à la percussion des apophyses épineuses est sans grande valeur pour le diagnostic. La *ponction lombaire* retire un liquide clair qui à la période radiculaire, est simplement *hyperalbumineux* ; plus tard, il est *hypertendu*, présente de la *dissociation albumino-cytologique* ; parfois un *syndrome de Frouin*.

**Formes cliniques.** — La *forme lombo-sacrée* (syndrome de la queue de cheval) et la *forme dorso-lombaire* sont les plus fréquentes. *Forme dorsale supérieure et cervicale* d'évolution rapide. Forme réalisant un *syndrome de Brown-Séquard*. *Forme méningée*, sans signes vertébraux : c'est une *pachyméningite* qui, pour certains, serait une forme de début d'une métastase rachidienne. Forme à type de *tumeur intra-rachidienne* : nécessité de la radiographie. Forme lente à allure de *sclérose médullaire*, réalisant une *paraplégie spasmodique pure*, indolente.

**Évolution.** — Elle est souvent assez lente jusqu'au moment où apparaît le syndrome médullaire. Dès lors, elle devient rapide : la mort survient par *escharres*, infection urinaire, broncho-pneumonie. Enfin ne pas méconnaître le pronostic du cancer viscéral primitif.

Cependant, dans certains *goitres métastatiques*, l'évolution a pu se compter par années.

**Diagnostic.** — Il peut se poser de façons très diverses.

Devant les simples douleurs qui précèdent le syndrome radiculaire : on doit éliminer une *névralgie intercostale*, une *sciatique*, un *tabès* au début ; nécessité de l'examen complet si le cancer primitif est inconnu. Plus tard, c'est le diagnostic d'une *paraplégie spasmodique ou flasco-spasmodique* : on éliminera une *myélite*, une *sclérose en plaque*, une *tumeur du canal rachidien*, les signes médullaires sont plus diffus, les signes radiculaires sont plus limités ; nécessité de l'examen radio-lipiodolé. Plus accessoirement, une *hémorragie méningée*.

Le gros diagnostic reste les *troubles nerveux du mal de Pott*. Dans ceux-ci, la douleur cède au repos, il existe de la *lymphocytose* à la ponction lombaire ; à la radiographie, les lésions tuberculeuses portent sur les corps, mais également sur les disques ; cependant, possibilité de tuberculose purement vertébrale.

Cliniquement le diagnostic est difficile, surtout quand le cancer primitif est méconnu ? D'où la nécessité et la valeur de l'*examen radiographique*. Les images sont variables :

*Forme ostéoporotique* : tache de raréfaction qui n'altère pas l'ensemble de la vertèbre ; le disque reste normal ; plus tard, affaissement et déformation du corps vertébral, mais toujours *pas de lésions du disque*.

*Forme par propagation* : aspect irrégulier, d'épaississement osseux avec proliférations exubérantes.

*Forme condensante* : c'est la *vertèbre noire*.

En résumé, le diagnostic de cancer secondaire du rachis est souvent difficile ; il devient très délicat quand le cancer primitif est méconnu. En présence de tout cancer, surtout du sein, de la prostate, du corps thyroïde, on doit toujours rechercher l'existence d'une métastase rachidienne qui constitue une *contre-indication opératoire formelle*, et qui modifie ainsi sérieusement la durée de l'évolution.

Le Directeur-gérant : D<sup>r</sup> François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.



# LE TRAITEMENT NEURO-TONIQUE DES TROUBLES DYSPEPTIQUES

On sait que la plupart des troubles dyspeptiques sont purement fonctionnels, indépendants de toute lésion et liés simplement au fonctionnement défectueux du système nerveux vago-sympathique qui commande aux mouvements et aux sécrétions de l'estomac. Un traitement neuro-tonique susceptible de remettre en équilibre le système vago-sympathique donne des résultats rapides et remarquables.

Ce traitement, autrefois difficile à manier parce que les alcaloïdes pourvus d'une action sur le système vago-sympathique, l'ésérine et l'atropine, sont d'une grande toxicité, est devenu très simple et se poursuit toujours sans incident depuis la découverte des génalcaloïdes de l'ésérine et de l'atropine, aussi efficaces mais infiniment moins toxiques.

Deux grands syndromes s'opposent qui possèdent maintenant leur médicament spécifique.

**1° DYSPEPSIE ATONIQUE ET HYPOACIDE.** — Le syndrome est caractérisé par du manque d'appétit et des digestions lentes et pénibles avec sensation de pesanteur et de ballonnement gastrique, lassitude, somnolence, vague malaise angoissant, bouffées de chaleur, palpitations parfois qui s'installent aussitôt la fin du repas.

L'examen clinique révèle un estomac légèrement ptosé qui clapote assez bas, des battements aortiques perceptibles à la palpation du creux épigastrique et la pression à ce niveau sur le plexus solaire est douloureuse. L'examen clinique montre de l'hypochlorhydrie.

Il s'agit d'insuffisance motrice et sécrétoire de l'estomac, manifestation d'hyperexcitabilité du sympathique gastrique.

**LA GÉNÉSÉRINE**, sédatif de l'hyperexcitabilité sympathique, réduit très rapidement l'ensemble des éléments de ce syndrome à la dose de 1 milligramme à 1 milligramme et demi, à chacun des trois repas, soit XX à XXX gouttes de la solution à 1,5 p. 1.000 ou deux à trois granules trois fois par jour.

**2° DYSPEPSIE HYPERSTHÉNIQUE ET HYPERCHLORHYDRIQUE.** — En revanche, d'autres sujets se plaignent de douleurs tardives qui surviennent une à trois heures après les repas et que calme momentanément l'ingestion des aliments. La douleur a les caractères des brûlures ou donne l'impression d'une crampe profonde. Elle est parfois transfixiante, irradiant dans le dos. Elle détermine des nausées, des renvois acides, parfois des vomissements. Ce syndrome trahit de l'hyperchlorhydrie et du spasme gastrique.

**LA GÉNATROPINE**, par son action paralysante sur le pneumogastrique, inhibe la sécrétion chlorhydrique et calme le spasme. Elle se prescrit à distance des repas, soit vers 10 heures du matin, 3 ou 4 heures de l'après-midi et 9 heures du soir, en principe au moment habituel des douleurs, à la dose moyenne de 1 milligramme, soit XX gouttes de la solution à 1,5 p. 1.000 ou deux granules deux ou trois fois par jour. Diminuer légèrement la dose si le médicament donne de la sécheresse accusée de la bouche.

La Génatropine est indiquée non seulement dans l'hyperchlorhydrie purement dyspeptique, mais encore lorsqu'elle est entretenue par un ulcère de l'estomac. Elle donne dans ce cas des résultats fonctionnels tout aussi nets et favorise la cicatrisation de l'ulcère mieux que n'importe quel autre traitement parce qu'elle le met à l'abri de l'action nocive des sécrétions acides de l'estomac.

**3° SYNDROMES COMPLEXES.** — Génésérine et Génatropine peuvent s'associer d'ailleurs lorsque se mêlent sur le même sujet certains des éléments de ces deux syndromes, ce qui n'est pas rare, lorsque s'associent par exemple des douleurs tardives au syndrome de la dyspepsie atonique, l'expérience montre que loin de s'annuler leurs bons effets s'ajoutent.

Il en est de même lorsque l'insuffisance gastrique des atoniques s'accompagne de troubles intestinaux tels que coliques, constipation d'origine spasmodique, signes d'entéro-colite, troubles contre lesquels de petites doses de Génatropine sont d'une efficacité remarquable.

**GÉNALCALOÏDES — ÉCHANTILLONS SUR DEMANDE**  
POLONOVSKI ET NITZBERG

**LABORATOIRE DES PRODUITS "AMIDO"**

A. BEUGONIN, Pharmacien, 4, Place des Vosges. — PARIS (4°)

**OLÉTHYLE-BENZYLE**

**DÉSINFECTION = CHLORAMINE**  
**INTESTINALE = FREYSSINGE**

1 à 3 pilules à chaque repas. - 6, Rue Abel, PARIS - Aucune contreindication

**RHIZOTANIN CHAPOTOT**

Tanin de Fraisier - Sels de chaux et de magnésie

**Tonique -- Reconstituant -- Recalcifiant**

Anémies — Bronchites chroniques — Prétubercules.  
Amélioration rapide des Accidents Diarrhéiques  
et des Néphrites Albuminuriques.

**Cachets pour adultes -- Poudre pour enfants**  
**Granulé pour adultes et enfants**

Éch. Méd. grat. P. AUBRIOT, Ph. 56, bd Ornano, PARIS-18°



**ESTOMAC****SEL DE HUNT**

**HYPERCHLORHYDRIE  
FERMENTATIONS ACIDES  
GASTRALGIES**

**LABORATOIRES ALPH. BRUNOT**  
**16, Rue de Boulainvilliers, PARIS**

**OLÉOCHRYSINE LUMIÈRE**

CHRYSOTHÉRAPIE — CALCITHÉRAPIE

Suspension huileuse d'aurothiopropyl sulfonate de calcium  
Tuberculose — Rhumatismes — Syphilis — Dermatoses

*Imprègne l'organisme lentement, régulièrement et sans interruption pendant 4 ou 5 jours*  
*Résultats inégalés par tout autre traitement chimique*

**ALLOCHRYSINE LUMIÈRE**

AUROTHÉRAPIE

PAR VOIE INTRAMUSCULAIRE

*Traitement de la Tuberculose sous toutes ses formes*

Absorption facile et rapide — Tolérance parfaite — Aucune réaction locale, ni générale

**CRYOGÉNINE LUMIÈRE**

LE MEILLEUR ANTIPYRÉTIQUE

ET ANALGÉSIQUE

*Action véritablement rapide dans la fièvre et la douleur*

Ne détermine pas de sueurs profuses, ni de tendance au collapsus, ne ferme pas le rein, ne provoque pas de vertiges — Pas de contre-indications

**CRYPTARGOL LUMIÈRE**

COMPOSÉ ARGENTIQUE STABLE, ATOXIQUE

*Aussi antiseptique que le nitrate d'argent*

Non irritant, kératoplastique — Aucune intolérance digestive ou cutanéomuqueuse — Jamais d'erygrisme

**EMGÉ LUMIÈRE**

MÉDICATION HYPOSULFITIQUE MAGNÉSIENNE

*Prophylaxie et traitement de tous les troubles liés à un état d'instabilité humorale*

**ANTI-CHOC**

*Littérature et Echantillons gratuits sur demande à la*

**Sté A<sup>me</sup> des Produits Chimiques Spéciaux "BREVETS LUMIÈRE"**

45, rue Villon, LYON — Bureau à PARIS, 3, Rue Paul-Dubois



*La Lancette Française***GAZETTE DES HOPITAUX****CIVILS ET MILITAIRES****PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI****ADMINISTRATION ET RÉDACTION :****49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6<sup>e</sup>. Tél. : Danton 48-31.****PUBLICITE : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard de l'Hopital, PARIS (6<sup>e</sup>) - Téléph. : Littré 54-93.****PRIX DE L'ABONNEMENT****FRANCE**

3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.

*Etudiants : 25 francs par an.*

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

**ETRANGER**

Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.

Tous les autres pays : 75 francs.

**SOMMAIRE****REVUE GÉNÉRALE***L'œdème aigu du poumon (fin), par M. Henry NETTER.***SOCIÉTÉS SAVANTES***Académie de médecine. — Société médicale des hôpitaux. — Société de médecine de Paris.***CHRONIQUE***France et Italie, par F. L. S.***ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS****INFORMATIONS****HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'EXTERNAT. —** Liste alphabétique des candidats ayant remis trois copies. (Voir p. 60.)**FACULTÉS DE MÉDECINE. — CONCOURS DE L'AGRÉGATION. —** *Section d'hydrologie, thérapeutique et climatologie. — Jury :* président, M. le professeur Carnot; MM. Villaret, Sante-noise, Fabre, Soula.*Candidats :* MM. Justin-Besançon (de Paris), Castagné (de Montpellier).*Exposé de titres. —* Séance du 7 janvier. — MM. Castagné : note 18; Justin-Besançon : note 20.*Leçon orale de 3/4 d'heure. —* Séance du 8 janvier. — M. Castagné : « Cures climatiques. La tuberculose pulmonaire »; note 15.*M. Justin-Besançon : « Traitement hydrominéral et climatique de l'asthme »; note 20.**Epreuve clinique. —* M. Justin-Besançon est proposé pour le titre d'agrégué.**LÉGION D'HONNEUR. —** Sont promus dans l'ordre de la Légion d'honneur :**ÉDUCATION NATIONALE. —** *Sont élevés à la dignité de grand officier. —* M. Charles Walther, chirurgien honoraire des hôpitaux, professeur agrégé à la Faculté de médecine, président de l'Académie de médecine.*M. Auguste Lumière, membre correspondant de l'Institut et de l'Académie de médecine.***MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE. —** Par décret en date du 6 janvier 1935, une somme de 6.853.288 fr. 41 a été rattachée au budget du ministère de la Santé publique et de

l'Éducation physique, exercice 1934 (prélèvement effectué sur le produit net de la taxe des cercles de jeux et destiné notamment aux organismes de lutte anticancéreuse, antituberculeuse et antivénérienne.

**COMMISSION DES SÉRUMS. —** *Président :* M. Louis Martin. *Vice-président :* M. le professeur Tiffeneau.*Membres de droit :* MM. Serge Gas, conseiller d'Etat; Jules Renault, le professeur Tanon, Tétreau, Henri Garnier, les professeurs Achard, Roussy et Paul Guérin.*Membres nommés :* MM. Tiffeneau, Dopler, Brouardel et Ramon, de l'Académie de médecine; MM. Ponchet, Debré, Bordas, Nattan-Larrier, Radais, Verne, du Conseil d'hygiène.*Membres adjoints :* MM. Barthet, Henri Bonnet, Broquet, Cruveilhier, Dimitri, Dujarric de la Rivière, Fabre, Lormand, Panisset.*Secrétaire :* M. Henri Bonnet.**CONSEIL SUPÉRIEUR D'HYGIÈNE PUBLIQUE DE FRANCE. —** Le bureau pour 1935 est ainsi composé :*Président :* M. Louis Martin, directeur de l'Institut Pasteur; *vice-présidents :* M. le professeur Pouchet et M. Jules Renault; *secrétaire :* M. le docteur Eugène Briau.**VI<sup>e</sup> ANNIVERSAIRE DE LA MORT DU PROFESSEUR WIDAL. —** Pour commémorer le souvenir de F. Widal, M. Abrami fera le lundi 14 janvier, à 11 h., dans l'amphithéâtre de la clinique médicale de l'hôpital Saint-Antoine (service du professeur Besançon), une conférence intitulée : « De l'anaphylaxie à l'idiosyncrasie. »**UN HOMMAGE À CLAUDE BERNARD. —** Dimanche dernier, à l'issue de ses travaux sur « l'Avenir des hypertendus », dont nous rendrons compte prochainement, l'Assemblée de médecine générale française a été reçue au Collège de France

La feuille de digitale se prescrit :

**Digi — LANATINE**Extrait total des Glucosides  
de la Feuille de digitale**LABORATOIRE MIALHE, 8, rue Favart — PARIS (2<sup>e</sup>)**



par M. Joseph Bédier, administrateur, membre de l'Académie française, et M. le professeur André Mayer.

En hommage à Claude Bernard, « modèle de l'esprit d'observation », un reliquaire Claude Bernard a été inauguré où seront pieusement conservés tous les souvenirs et documents se rapportant à l'illustre physiologiste. M. le professeur d'Arsonval qui fut son élève, et M. le professeur Roger prononcèrent des discours émouvants.

M. d'Arsonval a remis au reliquaire le manuscrit de l'*Introduction à l'étude de la médecine expérimentale* dont il était le possesseur. Il y a joint des portraits du Maître et des instruments lui ayant appartenu.

Cette cérémonie coïncidait presque avec le centenaire de l'arrivée à Paris de Claude Bernard en 1834, dont notre confrère Le Goff a donné récemment dans la *Gazette des hôpitaux* (nov. 1934, n° 94, p. 1661) un récit très attachant.

**ASSOCIATION POUR LE DÉVELOPPEMENT DES RELATIONS MÉDICALES AVEC L'ÉTRANGER (A. D. R. M.).** — *Séance du Conseil d'administration du 18 décembre 1934.* — M. Hartmann communique au Conseil un dossier qui lui a été remis contenant, dans des articles de réclame sur un produit guérissant la constipation, la photographie d'un certain nombre de médecins parisiens dont la bonne foi a été probablement surprise. L'effet produit sur le monde médical américain a été déplorable au point de vue de la réputation du Corps médical français.

M. Molinéry donne lecture d'un rapport en faveur de nos stations thermales, rapport présenté au nom d'une Commission (MM. Glénard, Molinéry et Pierret).

M. Trèves expose un projet de Comité médical franco-italien, dont le professeur Cunéo serait le président.

Election de nouveaux membres : MM. Jayle, Durand-Fardel et Flurin. (*Communiqué.*)

**FONDATION D'UNE SOCIÉTÉ D'ÉTUDES SUR L'ANESTHÉSIE ET L'ANALGÉSIE.** — Cette nouvelle Société se réunira 12, rue de Seine, à Paris, à 15 h., quatre fois par an : les troisièmes samedis de décembre, février, avril et juin. L'assemblée générale annuelle se tiendra au moment du Congrès de chirurgie. A ce moment aura lieu une Journée d'anesthésie.

Le bureau de la Société est ainsi constitué :

Président d'honneur : M. le professeur Emile Forgue (de Montpellier); président; professeur Gosset; vice-président : M. Fredet; secrétaire général : M. Monod; secrétaire : M. Jacquet; trésorier : M. Thalheimer; archiviste : M. Bovet; comité de direction : MM. Auvray, Binet, Desmarest, Forgue, Fourneau, Fredet, Gosset, Hautant, Marcel Labbé, Lenormant, Robert Monod, Tiffeneau, Vignes.

**SECTION PERMANENTE DE LA DÉFENSE PASSIVE.** — Cette section sera inaugurée le lundi 14 janvier 1935, à 15 h. 30, au musée d'hygiène de la Ville de Paris, 57, boulevard Sébastopol.

**ASSOCIATION INTERNATIONALE DES MÉDECINS RADIES-THÉSISTES.** — La troisième réunion aura lieu le samedi 19 janvier 1935, à 20 h. 30, 16, rue de la Sorbonne, Paris.

Pour tous renseignements, écrire au secrétariat de l'A. I. M. R., 9, rue Etex, Paris (XVIII<sup>e</sup>).

**NÉCROLOGIE.** — Nous apprenons avec une sincère émotion la mort survenue à Paris le 31 décembre 1934, à l'âge de 60 ans, du docteur Mainot, directeur de la *Vie médicale*, chevalier de la Légion d'honneur.

Mainot était un brillant journaliste et un écrivain élégant, il était estimé et aimé de tous. Que M<sup>me</sup> Mainot veuille bien trouver ici l'expression de nos condoléances les plus respectueuses.

## CHRONIQUE

### FRANCE ET ITALIE

Les amitiés françaises et italiennes, si anciennes, si profondes, viennent de recevoir une consécration solennelle grâce aux accords conclus à Rome par M. Mussolini et M. Laval.

Tous les nuages qui trop souvent obscurcissent l'horizon de nos deux pays sont enfin balayés. Il fait clair, on respire mieux, on espère beaucoup.

Si la reconnaissance de tous doit aller à l'œuvre magnifique du Duce et de M. Laval, il serait injuste d'oublier les ouvriers de la première heure et parmi eux les médecins, qui ont tant fait pour resserrer les liens amicaux entre les deux pays.

Du côté italien, nos éminents amis les professeurs Sanarelli et Alessandri (de Rome), Giordano (de Venise), Nicolai Pende (de Gènes), Piccinini (de Milan), Morelli (de Rome), Vaccaro (de Paris)... le regretté Vittorio Ascoli (de Rome).

Du côté français, MM. les professeurs Forgue, J.-L. Faure, Bezançon, Marcel Labbé, Laignel-Lavastine, Etienne; Lœper et l'Association de la Presse médicale française; M. Pierra et la Fédération latine; M. Louis Darligues qui fut le premier à faire acclamer à Paris par l'U.M.F.I.A. l'œuvre du Duce. Nous n'aurons garde d'omettre les admirables conférences du regretté Léon Bernard sur les miracles mussoliniens.

A eux, à tant d'autres qu'il faudrait encore citer, doit aller notre gratitude.

F. L. S.

P. S. — En réponse à un télégramme chaleureux de l'Association de la Presse médicale française, M. le Sénateur Giordano, l'illustre chirurgien de Venise, président de la *Fédération de la Presse médicale latine*, a adressé au professeur Lœper et au docteur F. Le Sourd l'expression de ses sentiments fraternels et de son heureuse confiance dans l'avenir de la latinité.

**Fds FABRIC. ARTICLES ET OBJETS DE PANSEMENTS**  
7 bis, r. Hôtel Colbert. M. à px. 6 000 fr. (net p.ét. b.).  
Mat. march. sus. Cons. 2 500 fr. Adj. ét. VIDECOQ.  
not., 46, r. Liège, le 24 janvier, 15 h. 30. S'adr.  
OMNES, synd., 48, r. M<sup>le</sup> Prince, et au not. — 326.

**ANÉMIES  
DYSPEPSIES  
ANTITOXIQUE**



**DOSE: 4 à 6  
TABLETTES  
PAR JOUR**

**BIOXYDE DE MANGANESE COLLOÏDAL. SELS MAGNÉSIENS**  
Laboratoire SCHMIT, 71 Rue Sainte-Anne, PARIS. 2<sup>e</sup>

**PULVEOL**

ANTISEPTIC DU CARREFOUR AÉRO-DIGESTIF  
POUDRE et PASTILLES

Littérature et Échantillons : 10, Impasse Milford, Paris (16<sup>e</sup>)

**Toux  
Oyspnée IODEINE MONTAGU**



# GYNŒSTRYL

## FOLLICULINE CRISTALLISÉE

DU D<sup>r</sup> ROUSSEL

(HORMONE OVARIENNE CHIMIQUEMENT PURE)

### Voie buccale

DI-HYDRO-FOLLICULINE  
ASSIMILABLE A 100 %  
Deux PRÉSENTATIONS (GOUTTES  
COMPRIMÉS)

50 Gouttes ou 4 Comprimés  
correspondent à 1000 U.I.

Le Flacon ou la Boîte représente:  
10 000 U.I. — 18 Fr<sup>s</sup>

Voie intra-musculaire  
ou sous-cutanée

SOLUTION HUILEUSE  
titrée à 1/10 de milligramme  
par c.c.

soit 1.000 UNITÉS  
INTERNATIONALES  
par ampoule

(De 1/4 c.c. à 1 c.c. tous les deux jours)

6 ampoules de 1 cc. 20 Fr<sup>s</sup>

PATHOLOGIE DES RÈGLES  
PUBERTÉ. MÉNopause

HYPOTROPHIE DES PRÉMATURÉS ET DES NOURRISSONS

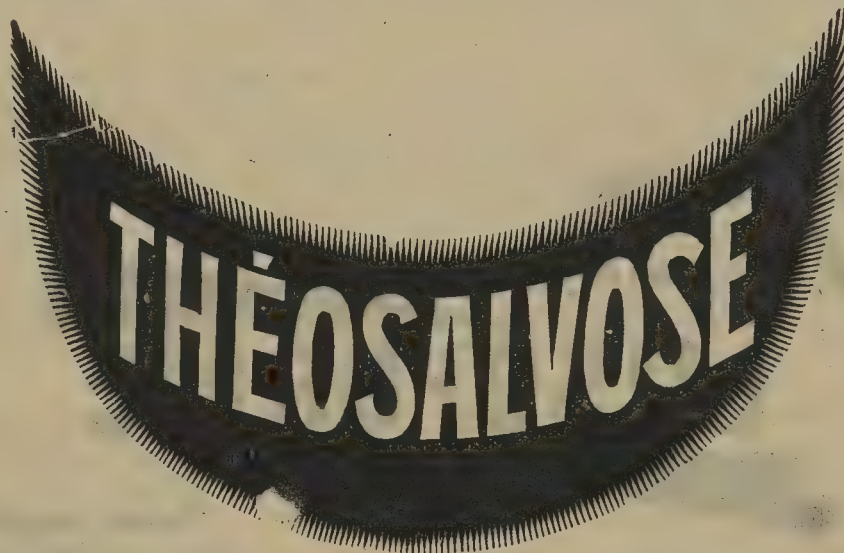
LABORATOIRES du DOCTEUR ROUSSEL  
89, Rue du Cherche Midi. PARIS (VI<sup>e</sup>)

## DIURÉTIQUE { D'UN POUVOIR REMARQUABLE D'UNE FIDELITÉ CONSTANTE

Pure  
Digitalique  
Strophantique  
Sparléinée  
Scillitique  
Barbiturique

Phosphatée  
Lithinée  
Caféinée

Ne se délivrent  
qu'en cachets



Cachets dosés

0 gramme 25

et à

0 gramme 50

de Théosalvose

DOSE MOYENNE :

1 à 2 grammes

par jour.

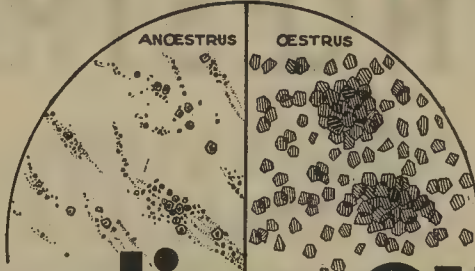
THÉOBROMINE FRANÇAISE garantie chimiquement pure

Artériosclérose — Affections cardiaques et rénales — Albuminuries — Intoxications  
Urémie — Uricémie — Goutte — Rhumatismes — Hydroplisie — Maladies infectieuses

Laboratoires André GUILLAUMIN  
PARIS — 13, rue du Cherche-Midi, 13 — PARIS

R. G., 2, 10. Seine.





**Folliculine CHOAY**  
Hormone sexuelle femelle  
En ampoules stérilisées de 1<sup>cc</sup> et 2<sup>cc</sup>  
titrées respectivement à 250 et 500 unités internationales

**CHOAY**

**LABORATOIRES CHOAY** - 48, rue Théophile Gautier - **PARIS** (XVI)

## LABORATOIRES CARTERET

LIQUIDE  
et  
COMPRIMES

ANTISEPTIQUE GÉNÉRAL

*Sans odeur et non toxique*

# LUSOFORME

*Formol saponiné*

DÉSINFECTANT - DÉSODORISANT

S'EMPLOIE EN SOLUTION AQUEUSE à 1/4 ou 1/2 p. 100 en GYNÉCOLOGIE, OBSTÉTRIQUE, CHIRURGIE

Échantillon et Littérature : 15, rue d'Argenteuil, PARIS



## REVUE GENERALE

L'ŒDÈME AIGU DU POUMON<sup>1</sup>

Par M. HENRY NETTER,  
Interne des hôpitaux de Paris.

## DIAGNOSTIC

**Diagnostic positif.** — Il repose sur le caractère subit de la dyspnée, sur les caractères particuliers de l'expectoration, qui contient de l'albumine.

**Diagnostic différentiel.** — Nous n'insisterons pas sur le diagnostic de la *mort subite* dans les formes suraiguës, sur celui des grands *syndromes respiratoires à début brusque* (embolie pulmonaire, pneumothorax, granulie à f. asphyxique, bronchite capillaire, catarrhe suffocant), sur celui des *dyspnées toxiques* (urémie).

1. *L'asthme* est une dyspnée subite, nocturne, mais caractéristique avec sa bradypnée, son expiration prolongée. On n'entend que quelques râles ronflants. L'expectoration est peu abondante, riche en éosinophiles.

2. *Le pseudo-asthme cardiaque* est encore une brusque dyspnée nocturne avec une orthopnée intense. Mais il y a de gros râles ronflants et non pas « ce bruit spécial de l'air qui barbote dans du liquide » (Lian). L'expectoration se réduit à quelques crachats gluants et blancs.

3. Le diagnostic ne se pose pas avec l'*angine de poitrine*, mais il faut savoir si quelques phénomènes angineux ne sont pas surajoutés à une crise d'O.A., si un angor coronarien fébrile ne s'accompagne pas d'O.A. D'ailleurs les accidents de pseudo-asthme, d'angine peuvent s'intriquer ou alterner avec l'œdème.

4. Certains *catarrhes pituiteux* (Bezançon et de Jong) ne seront pas confondus avec l'expectoration albumineuse de l'O.A. On éliminera donc les *bronchites chroniques avec expectoration hydro-muqueuse* (expectoration abondante et d'aspect œdémateux, mais sans albumine), les *expectations mixtes à prédominance hydromuqueuse* (un peu d'exsudat séro-albumineux mélangé à l'expectoration hydromuqueuse d'une bronchite chronique).

**Diagnostic étiologique.** — Il nécessite l'étude des fonctions rénales et cardio-vasculaires, la recherche d'une intoxication ou d'une infection.

## ANATOMIE PATHOLOGIQUE

A) **Examen macroscopique.** — A l'ouverture du thorax, le poumon turgescent, portant l'empreinte des côtes, ne s'affaisse pas ; les bords antérieurs sont souvent distendus par l'emphysème ; parfois la plèvre viscérale est séparée du poumon par un œdème jaunâtre. La pression du doigt n'éveille pas de crépitation, et laisse un godet. Lors de l'extraction du thorax, un liquide mousseux s'écoule par la bronche.

A la coupe, on découvre une « sérosité abondante, incolore ou légèrement fauve, transparente, à peine spumeuse » (Laënnec). Des fragments de tissu pulmonaire plongés dans l'eau surnagent ou nagent entre deux eaux.

Parfois, on constate à la coupe une gelée légèrement violacée caractérisant l'œdème compact (Renault).

B) **Examen microscopique** (Renault et Honorat). — Le contenu alvéolaire passe successivement par une *phase transsudative* (alvéoles distendues par un coagulum albumineux homogène sans fibrine), par une *phase exsudative ou diapédétique* (éléments cellulaires peu abondants : endothélium alvéolaire, épithélium bronchique, leucocytes, quelques hématies), par une *phase hémorragique* (leucocytes et hématies plus nombreux).

Les parois alvéolaires sont rompues, les capillaires sanguins dilatés, les lymphatiques distendus, les grosses veines gorgées de sang, les bronches remplies d'exsudat œdémateux. Les espaces conjonctifs inter-alvéolaires et inter-lobulaires restent virtuels : « l'œdème est purement cavitair ». Dans les foyers d'œdème compact on trouve des capillaires aplatis et une infiltration leucocytaire considérable : sans doute s'agit-il d'un processus infectieux et non d'un phénomène purement mécanique.

## PATHOGENIE

La pathogénie de l'œdème pulmonaire, très discutée, ne relève pas d'un mécanisme univoque, et les théories unicistes ne sont plus admises.

Les recherches expérimentales prouvent la nécessité de l'association de plusieurs facteurs : déjà Teissier et Guinard avaient montré la nécessité d'associer un facteur mécanique (compression de l'aorte), un facteur nerveux (excitation du bout central du pneumogastrique), un facteur toxique (injection de salicylate de méthyle). D'autre part, l'œdème peut être provoqué par intra-veineuse d'adrénaline (Hallion et Nepper), mais il survient quand l'action hypertensive aboutit à l'I.V.G., et quand les capillaires pulmonaires sont altérés (toxicité). Pasteur Vallery-Radot constate de même que l'injection massive d'adrénaline provoque, outre l'œdème, une néphrite suraiguë. Enfin Frugoni (1930) montre que l'œdème par adrénaline, l'œdème par ligature de l'aorte en thorax fermé, n'apparaissent pas après ablation bilatérale du ganglion étoilé, ou si on provoque une inhibition toxique des centres respiratoires par la morphine.

Les modifications physico-chimiques du milieu humoral ont un rôle de premier plan, suffisant pour certains à provoquer l'œdème :

*Rétention de NaCl.* Le rôle de la chlorurémie ressort de nombreuses constatations cliniques et expérimentales. On a vu l'O.A. apparaître par injection de sérum hypertonique à l'animal (Hallion), par résorption brusque d'œdèmes périphériques (Andral, Merklen et Heitz), par injection massive de sérum hypertonique à des athrétiques (Achard et Paiseau), à des

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôp.*, 1935, n<sup>o</sup> 2, p. 21.



albuminuriques (Widal et Lemierre), à des scléreux rénaux (Pozzi, Achard et Laubry, Vaquez et Digne), etc. Chez un cardiaque subasystolique la chloruration exagère l'œdème aigu, la déchloruration l'évite (Vaquez et Digne). Certains font intervenir des rétentions chlorurées sèches (Amblard et Beaujard).

En réalité la chlorurémie retentit sur le cœur (Vaquez) et favorise la transsudation ; mais son rôle est insuffisant et il n'y a pas d'O.A. dans les néphrites chlorurémiques pures, hydropigènes.

*Modifications de densité, de concentration, d'équilibre colloïdal.* Si l'O.A. peut faire partie du tableau du choc anaphylactique, tout O.A. ne relève pas toujours de phénomènes de choc (Laubry). Dans l'O.A.P. le sang présente une hyperconcentration des albumines ; et on a constaté cliniquement (Clerc, Sterne et Delamare, 1932) au début de la crise une hyperprotéïnémie, suivie d'une diminution nette avec élévation relative du quotient albumineux. P. Vallery-Radot et ses collaborateurs (1932) constatent de même dans l'œdème adrénalinique une chute plus accentuée de globuline que de sérine, d'où augmentation du rapport albumineux sérine/globuline.

*Modifications de la lipémie.* Dans l'œdème adrénalinique on constate (Caccuri 1932) l'augmentation de la lipémie, de la cholestérinémie et du rapport lipœidique (cholestérine totale/savons).

*Troubles de l'équilibre acido-basique du sang dans le sens de l'acidose (Lewis).* Cette acidose favorise les œdèmes (les colloïdes gonflent en solution acide) ; elle retentit sur les vaso-moteurs de la circulation générale et pulmonaire, sur le débit cardiaque par minute, sur la pression artérielle. Il en est ainsi dans l'insuffisance cardiaque (Eppinger) où l'acide lactique provenant du travail musculaire n'est pas retransformé en glycogène dans le rapport normal : en partie oxydé il augmente la consommation d'oxygène à la périphérie ; en partie neutralisé par les tissus et les substances tampons du sang, mais incomplètement, il augmente l'acidose. Il en est ainsi dans l'asphyxie où l'anoxémie (Cot) et l'hypercapnie ou l'acapnie (Dautrébande) entraînent un déséquilibre acido-basique par rupture des proportions de CO<sup>2</sup> et d'oxygène dans le sang. En réalité ces modifications physico-chimiques conditionnent probablement la production de l'œdème, mais ne suffisent pas à l'expliquer (Laubry).

**Des conditions anatomiques ont été invoquées.**

*L'artérite pulmonaire* et l'hypertension de la petite circulation jouent, surtout au cours du R.M., un rôle important (C. Pezzi 1931), mais contingent (Laubry). Elle prédispose au spasme : « quand l'œdème s'accompagne de phénomènes hémorragiques, on peut affirmer que l'artérite est à la base » (Laubry).

*La sclérose pulmonaire antérieure* (Bezançon, de Jong et Jacquelin) prédispose à l'O.A. par suite de la riche vascularisation des zones sclérosées ; son influence localisatrice dépend d'ailleurs de la fréquence des congestions pneumococciques surajoutées.

Quoi qu'il en soit, la production de l'œdème aigu nécessite l'intervention de trois facteurs : mécanique, nerveux, toxi-infectieux.

**I. Rôle du facteur mécanique : cardio-vasculaire.** — Le fait fondamental est l'hypertension pulmonaire.

Les anciennes théories, expliquant l'O.A. par paralysie du V.G. (Faentzel, Conheim et Welsch) ou par spasme du V.G. (Von Basch et Grossmann), sont à rejeter : ces mécanismes entraîneraient l'arrêt de la circulation périphérique et la syncope.

*A) Insuffisance ventriculaire gauche.* Les travaux de Merklen (1908) et Lian (1910), de Vaquez, Gallavardin, ont mis en évidence son importance pathogénique, qu'il s'agisse d'insuffisance organique, de « déficience du cœur gauche » (Bard), d'insuffisance fonctionnelle du muscle ventriculaire gauche (Laubry et Routier, dans le R. M.).

Dans le circuit clos de la circulation pulmonaire, il y a dissociation soudaine de l'action des deux ventricules : défaillance de l'appareil d'épuisement que constitue le V.G., conservation de la pompe d'alimentation que constitue le V.D. (Gallavardin). Il en résulte une continuité d'apport sanguin par le cœur droit et l'artère pulmonaire, combinée avec une gêne de l'évacuation par les veines pulmonaires et le cœur gauche, ce qui détermine un encombrement aigu de la circulation pulmonaire.

Une abondance de faits plaide en faveur de cette pathogénie. Nous n'y insistons pas. D'ailleurs expérimentalement (Cuelho et Rocheta, 1933) la destruction du cœur gauche, la ligature de l'aorte ascendante, déterminent l'O.A.

*B. Rôle de l'oreillette.* Au cours du R. M. (dans la grossesse et en dehors d'elle), Gallavardin, Ribierre, etc., invoquent à la base de l'O. A. P. une *insuffisance auriculaire aiguë*. L'œdème ne survient que si l'oreillette a conservé un rôle suffisamment actif (rythme cardiaque régulier) pour que sa distension aiguë et rapide entraîne un fléchissement fonctionnel.

*C. Rôle du facteur périphérique.* Pour Laubry et Tzanek, la cause initiale est une « véritable hypertension de la circulation de retour », résultant d'un brusque accroissement de la masse sanguine ou d'un spasme capillaro-veineux périphérique. Il en résulte une augmentation subite de la quantité de sang dans les cavités droites, puis dans la petite circulation (avec production d'O. A.), enfin une surcharge du ventricule gauche et une poussée hypertensive. L'I. V. G. est secondaire « marquant l'impuissance du ventricule à supporter un afflux sanguin ou un spasme périphérique important ».

Giraud, de Marseille, a constaté cliniquement cette hypertension veineuse avant la crise d'O. A. P. Il l'attribue à un réflexe veino-constrictor ou à la mise en circulation d'adrénaline.

Pour Eppinger, les troubles périphériques sont différents ; le débit cardiaque est réglé par une utilisation défectueuse de l'oxygène par la périphérie : si la quantité de sang apportée au cœur gauche est telle, qu'il ne peut la mettre en œuvre à la périphérie, il se produit de la tachycardie, puis une dilatation du ventricule, puis une surcharge des veines pulmonaires.

Dans l'asphyxie Cot invoque également une défaillance du « cœur périphérique » par action du sang anoxémique sur le système vaso-moteur, défaillance qui entraîne une dilatation secondaire énorme du



cœur droit, et une hypertension dans les artères pulmonaires.

D. *Autres mécanismes.* Pour Hess la surcharge brusque de la circulation pulmonaire peut être le fait d'une hyperémie active sous l'effet de diverses causes, en particulier lorsque la quantité de sang destinée aux deux poumons passe entièrement dans la portion pulmonaire saine : œdème pulmonaire unilatéral du côté sain du fait d'adhérences pleurales, d'infiltration pneumonique, de cancer (Hess, Huguenin, Caussade, Surmont et Lacapère).

Dans la submersion intervient pour Cot l'aspiration thoracique du sang : contracture de la glotte au contact du liquide, profonds mouvements respiratoires dus à l'action du sang asphyxique sur le centre bulbaire.

II. *Rôle du facteur nerveux : vaso-moteur.* — A. Déjà la théorie angioneurotique (Bouveret, Huchard) faisait intervenir un trouble du plexus cardiaque par péricardite, entraînant par réflexe vago-sympathique une vaso-dilatation pulmonaire.

Dans leur théorie mixte cardio-vaso-motrice, Merklen et Lian donnaient une part importante aux troubles nerveux vaso-moteurs.

Bard invoque la coexistence d'une « déficience de l'action du cœur gauche » et d'une « vaso-dilatation active » des vaisseaux pulmonaires (qui réalise un processus local, approprié, subinflammatoire), l'un et l'autre phénomènes étant liés par les « corrélations fonctionnelles établies par les divers étages du sympathique ».

Pour Vaquez cette influence nerveuse est possible, « et c'est peut-être à elle qu'il faut attribuer la soudaineté de l'accès ; mais elle n'intervient en tout cas que secondairement et à titre purement accessoire ».

B. Actuellement les arguments en faveur de l'importance du facteur nerveux sont nombreux :

Les cas d'O. A. par *lésion nerveuse centrale*, survenant en l'absence d'hypertension artérielle, de lésion cardio-aortique, ou d'insuffisance rénale, « montrent la part prépondérante, sinon exclusive, du système nerveux dans l'apparition de l'œdème » (Et. Bernard). Dans l'*aortite*, l'œdème peut se déclencher sans défaillance cardiaque, par réflexe. C'est encore à une irritation nerveuse par *brusque distension* du ventricule gauche (dans l'I. V. G.), ou de l'oreillette gauche hypertrophiée (dans le R. M. : Gallavardin ; Ribierre ; Doumer) que certains attribuent la soudaineté de l'accès. La décompression par évacuation d'un épanchement pleural entraîne une brusque réaction réflexe du réseau vasculaire. Par ailleurs une *émotion* (Laubry) déclenche parfois la crise. Le rôle de la *neurotonie* (hypersympathicotomie pour Laignel-Lavastine, hypervagotonie pour Doumer) peut être exclusif (cas d'œdème aigu guéri par la belladone). Bezançon et Jacquelin ont souligné l'extrême sensibilité des vaso-moteurs pulmonaires aux troubles circulatoires, une même *perturbation vaso-motrice* pouvant déterminer œdème aigu ou hémoptysie.

C. On peut conclure avec Laubry qu'il existe entre les différentes parties de l'appareil circulatoire une solidarité réglée par le système nerveux. Toute dis-

tension, toute « velléité de distension » ventriculaire, auriculaire, aortique ou vasculaire, — par spasme, aortite, péricardite, etc. — entraîne une répercussion sur les vaisseaux pulmonaires. Ces excitations expliquent le caractère subit de l'œdème ; Wassermann semble avoir montré qu'une contre-excitation par compression des carotides paralyse la crise. « Tout est affaire d'espèce, tantôt le facteur nerveux est secondaire, tantôt il est prédominant. »

D. Dufour fait intervenir une autre pathogénie nerveuse, le phénomène initial est un spasme des muscles de Reissessen, qui ferme les bronchioles ; l'inspiration détermine un vide alvéolaire, d'où appel sanguin et dilatation des capillaires : le cœur ne cède que secondairement.

III. *Rôle des facteurs toxiques, infectieux, endocriniens.* — A. *Facteur toxique.* Pour Dieulafoy la cause fréquente de l'O. A. était l'*altération rénale*, entraînant une intoxication urémique brutale des centres bulbaires vaso-moteurs : en réalité nous l'avons vu, dans la néphrite l'hypertension domine l'azotémie dans le déterminisme de l'O. A.

Des *substances diverses* (pilocarpine, muscarine, nitrite d'amyle, iodure de potassium, etc.) déclenchent l'œdème aigu, mais leur action n'est pas purement toxique : elles agissent directement sur la neurotonie, sur les vaso-moteurs.

Rappelons le rôle de l'*acide lactique* provenant du travail musculaire (Eppinger), le rôle de l'anoxémie (Cot).

Les *gaz suffocants* (Kling) agiraient sur les stérols contenus dans les graisses imprégnant les cellules pulmonaires : ils font perdre aux stérols leur hydrophilie, d'où exsudations massives.

B. *Facteur infectieux.* Nous avons vu le rôle des maladies infectieuses du poumon dans le déterminisme des O. A., le rôle du pneumocoque en particulier (Ménétrier). Merklen a insisté sur le rôle des infections pulmonaires sur les manifestations respiratoires des cardio-rénaux. Gallavardin, Ribierre insistent sur la fréquence d'un réveil du R. A. A. précédant l'œdème aigu du rétrécissement mitral.

Les O. A. infectieux relèvent pour les uns d'atteinte des plexus nerveux cardio pulmonaires avec vaso-dilatation brusque et intense, pour d'autres d'une crise hypertensive par hypersécrétion d'adrénaline, pour d'autres enfin de brusque rétention hydrochlorurée d'origine rénale ou tissulaire.

C. *Facteur endocrinien.* Le rôle de facteurs endocriniens retentissant sur la neurotonie a été souvent invoqué, en particulier celui des *surrénales*. L'adrénaline (Josué) est facteur d'hypertension et d'athérome, facteur d'œdème, et on a pu parler de sécrétion exagérée d'adrénaline. On a constaté une hypertension paroxystique avec O. A. par surrénalome (Labbé ; Tinel et Doumer), une crise hypertensive adrénalinosecrétoire au cours de l'asphyxie expérimentale (Tournier et Chabrol). Mais les expériences de Teissier, celles de P. Vallery-Radot montrent la complexité de la pathogénie de l'O. A. adrénalinique expérimental.

L'*ovaire* (Muller), la *thyroïde* (Doumer) peuvent exceptionnellement jouer un rôle. L'*état thymico-*



lymphoïde est mis en cause par les Américains (Ohlmacker).

### TRAITEMENT

**A. Le traitement d'urgence.** — En présence d'un O. A. le réflexe qui s'impose est de pratiquer une saignée, une injection de morphine, une intra-veineuse d'ouabaïne.

1° *Médication déplétive : la saignée.* La saignée sera immédiate et copieuse (400 à 600 gr.), à l'aiguille plutôt qu'à la lancette. Il sera bon d'avoir dans l'entourage du malade une personne sachant poser des ventouses scarifiées, ce qui permet d'attendre l'arrivée du médecin (Lian). La saignée produit un soulagement immédiat. Son action est complexe : elle déclenche divers réflexes vaso-moteurs et sécrétoires (Laubry). Elle crée un vide circulatoire veineux qui désencombre directement le cœur droit, et qui, par appel de sang artériel à travers les capillaires, diminue l'action du cœur gauche (Lemierre).

2° *Médication culmante : la morphine.* Absolument contre-indiquée autrefois, la morphine était considérée comme « inutile, parce qu'elle ne peut rien contre l'état cardioplégique et contre l'O. P., dangereuse parce qu'elle contribue à accentuer les phénomènes de parésie broncho-pulmonaire, et qu'elle entrave la diurèse » (Huchard). Depuis Vaquez la morphine (1 cgr. de chlorhydrate sous-cutané) est « le médicament par excellence de l'O. A. »\* (Laubry), arrêtant brusquement une crise d'O. A., calmant le psychisme du malade et son irritabilité neuro-végétative, favorisant l'action des médicaments électifs du cœur, même des diurétiques. On préconise également le pantopon, le sédol, l'héroïne (1 cgr. 1 ou 2 fois par 24 heures). Avec Sergent cependant, Lian, Achard font des réserves en cas de néphrite grave, car la morphine donne une oligurie manifeste. Pour Laubry et Tzanek le tartrate d'ergotamine aurait une action moins brutale, plus élective que la morphine.

3° *Médication tonocardiaque : l'ouabaïne.* Préconisée et réglée par Vaquez avec Leconte et Lutembacher, l'ouabaïne sera administrée en intra-veineuse de 1/4 de milligramme ; au besoin on renouvelle dans la journée 1/4 de mmgr. Laubry signale le danger exceptionnel de la mort subite.

4° On peut adjoindre en outre (Vaquez) l'huile camphrée au 1/10 toutes les 4 heures, le sulfate de sparteine (10 à 15 cgr. en 2 ou 3 fois). Dans les formes suffocantes on pratique l'inhalation d'oxygène. Enfin on prescrit le repos absolu, la diète hydrique, des diurétiques.

**B. Les jours suivants.** — Renouveler l'ouabaïne : 1/4 mmgr. pendant 3 à 5 jours (Lian) jusqu'à un total de 1 mmgr. 1/2 (Vaquez). Si le cœur est arythmique, donner de la digitaline : LV gouttes en 3 jours (Vaquez).

Ne pas abandonner trop vite les opiacés : soit pilules d'extrait d'opium (2 cgr., 4 à 6 pro die), soit morphine (5 mmgr., 2 fois par jour).

Prescrire des diurétiques rénaux : *théobromine* ; en permanence d'abord, puis alternant avec des cures digitaliques (Lian).

*Repos absolu* : lit pendant trois semaines. *Régime sévère* (Vaquez), la diète hydrique (1.000 à 1.200 gr.) sera portée les jours suivants à 1.500 ou à 1.800 ; puis alimentation lactée ; puis légumes, pâtes, fruits cuits, compotes, un peu de viande. *Régime très pauvre en NaCl*, surtout si le rein est imperméable.

Enfin calmer l'excitabilité du système nerveux : tous les soirs *bromure* ou *gardénal* (Lian) ; la *bella-done* peut être utile (Doumer).

**C. Traitement selon la cause.** — *Cardio-rénaux.* Traitement tonocardiaque par cures digitaliques longues et répétées. Traitement antisypilitique doux et prudent en cas d'aortite. Se méfier de l'iodure de potassium chez les aortiques, des injections salines ou de l'adrénaline chez les hypertendus ou les chlorurémiques.

*Rétrécissement mitral.* — Saignée. L'ouabaïne a des effets inconstants. Ribierre recommande la *bella-done*.

*Grossesse.* — L'O. A. P. ne justifierait (Th. Laënnec) que la mise en œuvre du traitement médical habituel : la saignée.

*Oedèmes infectieux.* — Adjoindre le traitement de l'infection causale.

*Enfant.* — Saignée (au besoin ventouses), hydrothérapie, ouabaïne (1/8 mmgr.), morphine (1/8 ou 1/4 de cgr. selon l'âge).

*O. A. des affections nerveuses.* — Saignée, morphine, pas d'effet de l'ouabaïne (Et. Bernard). L'adrénaline a pu parfois agir (vaso-contriction pulmonaire jugulant l'hyperémie et l'exsudation), mais « grande prudence » (Et. Bernard). Le *gardénal* a fait disparaître des crises d'O.A.P. chez des épileptiques (Langeron). La *belladone*, l'*extrait thyroïdien* (Doumer) ont fait disparaître des crises purement neurotoniques.

*Gaz toxiques* (Dautrebande ; Cot ; Cordier). — Les gazés sont des malades « d'extrême urgence », nécessitant une immobilisation immédiate (évacuation couchés). Les *ypérités* sont des *contagieux*. *Réchauffement, phlébotomie* : ce n'est qu'après qu'on peut évacuer sans danger du poste de secours. On associe sur place soit l'ouabaïne soit l'huile camphrée ou ses dérivés (huile camphrée intra-veineuse, Babonneix). On associe en outre : l'*oxygénothérapie*, sans pression, sans adjonction de CO<sup>2</sup> pour Cordier ; Muntz ; Ruff et Fessler ; la *carbogénothérapie* pour Dautrebande ; Cot.

### BIBLIOGRAPHIE

(Publications récentes)

1. ANTONELLI et MEZARD. — O. A. P. chez les tuberculeux traités par le pneumothorax artificiel, *Soc. méd. Hôp. Paris*, 1933.
2. AUBERTIN. — Hypertension paroxystique et O. A. P., *Soc. méd. des Hôp de Paris*, 1928, p. 1769.
3. BARD. Nature et mécanisme pathogénique de l'O.A.P., *Presse Méd.*, 1926, p. 1489.



4. BERNARD (Et.). O. A. P. et système nerveux, *Semaine des Hôp. de Paris*, 1933, n° 9.
5. BEZANÇON et JACQUELIN. Hémoptysies et troubles vasomoteurs, *Presse Méd.*, 5 juin 1929.
6. BEZANÇON, DE JONG, JACQUELIN. Dyspnée des cardio-rénaux, *Presse Méd.*, 1921, n° 38.
7. CACCURI (S.). La lipémie dans l'O.A.P. par adrénaline, *Le Sang*, 1933, n° 9.
8. CAUSSADE et TARDIEU. O. P. infectieux chez les cardiaques, *Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 1926, n° 22. — O. congestifs du poumon à Friedlander, *Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 1927, p. 1044. — Les O. de la tuberculose pulmonaire, *Arch. médico-chir. de l'appareil respiratoire*, 1928, p. 177. — Congestions aiguës du poumon et œdème congestif, *Ann. de Méd.*, 1928, p. 413.
9. CLERC, STERNE, DELAMARE et PARIS. Modifications de la composition protéinique du sérum sanguin au cours de l'O. P., *Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 1932, n° 24, p. 1146.
10. COELHO et ROCHETA. Etudes expérimentales sur la pathogénie de l'O.A.P., *Ann. de Méd.*, 1933, n° 1. — L'O.P. A. après destruction expérimentale du V. G., après ligature de l'aorte à thorax ouvert, *Soc. de Biol. de Lisbonne*, 1932, in *Soc. de Biol.*, 1933, t. CXIII, n° 21.
11. CORDIER. Traitement de l'O.A. dû aux gaz suffocants, *Presse Méd.*, 1934.
12. CORDIER et DELORE. O.P.A. terminal dans la tuberculose, *Lyon Méd.*, 1922, p. 266.
13. COT (C.). *Les asphyxies accidentelles*, 1 vol., Paris, 1931.
14. DAUTREBANDE (L.). *Les gaz toxiques*, 1 vol., Masson, 1933.
15. DEBRÉ, SEMELAIGNE et Cournand. O. P. infectieux subaigu et curable chez le nouveau-né. *Presse Méd.*, 1926, p. 1617, 1719 ; *Soc. Pédiatrie*, 9 févr. 1926.
16. DOUMER (Ed.). L'O.A.P. dans le R.M. en dehors de la gravidité, *Arch. des Mal. du Cœur*, 1926, p. 791. — L'O. A.P. de cause neurotonique, *Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 1930, p. 1327. — Le rôle de l'insuffisance thyroïdienne, *Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 15 janv. 1932. — F. hémoptoïque par collapsus aigu cardio-vasculaire, *Ibid.*
17. DOUMER (Ed.). L'œdème aigu du poumon, *Pratique médicale illustrée*, 1932.
18. DUFOUR. Réflexions sur l'insuffisance cardiaque, l'O. A.P. et la physiologie du cœur, *Journ. de Méd. de Paris*, 1930, p. 849.
19. EPPINGER. Le problème de la défaillance cardiaque, *Verhandlungen der deutschen Gesellschaft für Kreislauf-förderung*, 1<sup>re</sup> session, Cologne, mars 1928.
20. FRUGONI. *Oedema pulmonare acuto*, 1 vol., Pozzi, Rome, 1930.
21. GALLAVARDIN. *La tension artérielle en clinique*, Paris, 1920.
22. GALLAVARDIN. O. A. P. dans les cardiopathies vasculaires en dehors de la gravidité, *Arch. des mal. du cœur*, 1921, p. 262. — O. P. d'effort, *Lyon Méd.*, 20 déc. 1931. — Les syndromes d'effort dans les affections cardio-aortiques, *Journ. de Méd. de Lyon*, 20 sept. 1933.
23. GERNEZ et MARCHANDISE. Les O.A.P. d'origine nerveuse, *Gaz. des Hôp.*, 1933, n° 26 ; contient la bibliographie des O. nerveux.
24. GIRAUD-COSTA. Rôle de la circulation veineuse dans l'O.A.P., *Soc. de Biol.*, 1931, p. 831 ; *Presse Méd.*, 1931, p. 619.
25. GIROUX. L'O.A.P. dans le R.M., *Bull. Méd.*, 1927, p. 354.
26. HESS. O.P. unilatéral, *Wien. klin. Wochenschr.*, 1932, p. 649. — Sur l'O.P. (O.P. actif), *Deut. Arch. f. klin. med.*, 1933, p. 649.
27. HUTINEL. O.P. des enfants, in *Nouveau Traité de médecine des enfants*, t. III, p. 333.
28. JACQUELIN. Manifestations pulmon. des cardio-rénaux, *Th. de Paris*, 1922.
29. JACQUELIN. Les O.P. des cardio-rénaux, *Gaz. des Hôp.*, 1923, p. 157.
30. JOSUÉ et PARTURIER. *Les cardio-rénaux*, 1 vol., Paris, 1921.
31. KLING. Processus chimiques intervenant dans la production de l'O.A.P. par gaz de combat, *Ac. des Sciences*, 26 déc. 1933.
32. LAËNNEG (Th.). L'O.A.P. au cours de la puerpéralité, *La Médecine*, avril 1933, n° 5.
33. LAUBRY. Sur les causes et le mécanisme de l'O.A.P., *Arch. de Méd. générale et coloniale*, 1932, n° 9.
34. LEMAIRE. Trois cas d'O.A.P. chez le nourrisson, *Soc. de Pédiatrie*, 17 mai 1927.
35. LIAN. L'O.A.P. : remarques étiol., pathogén., clin. et therap., *Arch. médico-chirurg. de l'appareil resp.*, 1931, p. 345.
36. LIAN, LAFFONT et HEIMANN. L'albuminurie paroxystique de la crise d'O.A.P., *Jour. Méd. Franç.*, 1930, p. 344.
37. MERY et BABONNEIX. O.A.P., in *Nouveau Traité de Méd. et de Thérap.*, 1921.
38. MERY (J.). L'O. P. infect. subaigu du nourrisson, *Th. de Paris*, 1926.
39. MIGLIONE (M.). Influence du corps thyroïde sur l'O. A.P. par adrénaline, *Il Morgagni*, 1931, n° 43.
40. MILIAN. Mort par O.A.P. à la suite du 914, *Rev. fr. de Derm. Vénér.*, 1930, p. 41.
41. NOBÉCOURT. *Arch. méd. des enfants*, 1931, p. 461.
42. PASTEUR VALLERY-RADOT, ALBEAUX-FERNET et DELAMARE. O.A.P. et néphrite suraiguë secondaire à l'injection d'adrénaline chez le lapin, *Ann. de Méd.*, déc. 1932, p. 392.
43. RIBADEAU-DUMAS. Infection pulm. de l'enfant en bas-âge, *Rev. fr. de Pédiatrie*, 1926, t. II, n° 2.
44. RIBIERRE. L'O.P.A. dans le R. M. pur en dehors de la gravidité, *Rev. méd. franç.*, 1924, p. 223.
45. SERGENT. *Les grands syndromes respiratoires*, 1 vol., 1925.
46. VAQUEZ. *Nouveau traité de médecine*, 1921.
47. VAQUEZ. F. Cl. des accid. pleuro-pulm. chez les cardiaques, *Arch. des mal. du cœur*, 1917, p. 1.
48. WILLARET, DE SEZE, BEZANÇON. Les hypertensions artérielles paroxystiques, *Presse Méd.*, 18 mars 1931 ; *C. R. Soc. Biol.*, 1931.
49. WASSERMANN. Zur Pathogenese des akuten Herzlungenödem, *Wien klin. Wochenschrift*, 1928, p. 190.

---

**L'année pédiatrique.** Première année, publiée en 1934, par Robert BROCA et Julien MARIE, anciens chefs de clinique à la Faculté de médecine de Paris. Préface du professeur Robert DEBRÉ. Un volume de 168 pages avec 46 figures. — Prix : 25 fr. — Paris, Masson et Cie.

**Les tumeurs des mâchoires d'origine dentaire**, par Louis HOUPERT et Pierre FRIEZ, médecins-stomatologistes. Préface de M. le Médecin-Colonel BERCHER, chef du service de stomatologie du Val-de-Grâce. In-8° raisin de 88 pages, avec 30 figures. — Prix : 20 fr. Paris, Vigot Frères.

**La thérapeutique cholagogue** par le Dr Etienne CHABROL, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, 1 vol. gr. in-8 de 48 pages. — Prix : 6 fr. (Collection *Les Thérapeutiques nouvelles*, publiées par J.-B. Baillière et Fils.)



## SOCIÉTÉS SAVANTES

### ACADEMIE DE MEDECINE

(SÉANCE DU 8 JANVIER 1935)

**Installation du Bureau.** — M. SIREDEY, président pour 1935, prononce son discours d'ouverture ; puis M. Georges BROUARDEL, secrétaire annuel, donne lecture du discours de M. WALTHER, président sortant, qui n'a pu assister à la séance.

**Notices.** — M. PORTIER lit une notice nécrologique sur le regretté Lucien Camus ; puis M. MARION rappelle les travaux de M. Roux, de Lausanne, associé étranger, récemment décédé.

**Action du bleu de méthylène sur les lépromés « in vivo ».** — MM. E. MARCHOUX et V. CHORINE. On sait depuis Montel que le bleu de méthylène se fixe sur les tissus infiltrés ; les auteurs, voulant savoir plus intimement où le colorant est retenu, ont fait avec le bacille de Stéfansky un certain nombre d'expériences, et ils ont constaté avec surprise que c'est le bacille lui-même qui retient électivement la couleur. C'est-à-dire que les germes spécifiques sont seuls incapables de transformer le bleu de méthylène en leucobase. Etant donné ce qu'on sait de la résistance du bacille lépreux à la coloration, il est à présumer que le bleu de méthylène ne l'influence pas plus *in vivo* qu'*in vitro*. Cependant cette localisation pourrait sans doute permettre de se servir du bleu de méthylène comme d'un conducteur pour porter sur les germes un corps actif.

**Pasteur et la rage de laboratoire.** — M. REMLINGER.

**L'albuminurie au cours de l'appendicite.** — M. POENARU. CAPLESICO estime que l'albuminurie ne doit plus être une contre-indication de l'appendicectomie.

### SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 7 DÉCEMBRE 1934)

**Broncheectasie et thrombose de l'artère bronchique.** — MM. ANEUILLE et LEMOINE. A l'autopsie d'un cas de broncheectasie, les auteurs ont trouvé une thrombose ancienne des artères bronchiques. C'est la troisième observation de ce genre. Ce fait met hors de doute la coïncidence de la thrombose de l'artère bronchique et de la broncheectasie, et permet d'admettre un rapport de causalité. Cette thrombose explique mieux que toute autre hypothèse la dilatation accentuée du réseau capillaire sous-muqueux dans les broncheectasies ; dilatation qui est cause d'hémoptysies graves.

**Septicémie staphylococcique à évolution lente. Localisation osseuse. Guérison spontanée.** — MM. DE GENNES, WORMS, WELLENWALD et DE VERICOURT. Septicémie staphylococcique lente survenue à la suite d'un épisode pulmonaire et qui se complique d'une localisation osseuse au fémur avec arthrite suppurée du genou. Guérison spontanée. A signaler l'apparition d'un œdème énorme des membres inférieurs ne ressortissant pas à une lésion cardiaque et non modifiée par la déchloration, mais s'accompagnant d'une inversion du rapport sérum-globuline et d'une hyposérinémie accentuée. Il disparut en même temps que les troubles de l'équilibre des protéines du sérum.

**Erythème noueux et néphrites après section des brides.** — MM. COSTE et J. BERNARD. Section de brides : intervention

suivie après 9 jours de fièvre avec angine et érythème ; puis d'érythème noueux typique ; 8 jours plus tard, néphrite aiguë fluxionnaire avec azotémie transitoire. Au terme de son évolution, survint une perforation pulmonaire compliquée d'épanchement purulent à streptocoques. A retenir le rôle vraisemblable de l'expression brutale du moignon dû à la section de brides et la dispersion massive d'antigènes tuberculeux dans l'organisme. Les auteurs discutent la possibilité du rôle déclenchant de l'infection streptococcique.

Le professeur MILIAN estime que tout peut déclencher un érythème noueux, qui est un phénomène biotrope.

**Fièvre éruptive streptococcique.** — MM. DE GENNES et WELLENWALD. Observation d'une infection qui débula par une angine et qui se caractérisa par des poussées successives de roséole confluyente. Poussées éruptives persistant pendant plusieurs jours. Evolution en 6 semaines. Guérison. Hémocultures mirent en évidence le streptocoque.

**Méningite ourlienne primitive chez une femme tuberculeuse avec bacilles de Koch dans les crachats.** — MM. G. MIRONESCO et P. FLORESCO. Histoire d'une femme de 27 ans atteinte de tuberculose pulmonaire avec expectoration bacillifère qui, après avoir soigné un de ses enfants atteint d'oreillons, présenta un syndrome méningé caractérisé par de la céphalalgie, des vomissements, de la photophobie, de la raideur de la nuque, un signe de Kernig. La ponction lombaire donna un liquide céphalo-rachidien contenant de nombreux lymphocytes, sans bacilles de Koch. C'est seulement quelques jours après l'apparition du syndrome méningé que se montra une tuméfaction parotidienne bilatérale symptomatique des oreillons. La malade guérit. Le diagnostic de méningite tuberculeuse qui avait tout d'abord été envisagé fut abandonné pour celui de méningite ourlienne primitive.

**Formes évolutives propres aux intolérances rénales.** — MM. TZANCK et NEGREANU. Les intolérances rénales présentent dans certains cas des évolutions particulières qui tiennent aux fonctions de l'organe sur lequel elles se manifestent. Les auteurs rapportent un certain nombre d'observations de formes à évolution grave et de formes à évolution prolongée. Les intolérances rénales peuvent être mortelles ou présenter une évolution subaiguë. Le critère indispensable au diagnostic est donc l'apparition, pour une dose minime de médicament ou pour une substance anodine pour tout autre sujet, et plus tard la persistance de la sensibilité rénale vis-à-vis de cette même substance.

**Diabète insipide. Action du régime déchloruré sur la polyurie. Élimination des chlorures.** — MM. DECOURT, MEYER, ANDRY et LESOURD. Un cas de diabète insipide dont la polyurie est influencée par la teneur du régime en chlorure de sodium. Le taux des urines, qui se maintient entre 9 à 11 litres lorsque le malade prend 10 gr. de NaCl, tombe entre 3 et 6 litres lorsqu'il est soumis au régime déchloruré. Les auteurs montrent que sous l'influence de la post-hypophyse, la réduction de la diurèse aqueuse précède l'élévation de la concentration urinaire du chlorure de sodium.

**Ostéopsathyose chez la mère et chez la fille. Étude biologique de ces deux cas.** — MM. CROUZON, MACÉ DE LÉPINAY et DI MATTEO. Il s'agit de deux nouveaux cas de maladie de Lobstein. Les signes principaux se retrouvent avec les mêmes caractères chez la mère et chez la fille, avec cette différence que seule la mère est atteinte de surdité et que la fille présente à l'examen oculaire des excavations du nerf optique, excavations dues à la raréfaction du tissu de soutien de ces nerfs par « cavernes ». Les quatre examens pratiqués, contradictoires quant aux fonctionnements hy-



pophysaires, thyroïdiens et surrénaux, montrent tous une déficience parathyroïdienne.

**Septicémie à pneumobacilles avec méningite.** — MM. RAILLIET, PERONO et MOREL (Reims). Observation d'un adolescent qui fut atteint d'un état septicémique grave avec signes méningés discrets. Il s'est agi d'une septicémie à pneumo-bacilles avec localisation méningée. Tendance hémorragique caractérisée par purpura. Mort au 16<sup>e</sup> jour.

#### SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(SÉANCE DU 26 OCTOBRE 1934)

**Instrumentation spéciale pour le traitement des fistules (présentation de malade.)** — M. L. FILDERMAN présente une trousse comprenant un petit matériel très simple, permettant de faire le traitement des fistules. Depuis trois ans, l'auteur a obtenu de nombreux résultats dans les fistules anales et buccales; il s'agissait souvent de cas abandonnés par les chirurgiens. Il présente plusieurs observations et un malade opéré plusieurs fois pour fistule buccale qui persistait depuis plus de deux ans, il est actuellement guéri.

**Trocart à débit continu.** — M. G. PASCALIS présente cet instrument, qui permet d'évacuer une ascite, sans que le débit soit gêné par le contact des anses intestinales. Il consiste en une petite grille qui est introduite dans ce trocart remplaçant l'orifice horizontal habituel par quatre orifices verticaux. La même grille peut se placer dans l'aspirateur électrique.

**Prolapsus génitaux et indications opératoires.** — M. SEJOURNET, après avoir rappelé le rôle de l'accouchement, montre, en se basant sur les chiffres de sa statistique (699 cas), que cette affection n'est pas l'apanage des vieilles fem-

mes et se rencontre également chez des sujets jeunes (4/5 des cas), où il peut suivre de très près l'accouchement. Après l'étude des signes fonctionnels, il montre la fréquence de la métrite associée au prolapsus, puis envisage le rapport de ce dernier avec la grossesse, montrant qu'il peut être cause de stérilité. Au point de vue thérapeutique, le pessaire doit laisser la place à la chirurgie, qui ne lui a donné aucune mortalité et a transformé radicalement la vie des opérés.

**Blessures de guerre, lésions du rachis et de la queue de cheval : crises subintrantes causalgiques datant de 20 ans améliorées par des microdoses électriques.** — MM. AUBOURG et P. LE GO montrent les effets analgésiques et trophiques des microdoses électriques, de forme exponentielle et une eschare fessière.

**Déchirure du périnée. Dyspnée par insuffisance diaphragmatique.** — M. GEORGES ROSENTHAL étudie la voie morbide parcourue par une malade de 50 ans, ayant eu 30 ans auparavant une déchirure du périnée. Sous l'influence de la ptose utérine, puis de l'entéroptose, puis de l'insuffisance diaphragmatique, s'est développée une dyspnée permanente des plus pénibles, quoique relativement légère. La cure de la ptose utérine, l'éducation du diaphragme préconisée par l'auteur depuis 30 ans, font disparaître tous les symptômes morbides.

**Quelques réflexions à propos du technisme scientifique (ou recherche scientifique organisée).** — Mlle A. BESSON pense que le premier but à atteindre est de faire entrer la recherche scientifique désintéressée dans le domaine des possibilités pour les savants de toutes conditions. Par ailleurs, le travail scientifique collectif et coordonné devra éviter soigneusement de tuer l'originalité, de méconnaître le caractère si hautement personnel de certaines hypothèses neuves et hardies. Gare à tout ce qui borne les initiatives ! Que la future science technisée guide le chercheur, mais ne l'entrave pas !

## Granules de CATILLON

à 0,001 Extrait Titré de

C'est avec ces granules qu'ont été faites les observations discutées à l'Académie de Médecine en 1889, elles prouvent que 2 à 4 par jour donnent une diurèse rapide, relèvent vite le cœur affaibli, dissipent  
**ASYSTOLIE, DYSPNÉE, OPPRESSION, ŒDÈMES, Affections MITRALES, CARDIOPATHIES des ENFANTS et VIEILLARDS**

## Granules de CATILLON 0,0001

## STROPHANTINE CR.

**TONIQUE du CŒUR par EXCELLENCE — TOLÉRANCE INDÉFINIE**

Priz de l'Académie de Médecine pour "Strophantus et Strophantine", Médaille d'Or Expos. Univ. 1900

PARIS, 3, Boulevard St-Martin. — R. C. Seine 48283

## TRAITEMENT DE L'ALCALOSE

# GÉNACIDE

## LABORATOIRE MONTAGU

49, B<sup>d</sup> de PORT-ROYAL

PARIS



M. PEUGNIEZ, à propos du livre de MM. Aubourg, Laville et Le Go, discute la partie théorique de l'ouvrage écrite par M. Laville ; il montre le grand intérêt qui s'attache à la théorie électro-chimique que M. Laville propose pour expliquer le métabolisme cellulaire. Il voudrait une démonstration scientifique, inattaquable, des idées fort originales de M. Laville et il conclut que la partie thérapeutique de l'ouvrage apporte à l'électrothérapie plus que des promesses.

## INFORMATIONS

(SUITE)

**HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'EXTERNAT. — Liste alphabétique des candidats ayant remis trois copies :**

MM. Abeille, Adjoubel, Adoyan, Adrian, Mlle Aftalion, MM. Agid, Aichenbaum, Aknin, Albahry, Albert (André), Alhomme, Alison, Allain, Allenic, Allik, Amado, Anatasesco, Andrieux, Angeloff, Anghert, Apostolidès, Ardouin, Ariztia, Arnaud (Aimé), Arnaud (Guy), Assémat, Astié, Astre, Aubouy (Marcel), Aubouy (Roger), Augoyard, Aurbach, Avril, Aye, Azaïz, Azouli,

Mlle Bach, MM. Badie, Baeker (de), Baillet, Bailly, Balade, Ballerin, Bally (Jacques), Baltré, Mlle Baraquin, MM. Barbery, Bardinon, Bardon (Charles), Barnier, Barré (André), Barré (Yves), Barrier, Mlle Bartfeld (Débora), MM. Bassir, Bastin, Beau, Bedu, Mlle Begzadian, MM. Beinis, Belloy, Bena, Benaliona, Mlle Bénétaud, MM. Ben Haïm, Ben-Hamou, Berger (Claude), Bergeron, Bérille, Mlles Berlinska, Berman, MM. Bernager, Bernheim, Bernier, Bernstein, Berrier, Berrondo, Bertho, Bertier (Jacques), Bertrand, Bessière, Bibruig, Biette, Bigou (Alphonse), Bijoux (Robert), Binet (Claude), Binet (Roger), Mlle Birencwajg, MM. Blaire, Blancard, Blanchet, Blanchon, Blasko, Blestel, Mlle Blieblum, MM. Bloch (Claude), Boddaert, Mlle Bonastre, M. Bonetti, Mlle Bonnard, MM. Bonnefis, Bonnel, Bonvallet (Jacques), Bonvarlet (Raymond), Boreau, Borja, Borman, Bouaziz, Boucaut, Boucheron, Mlle Bouhey, M. Boulay (Jean-Marie), Mlles Bourbon, Bourcart, M. Bourgeaud, Mlle Bousquet, MM. Bouvaist, Bouyssi, Brasseur, Brault, Bricaire, Bricout, Brisedoux, Brochard, Brochenin, Brugère, Brument, Brunat, Bryskier (Aron), Bryskin (Morduch), Buchenaud (Jean), Bugiel, Bureau (Georges), Burgaud, Butet, Buy, Buzy,

MM. Caballero, Cabart, Cabrières, Mlles Cachin, Cahour, M. Caillé, Mlle Camilleri, MM. Camus (Pierre), Canat, Cantorovitch, Capelle, Capron, Carballo, Cardiacos, Cariage, Carles (Norbert), Carlotti, Caron, Mme Carpentier (née Salomon), MM. Carpentier (Henri), Carrasco, Mlle Carré, MM. Carrois, Carton, Casalta, Casan, Castaigne, Castelberg, Catalogne, Mlle Caulliez, MM. Causse, Cayrol, Chabert, Chafaï, Chaignon, Chalopin, Chambon, Mlle Chaminadas, MM. Chantemargue, Chaouli, Chardin, Chaudouet, Chauvisé, Chazarain, Chevillotte, Chevreau, Mlle Cheymol, MM. Chilot, Chirac (de), Chopard, Chouinard, Choumara, Christophle, Ciéchanowicz, Clary, Clerfeuille, Coblentz, Colboc, Colin, Collard, Colsenet, Compagnon, Connat, Congy, Conte (Robert), Converse, Coriat, Cornillon, Coronel, Cortial, Coste (Jehan), Cottard, Coujard, Coulon, Courchet, Courjaret, Cousin (Robert), Cousin (Roger), Crépin (Guy), Crépin (Jean), Crèveœur, Crohas, Cuadrado, Cuche, Cuzin, Mlles Cygler, Cypin, M. Czesla.

MM. Dailly, Dana, Danion, Danowski, Darricau, Dautel, David (Daniel), Davy, Mlle Debeaume, MM. Debenedetti, Deberle, Debusschère, Decormeille, Decouffé, Mme Delafond, MM. Delarbre, Delavelle, Delcambre, Delie, Mlle Delmas, MM. Del Vecchio, Demassieux, Demaugre, Démétriadès, Mlle Denès, MM. Deniaud, Denis (Jean), Denvil, De-

noyelle, Mlle Depitre, MM. Déplus, Descamps, Descharmes, Deslandes, Mlle Desvignes, M. Détré, Mlle Deuquet, MM. Dézarnaulds, Dezaunay, Didier, Diengott, Djuvara, Dobo, Don Nguyen Manh, Door, Doranlo, Douay, Doumic, Dreyfuss, Druilhe, Drylewicz, Dubel, Dubost, Ducellier, Duchène, Ducournau, Dufourmentel, Dufresne, Duhani, Duine, Dumas (Michel), Dumay (Jean), Duméry, Dupin, Dupont (Jacques), Mlle Dupont, MM. Duport, Durand (Maurice), Durgeat, Durier, Mlle Durkheim, MM. Durnerin, Durupt, Duthil, Mlle Duval (Huguette), MM. Duval (René), Duvaux,

MM. Elhaïk (Georges), Elhaïk (Victor), Enel, Erlich, Escamel, Mlles Esquerré, Esser,

MM. Fabiato, Faingold, Farah, Farmache, Farzad, Fausquelle, Faudot (dit Bel), Mlle Faure, MM. Fehrenbach, Fertrand, Feuillo, Fischer, Flaisler, Flandin, Mlle Florimont, M. Floriot, Mlle Fommarty, MM. Forestier, Forma, Mlle Fossier, MM. Fouassin, Fouché, Fouilloux, Fourmestraux (de), Fournial, Fournier, Fox, Franchi, Mlle François, MM. Frankfurt, Fredj, Fronville,

Mlle Gagnier, MM. Galle, Galmiche, Galopeau, Mlles Ganget, Gaon, MM. Garcia, Garna, Garnier (Jacques), Mlle Garnier, MM. Gauchon, Gaudron, Gauthier, Gauthier (Paul), Gauthier (Roger), Gautier (Robert), Mme Gautier (née Comte), M. Gay (Pierre), Mlle Gay, MM. Gérain, Gérard (Jean), Géraud (Henri), Germain, Gharib, Gibert, Gibrat, Gilbert, Gillet, Girardot, Giraud (Paul), Girault (Pierre), Giroux (Georges), Girod (Raymond), Giron, Gluck, Mlle Gluckstern, MM. Gojon, Goldstein, Gonzalez, Gorny, Gougerot, Gourevitch, Gourion, Graillon, Mlle Granier, M. Granjon, Mlles Grauld, Gravelat, MM. Graveron, Grégoire, Mlle Grégory, MM. Grel, Grémont, Grévelink, Grigné (Jean-Marie), Grignet (Omer), Gronier, Gropper, Gross (Salomon), Grünspan, Guédeney, Guedj, Guérout, Guichard, Guillaume, Guillaumet, Guillot (Jean), Guillou (Yves), Guimezanes, Guitard, Gurfine, Guy (Edouard), Guy André, Guyot (Jacques), Guyot (Paul), Gyorgy,

M. Habas, Mlle Habert, MM. Habib, Hadengue, Mlle Haitovitz, MM. Halfon, Hamon (Henri), Hamon (Yves), Hanneguin, Haquin, Harel, Hausser, Hébert (André), Hébert (Maurice), Heller, Hêmeury, Henry (Jacques), Henry (Paul), Hermann, Hermant, Herscovici, Hervo, Hewitt, Hochman, Horvilleur, Houdart, Houssin, Mlle Hufnagel, MM. Hugueny, Huignard, Huret,

MM. Ianchu, Ichaïa, Isal, Isorni, Ivaldi,

M. James (René), Mlle Jamet, MM. Jamme (Cyrille), Jar-del, Jaupitre, Mlle Jeanperrin, M. Jokel, Mlle Jolivet, MM. Joly (Jean), Joly (Jean-Paul), Jorge, Jorrand, Joué, Jouin, Journée, Jugand, Jüllich, Jupeau,

MM. Kallos, Kamil, Mlle Kaplan, MM. Karcher, Kartun, Kauffmann, Mlle Keim, MM. Kia, Klein, Mlle Kletter, MM. Komarower, König, Mlle Kouindjy, MM. Kouroch (de), Kovalski, Krajevitch, Krawiecki, Kreilsler, Krewer, Krilitchevsky, M. Kuczynski,

MM. Labouré, Labourie, Lacaze, Lacour, Lafargue, Lafourcade (André), Mlle Lafourcade (Jeanne), M. Lagarde, Mlle Laisney (Simone), MM. Lajoinie, Lallemand, Lamaire, Lamy, Lanceau, Landau, Mlles Lanessan (de), Lansoy, M. Lanvin, Mlle de Laquière, MM. Larcelet, Larmurier, Lar-rive, Lascasas de Saint-Martin, Mlle Lassudrie-Duchène, M. Latifi, Mlle Lauer, M. Laurent (Jules), Mlles Lavaud, Lazine, MM. Lebettre, Le Bihan, Lebovici, Le Breton (Jacques), Le Brigand, Le Brun (Georges), Lebrun (Jean), Lebrun (Raymond), Lecat, Mlle Lefebvre, MM. Lefebvre (Guy), Le Floch (Gérard), Léger (Bernard), Léger (Jacques), Legmann, Legrand, Leib, Leibovici, Mme Lejard, MM. Lejeune, Le Lay, Lelièvre, Le Louët, Lemaire, Lemarchand, Lemierre, Lemoine, Lemoine, Lemos (de), Léra, Le Rasle, Lérique, Mlle Lerner, MM. Leroux, Lesne, Leulier, Mlles Leuret, Leuthreau, MM. Lévêque, Lévi (Raymond), Levis



---

ASSOCIATION PLURIGLANDULAIRE

# COLLOÏDINE LALEUF

DRAGÉES

## OBÉSITÉ

ET MALADIES PAR  
CARENCE DIASTASIQUE

DE 2 A 8 DRAGÉES PAR JOUR  
SUIVANT PRESCRIPTION MÉDICALE

ÉCHANTILLONS - LITTÉRATURE  
LABORATOIRES LALEUF  
20, RUE DU LAOS — PARIS - 15<sup>e</sup>

---

Nouvelle adresse : 51, rue Nicolo, PARIS (XVI<sup>e</sup>).

# ANGIOLYMPHE

= Principes Actifs d'Orchidées

**Tous ÉTATS DÉFICIENTS - PRÉTUBERCULEUX - TUBERCULOSE**

AUCUNE TOXICITÉ — PAS DE CONTRE INDICATIONS

Injections intra-musculaires indolores — 2 à 5 cc. par séries de 10 à 12 injections

---

# ARGYCUPROL

= Ag (10 %) + Cu (0,1 %)

Attaque le Gonocoque et les Associations microbiennes

**BLENNORRAGIE** aiguë (traitement abortif) ou Chronique et  
leurs Complications - **AFFECTIONS GYNÉCOLOGIQUES :**  
Métrites simples ou gonococciques, Vulvite, Vulvo-Vagi-  
nites, etc. - **OPHTALMOLOGIE - DERMATOLOGIE**

Injections urétrales, Vaginales, Grands lavages uréthro-vésicaux

**INDOLORE — NON CAUSTIQUE — NE PROVOQUE PAS DE RÉTRÉCISSEMENTS**

---

Echantillons et Littérature : LABORATOIRES de l'ANGIOLYMPHE, 4 bis, rue Hébert, COURBEVOIE

---



(Pierre), Lévy (Elie), Lévy (Emile), Lévy (Jean), Lewinson, Lichnowsky, Mlle Ligon, M. Linglin, Mlle Litichevsky, MM. Lobjois, Lobrichon, Loiseau (André), Mlle Loiseau (Marie), MM. Loublié, Louis (Jean), Loupias, Lucchini, Lux,

MM. Machéropoulos, Machoire, Mlle Magallon-Graineau, MM. Magdelénat, Mage, Magnoux, Maigne, Maille, Mailliez, Malange, Malbreil, Malingre, Malvezin, Mandel, Mlle Mangelot, MM. Manoutchechrian, Mantoux, Marachi, March, Marchal, Mlle Marchand, M. Mardrus, Mlle Marette, MM. Mariage, Marinetti, Marlingue, Marnier, Marrero, Marsault, Martin (Paul), Martin (Raymond), Martin de Frémont, Marty, Mlle Marx, M. Massé, Mlle Masson (Anne-Marie), MM. Masson (Maurice), Masson (Pierre), Masson (René), Massoum-Khani, Matheron, Mathias, Matron, Mlle Maureil-Deschamps, M. Maurel, Mlle May (Colette), MM. May (Emmanuel), Mayaud, Mazillier, Mebs, Medzadourian, Méline, Mendelsohn, Méplain, Merlaud, Mlle Merle, MM. Merlen, Mertens, Mlle Messin, MM. Meuley, Meunier (André), Meunier (Jean), Meyniel, Mlles Michon, Micielowski, MM. Minkowski, Mion, Miquelard, Mlle Mirabail, MM. Moch, Modjallal, Mlle Molitor, MM. Momon, Moncany, Mlle Monghal, MM. Monimart, Monteau, Morat, Mordo, Moreau (Michel), Mlle Moreilhon, MM. Morel, Morilière, Morin (François), Mlle Morin (Jeanne), MM. Mory, Mothon, Mlle Moltez, Mme Moulier (née Hubig), MM. Moure, Mouton, Mselati, Muller (François), Muller (Jean),

MM. Nataf (Aaron), Nataf (François), Mlle Nazarieff, MM. Neel, Neufeld, Neumann, Neveux, Nguyn-Khac-Thân, Nguyen-Ngoc-Cung, Nguyen-Trung-Nam, Nguyen-Trung-Thu, Nicolaïdes (Emile), Nicolaïdes (Jean), Niégo, Nomdedeu, Mlle Noury, M. Nunez,

MM. Obrefeld, Oelsnitz (d'), Olivesi, Olivier (Georges), Orgegozo, Orinstein, Ossanlou, Osterreicher,

MM. Pach, Paley, Palma (de), Palmer (Daniel), Panthier, Mlle Papot, MM. Parienté, Paris, Parrot, Parsy, Mlle Pasquier (du), MM. Patin, Patron, Mlle Pauliac, MM. Payenneville, Pécheux, Pelaez, Pellet (Max), Penard (André), Penit, Pérel, Mlle Perelman, MM. Pergola, Perigois, Perrin (Jean), Pestel, Petel, Petit (Jacques), Petit (Louis), Petitot, Pétron (Mlle), M. Peyron, Mlle Pfeiffer, MM. Philippe, Piana, Piarrat, Picot, Pilla, Pinasseau, Pinchinat, Pinès, Piot, Pittat, Place, Pomès, Ponpon, Pons, Pontefract, Popovsky, Postel-Vinay, Pouret, Pouzols, Pozzi-Escot, Pradelle, Pradoura, Pramayon, Prestrot, Prochiantz, Prost, Pyronnet,

MM. Quatrebœufs, Quellien, Quichon, Quiniou, Quinlescu,

Mlle Raab, MM. Radulesco, Radzievsky, Rallu, Ramadout, Rathery, Raufman, Raust, Raymond (Jean), Mlle Raymond, M. Razavi, Mlle Reboulet, M. Reich, Mlles Rémond, Rendu, MM. René-Boisneuf, Revenusso, Révérand, Rey (Jean), Reynaud, Reynès, Rie, Mlles Rist, Rivet, Robert (de), MM. Roch, Roger, Rognon, Rolland, Romachoff, Romanacce, Mlles Rosenfeld, Rosenstock, Rosental, MM. Roubinet, Rouchon, Rouff, Rouget, Roulet, Rousseaux, Rottier, Mlle Roux (Marie), M. Roux (Michel), Mme Roy (née Batier), MM. Roy (Bernard), Rozenčwejj, Rudnansky, Ruel, Ruiz de Zarate, Rychebusch,

Mlle Saas, MM. Sablon, Sadigh, Sadri, Mlle Saintin, MM. Salagnac, Salet, Salinési, Salmen, Samama, Sapet, Mlle Saulnier, MM. Savouret, Schapiro, Mlle Schechtman, MM. Schermann, Schilte, Schmidt, Schneider, Schonberg, Schonguy, Schtakleff, Schwarcz, Mlle Schwartz, MM. Sclaffer, Sebban, Sebillotte, Séguéla, Seibel, Seidengart, Seidenman, Seillier, Seimbille, Sénéchal, Sérée, Séro-Guillaume, Mlle Seror, MM. Serre, Sèveaux, Sevilleano, Seyer, Shrem, Mlles Sibertin-Blanc, Sieff, MM. Sieurin, Simon (Georges), Sinaud, Sissmann, Six, Sizaire, Mlle Slim, MM. Sohler, Solakian, Soret, Mlle Soudant, MM. Soula, Soulier, Mlle

Spach, MM. Spriet, Stavré, Sterboul, Stora (Elie), Stora (Joseph), Szarvas, Szeker, Mlle Szezesniakowski,

MM. Taïeb, Talairach, Ta Ngoc Ha, Tardif, Tarlé, Mlles Tarrade, Tavernier (Claire), M. Tavernier (Jean-Baptiste), Mlle Tchigeoff, M. Tellier, Mme Témime (née Morhange), MM. Thévand, Thévenin, Thibier, Tisca, Todoskoff, Tola, Tortet, Mlle Tostivint, MM. Toufesco, Toupet, Trabaud, Tran Hung Tuoc, Tran Van Hoa, Tran-Van Luong, Tremblin, Trémel, Tricot, Trieu, Trocan, Trompeter, Tronel Payroz, Tsiricas (Constantin), Tuloup,

M. Ulmann, Mme Ulveling (née Besnards), MM. Uzan (Elie), Uzan (Maurice),

MM. Vadjed-Samii, Vallès, Mlle Vanhulle, MM. Van Quathem, Vaqûier, Vasquez, Vaudelade du Breuillon (de), Velaye, Verliac, Verriez, Verroust, Vialard-Goudou, Vigneau, Vigneron, Vignon, Villebrun, Vinour, Vion, Vittrant, Voisin,

MM. Warcollier, Waxin, Weil (Raymond), Weiss (Robert), Mlle Weissbrod, MM. Werquin, Wibrotte, Wicart, Wider, Witasse, Wolf (Jacques), Mlle Wollman,

MM. Zaepffel, Zaphiropoulos, Zwahlen.

## ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

### THESES

*Lundi 14 janvier.* — Jury : MM. Fiessinger, président ; Strohl, Dognon, Troisier. — M. ALBEAUX-FERNET : Etude des cholécystites toxiques. — M. QUINDIO-ARMAIGNAC : Syndrome ictero-ascitique post-traumatique. — Mme BOUTBOUL : De quelques difficultés d'interprétation des radiographies faites avec les grilles antidiffusantes.

*Mardi 15 janvier.* — Jury : MM. Carnot, président ; Laignel-Lavastine, Lereboullet, Rathery. — M. BOUTBOUL : Rapports des hémiplegies avec l'hypertension artérielle (étude clinique). — M. ZEHLER : Les collaborateurs médicaux de l'Encyclopédie de Diderot et d'Alembert. — M. BEYRA Y ALEMANY : La fièvre syphilitique chez l'enfant. — Mlle ZYBERFENK : Etude de l'avenir mental des enfants atteints de chorée de Sydenham.

*Mercredi 16 janvier.* — Jury : MM. Couvelaire, président ; Loeper, Tanon, Lacomme. — M. GATEAU : Etude des occlusions intestinales du nouveau-né par malformation congénitale. — M. LÉVY-BOLADERÈS : Les pneumonies prolongées. — M. VILLETTE : Les abcès pneumococciques de la loge de Retzius.

*Jeudi 17 janvier.* — Jury : MM. Roussy, président ; Bazançon, Lemaître, Halphen. — M. ALBESSARD : Contribution à l'étude de l'hallucinoïse pédonculaire. — Mlle FRÉ : La formule hémoleucocytaire et l'état de la coagulation au cours de chrysothérapie. — M. LESCHI : L'autopyothérapie dans les affections gangréneuses du poumon. — M. DOCAL : Etude de la radio-nécrose tardive du larynx non cancérisée.

*Mardi 15 janvier. (Thèses vétérinaires.)* — Jury : MM. Lenormant, président ; Tanon, Letard, Robin, Lesbouyriès. — M. SAKLAS : Le cheval dans la Grèce antique. — M. HEMELSDAEL : La race porcine flamande.

*Mercredi 16 janvier. (Thèses vétérinaires.)* — Jury : MM. Brumpt, président ; Lemierre, Henry, Lesbouyriès, Coquot, Panisset. — M. FOURMONT : Coccidiose bovine et son traitement. — M. DUCOUX : Traitement des plaies accidentelles du cheval par l'intivirus mixte staphylococcique-streptococcique.

Le Directeur-gérant : D<sup>r</sup> François LE SOURD.



TOUTES les Affections du **FOIE** et du **REIN** :

1 à 2 capsules à chacun des deux principaux repas de :

# CAPARLEM

HUILE DE HAARLEM (au Juniperus Oxycedrus)

QUALITÉ INCOMPARABLE ET ACTIVITÉ INSOUÇONNÉE

Laboratoire Lorrain de Produits Synthétiques purs — **ETAIN** (Meuse)

# PHYTOSPLÉNOL

Reconstituant - Tonique  
Hémopoïétique - Anti-Toxique

Granulés  
ou Dragées

J. PLÉ DOCTEUR EN PHARMACIE - 111<sup>BIS</sup> rue de Turenne PARIS 3<sup>e</sup>

## OLÉTHYLE-BENZYLE

### ESTOMAC INTESTIN

DYSPEPSIE

GASTRALGIE

ENTÉRITE

CHEZ L'ENFANT  
CHEZ L'ADULTE

## VALS-SAINT-JEAN

EAU de RÉGIME, FAIBLEMENT MINÉRALISÉE et GAZEUSE

Envoi gratuit d'Echantillons et de Notices à MM. les Docteurs sur demande adressée  
DIRECTION-VALS-GÉNÉRALE: 53, Boul<sup>e</sup> Haussmann, Paris (9<sup>e</sup>). Téléph. 227-76

**ANÉMIE PALUDEENNE.** — Source Dominique.

**VALS-LES-BAINS.** — Saison du 1<sup>er</sup> juin au 1<sup>er</sup> octobre.

CURE DE  
**DIURÈSE**

**EVIAN**  
SOURCE  
**CACHAT**  
VOIES URINAIRES, FOIE  
GOUTTE GRAVELLE  
ARTÉRIO-SCLÉROSE

**CHARBON DE PEUPLIER** sous forme de **GRAINS ANISÉS** de **CHARBON TISSOT**  
Humectent, divisent, caesptisent, expulsent.  
DIVISION du **BOL ALIMENTAIRE** et conséquences: MAUVAISES DIGESTIONS, MIGRAINES, LOURDEURS de TÊTE  
**CONSTIPATION** HÉMORROIDES, etc. — Une cuillerée à café avalée comme des graines de lin, après chaque repas.  
Toutes Pharmacies. — Echantillons: PARIS 34, BOULEVARD DE CLICHY (Service A.)



# FARINES MALTÉES JAMMET

de la Société d'Alimentation diététique

## RÉGIME DES MALADES, CONVALESCENTS, VIEILLARDS

Farines très légères

### RIZINE

Crème de riz maltée

### ARISTOSE

à base de farine maltée de blé et d'avoine

### CÉRÉMALTINE

(Arrow-root, orge, blé, maïs)

Farines légères

### ORGÉOSE

Crème d'orge maltée

### GRAMENOSE

(Avoine, blé, orge, maïs)

### BLÉOSE

Blé préparé et malté

Farines plus substantielles

### AVENOSE

Farine d'avoine maltée

### CASTANOSE

à base de farine de châtaignes maltée

### LENTILOSE

Farine de lentilles maltée

*Alimentation  
des Enfants*

CACAOS, MALTS, SEMOULES, CÉRÉALES spécialement préparées pour DÉCOCTIONS

Usine et Laboratoires à LEVALLOIS-PERRET. — Brochure et Échantillons sur demande.



ETABLISSEMENTS JAMMET, Rue de Miromesnil, 47, Paris

# GLYCÉROPHOSPHATE ROBIN

Granulé - Comprimés - Injectable

RACHITISME - FAIBLESSE DES OS - CROISSANCE CHEZ LES ENFANTS

ALLAITEMENT - GROSSESSE - SURMENAGE INTELLECTUEL, ETC.

LABORATOIRES ROBIN, 13, Rue de Poissy, PARIS

R. C., 221.839, S.

Parfait sédatif de toutes les TOUX

# "GOUTTES NICAN"

## GRIPPE, Toux des Tuberculeux, COQUELUCHE

Échantillons et Littératures  
Laboratoires CANTIN à PALAISEAU (S.-O.) - France

R. C. Versailles 25.292



*La Lancette Française***GAZETTE DES HOPITAUX****CIVILS ET MILITAIRES****PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI****ADMINISTRATION ET RÉDACTION :****49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6<sup>e</sup>. Tél. : Danton 48-31.****PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6<sup>e</sup>) - Téléph. : LITRÉ 54-93.****PRIX DE L'ABONNEMENT****FRANCE**

3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.

*Etudiants : 25 francs par an.*

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

**ETRANGER**

Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.

Tous les autres pays : 75 francs.

**SOMMAIRE****ANALYSES***L'oto-rhino-laryngologie au Congrès français de 1934, par M. P. TRUFFERT.***ASSEMBLÉE FRANÇAISE DE MÉDECINE GÉNÉRALE, par M. GODLEWSKI. — *L'avenir des hypertendus.*****NOTES POUR L'INTERNAT**  
*Fissures à l'anus.***INFORMATIONS****HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX.**

— Un concours pour la nomination à six places de médecin des hôpitaux de Paris sera ouvert le lundi 25 février 1935, à 8 h. 30. Les candidats seront avisés ultérieurement du lieu de l'épreuve écrite anonyme.

MM. les docteurs en médecine qui voudront concourir devront se faire inscrire au bureau du Service de santé de l'administration de l'Assistance publique, de 14 à 17 h., du lundi 21 janvier au lundi 4 février 1935 inclusivement.

— **CONCOURS DE L'INTERNAT. — Oral. —** Séance du 10 janvier. — Questions données : « Symptômes et diagnostic du cancer du foie. — Signes et diagnostic de la hernie crurale étranglée. »

MM. Grèze (André), 19,4; Camus (Pierre), 21,7; Dreyfus (Bernard), 22,8; Kaufmann (Henri), 13; Chassagne (Pierre), 21,1; Barduelle (Michel), 18; Marre (Pierre), 19,1; Ghosland (Lucien), 23,9; Guillemain (Georges), 19,2; Drain (Maurice), 15,8.

Séance du 12 janvier. — Questions données : « Signes et évolution du rétrécissement mitral. — Signes et diagnostic des fractures du col du fémur. »

M<sup>me</sup> Boulanger, 11,5; MM. Rougé, 16,2; Zwillinger, 23,7; Strass, 11,3; M<sup>lle</sup> Oehmichen, 26,6; M. Rodde, 15,3; M<sup>lle</sup> Rotté, 19,3; MM. Mousseau, 20,2; Jeannette-Wallen, 21,7; Hofmann, 27,6.**HÔPITAUX D'ALGÉRIE. —** Un concours sur épreuves sera ouvert à Alger, le 28 janvier 1935, pour le recrutement d'un médecin adjoint à l'hôpital de Ménerville.

Un concours sur épreuves sera ouvert à Alger, le 4 février

1935, pour le recrutement d'un chirurgien adjoint à l'hôpital psychiatrique de Blida.

Un concours sur titres sera ouvert à Alger, le 20 février 1935, pour le recrutement d'un médecin adjoint à l'hôpital de Douéra.

Une place d'interne en médecine et une place d'interne en chirurgie seront vacantes en février et mars 1935 à l'hôpital de Bône.

**FACULTÉS DE MÉDECINE. — PARIS. —** M. Fernand Bezançon, professeur de clinique médicale, est transféré, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 1935, dans la chaire de clinique de la tuberculose de la Faculté de médecine de l'Université de Paris (dernier titulaire, M. Léon Bernard), budget de l'Université.M. Loeper, professeur de thérapeutique, est transféré, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 1935, dans la chaire de clinique médicale de la Faculté de médecine de l'Université de Paris (dernier titulaire, M. Bezançon).Le titre de professeur sans chaire est conféré, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 1935, à M. Mocquot, chargé de cours de clinique annexe à la Faculté de médecine.— **MARSEILLE. —** Le titre de professeur sans chaire est conféré, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 1935, à M. Roche, agrégé pérennisé, et à MM. Gabriel et Brémond, chargés de cours à la Faculté mixte de médecine générale et coloniale et de pharmacie de l'Université d'Aix-Marseille.M. Rimattei, agrégé, est nommé, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 1935, professeur de chimie analytique et hydrologie (dernier titulaire : M. Blanchetière).— **MONTPELLIER. —** Le titre de professeur sans chaire est conféré, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 1935, à MM. Laux et Granel, agrégés pérennisés à la Faculté de médecine de l'Université de Montpellier.**DIGITALINE NATIVELLE****LABORATOIRE NATIVELLE, 27, Rue de la Procession, PARIS (XV<sup>e</sup>)**



— **TOULOUSE.** — La chaire de clinique des maladies cutanées et syphilitiques (dernier titulaire : M. Audry) est transformée en chaire de clinique obstétricale.

M. Garipuy, professeur sans chaire, est nommé, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 1935, professeur de clinique obstétricale.

**LÉGION D'HONNEUR.** — Est nommé dans l'ordre de la Légion d'honneur :

**MARINE.** — *Au grade de chevalier.* — M. le professeur Turchini (de Montpellier), examinateur à l'Ecole annexe de médecine navale de Toulon.

**COMITÉ CONSULTATIF DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR PUBLIC.** — Le Comité consultatif de l'enseignement supérieur public est ainsi composé :

*Commission des sciences médicales et de la pharmacie.* — Membres de droit : MM. Cavalier, directeur de l'enseignement supérieur; Achard, secrétaire général de l'Académie de médecine (Paris); Charléty, recteur de l'Académie de Paris; Balthazard, professeur à la Faculté de médecine (Paris); Guérin, doyen de la Faculté de pharmacie (Paris); Sigalas, doyen de la Faculté de médecine (Bordeaux); Roussy, doyen de la Faculté de médecine (Paris); Louis Martin, directeur de l'Institut Pasteur; Lépine, doyen de la Faculté de médecine (Lyon).

Membres élus : MM. Raviart (Lille), Euzière (Montpellier), Spillmann (Nancy), Costantini (Alger), Couvelaire (Paris), Policard (Lyon), Dubois (Lille), Nicloux (Strasbourg), Chelle et Mandoul (Bordeaux), Seyot (Nancy), Laroche (Paris), Merkle (Nancy), Delaby (Paris), Soule (Bordeaux), Deval, Aronsohn et Lévêque (Paris).

Membres nommés : MM. Rist (Paris), Chatelet (Lille), Carnot (Paris), Fonzes-Diacon (Montpellier), Gosset (Paris), Imbert (Marseille), Latarjet (Lyon), Forster (Strasbourg), Bardier (Toulouse), Castaigne (Cebazat), Cauliéry (Paris).

**MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE.** — Les postes de directeur de bureau municipal d'hygiène de Thonon-les-Bains (traitement, 15.000 fr.) et de Villejuif (traitement, 30.000 fr.) sont déclarés vacants.

Inscription au ministère de la Santé publique, direction de l'hygiène, 6<sup>e</sup> bureau. (*J. O.*, 6 janv. 1935.)

**SYNDICAT DES MÉDECINS DE LA SEINE.** — Bureau pour 1935 : président, M. Bongrand; vice-présidents, MM. Tissier-Guy et Herpin; secrétaire général, M. Barlerin; secrétaires adjoints, MM. Boelle et Jolly; trésorier, M. Armand Lévy; office exercice illégal, M. Jolly.

**SYNDICAT GÉNÉRAL DES MÉDECINS FRANÇAIS ÉLECTROLOGISTES ET RADIOLOGISTES.** — Composition du bureau du Syndicat national des médecins français électrologistes et radiologistes pour l'année 1935 :

Président : M. Moutard; vice-présidents : MM. Coliez et Sourdeau; secrétaire général : M. Aimé; secrétaire général adjoint : M. Portret; trésorier : M. Gilson.

**AMPHITHÉÂTRE D'ANATOMIE.** (M. le docteur Maurice Robineau, directeur des travaux scientifiques.) — Un cours sur la chirurgie du membre inférieur (technique opératoire), en dix leçons, par M. le docteur Pierre Aboulker, professeur, commencera le lundi 21 janvier 1935, à 14 h., et continuera les jours suivants, à la même heure.

Les auditeurs répéteront individuellement les opérations.

Droit d'inscription : 300 fr.

Se faire inscrire : 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (V<sup>e</sup>).

Le registre d'inscriptions est clos deux jours avant l'ouverture du cours.

**LE FLÉAU VÉNÉRIEN ET SES REMÈDES.** — La question de la prostitution, et de son corollaire obligé, le fléau vénérien, est une de celles qui préoccupent le plus l'opinion. De bons esprits, qui se sont attachés à la solution de ce problème et qui avaient constaté les faiblesses du régime de réglementation policière que nous subissons, se sont livrés à une ardente campagne en faveur de l'abolitionnisme et n'ont que trop souvent abouti à des résultats administratifs.

Or, l'abolitionnisme, qui peut se soutenir du point de vue sentimental, n'apporte pas une solution pratique.

Le docteur Bêteau, qui s'est attaché lui aussi à ce problème en se plaçant au point de vue des réalités et de la science, présentera, dans une conférence publique qu'il fera le mercredi 16 janvier, à 21 h., dans la salle des Sociétés savantes, 8, rue Danton, le plan de lutte antivénérienne qu'il soumet à l'attention du législateur.

Participation aux frais : 3 fr. par personne qui seront perçus à l'entrée.

**NOUVEAU JOURNAL.** — Nous avons reçu le premier numéro de *Pallas*, revue paramédicale trimestrielle éditée par notre excellent confrère J. Crinon.

Ce magnifique magazine est édité avec un grand luxe mais surtout un goût sans faiblesse et une mesure parfaite, ce qui est très rare. Il fait le plus grand honneur à notre confrère que nous félicitons très sincèrement. — Abonnement annuel : 40 fr., *Pallas*, 111, boulevard Magenta, Paris (X<sup>e</sup>).

**NÉCROLOGIE.** — Nous apprenons avec un vif regret la mort subite survenue à Paris du docteur Paul-R. Joly, officier de la Légion d'honneur, président de l'Association des anciens élèves de l'Ecole de médecine navale de Bordeaux, président de la Société hydrologique et climatologique de Paris, maire de Tessa-la-Madeleine, médecin consultant à Bagnoles-de-l'Orne.

Nous adressons à ses enfants l'expression de notre bien douloureuse et affectueuse sympathie.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Emile Viala, licencié en droit, ancien conseiller général du Gard, décédé à la Grand-Combe dans sa 86<sup>e</sup> année.

Notre vénéré confrère, notre fidèle abonné depuis 62 ans, s'est dévoué pendant sa longue existence professionnelle à toutes les œuvres d'assistance de sa région. Il laisse d'unanimes regrets. Nous prions sa veuve et ses enfants et petits-enfants d'agréer l'expression de nos condoléances émues.

— Nous apprenons aussi la mort de M. le docteur J.-B. Landouao, médecin principal de la marine en retraite, décédé à l'âge de 79 ans; il se trouvait à bord du *Bayard* aux côtés de l'amiral Courbet lorsque celui-ci fut blessé devant Fou-Tchéou en 1884; sir Maurice Craig, médecin aliéniste à Londres; MM. Paul-Louis Bettremieux et Charles Bernard (de Roubaix), Maurice Leduc (de Thiant), Paul Bandechon (de Bousias), Delteil (de Saint-Pierre-d'Oléron); Jean Etche-pare (de Cambo), Dubourdieu (de Paris), Edmond Greiner (de Strasbourg); M. Marc Boidot-Fouache, interne des hôpitaux, à Paris.

Le radium à faible dose et la médecine générale, par le docteur G.-H. NIEMENGLOWSKI, avec une préface du docteur A. DESGREZ. Petit in-8° de 58 pages. — Prix : 10 fr. — Paris, Desforges, Girardot et Cie, 29, quai des Grands-Augustins.

**OUATAPLASME** du **D<sup>r</sup> LANGLEBERT**  
PANSEMENT COMPLET  
Phlegmasies, eczémas, brûlures, etc

Extrait hépatique  
de Morue irradié.

**MORUBIASSE**  
PILULES ET GRANULES

Rachitisme,  
Lymphatisme

Insomnies  
Tous nerveux. **BROMÉINE** MONTAGU



# sirop "roche"

au thiocol

toutes les  
affections  
des voies  
respiratoires

Produits F. HOFFMANN-LA ROCHE & C<sup>ie</sup>  
10, Rue Crillon — PARIS

## LABORATOIRES CARTERET

Pas d'accoutumance • Agit vite • Pas d'accumulation

### DIURÈNE

"Extrait total" d'ADONIS VERNALIS

CARDIOPATHIES - ARTÉRIO-SCLÉROSE  
NÉPHRITES & CIRRHOSSES  
OEDÈMES &  
ASCITES

LIQUIDE

PILULES

Posologie : 2 à 6 cuillerées à café  
ou 4 à 12 pilules par jour.

CONTIENT TOUS LES PRINCIPES ACTIFS DE L'ADONIS VERNALIS

Échantillon et Littérature : 15, rue d'Argenteuil, PARIS



## AUROTHÉRAPIE DE LA TUBERCULOSE

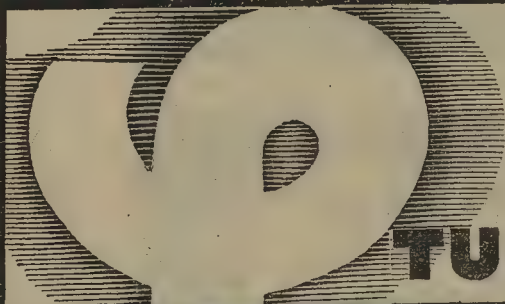
**CRISALBINE**

EN INJECTIONS INTRA-VEINEUSES

THIOSULFATE DOUBLE D'OR ET DE SODIUM  
 AMPOULES DOSÉES A 0,05 0,10 0,15 0,20 0,25 0,50  
 DE PRODUIT PUR CRISTALLISÉ

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE  
**SPÉCIA**

MARQUES POULENC FRÈRES USINES DU RHÔNE. 86, RUE VIEILLE DU TEMPLE. PARIS



LA BASE BIOLOGIQUE  
DE LA RÉSISTANCE AUX

**TUBERCULOSES**

**Biocholine**

CHLORHYDRATE DE CHOLINE R. & C. POUR INJECTIONS SOUS CUTANÉES

D'après les travaux du Professeur J. CARLES et  
du Docteur F. LEUHET. (Communication à l'Académie de  
Médecine - 18 Février 1930.)

Une injection tous les 2 jours. Produit chimiquement  
pur. Aucune toxicité. Injections indolores.

SEULE PRÉPARATION SOUS LE CONTRÔLE  
PHYSIOLOGIQUE ET CLINIQUE DES AUTEURS.

LABORATOIRES ROBERT & CARRIÈRE, 37, Rue de Bourgogne, PARIS (7<sup>e</sup>)

LA GAZETTE - PARIS



## ANALYSES

## L'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE AU CONGRÈS FRANÇAIS DE 1934

Par M. Paul TRUFFERT.

## GENERALITES

La transfusion sanguine d'urgence en oto-rhino-laryngologie. — M. le prof. G. CANUYT (Strasbourg). La transfusion sanguine est le traitement le plus sûr et le plus efficace des hémorragies graves.

C'est une opération d'urgence. Il y a donc intérêt à organiser des services de transfusion sanguine d'urgence dans les hôpitaux, dans les maisons de santé et dans les cliniques.

L'oto-rhino-laryngologiste doit à l'heure actuelle se mettre au courant de la transfusion sanguine et s'organiser de telle manière qu'il puisse faire exécuter ou mieux exécuter lui-même la transfusion immédiatement. C'est une grande sécurité pour l'opérateur et l'opéré.

M. LE MÉE (Paris) demande ce qu'on doit penser de la transfusion du sang de cadavre, telle qu'on la pratique en Russie.

M. MYGIND (Copenhague) demande l'avis de ses collègues sur l'action de la transfusion dans les cas d'infection septique.

M. A. BLOCH (Paris) souligne l'intérêt de la transfusion au point de vue du traitement des hémorragies spontanées ou post-opératoires en oto-rhino-laryngologie. Il signale la possibilité d'accident survenant à la suite de l'injection de sang d'un donneur — sensibilisé parce qu'ayant déjà reçu par voie intraveineuse, intramusculaire ou même intrabuccale, un sérum quelconque — à un récepteur auquel on peut être exposé à faire à un moment un traitement sérothérapique.

M. le prof. BREMOND (Marseille). La transfusion ne paraît pas avoir une action curatrice dans les hémorragies des hémophiles, de même que dans le traitement de fond de l'hémophilie.

M. le prof. DE STELLA (Gand) admet le pouvoir bactéricide du sang humain et reconnaît à celui-ci une grande valeur dans le traitement des septicémies et infections graves.

Il indique que la quantité de sang à transfuser ne doit être importante que chez les sujets exsangues. Dans les autres cas, où l'on recherche une action hémostatique ou bactéricide, des quantités beaucoup plus réduites (150 cmc) sont suffisantes. Il précise quelques points de technique.

M. le prof. CANUYT (Strasbourg). Ni le sang d'animal, ni le sang de cadavre, ni le sang conservé pendant plusieurs jours ne peuvent remplacer le sang vivant frais et pur. Le service de transfusion sanguine d'urgence paraît être l'organisation la meilleure actuellement.

Le sang injecté agit avant tout par son action hémostatique. Il n'est donc pas indispensable d'injecter de grandes quantités de sang à moins d'hémorragies très abondantes. Dans les infections et dans les septicémies, la transfusion du sang apporte à l'individu des moyens de défense très précieux. Les erreurs de groupe sont la cause la plus fréquente des accidents. Néanmoins, si l'on veut se mettre dans les meilleures conditions possibles pour éviter les accidents, il

est préférable, avant de faire la transfusion, de s'assurer de la compatibilité par l'épreuve directe de Jeanbrau même si les groupes du donneur et le groupe du receveur ont été bien déterminés.

L'anesthésie rectale avec le mélange éther-tribromoéthanol et huile, en chirurgie cervico-faciale. — M. M. JACOB (Lyon), ayant pratiqué comme anesthésique de fond le lavement oléoéthéré seul à doses restreintes, ainsi que le tribromoéthanol seul, et ayant reconnu leurs avantages et leurs inconvénients dans la chirurgie cervico-faciale, utilise les deux anesthésiques mélangés en solution huileuse. Mêmes précautions préalables que pour le tribromoéthanol seul, mêmes dosages de ce dernier, dose d'éther environ 10 fois plus forte que celle de tribromoéthanol. Faire dissoudre ce dernier dans l'éther dans un ballon ; y ajouter 100 cmc d'huile d'olives, 20 cmc d'huile camphrée qui s'y dissolvent également. Chauffer le mélange à l'eau chaude pour atteindre 38°. Injecter très lentement comme le lavement anesthésique oléo-éthéré. Après une demi-heure, se comporter pour l'anesthésie buccale complémentaire comme avec le tribromoéthanol seul. Les avantages de chacun des deux anesthésiques se complètent.

L'anesthésie générale à l'évipan sodique en oto-rhino-laryngologie. — M. le prof. TERRACOL (Montpellier) rappelle la technique des injections d'évipan sodique. Il en étudie les accidents et en précise les indications en oto-rhino-laryngologie. Celles-ci sont restreintes à son avis. Les interventions auriculaires constituent l'indication la plus favorable.

M. MALAN (Turin) signale un cas de mort par évipan.

M. A. MOULONGUET (Paris) ne pense pas qu'il faille faire intervenir la nature de l'intervention pour expliquer les cas de mort par évipan. On a observé des cas de mort dans des opérations assez variées. Ce qu'il faut faire entrer en ligne de compte pour expliquer ces cas de mort, c'est la différence de sensibilité individuelle.

M. LE MÉE (Paris) expose les modifications qu'il a apportées à sa technique. Il remplace la morphine par le sédol avant l'injection d'évipan. Un malade sensible au sédol le sera pour l'évipan, ce qui permet de présumer de la dose à injecter.

La narcose passe par trois périodes successives : celle du sommeil, celle d'anesthésie vraie et celle d'entretien.

Bien que l'auteur n'ait pas observé d'incidents, il estime qu'il faut toujours avoir à sa disposition du carbogène, de la coramine, de la strychnine et une pince à langue.

Le premier stade, de sommeil, est souvent suffisant pour les paracanthèses.

M. MOURE (Paris) donne les résultats de son expérience personnelle sur les anesthésies à l'évipan, à qui il accorde toute sa confiance.

M. le prof. TERRACOL (Montpellier). L'injection préalable de sédol donne d'excellents résultats « comme pierre de



---

**NÉVROSES  
INSOMNIES**

---

**LOBÉLIANE  
LALEUF**

**ANTISPASMODIQUE PUISSANT  
EXCLUSIVEMENT VÉGÉTAL  
GOÛT ET ODEUR AGRÉABLES  
ATOXIQUE**

---

DOSE CALMANTE : 2 à 5 cuillerées à café par jour  
DOSE HYPNOTIQUE : 1 à 3 cuillerées à café le soir

---

ÉCHANTILLONS ET LITTÉRATURE  
**LABORATOIRES LALEUF**  
20, RUE DU LAOS — PARIS (XV<sup>e</sup>)

---

Nouvelle adresse : 51, rue Nicolò, PARIS (XVI<sup>e</sup>).



touche », de même que les renseignements fournis par le réflexe oculo-cardiaque.

On ne saurait trop souligner la notion du « coefficient personnel de réceptivité », et la prudence avec laquelle on doit manier cet anesthésique.

La pratique de l'émanothérapie en oto-rhino-laryngologie. — M. P.-M. CONSTANTIN (Paris). Communication avec projections de films.

### FOSSES NASALES ET SINUS

L'ethmoïdite chronique de l'enfant. — M. L. LEROUX (Paris). L'ethmoïdite infantile peut être le siège de lésions chroniques du type hypertrophique œdémateux, soit secondaires à une infection aiguë fluxionnaire ou suppurée, soit chronique d'emblée sur un terrain prédisposé, asthmatique, lymphatique, etc...

Le syndrome clinique est celui des nez bouchés et infectés persistant après curettage du cavum, et l'examen montre la dégénérescence du cornet moyen, associée souvent à des déformations de la cloison ou de la voûte palatine. L'atteinte des sinus voisins est possible, mais pas systématique.

Le traitement demande à la fois une action médicale sur le terrain, un rétablissement de la perméabilité nasale par cautérisations ou interventions endonasales très prudentes et retardées souvent jusqu'à l'adolescence.

Procédé de tamponnement antéro-postérieur par voie exclusivement nasale. — M. H. DAUDIN-CLAVAUD (Dunkerque). On peut effectuer un tamponnement antéro-postérieur de la fosse nasale, en introduisant successivement par la narine jusque dans le cavum plusieurs tampons aussi gros que possible de mèche iodoformée (pratiquement six) attachés par des fils de soie de même longueur (20 cm.).

L'auteur décrit sa technique.

Ce procédé est moins douloureux et comporte moins de risques d'infection que le tamponnement postérieur classique.

Les rétro-tubérites. Etude anatomo-clinique. — M. le prof. M. G. WORMS (Paris) étudie sous ce nom les différentes lésions inflammatoires frappant la fossette de Rosenmüller.

Cette étude n'a pu être entreprise qu'à la lumière de la salpingoscopie, qui, mieux que tout autre mode d'exploration, apporte au diagnostic des éléments d'une importance et d'une netteté incomparables. L'auteur ramène à trois types essentiels les différentes variétés anatomocliniques : 1° rétro-tubérite adénoïdienne ; 2° rétro-tubérite symphysaire ; 3° rétro-tubérite pyocaséuse.

Il existe de nombreux types intermédiaires ou intriqués.

La rétro-tubérite adénoïdienne, apanage de l'enfance, rentre sur l'oreille moyenne surtout, sous forme d'otite catarrhale ou suppurée.

La rétro-tubérite symphysaire, caractérisée par la présence de brides, de synéchies, qui, gagnant la partie inférieure de la lèvre postérieure de l'orifice tubaire, amenuissent, puis annihilent complètement la mobilité tubaire (blocage de la trompe).

Sa symptomatologie, assez polymorphe, s'exprime surtout par une surdité lente et progressive, parfois accompagnée de vertiges et d'acouphènes.

La rétro-tubérite pyocaséuse, parfois associée à la variété précédente, présente comme signes fondamentaux : cacosmie, expectorations de grains caséux, hémorragie pharyngée qui viennent fréquemment compliquer de petites hémorragies (pseudo-hémoptysies) ou le rejet de crachats purulents (pseudo-vomiques).

Le traitement de choix de ces lésions, dont l'influence est néfaste pour l'oreille et même l'état général, est le dé-

bridement digital de la fossette de Rosenmüller, manœuvre simple, bénigne, pouvant se pratiquer sous le contrôle direct du salpingoscope.

M. TARNAUD (Paris). Certains troubles auriculaires relèvent également de la dystrophie de la musculature péri-tubaire.

M. SARGNON (Lyon). Les lésions inflammatoires péri-tubaires se voient très bien à la rhinoscopie postérieure. La rupture au doigt des adhérences sous anesthésie locale, donne de bons résultats dans certains cas de vertiges avec poussées tubaires.

Asthme et sinusite. — M. VAN NIEUWENHUYSE (Roubaix). Il est utile de faire un examen des fosses nasales chez les asthmatiques qui sont très souvent porteurs de polypes.

Le curettage de l'ethmoïde améliore beaucoup les résultats obtenus et donne, dans une notable proportion, une guérison définitive.

En cas de récurrence, il est indiqué de faire une trépanation des sinus, des sinus maxillaires en particulier. Cette intervention permet d'observer la présence de polypes occupant totalement ou partiellement la cavité.

La radiographie simple ou accompagnée d'injection de substances opaques met en évidence la présence de ces masses, mais en cas de bilatéralité, elle ne permet pas toujours d'établir le diagnostic.

M. FLURIN (Cauterets), en parfait accord avec le prof. Bezançon, n'admet pas l'asthme essentiel. Il s'agit toujours d'un asthme intriqué. Les polypes du nez que les anciens auteurs considéraient comme une cause d'asthme et dont l'ablation pouvait dans leur esprit faire rétrocéder celui-ci ne sont en réalité que la signature d'une sinusite.

M. Louis LEROUX (Paris). La récurrence des polypes ethmoïdaux après ablation ou curettage endonasal est, à elle seule, la preuve de l'existence de polypose du sinus maxillaire.

L'expérience chirurgicale et les injections lipiodées ont montré cette constance absolue et dispensent le rhinologiste du diagnostic par le lipiodol.

Troubles trophiques de la muqueuse nasale dans la maladie de Basedow. — M. J. DESPONS (Bordeaux) a presque toujours observé des modifications de la muqueuse pituitaire (15 sur 20 cas).

Tantôt il s'agit de simple sécheresse de la muqueuse, avec décoloration et quelques croûtes au contact des cornets et des méats moyens (5 cas).

Tantôt il s'agit d'un état pseudo-atrophique plus caractérisé avec élargissement considérable du calibre des fosses nasales, dégénérescence atrophique de l'étage moyen et inférieur, sécrétions purulentes jaunâtres, plus ou moins adhérentes (8 cas).

Il existe enfin des formes plus rares, de véritable état ozéneux, avec croûtes verdâtres légèrement fétides (2 cas).

Ces phénomènes atrophiques de la muqueuse nasale dans le syndrome basedowien paraissent être d'ordre sympathique plutôt que thyroïdien.

Correction d'une ensellure nasale avec rhinite atrophique ozéneuse par inclusions endonasales de greffons costaux.

— M. PERI (Alger), par voie endonasale, pour éviter toute cicatrice apparente, a inclus une baguette de cartilage costal pour reconstituer l'arête nasale. Introduisant ensuite sous la muqueuse septale des copeaux de cartilage costal, il réalise un rétrécissement des deux fosses nasales. L'ensellure se trouve ainsi corrigée et la rhinite atrophique très améliorée.

Méthodes pour les plasties de la face et du nez. — M. ESSER (Amsterdam) expose trois méthodes personnelles.



**DERMATOSES  
PRURITS**

3 CACHETS PAR JOUR

**EUPHORYL**

CAS AIGUS · INTRAVEINEUSES

**ANAPHYLAXIES**

LABORATOIRES "ANA" 18, AVENUE DAUMESNIL, PARIS - XII<sup>e</sup>

**MUTHANOL**

TRAITEMENT DE LA SYPHILIS  
PAR  
L'HYDROXYDE DE  
BISMUTH RADIFÈRE  
LABORATOIRE B. FERMÉ  
55, B<sup>te</sup> STRASBOURG PARIS (10)

**UROMIL**

ÉTHÉR PHÉNYL CINCHONIQUE — PIPÉRAZINE — HÉXAMÉTHYLÈNE TÉTRAMINE



MOBILISE — DISSOUT  
ÉLIMINE

**L'ACIDE URIQUE**

**ARTHRITISME**

D<sup>r</sup> L. BELIERES — 19, RUE DROUOT — PARIS

**DÉSINFECTION — CHLORAMINE  
INTESTINALE — FREYSSINGE**

1 à 3 pilules à chaque repas. — 6, Rue Abel, PARIS — Aucune contreindication

MEDICATION CHLORHYDRO-PEPSIQUE

**DYSPEPSIES**  
Anorexie  
Vomissements  
**LIENTÉRIE**

**ELIXIR GREZ**  
ET PILULES

**CHLORHYDRO-  
PEPSIQUES**

Amers et Ferments  
digestifs

DOSES : 1 verre à liqueur ou 2 à 3 pilules par repas. Enfants : 1 à 2 cuillerées à dessert  
Dépôt : 49, Rue de Maubeuge, PARIS — Envoi franco Échantillons.



**USAGE ENFANTS  
DES DOCTEURS**

**SIROP D'ORANGE MANNITE**  
INOFFENSIF — DÉLICIEUX

**NÉO-LAXATIF  
CHAPOTOT**

Echant. : 58, Bou<sup>le</sup> Ornano PARIS

INFECTIONS  
CHRONIQUES

**IODASEPTINE CORTIAL**

15, Bou<sup>le</sup> Pasteur  
— PARIS —



1° La rotation de la joue qui convient pour presque toutes les réparations faciales ;

2° Le moulage dermo-épidermique, qui donne de la peau même à de grandes plaies, sur une empreinte de matière qu'utilisent les dentistes pour faire des moulages de mâchoires ;

3° Les lambeaux biologiques pédiculés évitant les larges pédicules. Leur pédicule ne contient que les vaisseaux et les nerfs.

**Chirurgie plastique nasale.** — M. CLAOUÉ (Paris). Présentation d'un film cinématographique concernant un cas compliqué. C'est la démonstration des diverses voies d'accès, et des différents points techniques de l'auteur. Ils sont basés sur la loi fondamentale de la chirurgie réparatrice formulée ainsi : la correction de la difformité principale fait apparaître les difformités secondaires.

**Des greffes chirurgicales variées en O. R. L.** — M. J. EASTMAN SHEEMAN (New-York).

**Présentation d'un trépan pour opération sur le sinus maxillaire.** — M. IRIBANE (Paris) présente un instrument destiné à trépaner le sinus maxillaire par voie endo-nasale.

**Démonstration d'une nouvelle méthode opératoire des sinus accessoires du nez.** — M. S. MATIS (Kaunas, Lithuanie) propose une méthode « sous-périostée vestibulo-nasale » pour intervenir sur le sinus frontal, les cellules ethmoïdales et le sinus sphénoïdal.

**Contribution à la technique de la correction chirurgicale de la paralysie faciale.** — M. CLAOUÉ (Paris) présente un film cinématographique montrant sa technique opératoire de la réanimation de la face qui se caractérise par la voie d'accès fronto-pariéto-temporo-péri-auriculaire. Cette incision après décollement de la face permet la transposition des muscles masticateurs à la peau sans laisser de cicatrice vicieuse.

## OREILLES

**De la temporisation en matière de chirurgie mastoïdienne.** — M. AUBRIOT (Nancy). On a en général tendance à trépaner prématurément des mastoïdes qui relèvent de l'expectative armée et du traitement médical. Un nombre non négligeable d'endo-mastoïdites suppurées avérées, qui paraissent présenter les indications opératoires classiques, sont susceptibles de guérir sans opération. Une mastoïdite devenue chirurgicale peut et doit attendre un optimum opératoire, en quelque sorte une maturation.

M. le professeur LEMAITRE (Paris) estime qu'un quart des mastoïdites qui sont trépanées auraient pu guérir sans opération. Les indications opératoires des mastoïdites constituent un problème des plus difficiles. Il faut poser en principe que la temporisation doit être la règle pendant les dix premiers jours d'une otite moyenne suppurée. Il faut attacher moins d'importance à la température qu'aux petits signes locaux, à l'agent microbien (mucosus), au génie épidémique (grippal) et aux résultats de la radiographie.

M. MOULONGUET (Paris), appliquant les principes de Lermoyez, considère comme une règle formelle de ne jamais opérer une otite dans les 8 premiers jours. Il ne se laisse jamais impressionner par la gravité de l'état général ni par la qualité du germe microbien. Il croit très dangereux d'opérer d'emblée une otite grippale avec température élevée et altération importante de l'état général. Il a vu nombre d'otites à mucosus guérir très simplement.

M. CAROCHE (Paris) attire l'attention sur la question de la vaccination au cours des otites. Il est possible que celle-ci

soit dangereuse au cours d'une otite, lorsqu'il y a des symptômes mastoïdiens, mais il n'en est pas de même lorsqu'elle est pratiquée immédiatement après la paracentèse chez les enfants. L'auteur fait systématiquement du propidon après chaque paracentèse chez l'enfant. C'est un adjuvant très efficace du traitement classique en même temps qu'un traitement préventif de la mastoïdite.

**L'otite périostique de Duplay.** — M. J. RATEAU (Paris). L'otite périostique de Duplay, c'est-à-dire otite s'accompagnant d'une périostite exocranienne, le plus souvent exomastoïdienne ou exotemporale, sans mastoïdite, est si rare qu'elle a été mise en doute. L'auteur en rapporte une observation qu'il discute.

**Un cas de mastoïdite sans symptômes cliniques.** — M. L.-G. DUFOURCQ-LAGELOUSE (Vincennes). Enfant de 8 ans. Le seul signe clinique discutable était une otorrhée de trois semaines sans caractère spécial. Seule la radiographie montrait très nettement des cellules voilées à cloisons imprégnées.

Les lésions anatomiques étaient énormes et provoquées par le pneumococcus mucosus.

L'auteur pense que la radiographie doit être un symptôme auquel il faut attribuer une très grande importance, puisque, comme dans le cas présent, il peut être unique.

**Sur l'emploi de l'eau oxygénée dans l'otite moyenne aiguë purulente.** — M. J. BARATOUX (Paris). Si l'eau oxygénée en solution faible peut être utile pour déterger une oreille qui suppure, en revanche, elle offre de graves inconvénients quand on en abandonne l'emploi au malade. Il se forme en général un bouchon plus ou moins épais qui obture le conduit au point de déterminer des complications sérieuses.

M. CALVET (de Toulouse) rapporte, en confirmation avec ce qui vient d'être dit, deux cas de mastoïdites déclarées chez des enfants dont l'otite aiguë était soignée par injections, sous pression, d'eau oxygénée.

**Traumatisme du crâne et otite moyenne suppurée.** — M. JESSEN (Copenhague). Observation d'une otite moyenne aiguë ayant évolué très rapidement vers la mort par septicémie. A l'autopsie, on trouva un hématome traumatique (hémorragie sous-périostée du temporal).

**L'ionisation dans les otorrhées anciennes.** — M. LAFITE-DUPONT (Bordeaux). L'ionisation zinc, dans les cas d'otorrhées anciennes, est indiquée lorsque la lésion est constituée par une otite limitée aux parois de la caisse et accessible à la solution ionisante (sulfate de zinc à 1 p. 100).

2 cas ont guéri à la première séance, 4 à la cinquième ; un double cholestéatome, après plus de 30 séances, a guéri d'un côté ; de l'autre, le cholestéatome a fait place à une otorrhée muqueuse.

Les céphalées disparaissent, l'audition s'améliore. La consolidation de ces guérisons demande un long contrôle, mais aucune méthode thérapeutique ne peut enregistrer d'aussi bons résultats.

M. DE KÉRANGAL (Bourges) a traité depuis une quinzaine d'années, avec succès, par l'ionisation, des otorrhées à propos desquelles toutes les thérapeutiques médicales restaient sans effet et qui semblaient n'être plus justifiables que du traitement chirurgical. Il a utilisé l'ionisation métallique par la chaleur sèche.

**Otite ancienne suppurée compliquée, labyrinthite aiguë. Paralysie des nerfs spinaux et glosso-pharyngiens très probablement de cause encéphalitique.** — M. SARGNON (Lyon) rapporte en détail une observation. Les manifestations vélo-pharyngo-laryngées, rares dans l'encéphalite épidémi-



que classique, sont plus fréquentes dans le type périphérique. Elles sont surtout motrices, plus rarement sensitives. Parfois, il y a de la myoclonie du voile et du pharynx. Le pronostic est en général bon, les séquelles rares. La mort survient rarement, alors au début de la maladie, par signes bulbares.

**Thrombophlébites du sinus compliquées.** — M. L. VAN WILDENBERG (Anvers) en rapporte 4 exemples suivis de guérison.

**Abcès latents de l'encéphale d'origine otique, traités par l'exclusion des espaces sous-arachnoïdiens par drainage au drain de verre.** — M. J.-A. SOUCHET (Rouen) a observé un cas d'abcès du lobe temporo-sphénoïdal droit du cerveau, compliqué d'abcès du cervelet, qu'il a traité par la méthode de Lemaître, en substituant toutefois au drainage caoutchouté un système de drainage par des drains de verre de petits calibres, dont il a augmenté progressivement la grosseur.

Ce procédé lui a permis d'amener l'évacuation de deux vastes collections purulentes encéphaliques.

M. le professeur LEMAITRE (Paris), à propos de cette observation, indique qu'il sépare nettement, dans le traitement des abcès encéphaliques, les deux temps suivants :

1° L'ouverture de l'abcès, c'est-à-dire la pénétration dans l'encéphale. Pour cette pénétration, l'exclusion des espaces sous-arachnoïdiens par drains de caoutchouc lui paraît toujours très utile.

2° Le drainage ultérieur de l'abcès, qui constitue un problème tout différent. Il faut, quelle que soit la nature du drain, drainer aussi longtemps que le bourgeonnement réparateur n'a pas comblé la poche, devenue virtuelle, de l'abcès.

**Quelques points importants dans le pronostic et le traitement de la labyrinthite.** — M. F. H. QUIX (Utrecht). C'est une erreur de croire que les formes les plus légères de l'œdème et de la labyrinthite séreuse provoquent des symptômes d'irritation et que les formes purulente et nécrosante déterminent des phénomènes de paralysie. La destruction du labyrinthe n'est pas indispensable au développement de la paralysie. L'auteur précise que celle-ci peut survenir à la suite d'une action toxique ainsi que comme conséquence d'un phénomène particulier : le « blocage » du labyrinthe par un dépôt albuminoïde qui peut se précipiter dans les espaces péri et endo-lymphatiques au cours de simples hyperémies labyrinthiques. Dans ces deux derniers cas, la paralysie du labyrinthe n'est qu'un phénomène passager. Cette discrimination amène des sanctions thérapeutiques différentes et doit réduire beaucoup les indications chirurgicales au cours des labyrinthites. L'auteur estime, en se basant sur l'expérimentation et sur la clinique, que les labyrinthectomies sont plus nuisibles qu'utiles. L'intervention doit porter exclusivement sur l'oreille moyenne, tant qu'il n'existe aucun symptôme clinique de méningite.

Si les symptômes de méningite se déclarent, la seule opération à envisager est l'ouverture de la paroi périphérique du labyrinthe suivant la méthode de Hautant. Des interventions larges comme la labyrinthectomie de Neumann ne sont indiquées que dans les cas d'un abcès du cervelet d'origine labyrinthique.

**Troubles vestibulaires après traumatisme unilatéral de la région auriculaire.** — MM. BARRÉ et E. WORINGER (Strasbourg) exposent les troubles survenus il y a deux ans chez un adulte sans passé auriculaire, à la suite d'un traumatisme violent sur la région mastoïdienne droite. Immédiatement le malade tombe à terre, privé de tout équilibre. Il ne perd pas connaissance, il n'a aucun vertige à ce mo-

ment ni plus tard. Le fort déséquilibre s'atténue progressivement. Il a des bourdonnements constants et une surdité partielle de l'oreille droite, aucun signe de paralysie faciale. On trouve chez lui un hémotympan et une fracture transversale du rocher.

Les épreuves statiques montrent que la réaction de chute se fait régulièrement en arrière et à droite quelle que soit la direction donnée à la tête, exactement comme cela se passe chez les cérébelleux d'après les classiques, bien que le sujet ne soit nullement cérébelleux, mais très fortement vestibulaire. Toutes les épreuves instrumentales sont modifiées dès le début ; refaites tout récemment elles sont devenues à peu près normales bien que l'équilibration soit encore troublée et l'audition diminuée à droite.

M. HENNEBERT, à propos des procédés d'examen du vestibule par l'épreuve galvanique, montre les avantages de l'épreuve mono-auriculaire sur l'épreuve bi-auriculaire.

**Deux cas de lésion traumatique de la fosse antérieure du crâne avec méningite diffuse, guéris après opération (liquorrhée provoquée).** — M. MYGIND (Copenhague). Le premier cas concerne une jeune fille opérée d'une sinusite ethmoïdo-frontale. Au cours de l'intervention apparaît brusquement un écoulement de liquide céphalo-rachidien. Le soir, surviennent des vomissements ; la température monte à près de 39°. La ponction lombaire révèle un liquide opalescent. On procède alors à une révision sous anesthésie générale : craniotomie de la fosse crânienne antérieure du côté atteint et résection de toute la lame criblée. La dure-mère paraît intacte, on l'incise largement. On fait une application de teinture d'iode sur la surface cérébrale dénudée. Ainsi on réalise un reflux et un drainage du liquide céphalo-rachidien. La guérison survient en quelques jours.

Une deuxième observation que l'auteur rapporte en détail permet de supposer que cette guérison ne fut pas fortuite.

Par contre, un procédé identique du drainage transdural dans 2 cas de méningite otogène, ne modifia pas l'évolution mortelle de ceux-ci.

**La calibration des diapasons afin de déterminer le pourcentage d'audition.** — M. JAMES DUNDAS-GRANT (Londres). Une expérience physique simple permet de déterminer le temps pendant lequel l'amplitude de vibration du diapason se réduit à la moitié ; c'est le « temps de demi-amplitude » du diapason.

Par un calcul peu compliqué, on évalue le pourcentage d'audition pour des différents déficits en secondes du malade en comparaison avec celle de l'observateur normal.

**L'oscillateur acoumétrique.** — M. C. JOUFFRAY (Paris). L'oscillateur acoumétrique présenté par l'auteur permet :

1° De préciser, en fonction de fréquences s'échelonnant de 30 à 20.000, et de « décibels », la courbe d'audition des malades ;

2° De délimiter, grâce à la permanence sonore de l'émission au cours de l'exploration de toutes les fréquences, les « scotomes », zones de surdité plus ou moins absolue qui peuvent exister et rester méconnues avec l'examen des diapasons.

**L'audiographie et l'unité de mesure anglaise de l'intensité du son du diapason.** — M. THIENPONT (Anvers).

**Oreille et accidents du travail.** — M. R. CAUSSE (Paris), rapporteur. Ce travail se propose d'étudier, tant au point de vue médico-légal que pathologique et clinique, les accidents et les maladies auriculaires en rapport avec l'activité professionnelle. L'expression « accidents du travail » a donc été prise dans son acception la plus large, englobant aussi



bien l'accident proprement dit que la maladie professionnelle.

I. LÉGISLATION. — La loi du 9 avril 1898 est aujourd'hui familière à tous les médecins, c'est pourquoi un simple résumé des principales dispositions de cette loi a paru suffisant. Depuis qu'elle a été promulguée, de nombreuses additions lui ont été faites, la plus importante de ces additions est représentée par la loi du 25 octobre 1919, qui étend aux « maladies professionnelles » le bénéfice dont seuls jouissaient jusqu'à cette date les accidents proprement dits. Cette loi de 1919 n'est pas moins importante que celle de 1898, elle est appelée à étendre de plus en plus le domaine de ses applications, et c'est le rôle du médecin d'indiquer au législateur dans quel sens doit se faire ce développement.

Les raisons qui ont fait promulguer la loi de 1919 sont à la fois d'ordre pratique et d'ordre moral. Pratiquement il n'est pas toujours facile de savoir où commence la maladie, où finit l'accident. La notion de soudaineté peut être discutable. N'a-t-on pas dit que la maladie professionnelle n'était que la sommation de petits accidents ? Mais surtout le bon sens et l'équité exigeaient que la maladie professionnelle, qui souvent cause à l'organisme des dommages plus graves que l'accident, fût réparée à l'égal de celui-ci. C'est pourquoi aujourd'hui tous les pays ont reconnu que théoriquement, en ce qui concerne la responsabilité patronale et la réapparition du dommage causé, l'accident du travail et la maladie professionnelle doivent être mis sur un pied d'égalité.

Pratiquement toutefois de grandes difficultés se posaient dans l'application de la loi. Le caractère chronique de la maladie, et la difficulté d'en reconnaître l'étiologie pouvaient ouvrir la porte à bien des abus ou tout au moins à des discussions. C'est pourquoi il a paru nécessaire de limiter strictement les affections dont la loi exige la réparation. Alors que la définition légale de l'accident de travail est extrêmement libérale, la maladie du travail est définie d'une manière très rigoureuse. L'accident est imputable au travail, que celui-ci soit survenu par le fait ou seulement à l'occasion du travail. Ainsi il suffit que l'accident ait eu lieu pendant les heures et sur le lieu du travail. Au contraire, pour la maladie professionnelle, c'est le travail lui-même par sa qualité propre qui doit constituer l'élément étiologique. Contrairement à l'accident imprévisible, la maladie est si étroitement liée à la profession, que celui qui l'exerce habituellement et depuis un temps suffisant y est à peu près fatalement exposé. On voit quelles différences profondes distinguent la maladie professionnelle de l'accident de travail. En pratique, d'ailleurs, seules sont reconnues les maladies nommément désignées par la loi et définies dans toutes leurs particularités.

Quelle est la situation de la surdité professionnelle en regard de la loi ? Actuellement cette maladie ne figure pas en France parmi celles qui peuvent être réparées. Cinq pays seulement (Allemagne, Bulgarie, Mexique, U. R. S. S., Tchécoslovaquie) ont inscrit la surdité professionnelle à côté du saturnisme, de l'hydrargyrisme, etc... Il y a ainsi dans la législation française une lacune que les otologistes doivent s'employer à faire disparaître.

II. CLINIQUE. — a) *Traumatismes*. La très grande majorité des accidents de travail sont représentés par des traumatismes : lésions des parties molles, fractures, commotions. Les premières ont une importance pratique minime. En ce qui concerne les fractures du rocher, elles se laissent assez facilement grouper en un certain nombre de types anatomiques et cliniques. En particulier la distinction entre fracture longitudinale et fracture transversale mérite d'être conservée : la fracture longitudinale ouvre l'oreille moyenne et court sur la face antérieure du rocher, en respectant l'oreille interne ; la fracture transversale respecte

l'oreille moyenne mais lèse gravement l'oreille interne. D'où pronostic fonctionnel bien différent dans les deux cas. Le plus grand nombre peut-être des accidentés du travail que l'otologiste est appelé à examiner appartiennent au groupe des commotionnés. Il n'y a pas de rapport entre l'intensité du traumatisme et l'importance des séquelles. Ces blessés sont parfois des sourds, presque toujours des vertigineux. De nombreux travaux, ceux de Brunner, de Bouchet, de Barré entre autres, ont éclairé ce chapitre de pathologie auriculaire, il y a peu de temps encore très obscur.

b) *Accidents causés par l'électricité*. — Ces accidents sont assez rares. Le passage du courant électrique à travers le corps peut, en ce qui concerne l'oreille, déterminer des brûlures plus ou moins profondes et surtout des troubles cochléo-vestibulaires d'une physionomie clinique assez spéciale. Il n'est pas nécessaire pour que ces troubles se produisent, que l'oreille soit effectivement la porte d'entrée du courant. D'autre part, les troubles sont souvent d'apparition tardive. Tout ceci peut rendre l'expertise difficile. Les accidents causés par la foudre ne diffèrent pas de ceux engendrés par l'électricité.

c) *Accidents causés par le travail dans l'air comprimé*. — Pendant la période de décompression, les ouvriers qui travaillent dans l'air comprimé (scaphandriers, travailleurs des caissons) sont exposés à des accidents qui sont essentiellement dus à de microscopiques embolies gazeuses, ainsi que l'a montré Paul Bert. L'appareil cochléo-vestibulaire est particulièrement sensible vis-à-vis de ces embolies. Ce sont des accidents brusques, foudroyants : vertiges ou surdité, ou les deux à la fois, qui souvent s'éclatent pas immédiatement après la décompression. Bien que ces troubles puissent s'atténuer et disparaître, le plus souvent, ils laissent des séquelles définitives.

d) *Intoxications*. — Les intoxications professionnelles accidentelles ou non, à détermination auriculaire, ne sont pas fréquentes. Elles peuvent avoir un caractère irritatif ou seulement déficitaire. C'est le plomb dont l'action toxique est la plus souvent mentionnée, puis viennent le mercure, l'arsenic, le phosphore. En ce qui concerne les substances gazeuses, le rôle de l'oxyde de carbone est loin d'être négligeable.

e) *Surdité professionnelle*. — La surdité professionnelle a donné lieu à de très nombreux travaux qui s'expliquent non seulement par l'intérêt pratique de la question, mais par les problèmes de physiologie cochléaire qu'elle soulève. Après avoir résumé ce que l'anatomie pathologique et surtout l'expérimentation ont appris relativement à la surdité professionnelle, l'auteur expose en détail ce qui est actuellement acquis sur ce sujet : caractère et fréquence de la surdité, rôle prophylactique des lésions de l'oreille moyenne, troubles vestibulaires, influence des facteurs personnels et des facteurs propres aux diverses industries (métallurgie de transformation, filatures, chemins de fer, etc...). L'influence de l'ébranlement proclamée par Wittmaack, niée par Siebenmann, a été l'objet de nombreuses discussions. Pratiquement les enquêtes montrent qu'il y a là un élément d'assourdissement incontestable. Ce problème de la surdité professionnelle mérite de retenir toute l'attention des otologistes, il intéresse un nombre considérable et toujours croissant de travailleurs et l'inaptitude professionnelle qu'entraîne la surdité croît à mesure que se répand l'emploi de machines délicates et compliquées. La sécurité individuelle de l'ouvrier aussi bien que la sécurité publique sont intéressées par ce problème.

III. L'EXPERTISE OTOLOGIQUE. — C'est généralement pour la rédaction d'un certificat ou d'un rapport d'expert que l'otologiste a à s'occuper des accidentés du travail. L'examen de ces blessés est toujours délicat puisque le plus souvent les troubles accusés sont d'ordre subjectif.



## FICHES DE THÉRAPEUTIQUE PRATIQUE

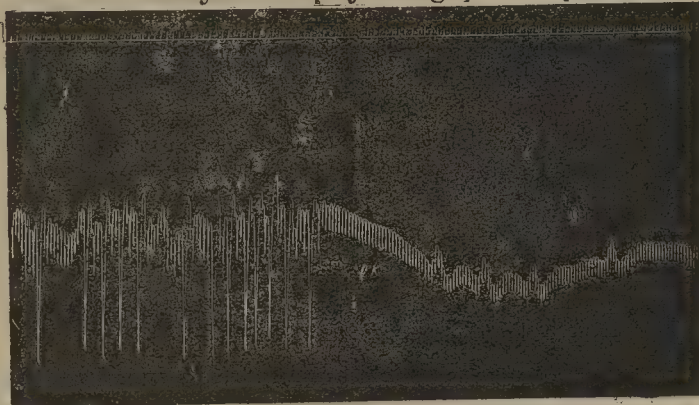
# La Spartéine "Houdé"

*Sulfate de Spartéine :  $C_{15} H_{26} N_2, SO_4 H_2 + 5H_2 O$ . sel cristallisé, chimiquement pur, préparé à partir de la Spartéine du genêt (*Sarothamnus scoparius*).*

*Action cardiaque démontrée par de nombreux essais physiologiques.*

## PHARMACODYNAMIE

- la **Spartéine** : a) soustrait le cœur à toute action nerveuse extrinsèque<sup>(1)</sup> ;  
b) supprime les extrasystoles physiologiques et pathologiques<sup>(2)</sup> ;



- c) exerce une action cardio-tonique marquée<sup>(3)</sup>.

## INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES

- 1° **Régulateur du cœur** : arythmies, palpitations, névroses cardiaques, etc.  
2° **Cardio-tonique** : maladies infectieuses, hyposystolie, asystolie.

Très peu toxique, très maniable, ne s'accumulant pas, la **Spartéine** est le **meilleur toni-cardiaque d'entretien**.

**DOSES** : 0 gr. 10 à 0 gr. 25 et même 0 gr. 40 *pro die* sous forme de **Granules de Spartéine HOUDÉ**, titrés à 0 gr. 02 de sulfate de spartéine par granule.

**Laboratoires HOUDÉ, 9, rue Dieu, PARIS**

(1) F. MERCIER et L. J. MERCIER. *C. R. Soc. Biol.*, 93 (1925), 339 et 1468.

(2) DELAS et SOULA. *Arch. Int. Physiol.*, 25 (1925), 1.

(3) R. ROGER. *Thèse. Doct. médecine*, Toulouse (1927).



Aussi le dépistage de la simulation joue-t-il un grand rôle dans ces expertises. On s'est efforcé, bien à tort, de multiplier les épreuves à quoi le médecin pourra presque à coup sûr reconnaître le faux sourd ou le faux vertigineux. En réalité, un petit nombre d'épreuves suffit, très simples, ne nécessitant aucun outillage spécial, à condition que le médecin qui les met en œuvre ait lui-même une bonne connaissance de la physiologie cochléo-vestibulaire et soit familier avec les examens de l'audition et de l'équilibre.

La conclusion de l'examen, c'est le certificat ou le rapport. Divers modèles de certificats sont donnés par l'auteur dont le travail se termine par une évaluation des taux d'incapacité, tels qu'ils sont actuellement pratiqués par la majorité des auristes français.

**Discussion.** — M. le Prof. BARRAUD (Lausanne) individualise à côté du groupe des simulateurs celui des « profiteurs ». Il rappelle par ailleurs l'importance toute particulière de « l'ébranlement » dans l'étiologie des surdités professionnelles et signale les troubles cochléo-vestibulaires chez les soldats maniant les mitrailleuses.

M. le Prof. JACQUES (Nancy) démontre l'intérêt capital qui s'attache à soumettre au plus tôt après l'accident à l'examen d'un otologiste tout traumatisé grave du crâne ou de la face. Il cite à ce propos un exemple de méningite mortelle secondaire à une otite grippale survenue chez un confrère victime un an auparavant d'un accident d'automobile avec fracture de la base. L'infection s'était propagée sans aucune réaction antro-mastoïdienne, de la région tubotympanique aux méninges par une fissure non consolidée du rocher.

M. le Prof. MALAN (Turin). Les phénomènes cochléo-vestibulaires consécutifs aux traumatismes violents et aux compressions (mal des aviateurs et des scaphandriers) correspondent à de profondes lésions anatomo-pathologiques.

M. LAFITE-DUPONT (Bordeaux) rapporte un cas de commotion cérébrale avec fracture de la voûte chez un enfant qui présentait depuis le traumatisme des crises vertigineuses et un prolongement de durée du nystagmus calorique sans modification du temps de provocation du nystagmus.

Il distingue à ce sujet : 1° le stimulus normal avec nystagmus prolongé attribuable à une hyper-excitabilité du centre provocateur du réflexe. Le stimulus prolongé avec nystagmus à peu près normal dû à une hyper-excitabilité vestibulaire. 3° Le stimulus prolongé avec nystagmus prolongé qui ne permet aucune discrimination. Il signale un genre de surdité que l'on est tenté de considérer comme purement psychique : la surdité cérébrale par ébranlement cérébral des voies acoustiques centrales ou des centres acoustiques corticaux. Dans ce cas, le réflexe cochléo-palpébral persiste. La disparition spontanée est la règle.

M. le Prof. NAGER (Zurich) explique les méningites tardives après les fractures du rocher par la persistance d'une fissure de la capsule. Par celle-ci peut se propager une infection de l'oreille moyenne qui détermine alors une labyrinthite et une méningite mortelle. Cette complication peut survenir des années après le traumatisme. L'expertise médicale doit tenir compte de ce danger.

La question de l'opération de Voss dans les cas de fracture transversale du rocher peut alors se poser. L'auteur estime que le moindre signe de labyrinthite ou de méningite est une indication absolue de la trépanation du labyrinthe.

M. RAMADIER (Paris). Chez le plus grand nombre de blessés expertisés pour « vertiges ou commotion labyrinthiques », on ne constate aucun signe objectif ni nystagmus spontané, ni troubles de déviation, pas de déficit auditif, pas d'altérations notables des réactions vestibulaires aux épreuves classiques.

D'où grosses difficultés pour conclure. En fait, on arrive généralement à se faire une opinion en tenant compte des phénomènes d'ordre neurologique qui coexistent généralement avec les vertiges et qui constituent avec eux le « syndrome subjectif commun des traumatisés du crâne ». Ce syndrome comprend : céphalée, vertiges (ou pseudo-vertiges), troubles psychiques au premier rang desquels une diminution de mémoire. A cet ensemble, il faut ajouter une hyper-excitabilité aux épreuves vestibulaires (hyper-excitabilité diffuse portant sur la baso-motricité générale et non pas spécialement sur les réactions labyrinthiques).

M. BONNET-ROY (Paris) fait remarquer qu'il est indispensable pour procéder à une expertise définitive qu'un assez long délai se soit écoulé depuis l'accident. Il considère comme importante la persistance d'une hypo-excitabilité vestibulaire unilatérale avec ou sans trouble de l'audition, constatée tardivement après le traumatisme. Il estime trop élevé le taux de 20 % accordé à la surdité unilatérale.

M. JACOB (Lyon) considère aussi ce taux comme trop élevé.

M. le Prof. DE STELLA (Gand) envisage les accidents cochléo-vestibulaires secondaires aux intoxications oxy-carbonées chroniques dont il a pu suivre quelques cas. Il en étudie les symptômes, la pathogénie, l'anatomie pathologique et le pronostic.

M. REBATTU (Lyon) considère que parmi les accidents réalisés par l'air comprimé, la rupture du tympan et l'otite moyenne suppurée sont moins rares que ne le signale le rapport. Il n'a jamais observé de vertiges s'établissant 2 ou 3 ans après le traumatisme. Il estime, au contraire, que les vertiges ont une tendance générale à s'atténuer, ce qui permet d'abaisser progressivement le taux d'incapacité de 30 ou 25 % ou même moins.

## BOUCHE. PHARYNX

**Kystes radiculaires sur dents saines chez les enfants.** — M. le Prof. JACQUES (Nancy). Il est actuellement classique d'admettre que l'infection pulpaire chronique est nécessairement à la base de tout kyste radiculaire.

La coexistence, constatée par certains stomatologistes de kystes parodontaires légitimes et d'intégrité de la dent d'insertion a donné lieu à diverses interprétations pathogéniques et notamment à l'hypothèse d'une périodontite ascendante à point de départ gingival.

L'auteur, ayant eu à opérer chez des enfants de 10 ans deux kystes du maxillaire supérieur, insérés sur des dents (première molaire et deuxième prémolaire) vivantes et sans signes apparents de périodontite, alors que les caractères d'ensemble de la denture plaident en faveur de l'hérédosyphilis, se demande si une dystrophie constitutionnelle ne pourrait être invoquée comme facteur étiologique en pareil cas.

**L'amygdale linguale.** — M. CAMBRELIN (Bruxelles). Les amygdales linguales ont été par erreur appelées glandes folliculaires. Ce ne sont pas de simples ganglions lymphatiques, ni de simples follicules clos, car on voit à leur surface l'épithélium « s'amygdaliser ». L'hypertrophie de l'amygdale linguale ne fait pas partie de l'hypertrophie d'ensemble de l'anneau de Waldeyer. Elle pourrait bien être une manifestation de la carence des amygdales palatines.

**Sur un cas de narcolepsie infantile guéri par l'adénectomie.** — M. R. RENDU (Lyon) rapporte le curieux cas d'une fillette de 10 ans qui présentait depuis plusieurs mois des crises presque quotidiennes de sommeil, de nature encéphalitique. L'ablation des végétations, pratiquée pour des troubles auriculaires d'origine adénoïdienne, fit disparaître ins-



tantanément et définitivement les accidents narcoleptiques. L'auteur admet l'hypothèse que, grâce à l'existence de connexions vasculaires entre le cavum et les centres infundibulotubériens du sommeil, ces derniers ont pu être décongestionnés par l'intervention adénoïdienne.

**La fomentation profonde du cou dans les phlegmons péri-pharyngo-laryngiens.** — M. le Prof. CASADESUS (Barcelone). La gravité spéciale des suppurations du tissu cellulaire des régions profondes du cou est le fait non seulement de la septicémie, mais aussi de la tendance à l'envahissement du tissu cellulaire des loges carotidiennes. Celle-ci peut aboutir à des complications très graves : la thrombo-phlébite jugulaire et les abcès du médiastin. C'est pour prévenir cette marche envahissante de l'infection que l'auteur préconise la « fomentation profonde du cou » faite précocement, par incision des tissus mous de la région cervicale jusqu'au paquet vasculo-nerveux et le drainage profond par des mèches imprégnées d'une solution antiseptique énergique.

**Abcès du sinus pyriforme compliquant une périchondrite laryngée chez un nourrisson de 2 mois. Ouverture par voie cervicale ; guérison.** — M. M. OMBREDANNE (Paris) rapporte une observation personnelle d'un nourrisson qui, à la suite d'un érysipèle généralisé, présente des abcès métastatiques multiples sous-cutanés et intramusculaires, contenant du streptocoque pur.

Puis une dysphagie progressive et une dyspnée avec coruage et tirage traduisent l'apparition d'une collection de la gouttière pharyngo-laryngée qui ne se manifeste au début que par une voussure glosso-épiglottique et quelque temps après par un empatement discret pré et latéro-laryngé. Ouverture par voie externe pré-sterno-mastoïdienne, drainage et guérison rapide en 10 jours.

L'origine périchondrale de cette suppuration s'est vérifiée à l'intervention au niveau de la partie moyenne du bord postérieur de l'aile thyroïdienne.

**Phlegmon du cou à marche subaiguë.** — M. PIQUET (Lille) rapporte l'observation d'un homme de 33 ans qui, après une angine, fut atteint d'un abcès péri-amygdalien, puis d'une suppuration latéro-pharyngienne qui s'étendit à toute la région cervicale et au tissu cellulaire sous-cutané de la paroi thoracique dans sa moitié antérieure (streptocoque anaérobie et *perfringens*). La mort survint en 3 semaines malgré une intervention précoce et une sérothérapie intensive.

**Les phlegmons gangreneux de la loge amygdalienne.** — M. LAPOUGE (Nice), s'appuyant sur 2 observations caractéristiques, donne une esquisse clinique et thérapeutique de cette infection péri-amygdalienne brutale et sévère. En quelques heures la lésion est constituée. L'étape amygdalienne paraît brûlée et la suppuration est immédiate. Le pus est gazeux et d'une odeur repoussante. Les bords de l'ouverture chirurgicale sont sphacelés sur l'heure. Etat général profondément touché ; le parenchyme rénal traduit sa souffrance par de l'hématurie, des cylindres et de l'albumine ; le myocarde, par une tachyarythmie et de l'hypotension.

L'intervention chirurgicale doit être large et précoce, et doublée d'un traitement général.

**Considérations sur la radiumthérapie des épithéliomas de l'hypopharynx.** — M. le Prof. GAULT (Dijon) expose la technique utilisée à propos de 15 cas d'épithéliomas étendus de l'hypopharynx, dont 4 seulement ont pu être traités de façon méthodique, par roentgenthérapie d'abord, puis par radium ensuite avec une survie de 6 ans chez l'un, avec absence de récurrence de plus de 3 ans chez un au-

tre. Ablation des ganglions d'abord, puis roentgenthérapie, puis curiethérapie en utilisant des tubes de radium en suspension sur fil à plomb œsophagien. Méthode simple, non agressive, en général bien supportée.

**Les suppurations péri-laryngo-pharyngées.** — MM. TRUFFERT (Paris) et VIELA (Toulouse), rapporteurs. Étage inférieur du carrefour aéro-digestif, exclusivement réservé au passage du bol alimentaire, le laryngo-pharynx est un canal fibro-chondro-musculaire.

La paroi antérieure est représentée par la membrane thyro-hyôïdienne et le cartilage thyroïde, dans l'angle duquel se voit l'inclusion laryngienne.

La paroi postérieure musculaire est constituée par la musculature pharyngée ; sangle des constricteurs doublée à sa face profonde par les fibres longitudinales élévatrices.

La lumière du canal est tapissée par la muqueuse. Celle-ci présente des zones d'adhérence solide avec le substratum musculaire (face laryngée de l'épiglotte, crête du repli ary-téno-épiglottique, raphé médian rétro-cricoidien, fond de la gouttière laryngo-pharyngée).

Entre ces lignes d'adhérence, la muqueuse se laisse cliquer par les infiltrations et les suppurations, mais en plus il existe en haut un véritable espace mort situé entre la membrane thyro-hyôïdienne et la face antérieure de l'épiglotte, c'est l'espace hyo-thyro-épiglottique dont le plafond est constitué par le puissant ligament hyo-épiglottique recouvert en haut de la muqueuse, fond du sillon glosso-épiglottique qui marque la limite supérieure du laryngo-pharynx.

Ce qui est intéressant à signaler, c'est que toutes les zones décollables convergent vers un confluent juxta-épiglottique, corne latérale de la loge H. T. E. C'est par ce point également que des suppurations développées dans le pilier postérieur du voile ou dans le plancher de la bouche peuvent envahir la loge H. T. E.

La limite inférieure du L. P. répond à la bouche œsophagienne.

En rapport avec la carotide primitive et la jugulaire interne latéralement, le L. P. est situé dans la loge viscérale que forment les aponévroses de la région. Il se projette en arrière sur les corps de C4, C5, C6. Mais chez le nourrisson, la projection de la limite supérieure répond à l'atlas. Ce n'est qu'avec l'âge que cette projection descend.

**PHYSIOLOGIE DU LARYNGO-PHARYNX.** — Le jeu physiologique du laryngo-pharynx participe au temps pharyngo-œsophagien de la déglutition.

Il possède un péristaltisme propre.

Le laryngo-pharynx intervient par le jeu de sa musculature dans le mouvement de protection operculaire des voies respiratoires inférieures.

La cavité du laryngo-pharynx joue un rôle dans la modulation vocale au timbre de laquelle il concourt.

**EXAMEN DU LARYNGO-PHARYNX.** — L'exploration du laryngo-pharynx se fait à l'aide de la laryngo-pharyngoscopie indirecte et directe.

Le toucher digital, l'exploration transcervicale des formes et de la mobilité de la région sont un élément fondamental de cet examen.

A l'heure actuelle, l'exploration radioscopique et la radiographique sont un complément indispensable de l'examen clinique du laryngo-pharynx, la première permettant d'en examiner le transit, la seconde donnant des renseignements précieux sur la forme et la situation du laryngo-pharynx par rapport à un repère squelettique immuable : la colonne vertébrale.

**LE SYNDROME LARYNGO-PHARYNGÉ.** — La dysphagie douloureuse avec hypersécrétion salivaire ou lacrymale réflexes ;



La dysphonie caractérisée par la « voix de crapaud » sont les éléments fondamentaux du syndrome laryngo-pharyngé.

**SUPPURATION DE LA LOGE H. T. E.** — Deux variétés : forme purulente circonscrite succède à une inflammation du segment inférieur de l'anneau de Walderyer.

Trois ou quatre jours après une angine banale apparaît une dysphagie basse avec douleurs et gêne dans les mouvements de la langue, en même temps que le miroir décèle une légère voussure glosso-épiglottique.

La palpation de la région thyro-hyoïdienne réveille une douleur et permet de sentir un empâtement plus ou moins intense de la région. En général au bout de trois ou quatre jours les symptômes ayant subi une évolution progressive, l'abcédation se produit qui nécessite une évacuation de la collection ; celle-ci peut être tentée par les voies naturelles, mais les résultats en sont inconstants. Beaucoup plus radicale et sûre est l'ouverture par voie externe au niveau de la région sous-hyoïdienne.

La forme grave, diffuse, ne se différencie de la précédente que par une évolution rapide, une atteinte beaucoup plus profonde de l'état général, tableau se rapprochant de celui de l'angine de Ludwig. Le pronostic en est extrêmement réservé.

**SUPPURATIONS DÉVELOPPÉES AU NIVEAU DES CARTILAGES LARYNGÉS.** — Primitives, elles sont le plus souvent grippales ou traumatiques ; secondaires, elles sont l'extension d'une suppuration de voisinage ou l'extériorisation d'une chondrite spécifique.

Les localisations les plus fréquentes sont : l'épiglotte ou les cornicules aryénoïdiennes, accessoirement la paroi postérieure du larynx et la gouttière pharyngo-laryngée. Elles peuvent évoluer suivant un type diffus ou un type localisé. syphilis, cancer.

Les formes secondaires relèvent le plus souvent d'une lésion spécifique des cartilages laryngés : tuberculose,

A cette dernière variété, il faut ajouter les suppurations dues à une nécrose par traitement des agents physiques.

**ABCÈS RÉTRO-LARYNGO-PHARYNGIENS.** — Deux variétés : les abcès chauds, dus soit à une infection ganglionnaire, soit à une altération pariétale, traumatique ou organique.

Les abcès froids, dus le plus souvent à une altération de la colonne vertébrale.

Abcès chauds : deux variétés ; type supérieur sus-cricoïdien qui, outre le syndrome laryngo-pharyngé, présente comme caractère d'être facilement accessible à l'examen endoscopique indirect et direct.

Type inférieur crico-œsophagien, dont la symptomatologie physique est très souvent périphérique. C'est à ce type que se rapportent les blessures par corps étranger.

Suivant la profondeur de la blessure, la suppuration peut être intrapariétale (sous-muqueuse) ou périphérique. Dans ce dernier cas, l'envahissement de l'atmosphère péri-pharyngo-œsophagienne peut être immédiat, lorsque l'effondrement pariétal est complet.

La suppuration peut n'apparaître qu'après un certain intervalle libre, quand elle est due à la chute d'une escarre pariétale par attrition profonde de la paroi musculaire.

Le traitement des abcès chauds péri-laryngo-pharyngés en est l'ouverture la plus précoce que possible : par les voies naturelles, dans les seuls cas où celles-ci permettent une ouverture large de la collection. Dans tous les autres cas, l'ouverture doit être faite par une incision cervicale.

Les abcès froids rétro-laryngo-pharyngés reconnaissent comme origine habituelle un mal de Pott C. IV, C.V, C.VI. La symptomatologie de celui-ci est fruste et l'abcès ossifluent en est souvent la première révélation.

Cet abcès migrateur, à l'encontre des abcès chauds, qui fusent ordinairement vers le médiastin, envahit de proche en proche l'atmosphère péri-laryngo-pharyngée et la fistulisation périphérique se fait souvent dans la région laryngo-trachéale.

Le traitement en est la ponction pour l'abcès ; l'immobilisation et la greffe des apophyses épineuses pour le mal de Pott.

**Discussion.** — M. CAMBRELIN (Bruxelles) signale l'importance et la fréquence des suppurations de l'espace glosso-épiglottique en raison de sa constitution anatomique, de ses rapports, de sa situation au carrefour aéro-digestif et de ses connexions lymphatiques. En ce qui concerne l'amygdale linguale, il y a d'abord des abcès ou suppurations intralinguales et surtout des phlegmons péri-amygdaliens. Au point de vue exploration, il faut noter l'importance du toucher digital.

M. SOUCHET (Rouen) rapporte trois cas de suppurations péri-laryngo-pharyngées qu'il a eu l'occasion de traiter et au cours desquelles il a dû recourir à l'ouverture par voie externe. Celle-ci complémente dans deux cas d'une ouverture par voie interne qui s'était révélée insuffisante, a toujours été pratiquée le long du bord antérieur du sternocleido-mastoidien. Cette voie paraît la moins dangereuse.

M. LAFITE-DUPONT (Bordeaux). Il ressort des recherches anatomiques des rapporteurs que le versant externe du fond de la gouttière pharyngo-laryngée, au niveau de la face interne de la membrane thyro-hyoïdienne, est doublée d'un tissu lâche permettant sa diffusion. Cette constatation, outre qu'elle indique la voie de propagation des collections purulentes de la région, explique les cas d'asphyxie consécutifs à l'injection anesthésiante dirigée sur le nerf laryngé supérieur, faite au niveau de la membrane thyro-hyoïdienne. C'est pourquoi l'auteur préconise l'injection au niveau de la grande corne hyoïdienne.

M. le prof. CASADESUS (Barcelone). Dans l'étiologie des suppurations péri-pharyngo-laryngées, il faut distinguer deux causes principales : l'inflammation pharyngée d'origine grippale ou amygdalienne, et celle qui est provoquée par des corps étrangers. Cette distinction a aussi son importance dans les sanctions thérapeutiques qui s'y rattachent.

M. le prof. ESCAT (Toulouse) insiste sur le syndrome laryngo-pharyngé décrit par les rapporteurs. A la triade symptomatique qui constitue celui-ci, il ajoute la « dyscopie », c'est-à-dire la difficulté ou l'impossibilité absolue de toute exploration scopique et l'« engouement laryngo-pharyngé » que révèle habituellement un gros râle muqueux du laryngo-pharynx, à l'exclusion de tout tirage laryngo-trachéal sus-sternal ou épigastrique.

M. le prof. JACQUES (Nancy) précise combien il est difficile de déterminer le point d'origine de cette région pharyngo-laryngée et demande la part à faire dans celle-ci au traumatisme, à l'infection de voisinage et à l'infection à distance.

M. DUFOURMENTEL (Paris), à l'occasion de deux observations d'abcès par corps étrangers, souligne la simplicité et l'efficacité de la découverte de la région glosso-épiglottique par la pharyngotomie rétro-thyroïdienne de Quénu et Sébilleau. Celle-ci a l'avantage d'être faite le long d'un repère extrêmement net et facile à trouver : le bord postérieur du cartilage thyroïde. Elle donne de plus un jour extrêmement large sur toute la région glosso-épiglottique.

M. SARGNON (Lyon). Dans nombre de cas, l'intervention par voie externe est indiquée. La voie sus-hyoïdienne médiane, pour les lésions pré-épiglottiques, est très pratique et sans danger.



## Culture pure de Ferments lactiques bulgares sur milieu végétal

**GASTRO-ENTÉRITES** *des Nourrissons  
et de l'Adulte.*

**DIARRHÉES, CONSTIPATIONS**

**INFECTIONS HÉPATIQUES** *(d'origine  
intestinale)*

**DERMATOSES, FURONCULOSES**

*Prophylaxie de la* **FIEVRE TYPHOÏDE et du CHOLÉRA**

**RHINITES, OZENES**

**GRIPPES, ANGINES**

**PANSEMENTS DES PLAIES**

**GINGIVO-STOMATITES, PYORRHÉES**



# BULGARINE THÉPÉNIER

**Lucer DEUX COMPRIMÉS de Bulgarine ou boire un verre à madère de BOUILLON de Bulgarine  
une demi-heure avant le repas.**

*Saupoudrer ou insuffler la Poudre de Bulgarsins 3 à 4 fois par jour.*

## Phosphates et diastases des Céréales germées

**ENTÉRITES et DYSPEPSIES** *salivaires et  
pancréatiques*

**PALPITATIONS** *d'origine digestive*

**MATERNISATION** *physiologique du LAIT*

*Préparation des BOUILLIES MALTEES*

**DIGESTIF PUISSANT** *de tous les FÉCULENTS*

**SURALIMENTATION**

**REPHOSPHATISATION**

**TUBERCULOSES, RACHITISMES**

**NEURASTHÉNIES, CONVALESCENCES**



# Amylodiastase THÉPÉNIER

**Croquer DEUX COMPRIMÉS d'Amylodiastase ou prendre deux cuillerées à café de Sirop Amylodiastase  
après les repas.**

*Préparation des bouillies : mélanger une cuillerée à café de Sirop Amylodiastase dans la bouillie très chaude mais non bouillante.*

**Préparés par le « Laboratoire des Ferments » du Docteur THÉPÉNIER, 10 et 12, rue Clapeyron, PARIS**

R. G., 150.854, Seine



Il faut insister, surtout chez les gens âgés, sur la gravité des phlegmons péri-laryngo-pharyngiens diffus. Au cours de ceux-ci, la trachéotomie est parfois extrêmement difficile, du fait de l'épaisseur de l'œdème et de l'absence de repères anatomiques.

M. R. MOREAUX (Nancy). Il y aurait lieu de rappeler les tentatives louables d'examen direct et indirect du pharynx inférieur qui ont été faites en France par le prof. Garel, de Lyon, et en Allemagne par von Eicken.

M. GUISEZ (Paris) demande aux rapporteurs si cette cavité pharyngo-laryngée est la même que l'hypo-pharynx qui a été décrit autrefois par Killiam et son école.

Cette cavité est immédiatement au-dessus de la bouche de l'œsophage. C'est à ses dépens que se développent les diverticules, et elle est souvent le siège des corps étrangers.

Lorsqu'il y a corps étranger de la partie haute de l'œsophage, il y a souvent œdème de la portion sus-jacente du pharynx, surtout au niveau de la paroi postérieure, et les suppurations empiètent sur l'hypo-pharynx lorsqu'elles sont volumineuses.

Ces collections doivent être ouvertes où se trouve le pus et lorsqu'il s'agit de corps étrangers du pharynx et de l'œsophage, l'ouverture par les voies naturelles est rationnelle et suffisante.

M. le prof. SÉBILEAU (Paris), reprenant l'ensemble des avis énoncés dans le rapport et la discussion, apporte les résultats de son expérience personnelle sur les voies d'abord et la thérapeutique des suppurations péri-pharyngo-laryngées.

**Syndrome mortel d'hyperthermie et de dyspnée terminale** survenant quarante-huit heures après extirpation d'un goitre banal. — M. G. GOUFAS (Athènes) analyse à propos de cette observation toutes les hypothèses que peut soulever cette issue fatale.

### LARYNX, TRACHÉE, ŒSOPHAGE

**La monocordite d'origine vaso-motrice.** — M. J. TARNEAUD (Paris). La rougeur d'une seule corde vocale peut résulter d'une perturbation vaso-motrice, d'origine réflexe, rentrant dans le « syndrome sympathico-vocal ». La congestion persistante se termine par un état dystrophique de la corde.

Dans nos observations, la paralysie vasculaire, entretenue par l'exercice de la phonation, est due à une pathologie intestinale et ovarienne.

Le diagnostic différentiel est à faire avec la tuberculose laryngée par l'examen général, la surveillance du sujet et l'absence d'infiltration de la corde vocale. La monocordite trouble vaso-moteur diffère de l'atteinte catarrhale du larynx par l'unilatéralité et la persistance lésionnelles.

La médication locale et la thérapeutique d'exercice sont sans effets. Le traitement causal est celui de l'altération organique, génératrice de la sympathose.

M. SOULAS (Paris). La monocordite non tuberculeuse existe et l'épreuve du temps en confirme le diagnostic. La thérapeutique en est la cure thermique sulfurée avec repos vocal.

**Traitement de la toux par l'alcoolisation du nerf laryngé supérieur.** — M. R. MAYOUX (Lyon). Préconisée par Halphen dans le traitement des toux spasmodiques d'origine sympathique, préconisée dans la coqueluche, l'alcoolisation du nerf laryngé supérieur semble comporter des indications beaucoup plus larges. Souvent aussi efficace que l'opium et toujours plus inoffensive, elle est utile dans presque toutes les variétés de toux. Elle agit en réalisant l'anesthésie du territoire du laryngé supérieur, point de dé-

part essentiel du réflexe tussigène, et aussi en lançant dans le système sympathique une incitation qui va déborder bien au-delà de ce territoire.

**Variations atmosphériques en rayons ultra-violet** : leurs raréfaction et disparition relatives, jusqu'à 10 heures, seraient-elles la cause efficiente de l'héliothérapie, dans la tuberculose laryngée ? — MM. KOWLER (Menton) et d'HAL-LUIN (Nice). Les bons effets de l'héliothérapie sont dus à un ensemble de rayons du spectre, visibles et invisibles. On accordait jusqu'ici aux rayons ultra-violet une large part dans cette action.

Des recherches ont prouvé que les rayons ultra-violet sont très rares aux premières et dernières heures de la journée et que, par conséquent, l'action des ultra-violet dans l'héliothérapie doit être minime.

**Instrumentation nouvelle pour injection de lipiodol et traitement des suppurations pulmonaires.** — M. Z. CHERIDJIAN (Genève) présente, à l'aide de la projection d'un film cinématographique, une nouvelle instrumentation facilitant les injections de lipiodol intrabronchiques et le traitement des suppurations pulmonaires.

M. TRUFFERT (Paris) confirme les avantages de cette instrumentation.

**Faits de broncho-œsophagoscopie.** — M. GUISEZ (Paris), à l'aide d'une série de projections, montre les cas les plus intéressants qu'il a eu l'occasion d'observer dans ces derniers temps : corps étrangers métalliques des bronches, fragments osseux dans l'œsophage, diverticules œsophagiens, cancer de l'éperon bronchique et de la bronche gauche. A propos de ce dernier, il décrit la technique de radiumthérapie locale qu'il a employée et qui amena la fonte rapide de la tumeur.

M. le prof. LEMAITRE (Paris) rapporte deux observations de cancers trachéaux.

La première concerne une femme de 45 ans, atteinte d'un épithélioma de la face postérieure de la trachée d'aspect cylindromateux. Crico-trachéotomie large. Mise en place d'un bouchon contenant du radium. Amélioration. Récidive. Radiumpuncture de la paroi trachéo-œsophagienne sur une hauteur de 5 à 6 centimètres. Guérison clinique depuis plus de 4 ans.

La seconde observation est celle d'un homme atteint d'un épithélioma spino-cellulaire de la paroi trachéo-œsophagienne avec envahissement de la moitié inférieure du cricoïde. Même thérapeutique radium-chirurgicale. Fonte de la tumeur, mais fistule trachéo-œsophagienne et mort.

Si la radium-puncture pouvait être appliquée par endoscopie aux cancers des bronches, on pourrait peut-être obtenir des guérisons.

M. SOULAS (Paris) n'a observé que des cancers broncho-pulmonaires. Dans ces derniers cas, le processus parenchymateux, plus ou moins précoce, n'incite pas à mettre en œuvre un traitement local.

M. SARGNON (Lyon) pense que le meilleur traitement serait la radiumpuncture par voie endoscopique après trachéotomie.

M. GUISEZ (Paris) rapporte un cas de cancer du tiers inférieur de la trachée, traité avec succès par extirpation à la pince des bourgeons les plus gênants et applications locales de radium.

**Trachéo-bronchite fulgurante.** — MM. J.-M. LE MÉE (Paris) et LYMAN G. RICHARDS (Boston) décrivent la trachéo-bronchite fulgurante, maladie s'observant chez le nourrisson et chez l'enfant jusqu'à 4 ans, caractérisée par un début brutal, une fièvre élevée et des crises de suffocation



plus ou moins rapprochées avec stridor inspiratoire, voix rauque et toux aboyante simulant la laryngite striduleuse, le croup ou un corps étranger des voies aériennes. Seule la laryngoscopie directe permet de faire un diagnostic en montrant dans la sous-glottite des sécrétions épaisses, gluantes et croûteuses, adhérentes aux parois trachéales et plus tard bronchiques. Le germe est le streptocoque hémolytique. Le pronostic est grave si le traitement approprié n'est pas institué tout de suite, consistant à enlever à la pince par le tube bronchoscopique les croûtes qui obstruent les voies aériennes et à multiplier les moyens d'hydratation du malade pour empêcher la dessiccation des sécrétions. Les auteurs rapportent 14 cas personnels de cette maladie qui est peu connue en France et projettent trois observations dont ils ont pu filmer les différentes phases cliniques et thérapeutiques.

M. A. BLOCH (Paris) se demande si la description qui vient d'être faite ne s'applique pas à une affection que les pédiatres connaissent sous le nom de laryngite sous-glottique suraiguë des jeunes enfants. Le pronostic de celle-ci est très sombre. La région trachéale semble être, chez le jeune enfant, un siège d'élection pour l'œdème plutôt que la région glottique proprement dite. La bronchoscopie aspiratrice après trachéotomie s'impose dans ces cas pour empêcher l'oblitération des voies aériennes pour les sécrétions.

M. SOULAS (Paris). De minuscules corps étrangers peuvent être une cause fréquente de laryngo-trachéo-bronchite chez le jeune enfant. Au point de vue pathogénique, il faut considérer l'œdème, la congestion et des manifestations plus fonctionnelles qu'organiques.

M. SARGNON (Lyon) demande quels sont les rapports de cette maladie avec la laryngite grave sous-glottique d'origine grippale. Il signale l'intérêt en cas d'urgence de l'intubation ordinaire du larynx qui permet secondairement de faire une trachéotomie lente sur le tube.

M. GUISEZ (Paris) a observé trois cas analogues de trachéo-bronchite fulgurante. Les deux premiers ont guéri à la suite d'injection d'huile goménolée à 1/200. Le troisième, pour lequel on avait porté le diagnostic de diphtérie sous-glottique est mort.

**Gravité variable des corps étrangers végétaux intra-bronchiques** (grain de café, haricot sec, cacahuette). — M. A. SOULAS (Paris). Les corps étrangers végétaux ont la réputation, surtout chez l'enfant, de provoquer dans les voies aériennes des troubles graves, parmi lesquels une bronchite, dit « bronchite arachidique ». Or, ce n'est pas parce qu'il est végétal, que le corps étranger est grave ; c'est par la nature même du végétal.

M. VAN DEN WILDENBERG (Anvers) confirme, à l'aide d'observations personnelles, les considérations précédentes.

**La séroréaction blennorragique**, par Bertrand RÈME. Grand in-8° de 176 pages. — Prix : 30 fr. — Paris, Masson et Cie.

**Conférences sur les dermatoses et la syphilis**, par le docteur Louis BORY. Grand in-8° de 231 pages. — Prix : 30 fr. — Paris, Vigot frères.

**L'immunité par mécanisme physico-chimique**, par R. DUJARRIC DE LA RIVIÈRE, avec une préface du professeur D'ARSONVAL. Grand in-8° de 72 pages. — Prix : 18 fr. — Paris, Masson et Cie.

**Le rhumatisme et la goutte. Leur pathogénie, leur traitement**, par le docteur Jacques SÉDILLOR. Grand in-8° de 181 pages. — Prix : 15 fr. — Paris, Louis Arnette.

## ASSEMBLÉE FRANÇAISE DE MÉDECINE GÉNÉRALE

(XIV<sup>e</sup> Session, décembre 1934-janvier 1935.)

### L'AVENIR DES HYPERTENDUS

*Synthèse des conclusions des assises départementales,*  
par le docteur Henri GODLEWSKI.

*Considérées isolément*, les pressions, minima ou moyenne, élevées, préavisent du fléchissement cardiaque ; la pression maxima, même considérablement accrue, peut être longtemps tolérée : sa gravité dépend du degré d'altération cardio-artérielle.

*Considérées comparativement*, le pronostic reste favorable, si les pressions restent *divergentes* ; on peut espérer les accidents lointains si la formule reste *concordante* ; le pronostic est toujours réservé pour une pression convergente, surtout en fonction de l'élévation de la minima (Côte-d'Or).

L'*oscillogramme* en plateau traduit la sclérose des artères ; l'*oscillogramme* en crochet traduit leur souplesse (Hérault).

L'*hypertension stable* est plus bénigne que l'instable, qui expose à des surprises vasculaires paroxystiques.

Dans bien des familles, tout se passe comme s'il existait une *prédisposition* à l'hypertension (Eure-et-Loir).

Elle n'apparaît pas cependant fréquente chez les *jeunes gens*, car l'hypertension permanente est rare au régiment (où l'on connaît cependant chez certains cavaliers, après l'exercice, des hypertensions rapides, variables et le plus souvent passagères) (Assises de Moulins).

*Jusqu'à la quarantaine*, l'évolution d'une hypertension permanente est généralement progressive et le pronostic est d'autant plus sombre quand elle est révélée par un début bruyant (Hérault).

*Aux approches de la cinquantaine*, elle devient une constatation presque banale (Lot-et-Garonne), surtout chez la femme à la ménopause, et dans la grande majorité des cas elle est améliorable pendant des années.

Partout il y a, en grand nombre, des *vieillards hypertendus*, dont il faut souvent respecter l'hypertension compensatrice (Charente-Inférieure, Var), car ils supportent mal des baisses de pression provoquées.

C'est sur l'*examen fonctionnel organique*, principalement cardio-rénal, que le pronostic est le mieux fondé : dépistages des plus petits signes de souffrance du myocarde (précocement décelée sur l'électrocardiogramme) ; observations uréo-sanguines, pour dépister la *rigidité fonctionnelle* du rein (Puy-de-Dôme) et prévenir les rétentions aqueuses et azotées ; observations ophtalmologiques, qui permettent parfois précocement les conseils utiles pour prévenir l'ictus (Dordogne).

Il est difficile de juger du rôle exact de la syphilis dans l'hypertension, car on la déduit de la seule observation du traitement. Insuffisamment traités, les syphilitiques paraissent prédisposés à l'hypertension précoce (Seine-et-Oise), et le traitement spécifique semble ainsi limiter et atténuer cet effet (Gironde), jusqu'à paraître le plus fidèle hypotenseur (Loiret) ; mais, dans tellement de cas, il est inopérant sur l'hypertension que la syphilis ne semble pas intervenir dans sa genèse (Var). Chez le vieillard, un traitement n'est pas toujours inoffensif et doit être très prudent (Loir-et-Cher).

Chez le *tuberculeux*, l'hypertension est d'un bon pronostic et les chutes de pression correspondent à une aggravation de la tuberculose (Eure).

L'*hypertension des pléthoriques* est plus facilement améliorée que celle des sujets maigres et pâles. La réduction du



volume alimentaire (principalement du liquide et du pain) est utilisée par tous les médecins, nombre d'accidents hypertensifs étant consécutifs à un repas copieux (Bas-Rhin). Les hypertendus qui paraissent avoir le meilleur avenir sont ceux qui s'efforcent d'être petits mangeurs, qui, sans supprimer complètement l'alimentation carnée (Sarthe), savent réduire l'usage des substances azotées (même avec une bonne azotémie) (Puy-de-Dôme) et surveiller la chloruration alimentaire (Pyrénées-Orientales). Cela n'implique pas un régime exagérément restrictif (Alpes-Maritimes, Meuse, Eure), contre lequel il importe de mettre en garde le public n'ayant que trop tendance à une diététique inconsiderée (Doubs).

Dans tous les milieux sociaux il y a des hypertendus. Nos Assises permettent de dégager cette notion importante : le paysan, très communément hypertendu dans la plupart des régions, est au contraire rarement hypertendu dans celles où son alimentation est frugale, riche en légumes et surtout en fruits (Bouches-du-Rhône, Alpes-Maritimes, Corse).

La vie calme est la prescription la plus préconisée, « la base du traitement », dit la Seine-et-Oise. Les excès de tous ordres, surmenage, efforts, colère, émotion, sont néfastes. Par contre, la notion si répandue des dangers de l'altitude en montagne est controuvée par l'observation des transports en haute altitude (Haute-Savoie).

Presque partout, on signale combien se répand la hantise de l'hypertension, qui devient une phobie regrettable et préjudiciable pour le plus grand nombre des hypertendus (Charente-Inférieure).

Parmi les prescriptions thérapeutiques susceptibles d'influencer l'avenir des hypertendus, les plus retenues sont : la saignée, par petites émissions sanguines périodiques, et en particulier par les sangsues ; les cures sédatives (physiothérapiques, thermales et climatiques) et, chimiquement : gardénal et citrate de soude ; médication bromo-iodurée ; guaiac ; ail ; acéthylcholine ; benzoate de benzyl.

En résumé, par la prescription d'une hygiène rationnelle (vie calme, alimentation sans excès), doublée d'une thérapeutique sédative variée, le médecin intervient utilement pour modifier l'avenir des hypertendus, dans un très grand nombre de cas.

## NOTES POUR L'INTERNAT (ORAL)

### FISSURE A L'ANUS

On donne le nom de fissure à l'an us à une petite ulcération superficielle, siégeant au fond d'un des sillons qui forment les plis radiés de l'an us et se caractérisant cliniquement par des douleurs et une contracture intense du sphincter anal.

**Etiologie.** — Surtout fréquente chez l'adulte, on peut voir la fissure anale chez l'enfant. On la rencontre plus souvent chez la femme que chez l'homme. La constipation, les éruptions péri-anales (herpès, eczéma, érythèmes dus aux écoulements vaginaux), les hémorroïdes surtout sont les causes habituelles de cette affection.

C'est le spasme qui entraîne la douleur. Autour de l'ulcération, il existe des lésions de névrite des nerfs voisins ; ces lésions nerveuses amènent les douleurs et le spasme réflexe du sphincter. Ainsi, il existe un véritable arc réflexe et l'intensité des symptômes dépendra en partie de l'état névropathique du sujet.

**Symptômes.** — La douleur de la fissure de l'an us est extrêmement caractéristique : elle constitue le « syndrome fissuraire ».

a) *Au moment de la défécation* : le malade éprouve une sensation de brûlure atroce (le bol fécal force le sphincter).

b) *La défécation terminée* : la douleur cesse.

c) *Après la défécation*, au bout d'un quart d'heure ou d'une demi-heure, les douleurs reprennent, plus violentes que lors de la défécation. Le malade les compare à une sensation de broiement anal, de brûlure au fer rouge. Cette douleur est parfois si intense qu'elle peut amener une syncope.

Elle irradie aux lombes aux cuisses, aux organes génitaux externes. Ces paroxysmes peuvent durer plus ou moins longtemps et même survenir spontanément en dehors de la défécation.

Cette évolution de la douleur en trois temps est absolument caractéristique de la crise fissuraire.

La douleur va retentir rapidement et profondément sur l'état général du malade : il en arrive à redouter la défécation, espèce les selles, se constipe, restreint son alimentation ; les fonctions digestives sont troublées ; l'état général s'altère ; amaigrissement, faciès intoxiqué, langue saburrale, etc.

Surtout l'état mental est touché, et certains malades en arrivent au suicide.

**Examen.** — Beaucoup de douceur. Malade en décubitus latéral ; jambe supérieure fléchie ; jambe inférieure allongée. Priant le malade de pousser, on déplisse la peau et la muqueuse anale. On découvre ainsi, avec plus ou moins de difficulté, le plus souvent en arrière, cachée entre deux plis radiés, une petite érosion linéaire. Parfois elle réalise une ulcération elliptique et uniquement muqueuse. Parfois ses bords en sont calleux, durs ; dans quelques cas, elle est surmontée d'une petite végétation polypeuse.

Dès que l'on touche cette ulcération, on détermine une douleur intense, et on voit se contracter immédiatement le sphincter qui se spasme. Le toucher rectal est sinon impossible tout au moins inutile.

Quelquefois la fissure est plus haut située et il est nécessaire de faire une anesthésie locale ou même épidurale pour pouvoir examiner le malade sans le faire trop souffrir.

**Formes cliniques.** — A côté de la crise fissuraire typique, il existe des phénomènes fissuraire où la douleur est moins intense, le spasme moins marqué, et qui se voient dans certaines déviations utérines, chez des sujets atteints de rectite.

Chez l'enfant, la fissure peut être méconnue, déterminant de la douleur et des hémorragies au moment des selles.

**Diagnostic.** — L'allure des crises douloureuses fait faire le diagnostic :

On éliminera le chancre anal devenu fissuraire, qui est beaucoup moins douloureux ;

Les plaques muqueuses ulcérées coexistant avec d'autres accidents secondaires (Wassermann positif et possibilité de trouver des tréponèmes in situ) ;

Une hémorroïde externe, elle peut être la cause de la fissure à l'an us ;

Un cancer anal, qui donne des crises fissuraires.

**Traitement.** — Essentiellement la dilatation anale. On doit la faire chez le sujet très bien endormi ; une anesthésie incomplète peut amener une syncope mortelle. On fera ainsi une anesthésie générale poussée ou une raché, même une épidurale.

La dilatation large amènera une atonie réflexe du sphincter et supprimera la crise douloureuse.

Le Directeur-gérant : D<sup>r</sup> François Le Sourd.





# *Iodogénol Pépin*

Artério-Sclérose

Lymphatisme

Arthritisme

PÉPIN & LÉBOUCQ  
30, Rue Armand-Sylvestre  
& COURBEVOIE (Seine)



*La Lancette Française***GAZETTE DES HOPITAUX****CIVILS ET MILITAIRES****PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI****ADMINISTRATION ET RÉDACTION :****49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6°. Tél. : Danton 48-31.****PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6°) - Téléph. : Littre 54-93.****PRIX DE L'ABONNEMENT****FRANCE**

3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.

*Etudiants : 25 francs par an.*

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

**ETRANGER**Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.  
Tous les autres pays : 75 francs.**SOMMAIRE****REVUE GÉNÉRALE***Les vitamines C, par M. L. BABONNEIX.***SOCIÉTÉS SAVANTES***Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société de biologie.***CHRONIQUE***La défense passive au musée d'hygiène.**L'hôpital de la Charité va devenir une annexe de la Faculté de médecine.***ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS****INFORMATIONS****HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — Oral. —**  
Séance du 14 janvier. — Questions données : « Zona intercostal. — Signes et diagnostic de la tuberculose épididymotesticulaire. »MM. Pahmer, 13,5; Meyer, 16,4; Lamotte, 21; Bellin, 16,6; Robert, 11,5; Feuillette, 12; Morhange, 22,9; Chiche, 15,5; Clerc, 22,2; M<sup>lle</sup> Cauchy, 21,2.**HOSPICE NATIONAL DES QUINZE-VINGTS. —** Après concours, M<sup>me</sup> le docteur Schiff-Wertheimer, ancien chef de clinique à la Clinique de l'hospice national des Quinze-Vingts, a été nommée médecin ophtalmologiste adjoint.**HÔPITAUX DE PROVINCE. — SAINT-ETIENNE. —** Le concours ouvert à Lyon pour la nomination d'un médecin des hôpitaux de Saint-Etienne s'est terminé par la nomination de M. le docteur Paul Josserand.**FACULTÉS DE MÉDECINE. — PARIS. —** Le nombre des diplômes de docteur en médecine enregistrés à la Préfecture de police au cours des quinze dernières années est le suivant :  
1920 : 365. — 1921 : 332. — 1922 : 299. — 1923 : 245. — 1924 : 278. — 1925 : 269. — 1926 : 302. — 1927 : 263. — 1928 : 253. — 1929 : 236. — 1930 : 253. — 1931 : 241. — 1932 : 271. — 1933 : 303. — 1934 : 304.— NANCY. — M<sup>lle</sup> Binet a été nommée chef de clinique des maladies tuberculeuses.**ÉCOLES DE MÉDECINE. — NANTES. —** Après concours, M. le docteur Arondel, ancien interne des hôpitaux de

Paris, médecin suppléant des hôpitaux de Nantes, a été nommé professeur suppléant de pathologie et de clinique médicales à l'Ecole de médecine de Nantes.

Après concours, M. le docteur Ch. Mirallié, ancien interne des hôpitaux de Paris, chirurgien suppléant des hôpitaux de Nantes, a été nommé professeur suppléant de pathologie et clinique chirurgicales à l'Ecole de médecine.

**FACULTÉ DE MÉDECINE DE BEYROUTH. —** La Faculté française de médecine de Beyrouth a délivré — à la date du 10 novembre 1934 — 6 diplômes d'Etat de docteur en médecine. (Le chiffre qui précède chaque nom est le numéro du diplôme) :

934. Albaranès (Salvator), né le 16 août 1909, à Beyrouth (Liban).

935. Chadarevian (François), né le 21 novembre 1906, à Marach (Turquie).

936. Dakak (Ahmed Chami), né le 30 mars 1910, à Beyrouth (Liban).

937. Khoury (Chahid), né le 9 mars 1910, à Amchit (Liban).

938. Madi (Maroun), né le 31 janvier 1906, à Bkarzala (Akkan, Liban-nord).

939. Sarkarati (Mohamed Klan), né le 30 mars 1902, à Tauris (Perse).

**LÉGION D'HONNEUR. —** Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :**SANTÉ PUBLIQUE. — Au grade d'officier. —** MM. Astruc, Audistère, Dumas, Evrot, Herscher (de Paris), Boucheseiche (de Montigny-le-Roi).**Au grade de chevalier. —** MM. Abely, des asiles publics d'aliénés de la Seine; Amieux (de Paris), Angeli (de Canteleu), Bajac (de Pau), Bardou (de Lhuitre), Bourguet, Bralez, Brel (de Paris), Briançon (de Saint-Etienne), Chausserie-

La feuille de digitale se prescrit :

**Digi — LANATINE**Extrait total des Glucosides  
de la Feuille de digitale**LABORATOIRE MIALHE, 8, rue Favart — PARIS (2°)**



Laprée (de Paris), Coldecarrera (de Bages), Cordey (de Fontainebleau), Cornet (de Rouen), Couécou (de Nogaro), Cougouie, inspecteur de l'Assistance publique de la Haute-Garonne; Courchet (de Saint-Raphaël), Coutrest (de Paris), Dascalopoulos (d'Orange), Daubresse (de Paris), Dautheville (de Chomérac), Delivet (de Paris), Despeignes (de Chambéry), Duran (de Villeneuve-sur-Yonne), Feillard (de Brest), Fichot (de Clermont-Ferrand), Floch (de Pont-l'Abbé), Fromageot (de Coulommiers), Gallois (de Paris), Giraud (des Andelys), Henry (de Bains-les-Bains), Janet (de Paris), Jouanin (de Moulins), Le Strat (de Concarneau), Lévy (de Paris), Long (de Nyons), Mallet (de Paris), Mazères (de Tunis), Moreau (de Lusignan), Musy (de Nantua), Pasturel (de Dun-sur-Auron), Taguet (de Paris), Vialle (de Nice).

**MARINE. (Active.) — Au grade d'officier.** — MM. Boudet, Le Breton-Oliveau, Carboni et Grosso.

**Au grade de chevalier.** — MM. Pirot, Bousselet.

**RÉGIONS LIBÉRÉES. — Au grade d'officier.** — M. Marnier, directeur de l'Institut Pasteur de Lille.

**EDUCATION NATIONALE. — Au grade d'officier.** — M. Bougault, professeur à la Faculté de pharmacie de Paris.

**Au grade de chevalier.** — MM. Etienne, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier; Ingelrans, professeur à la Faculté de médecine de Lille; Poujol, professeur à la Faculté de médecine d'Alger; Renard, secrétaire de la Faculté à Toulouse.

**TRAVAUX PUBLICS. — Au grade de chevalier.** — M. d'Haluin (de Lagny).

**COLONIES. — Au grade de chevalier.** — MM. Valdeiron (A. O. F.), Warnecke (Indochine).

**GUERRE. — Mutations :**

M. de Vézeaux de Lavergne, médecin colonel, professeur agrégé du Val-de-Grâce, médecin chef de l'hôpital militaire de Nancy, est affecté comme sous-directeur du Service de santé de la 20<sup>e</sup> région, Nancy.

M. Martinet, médecin lieutenant-colonel, hôpital de Nancy, président de commission de réforme, est maintenu et désigné comme médecin chef. Est maintenu président de commission de réforme.

— (Troupes coloniales.) M. le médecin général Couvy, directeur de l'Ecole d'application de Marseille, est nommé directeur du Service de santé de l'A. O. F. à Dakar.

M. le médecin général Sorel, directeur du Service de santé des troupes de l'Indochine, est nommé inspecteur général du Service de santé des colonies, en remplacement du médecin général inspecteur Boyé, placé dans la section de réserve.

M. le médecin colonel Gaillard est nommé directeur par intérim du Service de santé des troupes de l'Indochine.

**MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE.** — M. le docteur Charles Flandin, médecin des hôpitaux, et M. le professeur Couvelaire, membre de l'Académie de médecine, sont nommés conseillers techniques sanitaires non rétribués au ministère de la Santé publique.

**LE BUDGET DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE.** — Le budget du ministère de la Santé publique pour 1935 s'élève à 1.042.529.640 fr. alors que 47 milliards sont absorbés par le budget général.

Par rapport à l'exercice 1934, il y a une diminution de 49 p. 100.

Sur le milliard prévu, 6 millions environ sont affectés à l'administration centrale, 300 millions aux vieillards, infirmes et incurables, 260 millions aux familles nombreuses, 80 millions aux enfants assistés, 40 millions aux aliénés,

environ 45 millions sont répartis entre différents chapitres relatifs à la tuberculose, 10 millions environ vont à la lutte antivénérienne, 1 million environ aux centres anticancéreux, etc.

On voit que ce sont les œuvres d'assistance qui absorbent la plus grosse part de ce budget. La part de la tuberculose et du cancer paraît faible, mais il faut remarquer que les organismes de lutte contre ces maladies ne reçoivent pas seulement leurs subsides du ministère de la Santé publique, mais aussi des villes et des départements. Il est donc difficile de chiffrer la part qui leur revient.

**MINISTÈRE DES PENSIONS.** — Sont nommés membres de la Commission consultative de prothèse et d'orthopédie pour 1935 : MM. les docteurs Rieffel, Maucclair, Roederer (de Paris), Clavelin (du Val-de-Grâce), David de Drézigue (de Tours), Lantiéri (de Lyon).

**SOCIÉTÉ NATIONALE DE CHIRURGIE.** — La séance annuelle aura lieu le mercredi 23 janvier 1935, à 16 h., 12, rue de Seine.

Ordre du jour : Discours de M. Georges Labey, président. — Compte rendu des travaux de la Société pendant l'année 1934 par M. Jean Berger, secrétaire annuel. — Eloge de M. Pierre Bazy par M. R. Proust, secrétaire général. Proclamation des prix décernés.

**SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE DES HÔPITAUX LIBRES.** — Bureau pour 1935 : président, M. Clément Simon; vice-présidents, MM. Blechmann, Descomps, Gadaud, de Martel; comité de direction, MM. Beaussenat, Gastinel, Lutembacher, Mondain, Moulouquet, Pauchet, Trèves, Vernes; secrétaires généraux, MM. Delort, Martiny, Massart; trésorier, M. Arthus; bibliothécaire archiviste, M. Houzel.

**HÔPITAL SAINT-MICHEL.** — Une place d'assistant est vacante, service de gastro-entérologie, hôpital Saint-Michel. Trois matinées par semaine; 300 fr. par mois, Place destinée à docteur en médecine habitant Paris, ayant déjà expérience en gastro-entérologie.

Ecrire avec titres et références (externat, internat, stages hospitaliers), au docteur Delort, 1, place d'Iéna, Paris (16<sup>e</sup>).

**ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS DE TOULOUSE.** — Le 11 mars 1935, à 8 h. du matin, aura lieu à la Préfecture de la Haute-Garonne un concours pour la nomination d'un interne titulaire à l'Asile de Braqueville.

Tous renseignements peuvent être demandés à l'Asile de Braqueville.

(Voir la suite des « Informations », p. 89.)

ANÉMIES  
DYSPEPSIES  
ANTITOXIQUE



DOSE: 4 à 6  
TABLETTES  
PAR JOUR

BIOXYDE DE MANGANESE COLLOÏDAL. SELS MAGNÉSIENS  
Laboratoire SCHMIT, 71 Rue Sainte-Anne, PARIS. 2<sup>e</sup>

**PULVEOL**

ANTISEPTIC DU CARREFOUR AÉRO-DIGESTIF

POUDRE et PASTILLES

Laboratoire et Exécution : 10, Impasse Milord, Paris (16<sup>e</sup>)

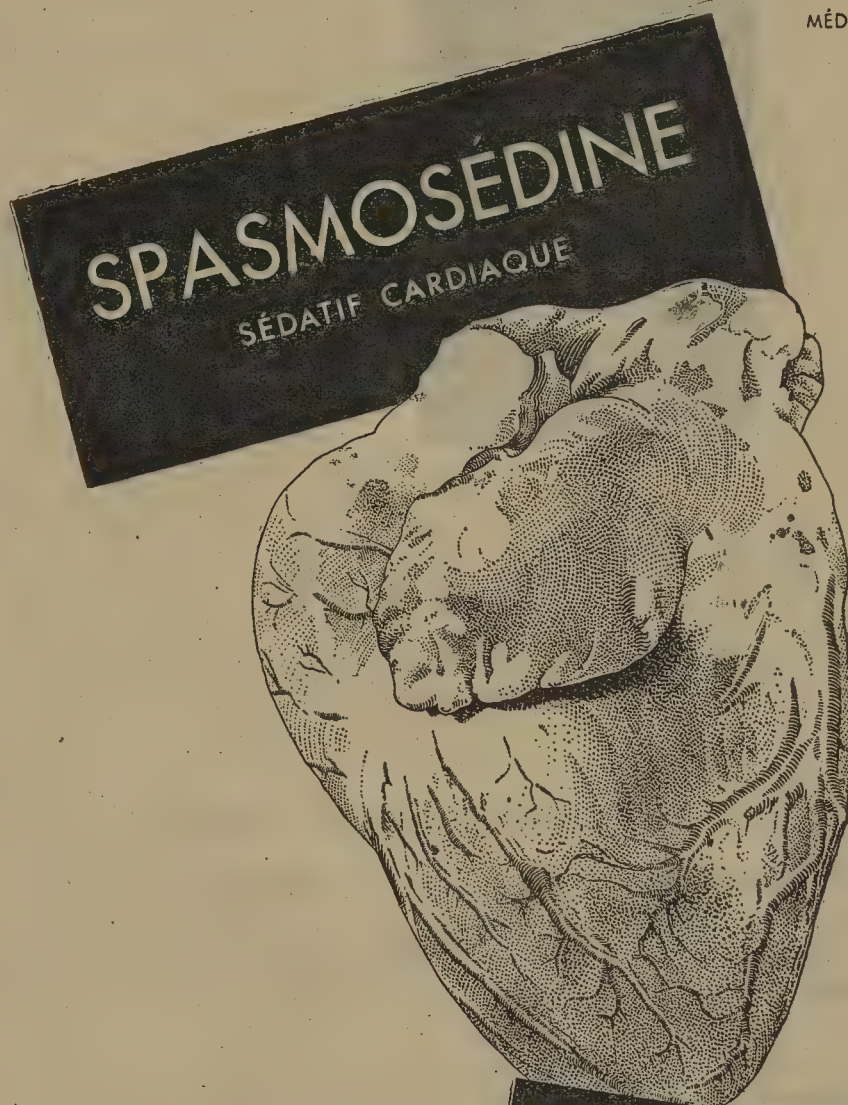
Insomnies  
Toux nerveuse.

**BROMÉINE MONTAGU**



LABORATOIRES DEGLAUDE  
15, BOUL. PASTEUR, PARIS (XV<sup>e</sup>)

MÉDICAMENTS CARDIAQUES  
SPÉCIALISÉS



*les 2 médicaments cardiaques essentiels*

\*\*\*





# LORAGA

Emulsion originale d'huile de paraffine  
et d'agar-agar avec phénolphthaléine

## RÉGULATEUR PHYSIOLOGIQUE DE L'INTESTIN

S'incorpore intimement au contenu intestinal.  
Donne au bol fécal la consistance et la  
plasticité normales. Stimule doucement le  
péristaltisme sans provoquer de spasmes.

**INDICATIONS :** Toutes formes de constipation  
et à tout âge. — Paresse intestinale au cours  
de la grossesse et pendant la période de  
lactation. — Atonie intestinale des vieillards.

*Tolérance parfaite. Aucune action secondaire.  
Pas d'accoutumance ni de suintement huileux.*

*Littérature et échantillons sur demande à MM. les Médecins*

**LABORATOIRES SUBSTANTIA**

*F. Guillemoteau, Pharmacien - 13, rue Pagès, Suresnes (Seine)*



## CHRONIQUE

### LA DÉFENSE PASSIVE AU MUSÉE D'HYGIÈNE

M. le maréchal Pétain et la municipalité de Paris ont inauguré lundi, au musée d'hygiène de la Ville, 57, boulevard Sébastopol, à Paris, la section permanente de la défense passive.

Cette section a été créée par l'œuvre d'encouragement à la prévention du feu lors de la III<sup>e</sup> exposition internationale du feu et de la sécurité.

Autour du maréchal avaient pris place M. Contenot, président du Conseil municipal ; M. Langeron, préfet de police ; M. Villey, préfet de la Seine ; les généraux Niessel et Niéger ; le médecin général inspecteur Sieur, le médecin général Bailby ; MM. Breton, Roëland, Pinelli, Bucaille, Fiancette, M. Paul Guichard ; M. le médecin en chef Candiotti, représentant le ministre de la Marine ; les représentants des ministres de la Guerre et de l'Air ; MM. Contensin, Guibert, le D<sup>r</sup> Crouzon, M. Pillut, les colonels Bruère, Cot, Anglade et Carville, Mme Rodillon, etc...

Des discours furent prononcés par MM. Breton, Roëland, Pinelli, Contenot, Villey, Langeron. Celui-ci montra l'étendue du devoir qui s'impose aux représentants de la ville pour assurer la protection de la population contre le danger aérien. Il exposa les travaux des commissions présidées par M. Paul Guichard, travaux préparatoires dont l'exécution sera poussée à fond dès le vote de la loi sur la défense passive.

M. le maréchal Pétain, avec son calme et sa mesure habituels, rappela ses efforts pour arriver à convaincre les populations — et ce ne fut pas toujours facile — de la nécessité de se protéger contre un danger qui révolte la conscience, mais qui n'existe pas moins.

Le maréchal et les assistants visitèrent alors le musée qui comprend une section rétrospective, des dioramas, des plans d'abris et les divers appareils, masques, etc., que tous doivent connaître.

Nous ne saurions trop recommander la visite de cette exposition à nos lecteurs.

### L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ VA DEVENIR UNE ANNEXE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

On sait que les différents projets de reconstruction de la Faculté de médecine à Issy-les-Moulineaux ou à Sainte-Anne ont été abandonnés.

M. Raymond Laurent vient de faire adopter par le Conseil municipal, au nom de la 5<sup>e</sup> commission, un projet tendant à la construction d'une annexe de la Faculté sur l'emplacement du vieil hôpital de la Charité qui va être désaffecté.

Le projet comporte la cession amiable par l'Assistance publique à l'Université de Paris des terrains et bâtiments de l'hôpital de la Charité, d'une contenance de 16.000 mètres carrés environ, contre versement d'une somme de 20 millions de francs. L'achat des terrains et la construction des nouveaux bâtiments de la Faculté de médecine entraîneront une dépense de 63 millions, qui sera imputée sur les crédits du plan Marquet.

**Les maladies d'estomac. Pratique journalière et vécue**, par le docteur A. DE LA PRADE (de Nice). Grand in-8° de 524 pages, avec 19 planches et 144 figures. Prix : 100 fr. — Paris, Doin et Cie.

**Psychiatrie et civilisation**, par Henri DAMAYE. In-8° de 212 pages. — Prix : 12 fr. — Paris, Félix Alcan.

## INFORMATIONS

(SUITE)

**HÔPITAL ET DISPENSAIRE FRANÇAIS DE LONDRES.** — Une vacance de médecin-résident à cet hôpital se produira le 31 mars 1935.

Les nominations sont faites par concours sur titres. Les principales conditions à remplir sont les suivantes : être âgé de moins de trente ans, docteur en médecine ; célibataire, parler français, signer un engagement d'au moins un an.

Les fonctions sont à peu près celles des internes des hôpitaux français. Traitement en espèces (100 livres sterling par an), logement, éclairage, nourriture. Il y a deux (ou trois) médecins-résidents prenant la garde à tour de rôle.

Pour tous renseignements, écrire au docteur Robert Pierret, 95, avenue Kléber, Paris.

### PRIX MÉDICAL DU ROTARY FRANÇAIS (valeur 10.000 fr.).

— Le Rotary français, dans le but de stimuler et de favoriser les recherches d'ordre médical susceptibles d'apporter quelques progrès dans la lutte contre la maladie, et plus particulièrement contre les maladies dites sociales (tuberculose, cancer, syphilis, etc.), a décidé la création d'un prix dit « Prix médical du Rotary français » destiné à récompenser l'auteur français du meilleur travail présenté sur un sujet chaque fois proposé. L'an dernier, ce prix de 5.000 fr. destiné à un travail sur le cancer fut attribué à M. Maurice-Etienne Martin.

Le Rotary a décidé d'élever cette année la valeur de ce prix à 10.000 fr.

Cette année le prix sera réservé à un travail sur la tuberculose et le sujet proposé est le suivant : « L'étiologie et la prophylaxie de la tuberculose. »

Les mémoires devront être adressés en cinq exemplaires, avant le 31 décembre 1935, à M. le professeur Nicolas, 19, place Morand, à Lyon.

**LE BAL DES MÉDECINS ET PHARMACIENS DE LA MARINE ET DES TROUPES COLONIALES.** — Le bal de bienfaisance qu'organise chaque année l'Association amicale des anciens élèves de l'Ecole de Bordeaux et des anciens médecins et pharmaciens de la marine et des troupes coloniales au profit des veuves et des orphelins de l'A. S. N. C. (Amicale-Santé-Navale-Coloniale) aura lieu le samedi 26 janvier prochain, à 22 h., dans les magnifiques salons du ministère de la Marine, place de la Concorde, Paris.

M. le Président de la République et plusieurs membres du gouvernement ont promis d'honorer de leur présence cette fête de Charité qui promet d'être très brillante.

On peut se procurer des cartes : au ministère de la Marine (bureau de la Presse) ; au ministère des Colonies, 27, rue Oudinot (Service de santé) ; au siège social de l'Association, 98 bis, boulevard Haussmann. — Prix des cartes : 40 fr.

**LE PROFESSEUR PORTMANN AUX ETATS-UNIS.** — Le professeur Portmann s'est embarqué au Havre, sur *l'île de France*, mercredi 9 janvier, pour les Etats-Unis.

Invité par les Universités de la Californie du Sud et de Georgetown, il va donner une série de cours, à Los Angeles et à Washington, sur l'oto-rhino-laryngologie et la chirurgie de la tête et du cou.

Le professeur Portmann sera de retour en France le 15 février prochain.

**NÉCROLOGIE.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. le professeur Carlos Lotti (de Pise), les docteurs Nicolas Heeren (d'Eupen) et G. Fayot (de Quaregnon).



# ULCÈRES, GASTRITES, COLITES BISMUTH TULASNE



Boîte : 10 paq. de 10 g.

Pansement gastro-intestinal au sous-nitrate de bismuth kaoliné, préparé suivant la méthode de A. Tulasne, ex-chef de laboratoire à la Pitié. Pouvoir sédatif et cicatrisant incomparable, innocuité absolue, facilité d'absorption, dosage rigoureux en paquets de 10 gr.

*Un paquet (ou deux) dans un verre d'eau le matin à jeun ou par prises fractionnées dans la journée.*

Autres indications :

DYSPEPSIES, AÉROPHAGIE  
VOMISSEMENTS, DIARRHÉES  
FERMENTATIONS, OXYUROSE

LABORATOIRES BOUILLET  
48, Bd des Batignolles, PARIS

## VACCINS CLIN

ANTICOQUELUCHEUX  
ANTISTAPHYLOCOCCIQUE ANTISTREPTOCOCCIQUE  
ANTIGONOCOCCIQUE

I. MONOMICROBIEN et II. POLYMICROBIEN

### COLI-ENTÉRO-VACCIN

I. BUCCAL

Boîte de 6 ampoules de 5 c.c.  
de forte concentration uniforme.

II. INJECTABLE

Boîte de 10 ampoules de 1 c.c.  
à concentrations croissantes

### PNEUMO-BRONCHO-VACCIN

ADULTES - ENFANTS

Concentration élevée en microbes - Tolérance parfaite - Conservation illimitée

*Injections sous-cutanées ou intra-musculaires*

Les Vaccins Clin injectables sont délivrés en boîtes de 10 ampoules de 1 c.c.

## PYOVARGOL

POMMADE AU COLLOIDO-VACCIN CLIN

ARGENTIQUE ANTI-YOGÈNE

POUR PANSEMENTS des plaies infectées et suppurations locales

LABORATOIRES CLIN. COMAR ET Cie, 20, rue des Fossés-Saint-Jacques, PARIS



REVUE GENERALE

LES VITAMINES C<sup>1</sup>

Par M. L. BABONNEIX,  
Médecin de l'hôpital Saint-Louis.

**Syn.** — Facteur hydro-soluble C ; vitamine antiscorbutique (1918).

**Historique.** — Nous savons aujourd'hui, à n'en pas douter, que le scorbut est dû à l'absence, dans l'alimentation, de vitamine C. Par quelles étapes a passé la question avant d'être ainsi résolue ? C'est ce que nous allons brièvement exposer.

*Première étape.* — Le scorbut est dû au manque d'aliments frais.

Déjà les vieux auteurs avaient insisté sur cette donnée, ainsi qu'en témoignent les citations suivantes, que nous empruntons au livre de Mme Randoïn et de M. Simonnet.

Dès 1671, un Français, Nicolas Venette, écrivait :

En Norvège, et dans les pays du Septentrion, on envoie les scorbutiques dans les bois pour y manger des mûres, des fraises et des framboises. Ils ne s'en retournent point que leur maladie ne soit beaucoup diminuée... La cerise aigre, le citron, l'orange, la grenade et les groseilles sont aussi des fruits antiscorbutiques... On pourra mêler ce remède avec un peu de conserve de râpure d'orange ou de citron, parce que ces fruits ont cela de propre qu'ils sont directement opposés aux causes du scorbut.

Mêmes conclusions de la part du Hongrois Kramer (1720) et du Suédois Bachstrom (1734).

Pour celui-là, un seul remède, les végétaux « récents ».

Si vous pouvez en préparer une suffisante quantité de sucs antiscorbutiques, si vous avez des oranges, des citrons, ou bien le suc de ces fruits, vous guérirez cette terrible infirmité sans aucune difficulté.

De même, celui-ci place au premier rang des causes l'absence de végétaux frais.

Partout où les individus, par négligence ou nécessité, ne peuvent consommer de fruits ou de légumes verts, l'affection ne tarde pas à apparaître quels que soient le sol, le climat ou l'âge des individus.

Plus près de nous, en 1874, un médecin de marine français, Leroy de Méricourt, est revenu sur cette affirmation en l'appuyant sur de solides arguments, tirés, pour la plupart, de ses expériences personnelles.

*Deuxième étape.* — Scorbut de l'adulte et scorbut de l'enfant ne sont qu'une seule et même maladie, les différences observées entre les deux étant surtout fonction d'âge.

*Troisième étape.* — L'étude du scorbut expérimental montre que la maladie est due à l'absence d'un principe spécifique.

En nourrissant des cobayes avec des graines ou des farines de céréales, Holst et Fröhlich, du Bureau d'hygiène de Christiania, ont réalisé (1907) un syndrome grave, caractérisé surtout par l'apparition d'hémorragies cutanées, muqueuses, viscérales, articulaires, l'ébranlement des dents, une perte de poids considérable. La mort survient au bout de vingt-cinq jours. A l'autopsie, congestion intense de la moelle osseuse, raréfaction du tissu des épiphyses, hémorragies interstitielles.

Au moment où la terminaison fatale semble inévitable, l'administration de certains aliments : chou, citron, orange, pissenlit, tomates, ou du jus qu'on peut extraire de ces végétaux, détermine une amélioration rapide, qui, bientôt, aboutit à la guérison.

C'est donc que l'absence d'aliments frais prive le cobaye d'une substance indispensable à la vie, la *substance antiscorbutique*, dont les effets préventifs sont aussi nets que les effets curatifs, et dont les caractères les plus importants sont :

1° Sa solubilité dans l'eau et dans l'alcool ;

2° Son extrême fragilité, d'ailleurs diminuée par la présence d'acides organiques tels qu'il en existe dans le citron et dans l'orange, bien que ces acides soient dépourvus, par eux-mêmes, de tout pouvoir antiscorbutique.

M. Mouriquand et ses élèves ont insisté, eux aussi, sur le rôle des aliments desséchés ou stérilisés dans la production du scorbut expérimental.

*Quatrième étape.* — Cette substance antiscorbutique est une vitamine, comme l'avait admis Funk dès 1912.

Se confond-elle avec les autres vitamines déjà connues, et en particulier, avec les vitamines A et B ?

Non, parce que si l'on donne à des cobayes un régime artificiel supposé complet, c'est-à-dire contenant

- Des lipides, protéides, glucides en quantité suffisante ;
- De la levure de bière (source de vitamine B) ;
- Du beurre (source de vitamine A) ;
- Un aliment de lest (papier filtre),

ils succombent tous, au bout de trois semaines, à un scorbut des plus caractéristiques.

Leur régime manquait donc d'une substance différente des vitamines A et B : c'est cette substance qui, après d'innombrables discussions sur sa nature, ses propriétés, ses relations, est devenue la *vitamine C*, que nous ont fait connaître les travaux des auteurs français (Ed. Lesné et ses élèves ; Mouriquand et son école ; Mme Randoïn, R. Lecoq, H. Simonnet) et américains (Hess).

**Moyens d'étude.** — L'animal réactif est le cobaye, le rat et le pigeon supportant parfaitement les effets d'une carence, même complète, en vitamine C, peut-être parce que leur organisme est capable d'en effectuer la synthèse. Soumis à un régime scorbutigène, ils gardent, en effet, dans leur foie, de telles réserves de vitamine C qu'administré à des cobayes préalablement soumis à un régime carencé, il empêche le scorbut d'apparaître chez eux.

(1) Voir Gaz. des hôp., 1934, Revues générales : Vitamine A, n° 98, p. 1755 ; Vitamine B, n° 102, p. 1827.



Quant au régime, voici celui qui est indiqué par Mme Randoin :

*Régime artificiel scorbutigène*

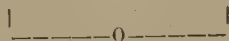
Farine de haricots blancs.....	83,5
Levure de bière sèche.....	8
Graisse de beurre purifiée.....	5,5
Chlorure de sodium.....	1
Lactate de calcium.....	5
Papier filtre.....	2

**Dosage.** — Le Comité d'hygiène de la Société des Nations a proposé comme mesure-étalon le jus de citron frais, simplement déshydraté. L'unité de vitamine antiscorbutique est de 0,1 cmc. de jus de citron frais, dose représentant le dixième de la dose journalière nécessaire pour empêcher le développement du scorbut chez un cobaye soumis à un régime scorbutigène.

Cet étalonnage ne peut être que très provisoire, le suc de citron présentant des variations d'activité antiscorbutique très importantes suivant les saisons, la maturité, le vieillissement (Ed. Lesné et R. Clément).

**Essais de concentration et d'isolement.** — Les *essais de concentration* doivent être effectués à l'abri de l'air et en milieu acide. C'est en opérant ainsi que Beszonoff a pu extraire du jus de chou un produit pulvérulent qui, administré au cobaye à la dose quotidienne de 0 gr. 002, empêchait, chez lui, le développement du scorbut.

*Essais d'isolement.* Il semble qu'on doit identifier la vitamine C à l'acide ascorbutique gauche, de formule  $\text{HOCH}^2\text{-CHOH-CH.CO.CHOH-CO}$  (Szent Györgi, 1932),



non toxique, dont Reichstein a réalisé la synthèse, affectant des relations étroites avec les chlorophylles (A. Giroud et ses collaborateurs), qui se présente sous forme de cristaux incolores, aisément solubles dans l'eau, dont les solutions aqueuses résistent à l'ébullition et que l'on peut doser par la méthode de Tillmans, au 2-6-dichlorophénol-indophénol, modifié par Harris et Rey.

**Origine (1).** — Les *aliments* suivants, rangés par ordre alphabétique, renferment la vitamine hydrosoluble C :

Banane, Babeurre acide, Betterave, Carotte nouvelle, Chou, Chou-fleur, Citron, Epinard, Graines en voie de germination, Haricot vert, Huitre, Jus de viande crue, Lait (2) (petit-lait), Laitue, Navet, Oignon, Orange, Pissenlit, Pois frais, Pomme, Pomme de terre, Prune, Raisin, Rutabaga, Tomate (même en conserve). (Hess).

On n'oubliera pas que beaucoup de fruits ou de légumes verts ne possèdent qu'une toute petite quantité de vitamine C et qu'il faut les administrer à fortes doses aux nourrissons si on veut leur épargner les accidents de l'avitaminose correspondante (Ed. Lesné et R. Clément).

(1) En grande partie d'après Mad. RANDOIN et M. H. SIMONNET. *Les vitamines*, Paris 1934, in-18, p. 94 et 96.

Un mot à propos des graines. La vitamine C y apparaît dès le trempage et augmente rapidement après la germination. Aussi, en Extrême-Orient, la cuisine indigène utilise-t-elle volontiers les haricots et pois germés (A. Thiroux). D'après Heller, les végétaux développés à la lumière du jour en contiennent plus que ceux qui se sont étiolés dans l'obscurité.

*Ne contiennent pas du tout de vitamine C*, les aliments suivants :

Amidons, Extrait de viande, Farines, Féculles, Graines non germées, Graisses et huiles animales et végétales, Levure de bière, Malt et extrait de malt, OEuf.

Etudions en détail le comportement des divers *laits* en ce qui concerne la vitamine C.

Le *lait maternel* en contient des quantités suffisantes.

Il en est de même pour le *lait de vache frais* (G. Mouriquand, Pouzet, Mlle Schoen et M. Bally), dont la teneur en vitamine C subit d'importantes variations saisonnières, baissant brusquement en novembre et restant à un niveau très bas jusqu'en avril pour rester élevé en été et en automne, ces variations semblant indépendantes de la teneur en vitamine C du régime auquel sont soumises les vaches laitières (P. Rohmer, N. Beszonoff, Mlle Sanders et E. Stoerr).

Il en est de même encore :

- 1) Du *lait bouilli* cinq minutes ;
- 2) Du *lait stérilisé à domicile* avec un appareil du genre Soxhlet ;
- 3) Du *lait condensé sucré*, préparé à une température ne dépassant pas +80°, où elle se conserve environ quatorze mois (Bakke, Lesné et ses élèves, Mouriquand et son école) ;
- 4) Du *lait pasteurisé*, à condition que la pasteurisation n'ait été effectuée qu'une fois et qu'on ait pris certaines précautions : usage de trayeuses mécaniques, transport rapide du lait, remplissage très exact des récipients, soigneusement réfrigérés (van Leersem) ;
- 5) Du *babeurre acide*, dont la valeur alimentaire s'explique peut-être en partie par sa richesse en vitamine C.

Le *lait sec*, surtout préparé au Spray, est assez pauvre en vitamine antiscorbutique.

Les *laits stérilisés à haute température, homogénéisés, oxygénés, maltés, les mélanges de farine et de lait* en sont totalement dépourvus, de même que les pseudo-solutions à base de caséinate de calcium.

D'autre part, la vitamine C se localise électivement dans certains tissus, chez l'animal : cortico-surrénale, glande interstitielle du testicule, corps jaune de l'ovaire, hypophyse (A. Giroud et C.-P. Leblond).

**Propriétés physico-chimiques.** — La vitamine C :

- 1° Est extrêmement fragile ;
- 2° S'oxyde avec la plus grande facilité, même à la température ordinaire, cette oxydation, d'ailleurs réversible, étant considérablement retardée en milieu acide, où la vitamine peut se conserver longtemps — plus de deux ans — dans le jus d'orange, accélérée en milieu alcalin, et d'autant plus que la température est plus élevée ;



3° Résiste cependant à l'action de la chaleur si elle est protégée contre l'oxydation par une couche de paraffine (Hart, Hastings et Frazier, Leprowski) ou, pour certains fruits, comme la pomme, par leur peau (Brawcewell, Hoyle et Zilva) ;

4° Est dialysable ;

5° Non absorbable par les substances qui retiennent les vitamines B : hydrate de fer colloïdal, acide silicotungstique, et, surtout, terre à foulon ; absorbable par le charbon de bois et les bougies poreuses ;

6° Est soluble dans l'eau, l'alcool, l'acétone, insoluble dans les solvants des graisses : benzène, éther, éther de pétrole, le chloroforme, l'acétate d'éthyle, l'acétate de plomb neutre.

Elle n'est pas altérée par les rayons ultra-violet, à moins qu'ils ne mettent en liberté de l'ozoné ;

7° Est douée de propriétés réductrices (ou, plutôt, oxydo-réductrices) : elle décolore les solutions de permanganate de potasse ;

8° Peut résister à la dessiccation lorsque celle-ci est effectuée à l'abri des oxydants et des alcalins, sur des produits gardés au frais.

De ces propriétés découlent d'importantes conséquences pratiques. En voici quelques-unes empruntées à l'excellente monographie de M. A. Thiroux.

1° Il y a inconvénient à ajouter du carbonate de soude à l'eau lors de la cuisson des légumes verts ;

2° Si l'on veut que les jus de fruits gardent leur activité, il faut les sécher dans le vide et les tenir au frais, comme le montrent les expériences d'Harden et Robinson ;

3° Pour ce qui a trait aux conserves :

a) Le facteur oxydation joue un rôle plus important, dans la destruction de la vitamine C, que le facteur thermique (Kohmann, 1923, Kohmann et Eddy, 1924) ;

b) Les opérations préalables (blanchiment) étant funestes à cette vitamine, surtout si elles sont effectuées à l'air libre, le chauffage ne doit s'exercer que sur des légumes ou fruits renfermés dans des récipients bouchés et soudés (Delf, Hess et Unger).

**Synthèse.** — L'organisme du nourrisson sain est capable de l'effectuer (Rohmer, Beszonoff, Sloer), en partant d'une provitamine encore inconnue. Cette fonction tend à baisser dans la seconde moitié de la première année pour disparaître au début de la deuxième année. Il est donc inutile, pendant les premiers mois, d'administrer la vitamine C à des nourrissons bien portants. Tombent-ils malades, il faudra, au contraire, leur en donner de grosses doses. A partir de la fin de la première année, on aura soin d'en ajouter systématiquement au régime (Id.).

**Propriétés biologiques.** — Elles sont déduites de l'étude des carences en vitamine C, l'hypervitaminose correspondante étant encore inconnue.

§ I. — Les avitaminoses C. — Deux chapitres, selon qu'elles concernent l'animal ou l'homme.

**A. Avitaminoses expérimentales.** — SCORBUT AIGU. — *Symptomatologie.* — Les animaux qui sont soumis au régime indiqué plus haut gardent, pendant une quinzaine, une apparence satisfaisante, leur appétit

ne diminue pas, leur croissance se fait normalement. Tout au plus peut-on, au bout de cinq à six jours, noter, d'une part, de la polyurie, de l'autre, une agitation qui porte l'animal à tourner dans sa cage et à réagir violemment lorsqu'on s'efforce de le saisir.

Au bout de ce temps, les jointures des membres postérieurs, puis celles des membres antérieurs, et enfin, les articulations chondro-costales, deviennent le siège d'une tuméfaction douloureuse, d'autant plus marquée que l'animal est plus jeune.

Vers le dix-huitième jour apparaît une torpeur qui, à partir du vingtième, s'accroît. Les arthropathies s'aggravent et se compliquent de raideur des membres, les dents se déchaussent, le poids diminue (L. Randoïn), les selles contiennent du sang.

Ramassé en boule ou tombé sur le côté, le poil hérissé, anhéant, l'animal n'est plus capable que de se traîner avec peine à sa mangeoire. Sa température est abaissée. Il meurt aux environs du trentième jour.

A l'autopsie, les lésions dominantes sont les hémorragies intra-musculaires, sous-cutanées et sous-périostées, la tuméfaction de la rate et des surrénales.

Quant aux autres lésions, elles portent sur :

L'appareil hématopoiétique, qu'il s'agisse de la moelle osseuse dont tout élément actif a disparu (Mme Randoïn et H. Simonnet) ou de l'endothélium des capillaires sanguins, en état de dégénérescence graisseuse ;

Les viscères splanchniques : hémorragies, dégénérescences cellulaires diverses ;

Le système nerveux, qui est le siège d'altérations analogues ;

Les glandes endocrines : surrénale, congestionnée, cédématisée, et dont la partie corticale qui, normalement, préside au métabolisme des lipides, est devenue très pauvre en cholestérol, tandis que sa partie centrale ne sécrète presque plus d'adrénaline ; thyroïde, dont les cellules parenchymateuses ont subi une dégénérescence vacuolaire, d'où diminution de la sécrétion colloïde, tandis que le tissu interfolliculaire s'hypertrophie : de cette constatation rapprochons la donnée qu'une fois thyroïdectomisés, les cobayes scorbutiques ne peuvent pas être guéris par l'administration de vitamine C ; testicules et ovaires congestionnés, avec lésions dégénératives discrètes (Meder) des cellules des tubes séminifères ;

Le système osseux : tuméfaction et hyperhémie des régions diaphyso-épiphysaires, disparition, dans la même région, des cellules cartilagineuses et des ostéoblastes, d'où raréfaction de l'os, surtout dans la région des épiphyses, fragilité spéciale, etc.

Procède-t-on à l'étude biochimique des organes et des humeurs, on constate (Mme L. Randoïn et Mlle A. Michaux) :

1° Une diminution importante du coefficient lipocylique  
acides gras 100 des capsules surrénales et des hématies,  
cholestérol

avec modifications importantes du sang : variation de la résistance globulaire, augmentation de la teneur en eau, chlorures, fibrinogène, urée, diminution du fer ;

2° Une diminution, non seulement dans les surrénales (Mouriquand et Leullier), mais aussi dans les poumons, les testicules, les muscles (Nagayam et Tagaya) du cholestérol, substance qui, à l'état normal, neutraliserait un dérivé de la lécithine, toxique pour les capillaires ;



- 3° Une élévation du chlore musculaire ;
- 4° Une diminution du glycogène musculaire et hépatique ;
- 5° Une diminution considérable du fer du foie.

**SCORBUT CHRONIQUE.** — Réalisé par Mouriquand et ses élèves, Mlle Weill et P. Michel, Bernheim, Bertoye, il se caractérise, lui aussi, par des hémorrhagies diverses, mais surtout sous-périostées. Ce qui le caractérise, c'est :

- 1° La *latence de son début*, qui a permis à ces auteurs d'introduire dans la science la notion très importante de *précaréence* ou de *carence inapparente* ;
- 2° Les *troubles digestifs*, dont l'anorexie ;
- 3° L'*arrêt de la croissance* pondérale et staturale, tous phénomènes qui, chez le cobaye jeune, rappellent d'assez près l'athrepsie humaine ou certains états dystrophiques du nourrisson (P. Woringer) ;
- 4° L'*existence de fièvre*, indépendante de toute infection (Mouriquand, Mlle Schoen et M. Popotag) ;
- 5° Son *évolution irrégulière*, avec amélioration et rechutes successives (Mouriquand et Michel, Mme Randoïn et R. Lecoq) ;
- 6° Quant à la *diminution de résistance aux infections*, elle est aujourd'hui aussi discutée que pour les vitamines B.

Le métabolisme des glucides et des protides n'est pas altéré. De même celui du calcium, du magnésium, du phosphore, du soufre.

Dans la production de ce scorbut expérimental interviennent deux facteurs :

- a) avitaminose C ;
- b) déséquilibre alimentaire.

**B. Avitaminoses humaines.** — Nous étudierons successivement le scorbut ;

- 1° Chez le nourrisson ;
- 2° Chez l'enfant ;
- 3° Chez l'adulte.

**Scorbut des nourrissons.** — *Syn.* — Maladie de Barlow. — **Historique.** — Décrit, dès 1859, par Moeller, sous le nom de *rachitisme aigu*, le scorbut des nourrissons a été individualisé, en 1883, par sir Thomas Barlow, médecin de St-Bartholomew Hospital, auquel on doit toutes les notions actuelles sur l'anatomie pathologique, l'étiologie, la symptomatologie et le traitement de cette affection. Il n'a laissé en suspens qu'une seule question : celle de l'identification du scorbut du nourrisson au scorbut de l'adulte. Cette question est aujourd'hui résolue par l'affirmative à la suite de recherches tant expérimentales (Hart, Mouriquand et ses élèves) que cliniques (Tobler). Ajoutons que « depuis que s'est répandue dans le public la notion que toute alimentation stérilisée ou de conserve doit comporter une certaine quantité d'aliments frais, la maladie de Barlow a à peu près disparu de la pathologie » (Ed. Lesné et R. Clément).

**Symptomatologie.** — Avec MM. Ed. Lesné et Robert Clément, dont nous suivrons, dans ses grandes lignes, la magistrale description, nous envisagerons

deux grands groupes de faits, selon qu'ils ressortissent :

- Aux formes *pures, typiques* ;
- Aux autres formes, qu'elles soient *atypiques, frustes* ou *complexes*.

**Formes pures, typiques.** — Elles s'observent surtout dans la seconde moitié de la première année et frappent exclusivement des nourrissons élevés avec du lait stérilisé à haute température.

Il existe une *période prodromique latente* (formes *inapparentes de l'avitaminose C*, de Mouriquand), avec, parfois, quelques symptômes peu caractéristiques : asthénie, pâleur, arrêt de la courbe de poids, bouffissure légère du visage.

Le *début, lent et progressif*, n'est aigu que lorsque la maladie succède à une infection, dont la vaccination, ou à un traumatisme. Si les accidents mettent un certain temps à apparaître, après l'administration de lait stérilisé, c'est sans doute parce que les tissus du nourrisson contiennent une certaine quantité de vitamine C, provenant elle-même de la mère. Cette période d'incubation varie, d'ailleurs, avec diverses causes : degré de stérilisation, précocité de la mise au régime carencé, sans oublier le facteur individuel, mis en évidence par beaucoup d'auteurs (Ed. Lesné et R. Clément, Zuber et Vallery-Radot, Mamerto Acuna).

A la période d'*état*, les symptômes dominants sont les *hémorrhagies*.

Les plus importantes sont celles qui siègent sous le *périoste*, et qui sont la cause des douleurs, signe précoce, constant, capital. Spontanées, elles expliquent l'agitation des enfants, leurs cris incessants, l'insomnie que l'on constate chez eux. Provoquées par un heurt, l'ébranlement du berceau ou un simple contact, elles ont pour conséquence l'immobilisation, soit de tout le corps, soit d'un membre ou d'un segment de membre, cuisse de préférence.

Vient-on à palper l'extrémité des os longs, et particulièrement l'épiphyse fémorale, on déclenche des mouvements désordonnés : c'est le *phénomène du pantin* d'Heubner, et, surtout, on constate l'existence de *tuméfactions osseuses*, dont l'aspect varie avec leur siège.

Occupent-elles l'extrémité inférieure du fémur, comme c'est la règle, elles donnent à la cuisse un aspect assez particulier. Les téguments, tendus, sont légèrement œdémateux, sans signes nets d'inflammation, tels que rougeur ou chaleur. A l'union de la diaphyse et de l'épiphyse, on perçoit, à la palpation, une tuméfaction dure, faisant corps avec l'os, auquel elle semble former une gaine. Due à la présence d'un hématome sous-périosté, elle déforme le segment de membre correspondant qui, de cylindrique, devient fusiforme.

Ces tuméfactions peuvent aussi siéger sur l'épiphyse supérieure du fémur ou du tibia, plus rarement en d'autres points : épiphyse inférieure du tibia, épiphyses de l'humérus, articulations chondro-costales, orbite, occasionnant, dans ce dernier cas, une protusion de l'œil avec œdème et hémorrhagies des paupières.



Lorsqu'elles intéressent les os longs des membres inférieurs, elles occasionnent une *impotence fonctionnelle caractéristique* : l'enfant ne bouge plus les jambes, leur mobilisation réveillant de vives douleurs.

Il peut survenir aussi, chez les petits malades, des décollements épiphysaires, d'une part, et de l'autre, des fractures occupant la partie spongieuse de la métaphyse, dont la symptomatologie, en l'absence de crépitations et de tout déplacement important, reste fruste, et qui appartiennent bien au scorbut, puisqu'elles ont pu être reproduites par l'expérimentation (Mouriquand et Michel).

Ces hématomes sous-périostiques se traduisent, aux examens radiologiques, par des images précoces et durables.

Le plus souvent, ce qu'elles mettent en évidence, c'est le *décollement périosté*. A l'extrémité inférieure du fémur, par exemple, le périoste apparaît sous forme d'une ombre mince, linéaire, séparée du corps de l'os par une zone claire, correspondant à l'épanchement hémorragique, qui peut, ultérieurement, se calcifier et, par suite, devenir opaque aux rayons.

M. Ed. Lesné attribue une grande importance à la *déformation en bouchon de champagne de l'extrémité costale*, élargie, souflée, largement ouverte, coiffée d'une zone claire entourée d'un liseré opaque, signe précoce et presque pathognomonique.

Fränkel a beaucoup insisté sur l'existence d'une ombre transverse très foncée, occupant les extrémités de la diaphyse, et qui correspondrait à la zone de destruction (Trummerfeldzone) ou de bouleversement subi par le cartilage d'ossification, interprétation contestée par Eisler. Il est de fait que cette ombre manque souvent.

De même, on est loin d'être d'accord sur la valeur qu'il faut attribuer au *cerclage des noyaux épiphysaires des os longs* (Wimberger).

Très rares chez le nourrisson au-dessous de six mois, les *hémorragies gingivales* traduisent leur existence par une tuméfaction de la muqueuse gingivale, sur laquelle apparaissent de petites taches purpuriques. Les premières dents sont-elles déjà sorties, le repli gingivo-dentaire se décolle à leur pourtour, se boursoufle, puis prend une teinte violacée.

Les autres *hémorragies* sont exceptionnelles. Notons cependant la possibilité de purpura, d'hémorragies gastro-intestinales ou urinaires, parfois histologiques, et la transformation hémorragique, chez les patients, des fièvres éruptives à type exanthématique.

Loin derrière les hémorragies, se placent les symptômes d'ordre circulatoire ou digestif, les arrêts de développement et les troubles trophiques.

Des symptômes intéressant l'appareil circulatoire, le plus important est l'*anémie*, conséquence directe des hémorragies, bien qu'elle ne leur soit pas toujours proportionnelle et qui peut affecter des types divers : le plus souvent, anémie banale, quelquefois chlorose ou syndrome de van Jacksh-Luzet.

Ces altérations d'ordre hématologique : anémie, sans modification de nombre des plaquettes, sans allongement du temps de saignement et de la coagulation, sans irrtractilité du caillot, mais avec abaissement du taux des albumines du sang, portant principalement sur la sérine, sont précoces et durables, sauf

pour la réparation globulaire, qui s'effectue rapidement dès la convalescence : elles évolueraient parallèlement aux signes radiologiques (Rosenkranz). Frontali a beaucoup insisté sur l'augmentation de la fragilité vasculaire, bien que la tension capillaire soit plutôt abaissée.

Les autres manifestations circulatoires méritent une mention spéciale. L'apyrexie est habituelle, bien qu'on connaisse quelques cas de scorbut fébrile. Le cœur est augmenté de volume, surtout dans ses cavités droites, ainsi que les vaisseaux de la base (Hess). A cette dilatation, caractéristique du *cœur scorbutique* (Erdheim), correspondent des troubles fonctionnels variés : tachycardie vraie ou sinusale, hypotension artérielle, tachypnée, tous troubles rétrocedant rapidement par le traitement du scorbut (Hess).

Parmi les *troubles digestifs*, il faut réserver la première place à l'*anorexie*, précoce, accusée, durable.

Constants, les *troubles du développement* portent à la fois sur la croissance staturale autant que pondérale, et frappent d'autant plus qu'ils s'observent chez des enfants « *overwelnurished* », au-dessus de leur poids et d'apparence bouffie.

Quant aux *troubles trophiques*, ils consistent en hyperkératose des membres inférieurs, gangrènes sèches des pieds ou des jambes, œdèmes de deux sortes, les uns généralisés, sans godet, les autres, tardifs, dont la disparition, à la convalescence, s'accompagne d'une chute de poids temporaire (Hess, Walgreen).

**Formes frustes, atypiques et complexes.** — Nous avons déjà signalé les *carences inapparentes de Mouriquand*, qui n'attendent, pour se révéler, qu'un facteur de révélation (Mouriquand) dont, surtout, les infections intercurrentes (Wohringer et Sale) et qui ne sont pas toujours précédées de phénomènes dystrophiques (Rohmer et Bindschleider). Ajoutons :

1° Les *formes frustes*, bien étudiées par Hess, Frontali (de Padoue), P. Bertoye (de Lyon), dont :

Certains états dystrophiques (P. Rohmer), avec pâleur, œdème de la face et des extrémités, nervosité, insomnie, anorexie, stabilisation de la courbe pondérale et staturale, douleurs vagues des membres, diminution de résistance aux infections (*dysergie scorbutique* d'Abels). Parfois, existe un seul de ces symptômes, dont la nature sera prouvée par sa rétrocession lorsqu'on introduit dans l'alimentation du jus de fruits ou de légumes ;

Certains états où l'*anémie* constitue, soit le premier (Bacon, Rohmer), soit le seul (Mouriquand et Bertoye) signe du scorbut, se montre rebelle à la médication martiale et ne guérit que par l'introduction, dans le régime, d'aliments contenant la vitamine C. Elle peut affecter des allures graves (L. E. Tixier, Benoit) ;

2° Les *formes atypiques*, parmi lesquelles les *formes fébriles*, que la fièvre soit monosymptomatique ou qu'elle accompagne chaque nouvelle poussée. Tandis que celle-ci est, par définition, intermittente, celle-là est continue : élevée, de type irrégulier, accompagnée d'anorexie, elle résiste à tous les antithermiques pour disparaître immédiatement sous l'influence du



seul traitement approprié. Elle appartient bien à la maladie, puisqu'on l'a observée dans le scorbut expérimental (Netter, 1903 ; Mouriquand, Mlle Schoen et M. Popotag) ; indépendante de toute infection, sans rapport avec la résorption sanguine, elle rentre (Mouriquand, Bernheim et Juillet) dans le cadre des fièvres alimentaires (Chabrun). MM. P. Rohmer et Bindshleder insistent sur l'anémie préscorbutique, justifiable du fer et de la vitamine C.

Certains *états hémorragiques* (angiodystrophie scorbutique d'Aschoff et Koch), avec purpura simple ou hémorragique, hémorragies occultes des voies digestives ou urinaires (Comby), exposent à de nombreuses erreurs de diagnostic, épistaxis répétées, hémorragies sous-périostées de siège anormal : orbitaire (v. plus haut), épidurales, donnant naissance à des réactions méningées, hémarthroses, intéressant le genou. Souvent, dans ces cas, le signe du lacet peut être constaté ;

3° Les formes complexes, qu'il y ait association, à l'avitaminose C, d'autres avitaminoses (avitaminose D, surtout), ou de carences en graisses et en amino-acides. Il s'agit souvent, dans ces cas (Ed. Lesné et Robert Clément), de bébés nourris avec des farines hautement blutées et stérilisées à haute température, auxquelles on ajoute soit de petites doses de lait stérilisé, soit des pâtes et des farineux, et laissés de longs mois soumis à ce régime. Les troubles digestifs, constants, aggravent encore l'état des malades, en ajoutant, à la carence alimentaire, une carence d'absorption. Pâles, bouffis, asthéniques, ils ont la peau sèche, les cheveux cassants ; poids et taille sont, chez eux, inférieurs à la normale ; sujets à l'anorexie, qu'explique l'état saburréal de leurs voies digestives, ils ont un abdomen météorisé et gargouillant. Ils sont sujets à la carie dentaire, comme aux infections cutanées, qui, chez eux, se cicatrisent mal et difficilement.

Dans la majorité des cas, l'évolution est lente. Après une période d'incubation plus ou moins prolongée, la maladie se manifeste surtout par des hématomes sous-périostés et par un état anémique. Elle se termine, habituellement, par la guérison, mais les rechutes, favorisées par les erreurs de régime ou par les infections, sont toujours à craindre. La mort, exceptionnelle aujourd'hui, est le fait d'une complication : hémorragie cérébrale ou méningée, dilatation cardiaque, infection secondaire, tétanie.

Dans les allures comme dans l'évolution du scorbut du nourrisson, interviennent diverses causes : fonctionnement des glandes endocrines, l'hyperthyroïdie jouant un rôle d'autant plus considérable que l'enfant est plus jeune (Mouriquand), alimentation déséquilibrée avec excès de calories et insuffisance de vitamine C, surabondance des autres vitamines, état du terrain (Lelong, Mouriquand), prouvé par ces deux constatations : un régime scorbutigène, même prolongé, n'aboutit pas toujours au scorbut (Mouriquand) ; une fois installée, cette affection peut disparaître spontanément (Ed. Lesné et Robert Clément). Pour Mouriquand, la résistance qu'oppose au scorbut l'organisme de certains nourrissons est inversement proportionnelle au métabolisme basal.

**Diagnostic.** — POSITIF, il se fonde sur l'apparition, chez un nourrisson soumis, depuis un temps suffisant, à un régime carencé en vitamine C, d'une impotence fonctionnelle des membres inférieurs, liée à la présence d'hématomes sous-périostés du fémur, appréciables tant à la palpation qu'à l'examen radiographique, et, très généralement, apyrétique.

DIFFÉRENTIEL, il doit surtout éliminer :

La *paralysie infantile*, reconnaissable à ses réactions méningées, cliniques et biologiques, comme à l'existence de paralysies flasques, atrophiques, avec D. R. plus ou moins étendue ;

L'*ostéomyélite aiguë*, qui a pour elle son début brusque, son évolution rapide, la fièvre élevée qui l'accompagne ;

La *maladie de Parrot*, où il y a, cliniquement, décollement juxta-épiphysaire, radiographiquement, une image de destruction osseuse, qui se voit chez les hérédo-spécifiques et qui guérit par le traitement ;

La *périostite hérédo-syphilitique*, moins douloureuse que la maladie de Barlow, où les douleurs sont surtout nocturnes, et où la radiographie montre des images floues ; indépendante de toute carence, elle est favorablement influencée par le traitement spécifique ;

L'*acrodynie*, dont les symptômes prédominants sont la coloration rouge des extrémités (pink disease), avec tendance à la gangrène, les troubles du caractère, la tachycardie, l'hypertension artérielle.

**Anatomie pathologique.** — Elle a été élucidée grâce aux recherches expérimentales de Höja, Mouriquand, Michel et Bernheim, Löwi et Iwabuchi.

Deux ordres de lésions.

Les *hémorragies*, qui peuvent siéger partout, se compliquent souvent d'œdèmes, et dont la cause est encore mal déterminée ;

Les *lésions osseuses*. L'hématome sous-périosté engaine l'extrémité de certains os longs : fémur surtout, et s'accompagne d'hémorragies intéressant, les unes, la zone médullaire, les autres, la zone compacte. Histologiquement, ce qui domine, ce sont les altérations des ostéoblastes qui, ayant perdu leurs caractères normaux, ne peuvent plus édifier qu'un tissu osseux de qualité inférieure (Höja), avec tendance à l'ostéoporose. Autour de la zone de destruction, le tissu conjonctif s'organise. Pour les os longs, la zone d'ossification s'élargit, les noyaux épiphysaires deviennent poreux. Ces lésions expliquent, d'une part, la fragilité de l'os, et, de l'autre, la lenteur du processus de réparation.

**Etiologie et pathogénie.** — Exceptionnel chez les nourrissons au sein, le scorbut s'observe exclusivement chez ceux qui absorbent des aliments dépourvus de vitamine C, ou dont la ration est déséquilibrée.

Quels sont donc ces aliments ?

1° Les *laits stérilisés à haute température*, homogénéisés, oxygénés, maltés, les *mélanges de farine et de lait*. De ces produits, rapprochons les *pseudo-solutions à base de caséinate calcique*.

2° Les *farines hautement blutées et stérilisées à haute température*.



L'usage exclusif de pâtes alimentaires, de légumes secs, de farineux, conduit également à la maladie de Barlow.

Quant aux *facteurs de déséquilibre*, ils ont été démontrés :

Cliniquement, par l'apparition de phénomènes scorbutiques chez des enfants soumis à un régime déséquilibré ;

Expérimentalement, par les recherches de Mouriquand et Michel, réalisant, chez le cobaye, un syndrome très voisin du scorbut par administration d'une alimentation déséquilibrée, pourtant riche en vitamine C (1922), de Beszonoff, et de R. Lecoq (1931), qui a obtenu, chez le jeune cobaye, un état ostéo-dystrophique comparable au scorbut par un déséquilibre minéral important de la ration portant sur le Ph et le Ca, la vitamine C étant pourtant donnée en quantité suffisante.

**Scorbut de l'enfant.** — Aux signes précédents s'ajoutent :

Des *hémorragies gingivales nettes*, souvent précoces (Tobler, Shagan), prédominant autour des dents cariées, pouvant se propager à la muqueuse buccale ou aboutir au noma, et qui, en tout cas, gênent l'alimentation ;

Des *hémorragies musculaires* favorisées par le traumatisme ;

Des *hémorragies sous-cutanées*, occupant la face externe des membres inférieurs ;

Des *modifications de certaines réactions biologiques* : augmentation du métabolisme basal (Knipping et Kowitz), de la toxicité urinaire.

**Scorbut de l'adulte.** — D'après Mme Randoin et M. Simonnet, c'est au sire de Joinville qu'en est due

l'une des premières descriptions. Parlant des souffrances qu'eut à subir l'armée de saint Louis lors du siège du Caire, en 1249, cet historien écrit :

« Et nous vint la maladie de l'ost (armée), qui était telle que la chair de nos jambes séchoit et était tannée de noir et de terre ; et à nous qui avions maladie telle, venait chair pourrie aux gencives et nul n'échappoit. Le signe de la mort était que là où le nez saignoit, il falloir mourir. »

**Étiologie.** — Depuis cette époque lointaine, le scorbut a été observé toutes les fois que l'alimentation n'a pu comporter d'aliments frais : c'est dire que, pendant des siècles, il a frappé les navigateurs, chez lesquels, du temps de la marine à voile et des longues traversées, il a fait de nombreuses victimes. Il n'a disparu des marines anglaise, puis française, que lorsque l'emploi du jus de citron y est devenu réglementaire. Il a sévi au cours des dernières grandes guerres : guerres de Sécession, de 1870, russo-japonaise (siège de Port-Arthur), de 1914-1918 (retraite de l'armée serbe) et, plus récemment encore, dans les troupes enfermées à Kut-el-Amara.

Dans l'étude clinique du scorbut, il faut distinguer trois phases.

La première s'annonce par de la pâleur et par de la bouffissure du visage ; par de l'anorexie, avec nervosité, tristesse, asthénie. Bientôt, les gencives se tuméfient, deviennent douloureuses et saignent au moindre contact. En même temps, apparaissent sur la peau des taches purpuriques : stries, vibices et surtout ecchymoses, occupant, de préférence, les membres inférieurs.

# DINITRA

alpha-dinitrophénol 1.2.4

## OBÉSITÉ

HYPOTHERMIES — HYPOSPHYXIES  
HYPOTHYROÏDIES

HYPOMÉTABOLISMES

RALENTISSEMENTS

de la NUTRITION



SOCIÉTÉ D'APPLICATIONS PHARMACODYNAMIQUES, 5 & 7, rue Claude Decaen - PARIS 12



A la seconde, il y a aggravation des symptômes précédents, auxquels s'en ajoutent d'autres, qui peuvent être d'ordre :

Nerveux : contractures, intéressant surtout les fléchisseurs de la jambe sur la cuisse ; céphalalgie, douleurs diverses ;

Digestif : état saburral de la langue, sialorrhée ;

Respiratoire : dyspnée, sensation de contraction thoracique ;

Articulaire : tuméfaction douloureuse des genoux, gênant la marche, ou même la rendant impossible.

Les gencives prennent un aspect fongueux ; les ecchymoses augmentent de nombre et d'étendue, certaines prennent un aspect gangréneux ; les hémorragies viscérales : hémoptysies, hématuries, malocclusion, et, surtout, hématuries, sont la règle.

La maladie se termine souvent par défaillance cardiaque. D'autres fois, elle suit son cours et aboutit à la troisième période, où l'état des patients inspire la pitié. Ils ne peuvent ni respirer, ni absorber d'aliments, ni dormir, ne fût-ce qu'un moment. Les dents tombent, les hémorragies redoublent, l'œdème des membres inférieurs et du tronc s'installe en permanence. L'apparition d'infections secondaires hâte la mort qui, ici encore, peut être le fait d'une syncope.

A côté de cette forme typique, il convient de réserver une place aux formes frustes (Weill et Mouriquand, 1919, Meulengrechl, Ohnell, Gicher et Sherry), parmi lesquelles, avec Mme Randoïn et M. H. Simonnet, il faut placer certaines périostites alvéolo-dentaires, qui « peuvent être le résultat lointain d'une très légère carence de vitamine C répétée au cours des années et due au broyage, à la dessiccation des aliments, à l'abus de la cuisson. Certains sujets sont particulièrement sensibles à une carence, même partielle, de facteur antiscorbutique ».

**Traitement.** — I. CHEZ LE NOURRISSON. — Préventif, il consiste à élever les enfants au lait naturel : lait de femme, à son défaut, lait de vache stérilisé à basse température.

Est-on obligé de leur donner du lait en poudre ou du lait condensé, on veillera : 1° à ce que ces laits ne soient pas trop vieux ; 2° à ajouter à l'alimentation des jus de fruits ou de légumes, qu'on aura soin d'administrer dès leur préparation, pour éviter les fâcheux effets de l'oxydation sur la vitamine C. A partir du 6<sup>e</sup> mois, on pourra donner, soit du bouillon de légumes frais, soit un fruit cru bien mûr.

Curatif, il suit les mêmes règles.

On introduira dans l'alimentation du jus :

De fruits acides, en se rappelant d'en donner de grandes quantités (Ed. Lesné et ses élèves, Mouriquand et son école) : jus de citron surtout ; à son défaut, jus d'orange ou de tomate ;

De légumes frais : épinards, choux, cuits à l'étuvée, et dont on donnera 3 à 4 cuillerées à soupe par jour.

Parallèlement, on redressera les erreurs de régime, dont on supprimera les aliments carencés, pour les remplacer par des aliments frais, on veillera à rétablir l'équilibre alimentaire, etc.

Les nourrissons seront laissés au lit, sans être toutefois privés des bienfaits de l'héliothérapie naturelle ou artificielle. Leur convalescence sera attentivement surveillée.

II. CHEZ L'ENFANT ET CHEZ L'ADULTE, mêmes prescriptions générales : usage, à titre préventif, d'aliments frais, dont, surtout, le jus de citron, réglementaire dans la marine anglaise depuis 1757 ; administration, en cas de scorbut confirmé, des mêmes principes : jus de fruits et d'oranges, donnés *largam manu*, traitement symptomatique.

§ II. — Fonctions de la vitamine C. — On peut les résumer ainsi :

1° Il existe vraisemblablement (Mme Randoïn et Lecoq, 1927) deux vitamines C.

a) Une spécifiquement antiscorbutique, assurant la perméabilité des capillaires sanguins. Vient-elle à faire défaut, les « constantes » du milieu intérieur subissent des modifications profondes, que nous avons déjà signalées, et qui, troublant la nutrition de l'endothélium de ces capillaires, aboutissent à leur dégénérescence : « Ces cellules n'arrivent plus à maintenir le sang à l'intérieur des vaisseaux et se trouvent dans l'impossibilité d'accomplir leurs fonctions, notamment celle qui consiste à assurer le passage des éléments nourriciers aux cellules vivantes des os (chondroblastes et ostéoblastes), ces dernières s'altérant à leur tour avec une extrême vitesse » (Mme Randoïn et H. Simonnet).

b) A côté de la vitamine antiscorbutique, il faut réserver une place à une autre vitamine jouant un rôle dans le métabolisme du fer, peut-être (A. Thiroux) conditionné lui-même par le métabolisme du cholestérol, et identique ou analogue à la substance d'utilisation ferrique isolée, par Hart, Stoenbock, Elvehjem et Waddel, de certains extraits végétaux. A l'appui de cette hypothèse, rappelons la fréquence de l'anémie chez les nourrissons atteints de scorbut, et qui, souvent, prend le type chlorotique (P. Bertoye, Ed. Lesné et Vagliano).

2° L'évolution du scorbut expérimental étant indépendante du sexe et de l'âge, la vitamine C n'intervient pas spécialement dans la croissance, mais se comporte comme un facteur d'équilibre et d'entretien (Mme L. Randoïn), jouant un rôle important dans les phénomènes d'oxydo-réduction.

3° Dans quelques cas pathologiques, elle exercerait pourtant une action stimulante sur la croissance pondérale : il en est ainsi pour les nourrissons dystrophiques ne présentant pas de troubles digestifs.

4° De même, en clinique humaine, divers auteurs lui attribuent un rôle eutrophique : elle améliorerait la dyspepsie des farineux, certaines diarrhées et, pour Rohmer, la maladie coeliaque.

5° Les recherches toutes récentes de Mlle Edna Harde autorisent, enfin, à se demander si la vitamine C ne protège pas l'organisme contre certaines infections ou intoxications lésant particulièrement l'écorce de la surrénale ou les muqueuses digestives.



# PEPTONATE DE FER ROBIN

Gouttes - Vin - Elixir

## ANÉMIE-CHLOROSE-DÉBILITÉ

R. C., 221.839,  
Seine.

LABORATOIRES ROBIN, 13. Rue de Poissy. PARIS

# BELLAFOLINE

"SANDOZ"

Alcaloïdes totaux de la Belladone, à l'état pur, solubles, stables, exactement dosés, injectables

**GOUTTES**

X à XX, trois fois par jour.

**COMPRIMÉS**

1 à 2, trois fois par jour.

**AMPOULES**

1/2 à 2 par jour.

**SIROP**

2 à 6 cuillerées à café p<sup>r</sup> jour.

PRODUITS "SANDOZ", 20, rue Vernier. — PARIS-17<sup>e</sup>

B. JOYEUX, pharmacien de 1<sup>re</sup> classe

# OLÉTHYLE-BENZYLE

Granules de CATILLON

à 0,001 Extrait Titré de

C'est avec ces granules qu'ont été faites les observations discutées à l'Académie de Médecine en 1889, elles prouvent que 2 à 4 par jour donnent une diurèse rapide, relèvent vite le cœur affaibli, dissipent ASYSTOLIE, DYSPNÉE, OPPRESSION, ŒDÈMES, Affections MITRALES, CARDIOPATHIES des ENFANTS et VIEILLARDS

## STROPHANTUS

Granules de CATILLON 0,0001

## STROPHANTINE

CR.

TONIQUE du CŒUR par EXCELLENCE — TOLÉRANCE INDÉFINIE

Griz de l'Académie de Médecine pour "Strophantus et Strophantine", Médaille d'Or Expos. Univ. 1900

PARIS, 3, Boulevard St-Martin. — R. C. Seine 48283



## BIBLIOGRAPHIE

- E. BERTOYE. Formes frustes et latentes des avitaminoses. *Questions médicales d'actualité*, janvier 1933.
- A. GIROUD et C.-P. LEBLOND. La vitamine C dans l'hypophyse, *C. R. de la Soc. de Biol.*, n° 22, p. 629.
- A. GIROUD, C.-P. LEBLOND et R. RATSIMAMANGA. Parallélisme entre les vitamines C et la chlorophylle, *C. R. de la Soc. de Biol.*, n° 32, 1934, p. 612.
- Ed. LESNÉ et ROBERT-CLÉMENT. Avitaminoses, in *Traité de médecine des enfants*. Paris, 1934, in-8°, t. I, p. 408-427.
- L. RANDOIN et H. SIMONNET. *Les vitamines*. In-16, Paris, 1932, 217 p.
- P. ROHMER, N. BESZONOFF, Mlle SANDERS et E. STOERR. Variations saisonnières de la teneur du lait en vitamine C, *Presse méd.*, 25 juillet 1934.

## SOCIÉTÉS SAVANTES

## ACADEMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 2 JANVIER 1935)

Modifications sanguines chez les cancéreux traités par le venin de serpent. — MM. J. VELLARD et M. MIGNELOTE-VIANNA.

(SÉANCE DU 7 JANVIER 1935)

Sur un pigment élaboré par le bacille diphtérique. — MM. MLADEN, PAIG et Marcel PHILIPPE.

De l'importance de la porte d'entrée dans l'évolution du sarcome d'Ehrlich. — MM. Alexandre BESREDKA et Ludwig GROSS.

## ACADEMIE DE MEDECINE

(SÉANCE DU 15 JANVIER 1935)

Notices. — M. PORTIER lit une notice nécrologique sur M. Lucien Camus, et M. MARION rappelle les travaux de M. César Roux (de Lausanne).

Intoxication saturnine par les eaux d'alimentation. — M. DESGREZ présente une note de MM. PELLÉ et ARTUS. Ces auteurs établissent :

1° La fréquence et la gravité des intoxications saturnines démontrées par de multiples analyses qui ont révélé la présence de plomb dans l'eau d'alimentation. Il importe de rapporter ces accidents à leur véritable cause qu'il suffit de supprimer pour les faire disparaître ;

2° La propriété des eaux pures, faiblement minéralisées, légèrement acides, des pays granitiques, de dissoudre le plomb ;

3° La vanité de la protection par l'emploi des tuyaux étamés qui n'offrent aucune résistance spéciale à l'action dissolvante de ces eaux. L'étamage provient d'ailleurs d'un alliage contenant au moins 80 % de plomb et présente rapidement de nombreuses et dangereuses solutions de continuité ;

4° La supériorité de la méthode de calcarification, par adjonction de chaux, de l'eau avant sa distribution. Elle paraît efficace, peu onéreuse, d'application facile, et s'impose pour protéger la santé publique contre les accidents

saturnines, dont la fréquence et la gravité paraissent incontestables.

La prémunition de la tuberculose par le B. C. G. — M. GUÉRIN. Une année s'est écoulée depuis la mort de Calmette. Sa méthode de vaccination contre la tuberculose par le B. C. G. continue à être en progrès. Pendant les dix premiers mois de 1933, le nombre des vaccinations effectuées en France s'est élevé à 110.486, celui des revaccinations à 13.909.

Pendant les dix premiers mois de 1934, ces nombres sont passés à 136.544 vaccinations et 20.819 revaccinations.

Recherches sur les embolies pulmonaires expérimentales. — M. Maurice VILLARET met en évidence la discordance qui existe entre les données de la clinique et les constatations anatomo-pathologiques dans les embolies pulmonaires.

Le point le plus obscur dans la pathogénie de ces accidents est incontestablement la mort subite déterminée par des embolies de moyen volume contrastant avec des survies assez prolongées au cours de l'embolie massive, survie permettant même de pratiquer l'opération de Trendelenburg.

Depuis trois ans, M. Maurice Villaret a repris la question au point de vue expérimental avec L. Justin-Besançon et Pierre Bardin. Ces recherches montrent qu'il est très difficile d'obtenir une mort rapide des animaux à l'aide de gros corps embolisants. C'est ainsi que l'embolus énorme, représenté par une centaine de grosses perles du calibre de la jugulaire externe, permet au chien de survivre plusieurs jours.

Mais le groupe d'expériences le plus précis a été réalisé à l'aide de poudres calibrées : alors que l'embolie réalisée avec une poudre de pierre ponce passée au tamis 80 ne détermine même pas toujours de l'altération de la respiration, par contre, dès qu'on utilise des poudres passant au tamis 120, on provoque, à faible dose, une polypnée intense et bientôt une mort foudroyante.

M. Maurice Villaret déduit de ces recherches l'importance des réflexes neuro-végétatifs et des troubles vaso-moteurs réalisés par l'embolie, notion qui ouvre des horizons nouveaux sur le mécanisme des lésions anatomiques, d'une part, et d'autre part, sur de nouvelles possibilités thérapeutiques.

## SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 1<sup>er</sup> DÉCEMBRE 1934)

Antagonisme de l'ion potassium et de l'ion magnésium sur l'adrénalinosecrétion. — MM. R. HAZARD et L. WURMSER montrent que l'ion magnésium affaiblit l'action hypertensive et l'action hyperglycémiant exercée par l'ion potassium, en diminuant l'adrénalinosecrétion provoquée par ce dernier.

Toxine staphylococcique. — MM. Henri BONNET et P. NÉLIS étudient l'action de la toxine staphylococcique introduite dans le canal rachidien du lapin, par ponction sous-occipitale. Son action neurotoxique se manifeste par des troubles de la motilité se traduisant par des mouvements convulsifs et des contractures ; l'arrêt de la respiration précède l'arrêt cardiaque. Cette action est proportionnelle à la dose injectée.

Le potassium du sang dans les différentes formes du diabète sucré. — MM. F. RATHERY et J. BERTOLIATTI. Chez les diabétiques simples, la kaliémie plasmatique est en général normale. Dans certains cas cependant elle peut être légèrement augmentée. Le potassium globulaire et le potassium du sang total varient dans des limites normales.



# SIROP DU D<sup>R</sup> REINVILLIER

(Lauréat de l'Académie de Médecine de Paris)

au Phosphate de Chaux hydraté  
TUBERCULOSES - RACHITISME - MALADIES DES OS & DU SYSTÈME NERVEUX  
DENTITION DIFFICILE

DOSES : 2 à 4 cuillerées à bouche, à dessert ou à café suivant l'âge

ASSIMILATION  
COMPLÈTE

PRESCRIRE :  
SIROP REINVILLIER, un flacon

BERTAUT-BLANCARD FRÈRES  
64, Rue de La Rochefoucauld, PARIS (9<sup>e</sup>)

PAS D'ACIDE  
LIBRE

## THÉRAPEUTIQUE IODORGANIQUE & RADIODIAGNOSTIC

### LIPIODOL LAFAY

Huile Iodée à 40 %

#### Pour combattre

Asthme  
Artériosclérose  
Lymphatisme  
Rhumatisme  
Algies diverses  
Sciatique  
Syphilis

#### Pour Explorer

Système Nerveux  
Voies respiratoires  
Utérus et trompes  
Voies urinaires  
Sinus nasaux  
Voies lacrymales  
Abscesses et fistules

Ampoules, Capsules, Emulsion, Comprimés

A. GUERBET & C<sup>ie</sup>, Pharmacien, 22, Rue du Landy — S<sup>t</sup>-OUEEN, près Paris.

VÉNET-JEP-CARRÉ

*avez-vous lu :*

LES APPLICATIONS CLINIQUES DE L'INSULINE EN DEHORS DU DIABÈTE

LA THÉRAPEUTIQUE DU DIABÈTE PAR L'INSULINE

LE LABORATOIRE DE L'ENDOPANCRIE est à votre disposition pour vous envoyer ces deux brochures

48, RUE DE LA PROCESSION — PARIS-15<sup>e</sup>

CURE DE

## DIURESE

EVIAN

SOURCE

CACHAT

VOIES URINAIRES, FOIE

GOUTTE GRAVELLE

ARTÉRIO-SCLÉROSE

CHARBON DE PEUPLIER sous forme de GRAINS ANISÉS de CHARBON TISSOT  
Humectent, divisent, aseptisent, expulsent.  
et conséquences : MAUVAISES DIGESTIONS, MIGRAINES, LOURDEURS de TÊTE  
DIVISION du BOL ALIMENTAIRE HÉMORROIDES, etc. — Une cuillerée à café avalée comme des graines de lin, après chaque repas.  
CONSTIPATION Toutes Pharmacies. — Échantillons : PARIS, 34, BOULEVARD DE CLICHY (Service A.)



Chez des diabétiques consomptifs, la kaliémie plasmatique est nettement augmentée. La kaliémie globulaire et celle du sang total restent dans des limites normales. Elles ne sont pas influencées après un mois de traitement insulinique.

Même après un traitement par l'insuline de l'ordre de plusieurs mois, la kaliémie plasmatique, tout en s'abaissant, reste encore au-dessus du taux normal.

Il serait intéressant de suivre pendant longtemps les diabétiques simples à kaliémie augmentée, pour savoir si on n'assisterait pas à une aggravation de leur diabète.

Les quelques cas de coma et de complications du diabète sucré que nous avons étudiés ne semblent pas indiquer de relation entre le taux de la kaliémie et ces complications.

Dans le diabète bronzé, nous n'avons pas trouvé de modifications de la kaliémie.

**Etude expérimentale de l'action de différents sels d'or sur le sang.** — M. Philippe COTTARD, à la suite des nombreuses observations cliniques qui ont été publiées sur les modifications sanguines au cours de la chrysothérapie, a abordé le côté expérimental de la question. Des doses différentes de sels d'or ont été injectées à des lapins en bonne santé.

Dans une première série (dose subtoxique), on note une augmentation sensible des globules rouges qui persiste assez longtemps, une légère leucocytose avec polynucléose atteignant son maximum en un mois environ; le nombre des granulocytes s'élève de 8.192 à 8.858 et 11.247 pendant les troisième, quatrième et cinquième semaines.

Dans une deuxième série (doses moyennes répétées un petit nombre de fois), on observe encore une augmentation des globules rouges, mais temporaire et cessant avec les injections, et une très légère leucocytose.

Dans la troisième série (doses moyennes longtemps prolongées), les globules rouges augmentent de nombre pendant 6 à 10 semaines, puis diminuent progressivement. Le nombre des globules blancs augmente d'abord légèrement puis, au bout de trois mois environ, d'une manière très sensible, sans dépasser le triple de sa valeur primitive.

L'auteur explique l'augmentation des hématies par une excitation directe des organes hématopoïétiques. On observe sur les frottis des hématies nucléées qui disparaissent quand les globules rouges diminuent. L'action sur les globules blancs n'est pas moins intéressante; il y a passage dans le sang circulant de cellules d'irritation des séries lymphocytaire et monocyttaire.

**Propriétés biologiques et nombre des variétés dissociées, en particulier des cultures de bacilles tuberculeux d'origine aviaire.** — MM. A. SAENZ et L. COSTIL ont été conduits à admettre antérieurement, comme les auteurs américains, que les bacilles aviaires et des mammifères peuvent se dissocier en quatre variantes : S., F.S., R. et Ch., qui se distinguent par leurs propriétés biologiques, physico-chimiques et leur virulence.

Mais, s'il n'est pas douteux que les deux variétés R et S de chaque souche dissociée méritent de conserver leur autonomie, il n'en est pas de même en ce qui concerne les colonies de la variété F.S., qui perdent leurs caractères morphologiques au cours des réensemencements; comme d'autre part il est facile de les obtenir régulièrement à partir de la variété S, on ne peut donc considérer le type F.S. comme une variété autonome.

En ce qui concerne la variété Ch., elle présente des caractères autonomes spécifiques qui permettent de la différencier nettement des deux variétés extrêmes S et R. Mais on observe que les animaux inoculés avec cette variété Ch. répondent de la même façon à la variété R correspondante.

Ces faits montrent qu'en réalité, il n'existe, dans chaque souche de bacille aviaire, que deux types de colonies réellement différenciés.

**Modes d'inoculation du virus lymphogranulomateux aux simiens réceptifs.** — MM. Jean LEVADITI et L. REINIÉ concluent de l'ensemble de leurs constatations que le virus lymphogranulomateux est pathogène pour le singe, lorsqu'il est injecté dans les ganglions lymphatiques, la moelle osseuse ou une articulation, alors qu'il paraît dépourvu de toute action sur les muqueuses anales, nasales et urétrales. Ces faits confirment ainsi l'affinité du virus pour le système réticulo-endothélial. Ils montrent, de plus, que son pouvoir pathogène est plus marqué pour l'homme que pour les simiens, attendu que des contaminations urétrales et anales ont déjà été signalées en clinique humaine.

**Comparaison entre les agglutinines actives vis-à-vis du B. coli chez des malades atteints de pyélonéphrite colibacillaire et chez les sujets indemnes de toute atteinte colibacillaire.** — MM. R. KOURILSKY et ONG SIAN GWAN ont constaté que :

1° La présence d'agglutinines très actives vis-à-vis des souches étrangères de colibacille est un fait assez répandu en pathologie, en dehors de toute infection colibacillaire active;

2° Les taux d'agglutination sont spécialement élevés chez des malades atteints d'affections hépatiques;

3° La sensibilité cutanée au filtrat de colibacille varie en sens inverse des taux d'agglutination spécifique.

**Présence d'agglutinines actives vis-à-vis du B. coli chez les tuberculeux.** — MM. R. KOURILSKY et ONG SIAN GWAN ont constaté chez certains sujets indemnes de toute atteinte colibacillaire concomitante, une proportion élevée d'anticorps vis-à-vis de souches bacillaires d'origine étrangère.

Cette élévation ne correspond ni à la localisation, ni à la forme évolutive de tuberculose pulmonaire. Elle ne se produit pas chez les sujets gravement atteints.

Il est probable que, dans un organisme en état d'infection tuberculeuse active, la production d'anticorps spécifiques ou non se trouve stimulée.

## ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

**Mardi 22 janvier.** — Jury : MM. Brindeau, président; Chevassu, Cunéo, Tanon. — M. DIÉGO-LAMAR. A propos de quelques complications urinaires consécutives aux pelviotomies. — M. Du PASQUIER. Considérations sur le traitement actuel de l'hypertrophie prostatique. — M. SZANTO. Le lait et ses falsifications.

**Mercredi 23 janvier.** — Jury : MM. Fiessinger, président; Loeper, Harvier, Lemaire. — M. BOUDONNET. Le cœcum inversé. — M. GIRAUD. Spasmes duodénaux dans l'appendicite chronique et les inflammations du côlon droit. — M. WALDMANN. Etude du principe actif du genêt à balai appliqué à la crise intritoïde.

**Jeudi 24 janvier.** — Jury : MM. Bezançon, président; Gougerot, Laignel-Lavastine, Gastinel. — M. BAGNANINCHI. Syndrome de Raynaud et épilepsie. — M. CHAMPION. La ver-rue plantaire, moyens de traitement. — M. NIGAUD. Le rôle de la roentgenthérapie dans le traitement des affections inflammatoires. — M. BOER. Etude du venin de cobra comme antialgique.

**Vendredi 25 janvier.** — Jury : MM. Gosset, président; Mathieu, Proust, Leveuf. — M. PENIN. Etude de l'œdème dur traumatique. — M. POILLEUX. Astragalectomie chez l'adulte. Indications. Résultats.

Le Directeur-gérant : D<sup>r</sup> François LE SOURD.



# PNEUMOGÉINE

**IODE**

ACTIVE LA VENTILATION  
PULMONAIRE  
DÉCONGESTIONNE  
LES BRONCHES

**CAFÉINE**

SOUTIENT LE CŒUR

**THÉOBROMINE**

AUGMENTE LA DIURÈSE

**EMPHYSÈME**  
**DYSPNÉES, CARDIAQUES**  
**BRONCHITES CHRONIQUES**

**ACTION SURE ET RAPIDE**

EN DEHORS DES CRISES 2 à 4 CUILLERÉES À CAFÉ DANS UN PEU D'EAU BIEN SUCRÉE  
PENDANT LES CRISES 4 à 8 CUILLERÉES À CAFÉ DANS UN PEU D'EAU BIEN SUCRÉE

**LABORATOIRES RENARD 142 Avenue de Clichy PARIS**



LE DIURÉTIQUE RÉNAL PAR EXCELLENCE

# SANTHÉOSE

LE PLUS FIDÈLE, LE PLUS CONSTANT, LE PLUS INOFFENSIF DES DIURÉTIQUES

**PURE**

Le médicament régulateur par excellence, d'une efficacité sans égale dans l'artério-sclérose, la présclérose; l'albuminurie, l'hydropisie, l'urémie.

**PHOSPHATÉE**

L'adjuvant le plus sûr des cures de déchloruration et de désintoxication de l'organisme, dans la neurasthénie, l'anémie et les convalescences.

**CAFÉINÉE**

Le médicament de choix des cardiopathies, fait disparaître les œdèmes et la dyspnée, renforce la systole, régularise le cours du sang.

**LITHINÉE**

Le traitement rationnel de l'arthritisme et de ses manifestations; jugule les crises, enrayer la diathèse urique, solubilise les accidents urinaires.

**DOSES : 2 à 4 Cachets par jour. — Ces cachets sont en FORME DE CŒUR et se présentent en boîtes de 24.**

**PRODUIT FRANÇAIS**4, rue du Roi-de-Sicile  
— PARIS —**PRODUIT FRANÇAIS**

## L'ASCOLÉINE RIVIER

renferme la **Vitamine A** et est à base du lipoïde phosphoré de la cellule hépatique  
(Seul principe actif de l'huile de foie de morue)

Infiniment plus active que l'huile de foie de morue qu'elle remplace dans tous les cas d'anémie, de lymphatisme, d'adénites, de tumeurs blanches, de pré tuberculose, **avitaminoses**, etc.

**Avantages :** Petit volume, concentration ; Injections indolores possibles ; Prescription par les plus fortes chaleurs.

**4 formes :** Solution huileuse, comprimés, granulés (véritable friandise pour les bébés et les enfants), ampoules injectables.

**H. RIVIER, Ph<sup>ien</sup>, Succ<sup>r</sup> de LANCELOT & C<sup>ie</sup>, 26 et 28, Rue Saint-Claude -:- PARIS**



# OLETHYLE-BENZYLE

Hypertensions  
ET TOUS ÉTATS  
SPASMODIQUES  
DE LA MUSCULATURE  
LISSE

BENZOATE DE BENZYLE

Le seul en **GÉLULES**  
**CAPSULES**  
**MOLLES**

Littérature - Échantillons - Posologie  
LABORATOIRE CENTRAL DE PARIS  
122, Rue du Faubourg Saint-Honoré, Paris

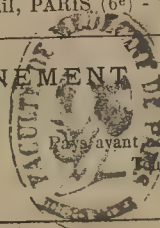


*La Lancette Française***GAZETTE DES HOPITAUX****CIVILS ET MILITAIRES****PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI****ADMINISTRATION ET RÉDACTION :****49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6°. Tél. : Danton 48-31.****PUBLICITE : M. A. THIOILLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6°) - Téléph. : Littré 54-93.****PRIX DE L'ABONNEMENT****FRANCE**

3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.

*Etudiants : 25 francs par an.*

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

**ETRANGER**Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.  
Dans les autres pays : 75 francs.**SOMMAIRE****TRAVAUX ORIGINAUX***Les connaissances anatomo-physiologiques indispensables à tout médecin désireux d'interpréter correctement à l'écran une image anormale de la base droite (avec 3 fig.), par MM. R. PIERRET et A. BRETON.***NOTES DE MÉDECINE LÉGALE***Responsabilité médicale. Sérothérapie antitétanique, par MM. M. COURTOIS-SUFFIT et Francis BOURGEOIS.***SOCIÉTÉS SAVANTES***Société de pédiatrie. — Société de neurologie.***NÉCROLOGIE***César Roux, par M. M. LANCE.***LIVRES NOUVEAUX****NOTES POUR L'INTERNAT***Dilatation du cœur. Causes. Signes. Diagnostic.***INFORMATIONS****HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — Oral. —**  
Séance du 17 janvier. — Questions données : « Signes et diagnostic de la syphilis linguale. — Ruptures traumatiques de l'urètre. »MM. Jacquot, 19,7; Dennewald, 17,7; Goutner, 16,8; Roche (Camille), 15; L'Hirondel, 22,5; M<sup>lle</sup> Dreulle, 18,6; MM. Blanchard, 16,7; Roche (Jean), 17,5; Guny, 25; Bret, 11,7.**FACULTÉS DE MÉDECINE. — PARIS. —** La chaire de thérapeutique de la Faculté de médecine de l'Université de Paris est déclarée vacante.**UNE CONFÉRENCE DU PROFESSEUR DONATI. —** Le 2 février prochain, le professeur Mario Donati, le grand chirurgien de Milan, fera dans le grand amphithéâtre de la Sorbonne une conférence sur « les orientations modernes de la chirurgie ».**ASSOCIATION FRANÇAISE D'UROLOGIE. — PRIX ETIENNE TAESCH** (donation faite par M<sup>me</sup> Constance-Françoise Nicolay, sa veuve). — Ce prix est décerné annuellement à un docteur en médecine français ou à un étudiant en médecine français, de préférence ancien interne ou interne des hôpitaux, âgés l'un ou l'autre de moins de trente ans, ayant peu de ressources, dont il paraît utile pour la science de favoriser les recherches scientifiques.Les candidats au prix Etienne Taesch doivent faire acte de candidature avant le 1<sup>er</sup> juin de chaque année, par lettre adressée au secrétaire général de l'Association.

Ils joindront à leur candidature la liste des travaux déjà publiés par eux et le texte original de ceux de ces travaux qu'ils jugent particulièrement dignes de retenir l'attention du jury.

Le jury appréciera ces travaux moins d'après leur nombre et leur longueur que d'après l'esprit d'originalité qu'ils décèleront.

Les candidats devront joindre également à leur candidature un aperçu sur les recherches qu'ils ont l'intention d'effectuer et pour lesquelles ils sollicitent le prix.

Ils s'engageront, si le prix leur est décerné, à publier dans les deux ans qui suivront la proclamation du prix un travail sur ces recherches et leurs résultats.

Ce travail, ou un résumé de ce travail, pourra être publié à la suite des comptes rendus du Congrès annuel de l'Association française d'urologie.

Pour l'année 1935, le prix Etienne Taesch sera de 7.500 fr. — Adresser les inscriptions avant le 1<sup>er</sup> juin 1935 à M. le docteur L. Michon, secrétaire général, 34, boulevard des Invalides, Paris (VII<sup>e</sup>).**BUREAU MUNICIPAL D'HYGIÈNE DE GRENOBLE. —** Le lundi 28 janvier, à 8 h., il sera ouvert à l'Hôtel de Ville de Grenoble un concours pour une place de médecin inspecteur titulaire et deux places de médecins inspecteurs suppléants du dispensaire municipal antivénérien de l'Hôtel de Ville.

Les demandes d'inscriptions sont reçues jusqu'au samedi 26 janvier, à 18 h., au bureau municipal d'hygiène, à Grenoble.

Pour tous renseignements, s'adresser au bureau municipal d'hygiène de Grenoble.

**NATIBAÏNE**

ASSOCIATION DIGITALINE NATIVELLE ET OUABAÏNE ARNAUD

LABORATOIRE NATIVELLE, 27, rue de la Procession, PARIS (XV<sup>e</sup>)



**AMPHITHÉÂTRE D'ANATOMIE.** (M. le docteur Maurice Robineau, directeur des travaux scientifiques.) — Un cours hors série d'opérations chirurgicales (chirurgie du thorax et du rachis, chirurgie orthopédique), en dix leçons, par M. le docteur P. Lecœur, prosecteur, commencera le lundi 4 février 1935, à 14 h., et continuera les jours suivants, à la même heure.

Droit d'inscription : 300 fr.

Se faire inscrire : 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (V°).

Le registre d'inscriptions est clos deux jours avant l'ouverture du cours.

**COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CLINIQUE OPHTHALMOLOGIQUE DE L'HÔTEL-DIEU.** (Professeur : M. F. TERRIEN.) — MM. Tournay et Velter commenceront le jeudi 31 janvier 1935, à 18 h., à l'Hôtel-Dieu (amphithéâtre Dupuytren), une série de conférences de neurologie oculaire.

Ces conférences, publiques et gratuites, se continueront à la même heure, du 31 janvier au 2 mars.

**FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX. — CLINIQUE D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE DE LA FACULTÉ.** — Enseignement donné par le professeur Georges Portmann, avec la collaboration du professeur agrégé Despons et des docteurs Berger, oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux, et P. Leduc, anesthésiste.

1° Cours sur la mastoïde, à partir du lundi 11 mars 1935, et se poursuivra à raison de deux conférences par semaine.

2° Cours de broncho-oesophagoscopie, du lundi 29 avril au jeudi 9 mai. Ce cours comprendra des conférences théoriques et des exercices pratiques sur le cadavre, les chiens chloralosés et les malades.

3° Cours d'anatomie pathologique en oto-rhino-laryngologie, du lundi 27 mai au samedi 8 juin, sous la direction du professeur Portmann. Il comprendra des conférences théoriques sur les différents processus inflammatoires ou néoplasiques en général et sur les affections de l'oto-rhino-laryngologie. Des travaux pratiques et des démonstrations avec examens de pièces microscopiques et macroscopiques accompagneront ces conférences.

4° Cours de perfectionnement en français, du lundi 15 juillet au samedi 27 juillet 1935.

Pour tous renseignements, s'adresser au professeur Georges Portmann, 25 bis, cours de Verdun, Bordeaux.

**VIII<sup>e</sup> Congrès national de la tuberculose.** — Ce congrès aura lieu du 15 au 18 avril prochain, à Marseille ; le bureau est ainsi composé : MM. Olmer, président ; Bezançon, Courmont, Leuret, Rist et Sengent, vice-présidents ; Berthier, Courcoux, Mattei et Poix, secrétaires généraux ; J. Oddé et Royer, secrétaires généraux adjoints ; G. Masson, trésorier.

Les questions à l'ordre du jour sont les suivantes :

I. — *Question biologique.* — « Le rôle de l'ultra virus tuberculeux en pathologie humaine et expérimentale ». Rapporteurs : MM. Arloing et Dufourt (Lyon), H. Durand et Vaudremer (Paris).

II. — *Question clinique.* — « Indications et résultats de la thoracoplastie dans le traitement de la tuberculose pulmonaire ». — Rapporteurs : MM. Leuret et Caussimon (Bordeaux), Mauret et Roland (Paris).

III. — *Question médico-sociale.* — « La tuberculose et la lutte antituberculeuse en Afrique du Nord », avec 4 rapports : 1° Algérie : M. Aubry (Alger) ; 2° Tunisie : MM. Masselot et Bloch (Tunis) ; 3° Maroc : MM. Lapin et Bonjean (Rabat) ; 4° Afrique occidentale française : M. Blanchard (Dakar).

IV. — *Question médico-militaire.* — « La prophylaxie de la tuberculose dans la marine ». — 1° Marine de guerre : rapporteurs : MM. les médecins en chef Plasy et Hederer (Toulon) ; 2° marine marchande : rapporteur : M. Marcel Clerc (Paris).

Pendant le congrès et après sa clôture auront lieu des visites aux organismes antituberculeux de la ville de Marseille et du département des Bouches-du-Rhône, et des excursions seront organisées en Provence et aux stations climatiques du Sud-Est.

N. B. — L'assemblée générale du VII<sup>e</sup> congrès, à Bordeaux, avait décidé que le VIII<sup>e</sup> congrès se tiendrait au Maroc. En raison du nombre considérable des adhérents éventuels et du congrès des avocats, qui aura lieu à la même époque, le comité d'organisation, craignant de ne pouvoir assurer un logement convenable à tous les congressistes, a dû, à son très vif regret, renoncer à ce projet.

## César ROUX

(1857-1934)

C'est une grande figure de la chirurgie qui vient de disparaître.

Continuateur de l'œuvre de Kocher, Roux, de Lausanne, constituait avec Reverdin, Julliard, Socin la grande école chirurgicale suisse.

Originaire du Jura Vaudois, Roux ne quitta jamais cette Suisse romande à laquelle il était profondément attaché. Il fit ses études à Berne, devint l'élève de Kocher et s'installa à Lausanne. Lorsqu'une Université y fut créée, il en devint le professeur de clinique chirurgicale.

L'œuvre de Roux est considérable. Il y a peu de branches de la chirurgie qu'il n'ait abordées. Il imagina de nombreux procédés opératoires, tous portant la marque de son grand esprit de logique et de simplification. Mais ce qui le fit surtout connaître, ce sont ses travaux sur l'appendicite et la chirurgie gastrique. Il fut un des premiers à opérer les appendicites et mena pendant de longues années campagne en faveur de l'intervention. Il fut aussi le père de la gastro-entérostomie en Y.

D'une probité scientifique incontestée, et d'un grand désintéressement, il se fit une réputation mondiale, et attirait à Lausanne des malades de tous les pays.

C'était un grand ami de la France. Hôte assidu du congrès de chirurgie, il prenait part à ses discussions. Il fallait voir ce petit homme, à la parole un peu rude, pittoresque, imagée, apporter dans la discussion, avec sa verve coutumière, la parole du bon sens et de la clarté.

Mais c'est pendant la guerre que Roux témoigna sa grande affection pour notre pays. Il vint mettre sa science et son dévouement à notre service et soigner les blessés dans un hôpital de Besançon. Nous lui en avons gardé une grande et juste reconnaissance, et nul hommage ne fut plus mérité que celui que lui accorda l'Université de Paris, en le nommant docteur « honoris causa ».

Sa disparition ne peut laisser en France que des regrets profonds et unanimes.

M. LANCE.

## RENSEIGNEMENTS

**LE SANATORIUM DES PINS**, à Lamotte-Beuvron (Loir-et-Cher), dont l'ouverture a été retardée par les travaux nécessaires, ouvrira, pour les hommes exclusivement, le 1<sup>er</sup> février prochain.

Toux  
Dyspnée

**IODEINE MONTAGU**

**QUATAPLASME**

du **D<sup>r</sup> LANGLEBERT**  
PANSEMENT COMPLET  
Phlegmasie, eczémas, brûlures, etc



# CONSTIPATION

AUCUNE ACCOUTUMANCE

ACTION RÉGULIÈRE  
ET CONSTANTE

1 à 6 comprimés par jour  
aux repas ou au coucher  
Commencer par deux comprimés

LABORATOIRES  
LOBICA  
46, AVENUE DES TERNES, PARIS



# TAXOL

à base de :

- POUDRE DE MUQUEUSE INTESTINALE
- EXTRAIT BILIAIRE
- FERMENTS LACTIQUES
- AGAR-AGAR

---

## Pour vous, Docteur, et pour les vôtres!..

---



Un petit déjeuner, un goûter,  
un suraliment parfait, à base  
de farines de céréales, de  
lait, de sucre et de cacao

# NESCAO

PRÉPARÉ PAR NESTLÉ

En désirez-vous, Docteur, une boîte-échantillon ?  
NESTLÉ, 6, avenue Portalis, PARIS, se fera un plaisir  
de vous l'envoyer.



# TUBERCULOSES RHUMATISMES

## CHRYSOTHÉRAPIE INTRAMUSCULAIRE OU SOUS-CUTANÉE

PAR LA

# MYOCHRYSINE

(Aurothiomalate de Sodium - sel stable titrant 50 % d'or métal)

SOLUTIONS AQUEUSES — SUSPENSIONS HUILEUSES

Pour chaque présentation, ampoules dosées à :  
0 gr.01, 0 gr.05, 0 gr.10, 0 gr.20, 0 gr.30, 0 gr.50  
— Boîtes de 1 et 10 ampoules —

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE

**S P E C I A**MARQUES "POULENC FRÈRES" ET "USINES DU RHONE"  
21, Rue Jean-Goujon PARIS-8<sup>e</sup>

## TRAITEMENT BIOCHIMIQUE DES ULCÈRES GASTRO-DUODÉNAUX

# LARISTINE ROCHE

Solution à 4%  
Chlorhydrate HISTIDINE  
en Ampoules de 5<sup>cc</sup>

35 F<sup>rs</sup> la boîte de 6 Amp.

**SÉDATION  
RAPIDE  
DE LA  
DOULEUR**

Injection indolore  
intramusculaire ou sous-cutanée

1 Ampoule par jour  
pendant 21 jours

AUCUNE CONTRE-INDICATION

Produits F. HOFFMANN - LA ROCHE & C<sup>ie</sup> 10, Rue Crillon - PARIS (IV<sup>e</sup>)



## LES CONNAISSANCES ANATOMO-PHYSIOLOGIQUES INDISPENSABLES A TOUT MÉDECIN DÉSIREUX D'INTERPRÉTER CORRECTEMENT A L'ÉCRAN UNE IMAGE ANORMALE DE LA BASE DROITE

Par M. R. PIERRET,  
Professeur de Clinique médicale infantile,  
et M. A. BRETON.  
(Université de Lille.)

Pour interpréter correctement les ombres anormales visibles à l'écran radioscopique au niveau de la base pulmonaire droite, il faut avant toute autre chose connaître parfaitement l'anatomie radiologique de la région. Il faut en outre posséder quelques notions de physiologie cinématique.

Ce sont ces connaissances fondamentales que nous allons rappeler ici dans leurs grands traits.

Le radiologiste ne peut plus, de nos jours, se contenter de savoir grosso modo qu'au niveau de la base pulmonaire droite, en allant d'avant en arrière, il rencontre successivement le lobe moyen, la terminaison de la grande scissure, le lobe inférieur ; que le côté interne des deux lobes est délimité par le médiastin et qu'au périmètre périphérique correspond le gril costal. Il lui est nécessaire aujourd'hui d'avoir des connaissances plus précises sur la topographie des lobes et des scissures ; sinon il s'expose à commettre des erreurs regrettables de diagnostic.

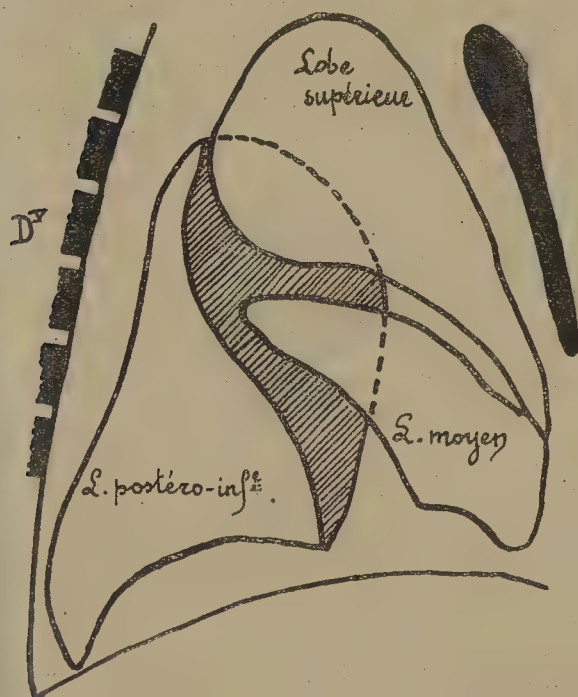


Schéma des lobes droits écartés à dessein pour montrer les scissures. (D'après A. Delille, Lestouquy et Lehmann.)

Le schéma ci-dessus nous permet d'exposer brièvement la position des lobes dans la cage thoracique.

Le lobe supérieur occupe toute la partie antéro-supérieure de l'hémithorax — il descend en avant très bas, beaucoup plus bas qu'on ne le croit communément, bien en dessous de la ligne dite scissurale supérieure.

Le lobe moyen se trouve en situation antérolatérale. Sa partie inférieure pèse sur la coupole diaphragmatique ; il devrait être décrit sous le terme plus exact de « lobe antéroinférieur ».

Le lobe inférieur est en réalité un lobe postérieur, ou mieux un lobe postéro-inférieur dont le dôme remonte très haut dans le thorax, avec une base reposant largement sur le diaphragme et descendant plus bas en arrière qu'en avant. Le lobe postéro-inférieur ne touche pas en avant à la paroi antérieure dont il reste séparé par l'épaisseur du lobe moyen.

Ainsi l'examen en position frontale d'un malade ne permet pas de dire si une lésion observée à la base appartient à un lobe inférieur, à un lobe moyen, ou à la terminaison antéro-inférieure du lobe supérieur. Seules des radiographies en transverse et en oblique peuvent résoudre ce problème. Le problème de localisation lobaire est intimement lié au problème de la topographie des scissures — et c'est logique puisque ce sont les plans scissuraux qui délimitent les lobes.

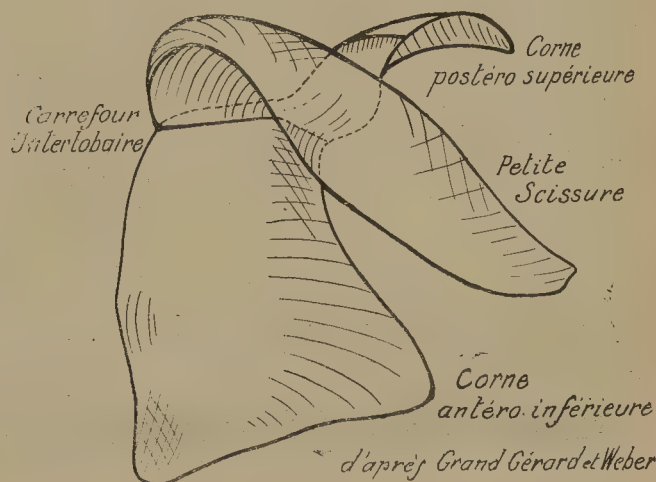
Or, nos connaissances de topographie scissurale viennent d'être remaniées profondément. La façon dont on concevait les plans scissuraux il y a à peine 10 ans, nous paraît aujourd'hui désuète et vieillotte. A l'intérêt de l'étude de la topographie externe des interlobes — indispensable à la chirurgie des pleurésies purulentes interlobaires s'est substitué l'intérêt de la connaissance du plan scissural tout entier — utile aux radiologistes.

Cette évolution des idées n'a pas manqué d'avoir de sérieuses répercussions sur la façon moderne d'interpréter les images scissurales.

Anatomiquement, la grande scissure droite n'est plus pour nous une surface plane, rectiligne dirigée en oblique de haut en bas et d'arrière en avant, joignant l'extrémité postérieure du III<sup>e</sup> espace intercostal à l'articulation de la 6<sup>e</sup> côte avec son cartilage.

Actuellement nous nous la représentons avec un aspect hélicoïdal.

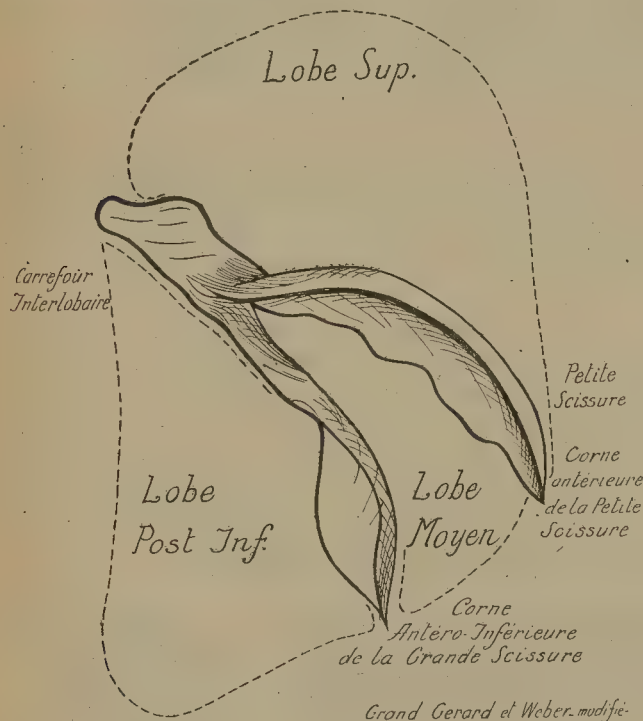
Elle est devenue un plan tourmenté, avec de nombreuses inflexions et courbures, inclinée généralement de haut en bas, en avant, regardant un peu en dehors avec une zone presque horizontale à l'union de son tiers postérieur et de son tiers moyen. C'est dans cette zone dite « carrefour interlobaire » que prend naissance la petite scissure.





Schématiquement on décrit cette grande scissure sous la forme d'un croissant, de surface transversale peu étendue — avec une corne postéro-supérieure massive paravertébrale, une corne antéroinférieure étalée paracardique et un bord interne concave, creusé par le bloc pédiculaire du poumon qui lui donne une forme arquée.

Personnellement nous la comparons volontiers à la semelle d'un soulier de femme débarrassé de son talon, très cambré — regardant légèrement en dehors, avec pointe un peu relevée.



Cette grande scissure ne touche pas à la partie antérieure du thorax — elle se termine loin du gril costal.

Même transformation dans notre façon moderne de concevoir la petite scissure.

Cette petite scissure n'est plus considérée comme une surface horizontale pouvant se projeter — en cas d'épaississement — derrière l'écran radioscopique sous la forme d'une barre transversale, sombre, barant le champ phréno-claviculaire droit au niveau du 4<sup>e</sup> espace intercostal. Lorsqu'on l'examine suivant un plan sagittal on la voit demeurer non horizontale, mais s'incliner en bas, en avant, décrivant un arc de cercle dont le bord inférieur descend et pointe vers le 5<sup>e</sup> intercostal.

Il ne faut donc pas l'étudier, en position frontale, avec une ampoule envoyant des rayons horizontaux, mais avec une ampoule inclinée ; mieux vaut d'ailleurs la regarder en position transverse ou oblique.

\*\*\*

La topographie scissurale que nous venons de décrire sommairement n'est d'ailleurs exacte que pour l'individu sain. Une scissure ne garde sa disposition normale que si certains facteurs d'équilibre scissural jouent selon des conditions physiologiques normales. La force excentrique du vide pleural, la force concen-

trique de la tension élastique, la limitation de l'extension de chaque lobe par l'extension respective des lobes voisins, une cage thoracique souple et indemne, un diaphragme tonique sont les éléments qui concourent à maintenir en bonne place une scissure.

Une scissure normale laisse libres ses deux feuillets pleuraux ; elle permet à chaque lobe d'avoir ainsi son anatomie, d'être individualiste. Chaque lobe peut se comporter alors comme un petit poumon (Sergent). Chaque lobe peut avoir au point de vue cinématique et dynamique sa totale indépendance.

Le lobe supérieur à l'inspiration se développe vers le haut ; les mouvements des côtes et des clavicules aident à cette expansibilité du lobe supérieur.

Le lobe moyen subit surtout l'influence de la partie latérale des côtes.

Les mouvements des hémidiaphragmes, de sens opposé à ceux des côtes, permettent surtout une expansibilité vers le bas du lobe inférieur. D'ailleurs les mouvements des lobes inférieurs sont compliqués de petits mouvements de translation imprimés par les battements du cœur ; et Swynghedauw par la radio-kymographie a montré que la limite inférieure du lobe inférieur était influencée par les mouvements du diaphragme alors que la limite supérieure du lobe inférieur avait des mouvements d'expansibilité synchrones à ceux des côtes.

Chez l'individu malade toute la topographie scissurale peut être bouleversée.

Adhérences périphériques, symphyses, atélectasie, phénomènes d'hépatisation, emphysème, sont toutes causes qui peuvent rompre l'équilibre scissural et donner naissance à des ascensions, incurvations ou abaissement des scissures.

La scissure peut prendre des formes telles qu'elle n'obéisse plus aux lois d'éclairage de Beclère et devienne visible en éclairage non oblique. C'est pourquoi l'on comprendra qu'au cours des autopsies faites sur des pulmonaires on ne trouve pas plus de 35 % des scissures répondant au dessin classique.

\*\*\*

Ces notions nouvelles de topographie scissurale seraient, somme toute, faciles à retenir si ne venaient pas se greffer sur elles, pour les rendre plus complexes, des acquisitions toutes récentes concernant les scissures et les lobes surnuméraires.

Par ordre de fréquence, à la base droite, outre les lobes de Rokitanski très rares peuvent se rencontrer deux grands lobes surnuméraires, le lobe cardiaque et le lobe moyen postérieur. Chacun de ces lobes surnuméraires est au sens anatomique strict un vrai lobe puisqu'il renferme une bronche primaire.

Le lobe cardiaque ou cave se rencontre dans dix à vingt pour cent des cas. En voici la configuration. Le lobe inférieur est divisé par une scissure curviligne profonde que l'on peut appeler scissure cardiaque. Elle part du bord antérieur du lobe inférieur classique, se dirige d'avant en arrière puis de dehors en dedans. Elle s'arrête en plein parenchyme à peu de distance du bord interne du lobe. Orientée dans la première partie de son trajet dans le sens antéropostérieur, la scissure cardiaque se présente normalement dans de



bonnes conditions de visibilité radiologique et peut se traduire sur les clichés en dehors de tout processus pathologique par une légère indentation marquant la limite du lobe accessoire. Mais, avouons-le, cette image fine, linéaire n'a pour nous qu'un simple intérêt académique. Il se conçoit que le lobe cardiaque pathologique pourra avoir une traduction radiologique plus nette.

Le lobe moyen postérieur a été trouvé par Amigues 5 fois sur 170 observations. Il est limité par une scissure supplémentaire prolongeant en arrière la scissure horizontale et donnant une image en X. Jusqu'ici les études radiologiques n'ont pas encore individualisé un type de réelle valeur pathologique.

\*  
\* \*

La revue générale que nous venons de faire tire son importance par les conclusions qu'elle permet d'établir dans le domaine de la pratique radiologique courante.

1<sup>o</sup> Utilité de pratiquer pour tout malade systématiquement les examens de face, en oblique et en transverse. Utilité de certains artifices de manœuvre — position haute de l'ampoule — mise du malade en position lordotique de Fleischner.

2<sup>o</sup> Utilité d'adapter ce que l'on voit aux connaissances nouvelles de topographie scissurale. Ainsi la barre transversale barrant le champ phrénoclaviculaire droit au niveau du 4<sup>e</sup> espace intercostal et considérée jusqu'ici comme l'expression radiologique de la petite scissure, traduit en réalité une carrefourite interlobaire. Ce n'est pas l'ombre contractée de la petite scissure que l'on voit, mais un épaississement du carrefour.

Autre exemple : une ombre anormale située sous cette fameuse ligne horizontale peut aussi bien appartenir à la région antéroinférieure du lobe supérieur qu'au lobe moyen : ce à quoi on ne pensait pas jadis.

Dernier exemple. Une lésion de la base droite peut appartenir aussi bien au lobe antéroinférieur qu'à la terminaison de la grande scissure ou au lobe postéroinférieur. Seules les radiographies transverses font faire un diagnostic différentiel.

On nous permettra d'ajouter que :

3<sup>o</sup> Une scissure normale peut être vue — en utilisant des dispositions d'éclairage selon les lois de Bédère — sous la forme d'un fin tracé. Mais en pratique une scissure vraiment visible à l'écran est une scissure épaissie, pathologique.

4<sup>o</sup> La visibilité anormale derrière l'écran radioscopique d'une scissure ne signifie pas obligatoirement qu'il existe une symphyse entre les deux feuillets pleuraux. Souvent, au contraire, l'application d'un pneumothorax artificiel permet de provoquer une dislocation lobaire avec bâillement interlobaire.

Scissurite ne veut pas dire symphyse interscissurale.

5<sup>o</sup> Toute scissurite ne doit pas être rattachée abusivement à un processus tuberculeux. La bacillose partage avec beaucoup d'autres affections pulmonaires la possibilité de déclancher un épaississement scissural.

*La tuberculose n'en a pas le privilège exclusif. Il faut plus qu'une scissurite radiologique pour pouvoir parler en clinique d'affection à bacilles de Koch.*

BIBLIOGRAPHIE. — Thèse Leleu, Lille, 1934 ; l'Année radiologique, 1934 ; Journal de Radiologie et d'Electricité, déc. 1933 ; art. : Grand-Gerard et Weber, Jalet.

## NOTES DE MÉDECINE LÉGALE

### RESPONSABILITÉ MÉDICALE. SÉROTHÉRAPIE ANTITÉTANIQUE (1)

PAR MM.

M. COURTOIS-SUFFIT,

et

FRANCIS BOURGEOIS,

Médecin honoraire  
des hôpitaux de Paris,  
Médecin en chef  
des manufactures de l'Etat,  
Inspecteur médical  
des Poudreries nationales.

Ancien interne  
des hôpitaux de Paris,  
Médecin en chef adjoint  
des P. T. T.

La question de la conduite à tenir en présence d'un blessé atteint de tétanos préoccupe toujours à juste titre les médecins ; elle n'est pas moins angoissante pour les experts désignés pour apprécier la part de responsabilité qui a pu incomber à un médecin lorsqu'un blessé est mort du tétanos sans avoir reçu d'injection de sérum antitétanique.

Nous ne rappellerons pas ici l'affaire jugée par le Tribunal de Valenciennes ni les termes du rapport de notre éminent collègue Balthazard, qui comme expert dans cette affaire admit la responsabilité du médecin. Tout cela fit couler beaucoup d'encre à l'époque et détermina, à la demande du Prof. Hartmann, la nomination d'une Commission à l'Académie de médecine dont le rapport, présenté par le Prof. Gosset, fut déposé le 14 avril 1931.

Conjointement, dans les Archives médico-chirurgicales de Province, le D<sup>r</sup> de Fourmestaux ouvrait une enquête auprès des praticiens sur la même question et recevait des réponses très nombreuses et fort instructives.

L'Académie de médecine, après avoir rappelé qu'elle ne pouvait avoir la prétention d'édicter des règles impératives concernant la sérothérapie préventive du tétanos, résuma l'opinion des membres de sa Commission dans les deux propositions suivantes :

I. Chaque fois que l'on a affaire à une plaie infectée, anfractueuse, souillée de terre ou de corps étrangers, l'injection de sérum apparaît comme nécessaire et indispensable.

II. Chaque fois que la plaie est régulière, largement accessible à la désinfection ; qu'elle n'est pas souillée ; qu'elle ne contient pas de corps étrangers, l'emploi du sérum devient une question d'opportunité.

L'enquête de notre collègue de Fourmestaux révéla que certains médecins avaient une certaine répulsion pour les injections préventives de sérum antitétanique, surtout chez les sujets ayant déjà été injectés à l'occasion de blessures antérieures. Notre très distingué collègue de Chartres ayant reçu lui-même, à deux reprises, des injections de sérum et en ayant ressenti de graves inconvénients, n'hésite pas à écrire qu'« il refusera, s'il lui arrive un nouvel accident, avec la dernière énergie, l'injection prophylactique ».

Deux ans après, l'Assemblée française de Médecine générale, consacrant ses assises nationales de mai 1933 à la Sérothérapie préventive du Tétanos, après avoir entendu les conclusions de ses Assises départementales, votait à l'unanimité des conclusions correspondant à celles de l'Académie.

(1) Soc. de méd. légale, 40 déc. 1934.



mie, mais plus précises en ce qui concerne la responsabilité éventuelle du médecin :

« La décision du médecin peut donc garder sa pleine indépendance à laquelle ne saurait porter atteinte aucune autorité, quelles que soient les conséquences — qui sont imprévisibles — de l'emploi ou de l'abstention du sérum préventif. »

La cause semblait donc entendue et toutes ces conclusions réunissant les suffrages des personnalités les plus éminentes de la médecine civile et de la médecine militaire aussi bien que des praticiens de toute la France auraient dû avoir force de loi auprès des Tribunaux.

Pourquoi faut-il que, malgré ces conclusions, nous assistions régulièrement à la mise en cause du médecin chaque fois qu'un sujet meurt du tétanos ?

L'un de nous vient d'être commis récemment comme expert avec le docteur Descomps dans un cas de ce genre dont l'histoire est la suivante :

Il s'agissait d'un jeune ouvrier âgé de 19 ans, cimentier qui, travaillant dans les chantiers de la gare de l'Est, s'était blessé le 12 juillet à la plante du pied droit avec un clou dépassant la surface d'une planche.

Pansé au dispensaire aussitôt. Pas de sérum antitétanique. Continue à travailler en espadrilles, mais va se faire panser 2 ou 3 fois au dispensaire du chantier.

Le 20 juillet commence à souffrir du pied droit. Le 21, aggravation brutale. Transport à l'hôpital Claude-Bernard. Tétanos généralisé. Mort le 24 juillet.

Il y a lieu de remarquer que, de l'examen du dossier, la plaie fut insignifiante et non souillée, qu'il n'y avait pas de terre ni de fumier, que les planches étaient propres, qu'il n'y avait pas de corps étrangers dans la plaie, etc.

De ce fait, il n'y eut pas d'interruption de travail pendant les dix premiers jours ; le blessé ne consulta le médecin qu'au moment de l'accident et ne revint pas au dispensaire. Lors de ce premier examen, le médecin avait pensé qu'il n'était pas nécessaire de pratiquer une injection préventive de sérum antitétanique (1).

Peut-on l'en blâmer ? Non, semble-t-il, et nombreux sont les praticiens qui auraient agi de même.

L'enquête de Fourmestaux a montré que beaucoup de médecins se sont élevés énergiquement contre l'injection préventive de sérum à l'occasion des plaies bénignes ; certains, comme lui-même, ont affirmé qu'ils se refuseraient à une telle injection s'ils venaient à être blessés.

La possibilité d'accidents anaphylactiques, la gravité de ces derniers, vaut en effet qu'on discute de l'opportunité de cette intervention et nous vous rappelons à ce propos le cas qui fut signalé par Hardouin, de Rennes, à la Société de Chirurgie, d'une femme de 30 ans, cuisinière, qui mourut en quelques minutes à la suite d'une injection de 2 centimètres cubes (dose infinitésimale) de sérum antitétanique.

On peut évidemment discuter l'origine des accidents qui ont entraîné la mort, mais, en l'envisageant uniquement du point de vue médico-légal, on ne peut s'empêcher de penser que, dans ces deux cas de plaies bénignes suivis de mort, des poursuites ont pu être intentées : dans notre cas parce que le médecin n'avait pas fait de sérum préventif, d'où la mort ; — dans le cas d'Hardouin, pour avoir fait du sérum, d'où la mort...

Il faut donc avouer que la question reste troublante, que tous les médecins sont d'avis qu'elle ne peut être réglée médicalement ni juridiquement sous une forme invariable et que tout est question d'opportunité.

(1) La famille a intenté une action en dommages et intérêts contre le médecin et le tribunal a demandé si le médecin, ayant négligé de pratiquer une injection de sérum antitétanique, n'avait pas commis la « faute lourde » prévue par la loi.

Malheureusement, l'examen de la jurisprudence montre que les Tribunaux ne comprennent pas toujours la difficulté qu'il y a pour le médecin, à choisir entre les deux maux : abstention ou injection, et certains tribunaux *malgré l'avis des experts*, d'autres en suivant *l'avis des experts*, rendent des arrêts qui émeuvent périodiquement l'opinion des praticiens.

Rappelons à ce titre un arrêt de la Cour d'Alger (10 décembre 1930) qui condamne un médecin *malgré l'avis d'experts* parce qu'il n'avait pas fait de sérum à un sujet blessé par coup de sabot de mulet, qui était mort de tétanos et le jugement de Valenciennes où le médecin fut condamné sur les conclusions d'experts qui admirent la responsabilité.

Pourra-t-on jamais apporter une solution qui mettra le médecin à l'abri de telles poursuites ? Telle est la question que nous vous posons en craignant bien qu'elle ne puisse être résolue sous cet angle.

Peut-être serait-il possible de trouver une solution dans la vulgarisation de la *vaccination antitétanique*, qui est, à notre avis du moins, bien trop laissée à l'écart.

Dans un travail paru récemment dans la *Presse Médicale*, notre éminent collègue le Dr Louis Bazy, médecin en chef de la Cie du Chemin de fer d'Orléans, a rapporté des observations en tous points analogues, sauf l'épilogue médico-légal, à celle que nous relations il y a quelques instants.

« Un employé se blesse au doigt, avec une écharde de bois, en déchargeant des caisses ; il ne prête aucune attention à cette blessure. Quelques jours après, il se présente à son médecin avec un petit abcès et, déjà, de la contracture des mâchoires. Il est immédiatement soigné. On pratique la sérothérapie antitétanique intensive et, néanmoins, il succombe. »

La réclamation en responsabilité médicale ne dépasse pas ici, grâce à la diplomatie de notre collègue Bazy, le bureau du médecin chef de la Compagnie.

Voici un autre cas qui se rapproche encore plus du nôtre.

« Un mécanicien de locomotive s'écorche le pied avec un fil de fer en descendant dans une fosse où l'on prépare les machines. Il ne prête aucune attention à cette écorchure, ne consulte pas de médecin et meurt quelques jours après du tétanos. »

De tels exemples sont malheureusement trop fréquents et nous connaissons tous des cas mortels de tétanos survenus à la suite d'écorchures aux genoux chez des enfants, de piqûres du cuir chevelu par des épingles à cheveux, etc.

Faut-il alors que, devant de telles blessures insignifiantes, survenant pour ainsi dire journellement chez les enfants, à l'école, chez les ouvriers, dans l'industrie, l'on fasse systématiquement des injections de sérum ?

En suivant cette pratique de prudence (dans le cas éventuel d'accident et de poursuite en responsabilité médicale tout au moins), nous croyons avec Bazy et la plupart des médecins et des chirurgiens que l'on provoquerait des accidents graves de maladie de sérum, d'anaphylaxie, qui seraient infiniment plus fréquents et souvent aussi graves (cas de Hardouin rapporté plus haut) que le tétanos.

La pratique de la vaccinothérapie préventive permettrait au contraire de créer, chez les sujets particulièrement exposés aux blessures, une immunité qui, bien entretenue, les mettrait à peu près à coup sûr à l'abri, ce qui n'empêcherait pas dans le cas de graves blessures, d'injecter quand même du sérum à titre préventif.

Nous ne rappellerons pas ici les beaux travaux que, depuis 1917, Henri Vallée et Louis Bazy ont publiés sur cette question ; mais ne croyez-vous pas que la *Société de Médecine légale* aurait le devoir d'attirer l'attention des Pouvoirs publics sur la nécessité de cette vaccination antitétanique préventive qui, à notre avis, s'impose :

1° Dans l'industrie où elle supprimerait les cas de *Wagnon* et, par conséquent, les rentes à faire aux veuves et an-



fants. A ce titre, une telle vaccination pourrait être préconisée et mise en œuvre par les Assurances « Accidents du travail ».

2° Dans les grandes administrations qui suivant l'exemple donné au chemin de fer d'Orléans grâce à l'initiative de Louis Bazy, n'auraient plus, elles non plus, à servir des rentes et des pensions résultant des décès provoqués par cette infection.

Mêmes remarques pour les manufactures de l'Etat, pour les services des P.T.T. où le personnel travaillant en égout dans les gares, sur les lignes aériennes et souterraines, etc., est particulièrement exposé lui aussi.

3° Dans les collectivités enfantines enfin.

La vaccination antitétanique est entrée dans la pratique courante dans l'armée où elle peut être associée à la vaccination antityphique et antidiphthérique.

Enfin une telle pratique, en évitant l'apparition du tétanos, éviterait *ipso facto* au praticien des poursuites si souvent injustifiées.

Et nous ne saurions mieux terminer l'exposé de ces vœux que par cette phrase de Louis Bazy : —

« N'est-il pas curieux de constater que les chevaux de l'armée sont préservés du tétanos par la vaccination systématique, mais non les hommes qui les utilisent ou qui les soignent ? »

A notre époque et dans notre pays où la diminution de la natalité commande une sévère économie des vies humaines, n'est-il pas paradoxal de ne pas appliquer systématiquement aux humains une méthode dont l'efficacité est reconnue, qui est exempte de dangers, qui pourrait sauver tant d'existences utiles et procurer, ce qui n'est pas indifférent, des économies singulièrement importantes ?

## SOCIÉTÉS SAVANTES

### SOCIÉTÉ DE PÉDIATRIE

(SÉANCE DU 18 DÉCEMBRE 1934)

**Un cas chronique et mutilant de maladie de Kussmaul.** — MM. R. MARTIN, Jacques DELARUE, A. COLSON et ROUËSSÉ rapportent l'observation d'une jeune fille de 17 ans qui fit en 10 ans cinq atteintes de périartérite noueuse. La dernière crise qu'ils ont observée, fut particulièrement grave.

Au cours de cette forme chronique, qui constitue une variété exceptionnelle de la maladie, les auteurs observèrent, en plus des symptômes déjà signalés, des signes non encore décrits, tels que myalgie des muscles masticateurs avec trismus, sialorrhée et parotidite. Le processus d'artérite nécrosante fut particulièrement mutilant et entraîna la gangrène sèche, puis la chute de plusieurs phalanges des doigts, ainsi que de l'aile du nez. Ces mutilations profondes sont tout à fait exceptionnelles. La biopsie permit d'affirmer le diagnostic en montrant les lésions anatomopathologiques typiques de la maladie. Toutes les recherches étiologiques restèrent enfin infructueuses.

**Chondromes multiples associés à des fibromes sous-cutanés et à une sclérodermie.** MM. LESNÉ, Cl. LAUNAY et LOISEL présentent un enfant atteint de chondromes multiples localisés aux phalanges, sans aucun trouble de la morphologie générale. Il s'y associe une tumeur chondromateuse de l'oreille, des fibromes sous-cutanés, de la sclérodactylie et des morphées siégeant sur le tronc. Toutes les recherches étiologiques et biologiques sont restées négatives.

Les auteurs rapprochent ce cas d'une observation de dyschondroplasie publiée antérieurement et insistent sur la si-

multitude dans les deux cas des lésions locales cliniques et radiologiques.

**Kala-azar chez un enfant de deux ans et demi.** — MM. LESNÉ, Cl. LAUNAY et LOISEL observent depuis quelques jours un enfant de 30 mois, soigné depuis 4 mois pour splénomégalie et fièvre, sans anémie. La rate, qui descend jusqu'au pubis, est mobile et indolore. Enfin, on trouve tous les éléments du diagnostic biologique du kala-azar : leucopénie et mononucléose, inversion du rapport sérine-globuline, formol-leucogélification rapide et complète, réaction de Chopra positive. On a pu constater un petit nombre de leishmanias sur un frotis de ponction de rate et quelques très rares éléments sur une lame de sang. L'action thérapeutique des sels d'antimoine paraît, au début tout au moins, remarquable.

**Un enfant vomisseur.** — MM. J. CATHALA et GUYEN présentent un enfant atteint depuis sa naissance de vomissements rebelles non liés à une sténose pylorique et rebelles aux thérapeutiques usuelles, mais qui ont cédé au décubitus ventral après les tétées. Ce fait confirme les descriptions déjà données par Ribadeau-Dumas et Mlle Barnaud.

**Myxœdème congénital avec hypertrophie musculaire.** — MM. R. DEBRÉ et SEMELAIGNE présentent un enfant qui, à l'âge de deux ans, avait une arriération massive, à la fois pondérale, staturale et psycho-motrice. Il avait en outre une hypertonie musculaire permanente et une hypertrophie musculaire généralisée. Cet enfant fut très amélioré par le traitement thyroïdien : en quelques mois, l'hypertonie et l'hypertrophie musculaires disparurent, le poids et la taille se mirent à augmenter, l'arriération psycho-motrice s'atténua. Les auteurs concluent à l'existence d'un myxœdème congénital différent des formes ordinaires par l'existence de cette hypertonie et de cette hypertrophie musculaires généralisées.

**Trois observations de malformations de la peau du cou.** — Mme NAGEOTTE-WILBOUCHEVITCH conclut de ses trois observations que la malformation cutanée n'est pas isolée, mais fait partie d'un syndrome comprenant l'insuffisance staturale, l'infantilisme, l'aménorrhée et l'obésité. Ces troubles relèvent sans doute d'une altération fonctionnelle encore indéterminée d'une glande endocrine.

**Un cas de nanisme.** — Mme ROUDINESCO-WEISS présente un enfant de 15 ans et demi qui vient de faire, sous l'influence de l'opothérapie thyroïdienne, une poussée de croissance importante, comblant ainsi un retard important de croissance staturale. Il est curieux de noter d'autre part que l'interférométrie donnait un résultat normal.

**Un cas de chondrodystrophie.** — M. ROEDERER présente un enfant de 13 ans et demi, mesurant 105 cm. et pesant 24 kilos, qui est atteint de malformations multiples, dont les plus importantes sont un thorax en entonnoir, un double genu-valgum, une luxation congénitale incomplète de la hanche, des malformations humérales. La radiographie montre des lésions très spéciales que l'auteur décrit soigneusement et qui contribuent à donner à ce cas son entité nosologique. Le terme de chondrodystrophie lui paraît être celui qui convient le mieux à ce syndrome.

**Céphalée et sinusite maxillaire latente chez l'enfant.** — MM. ROUËCHE et LÉVY-DEKER insistent sur la fréquence de la sinusite maxillaire latente accompagnant les états infectieux des voies respiratoires supérieures chez les enfants. Le traitement de la sinusite fait disparaître les céphalées et les phénomènes infectieux concomitants.



## SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

(SÉANCE DU 8 NOVEMBRE 1934)

**Nécrologie.** — M. VURPAS, président, prononce l'éloge funèbre de Mlle G. Lévy, de M. Ramon y Cajal et de M. P. Ravaut, décédés.

**Les altérations du nerf phrénique dans la phrénicectomie par arrachement.** — M. ANDRÉ-THOMAS commente et critique la communication faite, sur ce sujet, à la séance du 5 juillet, par MM. J. Lhermitte, Dreyfus-Le Foyer et J.-O. Trelles. Il discute avec M. Lhermitte le rôle respectif de l'œdème et celui de l'arrachement ou de la commotion dans les lésions médullaires consécutives, ainsi que la pathogénie de la douleur scapulaire qui accompagne souvent l'arrachement : retentissement médullaire, ou anastomose avec le nerf du sous-davier.

**Spasmes toniques du cou post-encéphalitiques avec troubles spasmodiques de la parole entraînant l'aphonie.** — M. G. HEUYER et Mlle Claire Vogt présentent un sujet de vingt ans, qui est atteint depuis la première enfance de spasmes toniques du cou entraînant des mouvements variés de la tête avec crises de torticolis spasmodique gauche. Ces spasmes sont associés à une aphonie d'origine uniquement spasmodique et comparable aux troubles spasmodiques observés dans le bégaiement.

Les auteurs attribuent l'origine de ces troubles à une encéphalite survenue vers l'âge d'un an et accompagnée d'hypertonie et de tremblement du membre supérieur droit, de paralysie oculaire de la convergence, d'hyperglycorachie du liquide céphalo-rachidien.

M. BARUK rappelle un malade qu'il a présenté avec M. POUMEAUX-DELILLE, dont l'aspect et l'histoire étaient analogues.

**Un cas de poliomyélite antérieure chronique probable.** MM. J. HAGUENAU et AL. NÉGREANU rapportent un cas de poliomyélite antérieure chronique avec atteinte élective des muscles extenseurs, sans troubles des réflexes, sans signes pyramidaux, sans amyotrophies et sans contractions fibrillaires. Ils se demandent s'il ne s'agit pas là d'une forme pure de poliomyélite antérieure chronique, et si on est en droit d'envisager cette affection comme une maladie autonome.

Ils posent le problème des rapports qui existent entre la poliomyélite antérieure chronique et la poliomyélite antérieure subaiguë d'une part, la sclérose latérale amyotrophique d'autre part. Enfin les auteurs insistent sur un caractère qui est spécial au cas qu'ils présentent : l'aspect pseudo-polynévritique de l'affection, forme dont on trouve un certain nombre d'observations dans la littérature.

M. LHERMITTE fait remarquer qu'il n'y a pas lieu de considérer comme poliomyélites antérieures chroniques les cas d'atrophie musculaire progressive lente, du type Aran-Duchenne, tant qu'il n'y a pas de preuve clinique ou histologique de la nature inflammatoire des lésions.

**Torticolis spasmodique avec syndrome cérébello-pyramidal d'origine spécifique.** — MM. H. SCHAEFFER et R. BIZE présentent une femme de trente-neuf ans, chez laquelle on constate un torticolis spasmodique droit, plus tonique que clonique. Ce torticolis a commencé il y a trois ans, mais, depuis quelques mois, il s'y associe un syndrome pyramidal, avec exagération des réflexes tendineux et extension de l'orteil, un syndrome cérébelleux fruste avec troubles de la statique, et une asymétrie des réactions vestibulaires avec hyperexcitabilité du côté droit. L'existence d'une réaction de Bordet-Wassermann négative dissociée dans le sang, légèrement positive dans le liquide céphalo-ra-

chidien, d'un benjoin positif, et l'amélioration de l'ensemble du syndrome à la suite du traitement spécifique donnent à penser que tous les accidents sont en rapport avec une syphilis du névraxe. Les auteurs rappellent les faits antérieurs — peu nombreux et peu démonstratifs — de torticolis spasmodique d'origine spécifique.

**La forme radiculo-cordone postérieure de la maladie de Friedrich.** Ses analogies avec la maladie de Roussy-Lévy. — MM. P. MOLLARET et M. CACHIN présentent un cas de maladie de Friedrich, dans lequel prédominent des douleurs à type de radiculalgies, l'atteinte des sensibilités profondes, l'aréflexie tendineuse, l'hypotonie et une légère ataxie. Les symptômes sont frustes et l'évolution relativement lente. Un tel syndrome, observé également chez la sœur du malade, présente de grandes analogies avec la maladie de Roussy-Lévy, mais il pourrait être considéré comme la forme radiculo-cordone postérieure de la maladie de Friedrich, et rentrerait, avec l'héréditaire-ataxie cérébelleuse de P. Marie et avec certaines paraplégies familiales, dans le grand groupe homogène de l'héréditaire-dégénération spino-cérébelleuse.

**A propos des difficultés du diagnostic entre certaines tumeurs frontales et les tumeurs de la fosse cérébrale postérieure.** Méningiome de la région olfactive droite avec épreuve de Delmas-Marsalet positive des deux côtés et persistant après l'ablation de la tumeur. — MM. P. MOLLARET, M. DAVID et M. AUBRY présentent un malade opéré et guéri d'un méningiome de la région olfactive droite, et chez lequel un certain nombre de symptômes plaident en faveur du siège postérieur de la tumeur. Mais la recherche, avant l'opération, de l'épreuve de Delmas-Marsalet avait montré une inversion de la déviation post-giratoire, inversion identique des deux côtés ; celle-ci persiste encore deux mois après l'ablation de la tumeur. La ventriculographie, d'accord avec cette épreuve, indiquait un siège antérieur. De nouvelles recherches s'avèrent donc indispensables pour préciser pourquoi le phénomène décrit par Delmas-Marsalet peut être bilatéral, ainsi que pour déterminer sa physiopathologie et sa valeur localisatrice.

**Les troubles de l'orientation dans les tumeurs du lobe frontal.** — M. DELMAS-MARSALET (de Bordeaux), à propos de la communication de MM. Mollaret, M. David et M. Aubry, signale que l'épreuve décrite par lui d'après ses recherches expérimentales, a déjà été constatée dans cinq ou six cas de tumeurs du lobe frontal. Il distingue, dans le mécanisme des « ataxies frontales », quatre facteurs : cérébelleux, labyrinthique, apraxique, et agnosique.

CL. VINCENT rappelle que, chez une malade, il a réalisé l'ablation complète du lobe frontal sans déterminer « l'ataxie frontale ».

**Syndrome de sclérose latérale amyotrophique consécutif à une encéphalite léthargique.** — MM. Jacques DECOURT, P. MATHIEU et L. MEYER présentent une femme de trente-deux ans, chez laquelle on observe, dix-sept ans après une encéphalite léthargique typique, un syndrome de sclérose latérale amyotrophique : signes pyramidaux, atrophies musculaires du type myélopathique, atteinte bulbaire, absence de troubles de la sensibilité. Les auteurs insistent sur les caractères cliniques qui différencient ce syndrome de la maladie de Charcot proprement dite : coexistence de troubles moteurs du type extrapyramidal, présence de secousses musculaires apparentées aux myoclonies, lenteur extrême de l'évolution.

**Tumeur du ventricule latéral propagée à la cavité du III<sup>e</sup> ventricule. Ablation. Hypersomnie et hyperthermie post-opératoires prolongées. Guérison. Influence de la ponction ventriculaire sur l'état de mal comitial.** —



MM. M. DAVID, P. PUECH, P. DE FONT-RÉAUX et M. BRUN présentent un malade chez lequel ils ont enlevé un volumineux gliome du ventricule latéral gauche qui avait envahi secondairement la cavité du III<sup>e</sup> ventricule. Pendant les six semaines qui suivirent l'intervention, l'opéré présenta une hypersomnie continue avec hyperthermie. Ces phénomènes cessèrent brusquement et le malade est actuellement guéri.

Les auteurs insistent sur les caractères très particuliers des troubles auditifs que présentait le malade avant l'intervention, et qui en imposaient, à un examen superficiel, pour une tumeur de l'angle ponto-cérébelleux. Ils montrent aussi l'influence heureuse de la ponction ventriculaire sur un état de mal que présentait le malade à son entrée dans le service. La ponction ventriculaire évacuatrice fit cesser les crises, ranima le malade, et permit d'intervenir quelques jours plus tard.

Un cas de sciatique consécutive à une hémorragie tronculaire. Opération. Guérison. — MM. ALAJOUANINE, DE MARTEL, THUREL et GUILLAUME rapportent un cas de sciatique consécutive à une hémorragie tronculaire survenue à l'occasion d'un effort.

Le diagnostic étiologique et topographique des lésions reposait essentiellement sur l'étude des commémoratifs et sur la constatation d'un point douloureux fixe sur le tronc du sciatique. L'existence d'élançements névralgiques provoqués par la toux était classiquement en faveur d'une sciatique haute, radiculaire ou funiculaire ; les auteurs critiquent l'interprétation habituellement donnée au signe de la toux.

L'intervention chirurgicale confirma le diagnostic clinique et fut suivie de guérison.

Deux cas de torticolis spasmodique guéris par l'opération de Mackensie. — MM. ALAJOUANINE, DE MARTEL, THUREL et GUILLAUME rapportent deux cas de torticolis spasmodique guéris par la section du spinal médullaire, des

quatre premières racines sensitives cervicales et des trois premières racines motrices cervicales.

Ils insistent sur l'action favorisant, dans le déclenchement des mouvements involontaires, d'un certain état tonique des muscles, que celui-ci soit déterminé par une action volontaire ou par une action syncinétique. On conçoit alors l'heureuse influence de la section des racines sensitives, qui détermine une diminution durable du tonus des muscles du territoire correspondant ; elle ajoute ses bons effets à ceux de la section des racines motrices, qui ne paralyse qu'une partie des muscles du cou.

M. MEIGE fait des réserves sur le résultat éloigné de ces opérations, à la suite desquelles les mouvements reparaisent toujours tôt ou tard.

Double tumeur de l'angle ponto-cérébelleux. — M. ALAJOUANINE présente les pièces d'une double tumeur de l'angle ; d'un côté, c'est le neurinome habituel ; mais, du côté opposé, il s'agissait d'un méningiome.

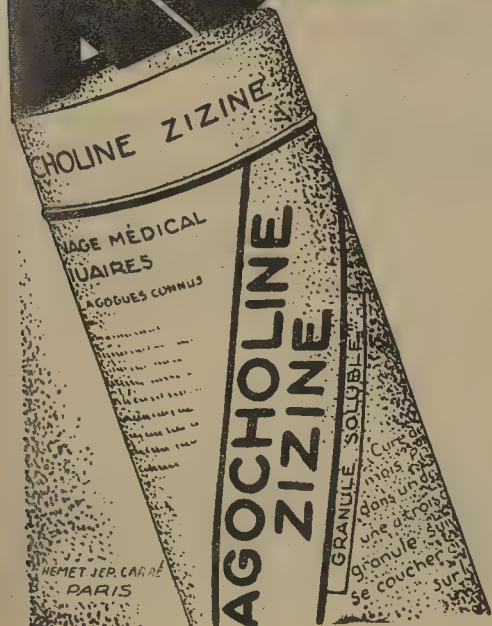
Etude expérimentale sur les effets de l'intoxication par le diéthylphosphate de plomb sur le système nerveux. — MM. J. LHERMITTE, KULIKOWSKI et J.-O. TRELLES ont injecté le composé organique de plomb dans la circulation générale et sous la peau chez une série de lapins adultes, de manière à réaliser une intoxication assez rapidement nocive surtout par voie intraveineuse.

Chez les animaux les plus atteints, ils ont constaté, au bout d'un mois d'injections quotidiennes, de l'amaigrissement, de la paraparésie, des troubles des sphincters.

Anatomiquement, les lésions portent surtout sur le cortex cérébral et cérébelleux et sur la substance grise spinale. Les nerfs périphériques sont remarquablement conservés. Fait curieux, il semble que les altérations cellulaires créées par cette intoxication affectent une topographie particulière ; ainsi sur le cortex cérébral ce sont la IV<sup>e</sup> couche et la V<sup>e</sup> qui sont les plus atteintes ; sur le cervelet, les

# AGOCCHOLINE

(GRANULÉ SOLUBLE)



## CHOLECYSTITES CHRONIQUES CONGESTION DU FOIE

Lithiase biliaire - Ictère et Cholémie

Dyspepsies réflexes - Constipation

Migraines, Vertiges, Eczéma, Prurit

d'origine  
hépato biliaire

**Posologie :** 1 à 3 cuillerées à café le matin à jeun, dans un demi verre d'eau chaude.

**LABORATOIRES DU D<sup>r</sup> ZIZINE**  
24, 26, Rue de Fécamp - Paris (XII<sup>e</sup>)



cellules de Purkinje du noyau dentelé ; sur la moelle, les cellules radiculaires antérieures.

Les cellules nerveuses sont seules affectées ; les vaisseaux, les méninges et la névroglie ne présentent aucune réaction. L'intoxication par le dyéthylphosphate de plomb crée donc des altérations nerveuses assez différentes de celles que l'on attribue encore aujourd'hui au saturnisme professionnel.

#### **Pneumatocèle intracrânienne ; constatations opératoires.**

— MM. DEREUX et SWYNGHEDAUW (de Lille) rapportent l'observation d'un malade atteint de pneumatocèle intracrânienne et les constatations qu'ils ont pu faire du point de vue clinique, radiographique et opératoire.

L'intervention a permis notamment de préciser le siège de la poche aérienne, le point d'entrée de l'air, et le mécanisme de production des symptômes de localisation.

**Syndrome paralytique unilatéral des quatre dernières paires crâniennes (syndrome condylo-déchiré postérieur), seule traduction clinique d'une échinococcose primitive de l'os occipital.** — MM. E. KREBS, J. LEMAIRE, G. LOISEL et P. BISSERY présentent l'observation anatomo-clinique d'un cas de syndrome condylo-déchiré postérieur, qui s'était établi progressivement en un an et demi, et devait durer un peu plus de deux ans, sans jamais s'accompagner ni de signes de compression intracrânienne ni de symptômes pyramidaux ou cérébelleux. Les radiographies de la base du crâne étant négatives et en l'absence de tout signe de méningite syphilitique, une intervention, qui devait porter sur la fosse postérieure, fut proposée au malade qui la refusa. Il devait succomber six mois plus tard à une crise d'œdème aigu du poumon. L'autopsie révéla, avec l'intégrité de tous les viscères, sauf les poumons, toute une série de vésicules hydatiques de la fosse cérébelleuse entre la dure-mère et le cervelet et entre la dure-mère et l'os, toutes ces vésicules développées secondairement à une échinococcose primitive de l'os occipital, ainsi que le prouva l'examen histologique. La nécrose englobait d'un seul côté le trou condylien et le trou déchiré postérieur, dans lequel siégeait une vésicule hydatique par surcroît. On peut noter le contraste des résultats de la compression du cervelet et de celle des nerfs crâniens, et l'appoint qu'apporte cette observation à la théorie de l'origine osseuse des échinococcoses cranio-vertébrales.

**Le noyau tangentiel de l'hypothalamus et ses connexions.** — MM. G. ROUSSY et M. MOSINGER, poursuivant leurs recherches sur la région hypothalamique, apportent des précisions sur le noyau tangentiel et sur ses connexions.

Ce noyau, qui s'étend de la région pré-optique jusqu'au noyau mamillaire latéral, peut être divisé en cinq segments : le segment pré-chiasmatique, le segment antéro-externe, le segment rétro-chiasmatique, le segment postéro-interne et le segment dorsal.

Après avoir rappelé les caractéristiques cytologiques de ces formations nucléaires, les auteurs en étudient les connexions suivant la direction des prolongements cellulaires qui varient dans les différentes parties du noyau tangentiel, suivant que l'on étudie le « segment antéro-externe » ou le « segment postéro-interne ».

L'étude des connexions du noyau tangentiel montre notamment : 1° que ce noyau peut être considéré comme le seul centre excito-sécrétoire principal de l'hypophyse ; 2° que le noyau tangentiel innervant la rétine joue très probablement sur celle-ci un rôle trophique et excito-fonctionnel.

**Sur la zone pré-optique.** — MM. ROUSSY et MOSINGER cherchent, dans cette communication, à préciser les caractères cytologiques qui permettent d'individualiser cette ré-

gion et d'en étudier les connexions afférentes et efférentes.

Ils rappellent d'abord que la zone pré-optique correspond à la région de la base du cerveau, qui est développée autour du recessus pré-optique (ou sus-optique). Cette zone, peu importante chez l'homme, présente toutefois les mêmes formations nucléaires, c'est-à-dire les mêmes segments topographiques que chez les autres mammifères. Ceux-ci correspondent : 1° à la substance grise périventriculaire ; 2° à la substance grise fondamentale de l'aire pré-optique.

Les auteurs précisent les caractères cellulaires et les connexions de ces différents segments, tels qu'ils ont pu les étudier sur des coupes microscopiques sériées. Cette étude montre qu'elles entrent en rapport avec les noyaux olfactifs sensoriels, avec les noyaux olfacto-moteurs et olfacto-végétatifs, avec les centres végétatifs (hypothalamus et peut-être centres mésencéphaliques) et aussi avec les centres sensitivo-végétatifs (noyau thalamique ventral et noyau interne) et avec les centres moteurs extrapyramidaux. C'est une formation olfacto-végétative et olfacto-motrice à prédominance effectrice.

## **LIVRES NOUVEAUX**

**L'angiographie cérébrale. Ses applications et résultats en anatomie, physiologie et clinique (1),** par EGAS MONIZ, professeur de neurologie à la Faculté de médecine de Lisbonne.

Il y a trois ans, l'auteur a publié un volume sur l'artériographie cérébrale. Celle-ci y était surtout étudiée comme élément de diagnostic pour la localisation des tumeurs cérébrales ; le but de ses recherches étant d'obtenir la visibilité des artères.

Depuis cette date, des perfectionnements de technique, de nouvelles applications de la méthode ont ouvert d'autres horizons, surtout en physiologie. Il ne s'agit plus seulement de l'artériographie cérébrale ; l'auteur a pu rendre visible la circulation des capillaires, grâce à la tache provoquée par la substance opaque dans son passage à travers ces vaisseaux ; ainsi que dans la circulation de retour le réseau veineux du cerveau, et même les gros sinus de la dure-mère.

D'un autre côté, il a réussi à obtenir la visibilité de la circulation encéphalique dérivée des artères vertébrales, c'est-à-dire le tronc basilaire et des artères ses dérivées : la cérébrale postérieure et les artères cérébelleuses.

La visibilité provenant de la carotide externe a été aussi étudiée dans les trois phases : circulation artérielle, capillaire et veineuse.

Tous ces progrès ainsi que l'observation de nouveaux faits ont été dus à la substitution d'un nouveau corps, le thorotrast, à l'iodure de sodium à 25 p. 100, utilisé précédemment comme substance opaque ; l'épreuve est devenue tout à fait inoffensive, même réalisée sur des malades et des artérioscléreux. « L'emploi de ce corps, écrit l'auteur, est un fait très important et représente une nouvelle époque dans nos recherches. »

L. G.

(1) In-8 de 328 pages avec 192 figures. — Prix : 90 fr. — Paris, Masson et C<sup>ie</sup>.

**Aspects radiologiques de la circulation. Etude expérimentale, clinique et thérapeutique,** par le docteur MAURICE RACINE. Grand in-8° de 130 pages avec 35 figures. — Paris, Le François.





# Hirudinase

(DRAGÉES)

Le premier produit spécialisé à base d'Extrait de Sangsues

**INSUFFISANCES VEINEUSES**  
**INFECTIONS VASCULO-SANGUINES**

**PHLÉBITES . SEPTICÉMIES**  
**DYSMÉNORRHÉES**

DOSE MOYENNE  
4 à 6 DRAGÉES  
PAR JOUR



LABORATOIRES "ANA", 18, AV<sup>UE</sup> DAUMESNIL . PARIS.XII<sup>e</sup>

CHOC PUBLICITÉ . FONTENAY S/M BOIS



## NOTES POUR L'INTERNAT

## DILATATION DU CŒUR

## CAUSES. SIGNES. DIAGNOSTIC.

## DEFINITION.

« Anévrisme passif » du cœur, de Corvisart (1806), s'opposant à l'hypertrophie ou anévrisme actif.

La dilatation cardiaque peut, en effet :

- a) Rester pure, isolée, sans hypertrophie.
- b) Succéder à l'hypertrophie.

Elle est souvent le témoignage d'une insuffisance cardiaque : tout cœur asystolique est un cœur dilaté, mais dans certaines conditions, on peut avoir une dilatation physiologique sans insuffisance.

## ETIOLOGIE.

La dilatation cardiaque peut être :

1. Totale ou partielle ;
2. Légère ou intense ;
3. Rapide ou lente ;
4. Transitoire ou persistante ;
5. Physiologique ou pathologique.

A. Dilatations physiologiques. — Elles peuvent être : passagères, épisodiques, lentes et durables.

1. PASSAGÈRES. — a) Le cœur se dilate pendant le sommeil (Potain) ;

b) Il se dilate pendant la digestion (Potain et thèse de Foubert). Gros mangeurs et grands buveurs de bière (Bollinger) ;

c) Le cœur se dilate pendant la marche ;

d) Exercice physique. — La dilatation cardiaque au cours de l'exercice et du surmenage physiques a fait l'objet de nombreux travaux : le gros cœur des athlètes était déjà connu de Galien. D'après Pachon et Starling, il y a une « loi du cœur » : la dilatation physiologique n'est pas un phénomène passif témoignant de la détresse du myocarde devant un excès de travail, c'est une réaction à laquelle le cœur recourt nécessairement pour accomplir un travail anormalement intense, et elle s'associe à la tachycardie. On peut décrire trois phases en cas de surmenage physique.

1. Phase tonique : le cœur prend une forme globuleuse sphérique (Pachon).

2. Phase hypotonique : après une phase intermédiaire, pendant laquelle le cœur reprend un volume normal, apparaît la dilatation ;

3. Tachycardie (Means et Newburg) : l'épreuve du pas gymnastique de Lian, test d'entraînement, est basée sur la mesure de l'accélération cardiaque.

2. EPISODIQUES. — Au cours de la grossesse, le cœur se dilate ; cette distension est rare (Vaquez et Millet) et c'est surtout une dilatation des cavités droites (Gerhardt, Friedrich et Fritsch).

3. LENTES ET DURABLES. — Pouvant provoquer l'hypertrophie.

La dilatation lente et durable se voit chez les montagnards (Lagopèdes des Hautes-Alpes, J. Strohl).

Ces dilatations physiologiques ont un double intérêt :

1. Elles montrent que l'abstention ou la limitation de certains actes physiologiques doivent représenter un chapitre important de l'HYGIÈNE DES CARDIAQUES.

2. Si certains actes physiologiques dépassent les limites d'intensité normale ou se répètent avec excès, la dilatation cessera d'être physiologique et deviendra un phénomène

morbide, en particulier sous l'influence associée de privations, d'excès alcooliques et de chocs nerveux (Lancisi). Comme il est de règle, la physiologie pathologique se relie à la physiologie.

B. Dilatations de cause mécanique. — Avec obstacle au cours du sang.

1. Au niveau des orifices cardiaques, surtout les rétrécissements plus que les insuffisances.

2. Au niveau du péricarde :

Péricardite aiguë (Potain) ;

Symphyse du péricarde.

3. Au niveau de la circulation artérielle :

Artérite chronique.

4. Au niveau de la circulation pulmonaire, etc. :

Embolie pulmonaire ; œdème aigu ; tuberculose aiguë ; coqueluche ; emphysème ; dilatation des bronches ; pneumonies chroniques, etc... ;

Déformations thoraciques des gibbeux ; affections chroniques du foie et du rein (hypertrophie excentrique de Bertin).

Dans ces dilatations de cause mécanique, on doit distinguer :

a) Les obstacles durables et progressifs : dilatation et hypertrophie s'associent : dilatation, hypertrophie, dilatation.

b) L'obstacle passager : vaso-constriction spasmodique des capillaires pulmonaires et dilatation cardiaque droite d'origine réflexe (colique hépatique, etc.).

C. Dilatations de cause dynamique. — Ce sont les dilatations résultant d'altérations aiguës ou chroniques du myocarde par infection, intoxication, auto-intoxication, trouble endocrinien.

Au cours de : rhumatisme articulaire aigu, diphtérie, fièvre typhoïde, grippe, pneumonie, érysipèle, dysenterie...

Au cours de : alcoolisme, tabagisme,

Au cours de l'ictère, de l'urémie,

Au cours de la maladie de Basedow...

D. Dilatations cardiaques suivant l'âge. — Surtout adulte (et enfant pour R. A. A.), plus rarement vieillard.

E. Les différentes dilatations. — Susceptibilité plus grande du cœur droit.

## ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Il n'est pas toujours facile d'apprécier la dilatation :

a) Pour Laënnec, on pouvait affirmer la dilatation si le volume du cœur dépasse le poing du sujet.

b) Pour d'autres auteurs, on peut apprécier le volume (Bénèke), les dimensions du cœur, le poids des diverses parties du cœur (Th. Lewis).

c) Pour Bernheim (de Nancy), appréciation facile par coupe transversale de la masse ventriculaire au niveau du sillon auriculo-ventriculaire.

d) Pour Lian, mesure de la capacité cardiaque : normalement, 40 cm<sup>3</sup> pour le V.G., 50 cm<sup>3</sup> pour le V. D., 35 cm<sup>3</sup> pour l'O. G., 40<sup>3</sup> cm pour l'O. D.

La dilatation est totale ou partielle : cœur cylindro-conique, ou globuleux, ovoïde, etc...

La dilatation du cœur droit s'associe à l'amincissement de ses parois, celle du cœur gauche à l'hypertrophie.

Le myocarde est normal ou altéré. Le plus souvent il y a des lésions myocarditiques.

(A suivre.)

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.



# TRAITEMENT DE L'ENTÉRITE ET DE L'ENTÉRO-COLITE

La plupart des entérites et des entéro-colites sont dues au développement dans l'intestin des germes pathogènes protéolytiques dont les sécrétions irritent les parois intestinales, d'où les spasmes, l'hypersécrétion, les coliques, la diarrhée dans la plupart des cas, notamment dans les entérites aiguës, la constipation dans certains cas d'entéro-colite, quand le spasme domine l'hypersécrétion.

On sait depuis les travaux de METCHNIKOFF que le vrai traitement de l'infection intestinale consiste à favoriser le développement du bacille lactique, l'antagoniste des microbes protéolytiques.

Le traitement lactique pourtant n'a pas tenu ses promesses; parce qu'on s'est contenté jusqu'ici de faire absorber du bacille lactique. Trouvant dans l'intestin des conditions de développement défavorables, il ne peut profiter et reste sans effet. Pour réaliser un traitement lactique efficace, il faut lui fournir un aliment. C'est là le secret du succès de l'AMIDAL.

L'AMIDAL associe aux ferments lactiques de l'amidon paraffiné, préparé suivant la technique du professeur DOUMER, qui parvient non digéré jusque dans les parties les plus éloignées de l'intestin et y fournit au bacille lactique l'aliment qui permet sa prolifération. Dès lors, l'infection putride anaérobie ne résiste pas à son ennemi naturel.

Les entérites aiguës guérissent d'habitude en moins de quarante-huit heures, même dans les cas les plus graves, dans la diarrhée infantile par exemple. Toutes les diarrhées sont rapidement enrayées, même la diarrhée des tuberculeux si tenace; l'entéro-colite chronique que les antiseptiques intestinaux, toujours irritants, ne parviennent pas à améliorer, cède au seul bon traitement physiologique des infections intestinales que représente l'AMIDAL. Ce médicament agit non seulement sur les formes qui donnent de la diarrhée, mais aussi sur la constipation d'origine spasmodique des entéro-colitiques.

L'AMIDAL s'ordonne, soit en poudre à la dose d'une cuillerée à soupe à la fin de chacun des deux repas principaux, mêlée à de la confiture ou à une demi-banane bien écrasée, soit en cachets, comprimés ou dragées à la dose de 6 à 8 par vingt-quatre heures.

Il est utile dans certains cas d'entéro-colite d'associer au traitement de l'infection un traitement symptomatique dirigé contre le spasme et l'hypersécrétion qui favorisent dans une certaine mesure la persistance de l'infection protéolytique. A ce point de vue, la GENATROPINE est d'une efficacité remarquable. A petite dose (x à xx gouttes ou 1 ou 2 granules 2 ou 3 fois par jour) elle fait disparaître les coliques douloureuses, lève le spasme, tarit la diarrhée.

Laboratoires des Produits AMIDO,

4, Place des Vosges, PARIS

Echantillons médicaux sur demande.

AMIDAL

GÉNATROPINE

Tout Déprimé  
» Surmené

Tout Cérébral  
» Intellectuel

Tout Convalescent  
» Neurasthénique

est justiciable  
de la :

6, Rue Abel  
PARIS (12<sup>e</sup>)

NEVROSTHENINE FREYSSINGE

Gouttes de glycérophosphates alcalins (0.40 par XX gouttes).  
XV à XX gouttes à chaque repas. - Ni sucre, ni alcool.



Épilepsie!!

dans l'état actuel  
de la Science, les

Dragées Gelineau

(Bromure de potassium arsenical et Piorotoxine)  
demeurent toujours

le remède le plus actif,  
le plus puissant

à combattre l'Épilepsie  
J. Mousnier, Sceaux (Seine) près Paris.

INFECTIONS  
AIGUES  
FÉBRILES

SEPTICEMINE CORTIAL

15, Boul. Pasteur  
— PARIS —



**ASTHÉNIE GÉNÉRALE**  
**Action Élective sur les Centres Génito-Spinaux**

# **YO-ANDROL**

(Antero-Hypophysine - Vitamine E - Orchilipoïde, etc.)

**NOUVELLE FORME:**

**Ampoules injectables**



**HOMOLOGUE**

**FÉMININ :**

**YO-GYNINE**

**POSOLOGIE :** 1 injection hypodermique tri-hebdomadaire ou 6 à 9 pilules par jour

---

**LABORATOIRE ISCOVESCO**

**107, Rue des Dames, PARIS**



La Lancette Française

## GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6<sup>e</sup>. Tél. : Danton 48-31.PUBLICITE : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6<sup>e</sup>) - Téléph. : LITRÉ 54-93.

## PRIX DE L'ABONNEMENT

## FRANCE

3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.

Etudiants : 25 francs par an.

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

## ETRANGER

Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.

Tous les autres pays : 75 francs.

## SOMMAIRE

## REVUE GÉNÉRALE

*Le lobe pariétal. Anatomie. Physiologie. Physiopathologie* (avec 1 schéma), par MM J.-O. TRELLES et M. LECONTE.

## SOCIÉTÉS SAVANTES

*Académie de médecine.*

## INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

*Médecins et étudiants allemands. Quelques chiffres*, par M. Maurice MORDAGNE.

## LIVRES NOUVEAUX

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

## INFORMATIONS

**HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX** (admissibilité). — Jury : MM. Sauvé, Gatellier, Madier, Labey, Brocq, Moure, Cunéo.

Censeurs : MM. Oberlin, Banzet, Braine, Sénèque.

Lecteurs : MM. Thalheimer, Huard, Ménégau, Michon, Redon, Charrier, Petit-Dutaillis, Bloch (René).

**— PRIX FILLIOUX.** — Jury : MM. Moulonguet, Huet, Halphen, Brouardel, Alglave.**— PRIX DE L'INTERNAT. — Chirurgie et accouchements.** — Épreuve théorique anonyme. — Questions données : « Artère mésentérique inférieure. — Indications opératoires et traitement du cancer ampullaire du rectum chez l'homme. »

Points obtenus par les candidats : MM. Poilleux, 19 + 23 + 18 = 60; Mutricy, 17 + 23 + 18 = 58; Beuzart, 15 + 22 + 17 = 54.

Médaille d'or : M. Poilleux; médaille d'argent : M. Mutricy; accessit : M. Beuzart.

**Médecine.** — MM. Albeaux-Fernet, 18; Antonelli, 16; Bolgert, 19; Bosquet, 20; Boussier, 15; Delay, 17; Joseph et Loisel, 16; Pham Hue Chi, 18; Sterne, 15.

Questions posées à l'épreuve écrite anonyme : « Fonction de l'hypophyse. — Spirochétose ictéro-hémorragique. »

Points obtenus par les candidats : MM. Bosquet, 20 + 29 + 19 = 68; Bolgert, 19 + 28 + 18 = 65; Pham Hue Chi, 18 + 26 + 18 = 62.

Médaille d'or : M. Bosquet; médaille d'argent : M. Bolgert; accessit : M. Pham Hue Chi.

**FACULTÉS DE MÉDECINE. — BORDEAUX.** — A l'issue de la XXIX<sup>e</sup> série d'études pour la préparation au diplôme de médecin colonial et à l'examen de médecin sanitaire maritime (novembre et décembre 1934), ont reçu le diplôme de médecin colonial de l'Université de Bordeaux :

MM. Azma, Barroux, Bonnel, Bouilloc, Carel, Carpentier, Chippaux, Clastres, Cordero, Deczest, Ducourneau, Eggenberger, Fargeot, Gambier, Gariou, Gay, Gineste, Guibert, Gounel, Halatcheff, Hebraud, Hirriberrie, Latier, Lemoine, Marton, Phung-Nog-Tue, Rey-Lescure, Richet, Sappey, Seince, Taxil, Tran-Cond-Dang, Viaud, Weber.

Sont proposés pour l'inscription au tableau des médecins sanitaires maritimes :

MM. Barroux, Bourgarel, Depierris, Gambier, Hoang Tich Min, Lafontaine, Imbert, Lalieve, Mandoul, Moreau, Nguyen van Bon, Rey-Lescure, Richet, Monteils.

La XXX<sup>e</sup> série d'études aura lieu du 4 novembre au 23 décembre 1935.

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétariat de la Faculté de médecine de Bordeaux.

**CONSEIL SUPÉRIEUR D'HYGIÈNE PUBLIQUE DE FRANCE.** — M. le docteur Neveu, chef du laboratoire des épidémies à la Préfecture de police, est nommé auditeur au Conseil supérieur d'hygiène publique de France, dans la catégorie des bactériologistes.**CONSEIL SUPÉRIEUR DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE.** — Le Conseil supérieur de l'instruction publique est convoqué en session ordinaire le lundi 4 février 1935.

La durée de cette session est fixée à trois jours.

**SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.** — Prix décernés par la Société de chirurgie pour l'année 1934 :

Le prix Duval-Marjolin est décerné à M. Georges Ardouin (Cherbourg), pour son travail intitulé : « Contribution à

La feuille de digitale se prescrit :

**Digi — LANATINE**Extrait total des Glucosides  
de la Feuille de digitaleLABORATOIRE MIALHE, 8, rue Favart — PARIS (2<sup>e</sup>)

l'étude de l'ostéochondromatose des synoviales et des bourses séreuses. »

Le prix Chupin est décerné à M. Sarroste (armée), pour son travail intitulé : « Les séquelles infectieuses éloignées des fractures de guerre des membres (cellulites tardives de guerre). »

Le prix Le Dentu est décerné à M. Poilleux, interne médaille d'or en chirurgie de 1934.

**MÉDECIN ET CHIRURGIEN DES HÔPITAUX MILITAIRES.** — Ces concours auront lieu à l'hôpital militaire d'instruction du Val-de-Grâce, aux dates ci-après :

Le 7 octobre 1935, pour le titre de médecin des hôpitaux militaires, et le 24 octobre 1935, pour le titre de chirurgien des hôpitaux militaires.

Les médecins capitaines compris dans la première moitié de la liste d'ancienneté de leur grade au 1<sup>er</sup> janvier 1935 et les médecins commandants qui désireront prendre part à ce concours, ou aux épreuves complémentaires de ce concours, devront faire parvenir leur demande, par la voie hiérarchique, au ministre de la Guerre (direction du service de santé, 1<sup>er</sup> bureau, personnel), pour le 1<sup>er</sup> août 1935, au plus tard, en indiquant la section (médecine, chirurgie), et, le cas échéant, la spécialité choisie.

**ASSISTANT DES HÔPITAUX MILITAIRES.** — Un concours s'ouvrira en 1935 pour l'obtention du titre d'assistant des hôpitaux militaires. Le nombre et la nature des emplois mis au concours en 1935 sont fixés comme suit :

Médecine : cinq (hôpitaux militaires d'instruction).

Chirurgie : cinq (hôpitaux militaires d'instruction).

Electro-radiologie : quatre (hôpitaux militaires d'instruction).

La durée des fonctions des assistants des hôpitaux militaires de ces différentes catégories, nommés à ce concours, est fixée à trois ans. Elle commencera à dater du 1<sup>er</sup> octobre 1935.

Sont seuls admis à prendre part à ce concours les médecins capitaines compris dans la deuxième moitié de la liste d'ancienneté de leur grade, établie au 1<sup>er</sup> janvier 1935.

Les candidats qui en feront la demande pourront être autorisés à concourir dans deux sections au plus de ce concours, mais ils ne pourront recevoir, le cas échéant, le titre d'assistant des hôpitaux militaires que dans une seule des catégories qui sera fixée par le ministre, compte tenu des intérêts du service.

A. — *Epreuves anonymes d'admissibilité.* Les épreuves auront lieu au chef-lieu de région (hôpital ou salles militaires de l'hospice mixte) et à Paris et à Lyon, aux hôpitaux militaires d'instruction du Val-de-Grâce et Desgenettes, à 8 heures, aux dates fixées ci-après :

Section Médecine : 1<sup>re</sup> épreuve, 8 avril 1935 ; 2<sup>e</sup> épreuve, 9 avril 1935. — Section Chirurgie : 1<sup>re</sup> épreuve, 10 avril 1935 ; 2<sup>e</sup> épreuve, 11 avril 1935. — Section Electro-radiologie : 1<sup>re</sup> épreuve, 12 avril 1935 ; 2<sup>e</sup> épreuve, 13 avril 1935.

B. — *Epreuves définitives.* Ces épreuves auront lieu, à l'hôpital militaire d'instruction du Val-de-Grâce, à partir du 17 juin 1935.

Les demandes des médecins capitaines, en vue d'obtenir l'autorisation de prendre part à ce concours, devront parvenir au ministre de la Guerre (direction du service de santé, 1<sup>er</sup> bureau, personnel), avant le 1<sup>er</sup> mars 1935 au plus tard, en indiquant la ou les deux sections choisies et en donnant la liste par ordre de préférence des emplois auxquels ils désireraient être affectés en cas de succès.

**CONCOURS D'ADMISSION A L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE.** — Un concours sera ouvert le 24 juin 1935, à 8 heures, pour l'emploi d'élève de l'école du service de santé militaire. Le nombre des élèves à admettre à la suite du concours de 1935 est fixé comme suit : section métropolitaine, 65 ; section médecine (troupes coloniales), 4.

La circulaire sur l'admission à l'école du service de santé militaire en 1935, comportant les modalités et les programmes des épreuves du concours et indiquant les avantages offerts aux élèves de l'école du service de santé militaire, est déposée dans les préfectures, dans les Facultés de sciences, de médecine et de pharmacie, dans les écoles de plein exercice, dans les écoles préparatoires de médecine et de pharmacie et dans les directions du service de santé des régions.

**MÉDECIN SANITAIRE MARITIME.** — Un examen d'aptitude aux fonctions de médecin sanitaire maritime, réservé aux docteurs en médecine français, aura lieu à Marseille les 14 et 15 mars 1935.

S'inscrire auprès du directeur de l'Inscription maritime, à Marseille.

**XV<sup>e</sup> SALON DES MÉDECINS.** — Le vernissage du Salon des médecins est fixé au 27 janvier 1935, à 14 h. 30 ; il sera présidé par le ministre de la Santé publique. Cette XV<sup>e</sup> Exposition du Corps médical groupe 500 œuvres de 160 médecins, pharmaciens, dentistes ou vétérinaires à la Galerie Beaux-Arts, 140, faubourg Saint-Honoré, angle de Saint-Philippe du Roule.

**OFFICE DU CINÉMA MÉDICAL.** — Un « Office du cinéma médical » vient d'être créé sous la direction scientifique du docteur Maurice Fabre et la direction technique de M. Paul Thoby. Cette organisation a pour but de réaliser tous films médicaux ou pharmaceutiques, scientifiques, documentaires ou d'actualités. Elle se propose, en outre, de créer dans une salle de Paris un « cinéma d'actualités médicales » où seraient projetés en même temps que des films scientifiques tous les faits saillants concernant l'actualité médicale ou pharmaceutique (congrès, réunions, banquets, voyages médicaux, etc.).

Pour tous renseignements, écrire à M. Paul Thoby, directeur technique de l'Office du cinéma médical, 13, rue du Conservatoire, Paris (IX<sup>e</sup>).

**NÉCROLOGIE.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Maigre (de la Roche-sur-Yon), Bosvieux (de Ville-d'Avray), Louis Sivan (de Tourves), Marius Lubin (de Marseille), le médecin général de la marine Joseph Gues, décédé à Nice dans sa 90<sup>e</sup> année ; Jean Pellet (de Paris).

ANÉMIES  
DYSPEPSIES  
ANTITOXIQUE



DOSE: 4 à 6  
TABLETTES  
PAR JOUR

BIOXYDE DE MANGANESE COLLOÏDAL SELS MAGNÉSIENS  
Laboratoire SCHMIT 71 Rue Sainte-Anne. PARIS. 2<sup>e</sup>

**PULVEOL**

ANTISEPTIC DU CARREPOUR AÉRO-DIGESTIF  
POUDRE et PASTILLES  
Littérature et Échantillons : 10, Impasse Millard, Paris (16<sup>e</sup>)

Néuralgies  
Névrites

**BROMÉINE MONTAGU**



# LENIFORME

**2.5 et 10%**

HUILE ANTISEPTIQUE NON IRRITANTE  
est indiqué dans le

**CORYZA**

**PUISQUE**

l'agent pathogène  
est un virus filtrant  
**qui ne permet pas**  
de fabriquer un vaccin  
prophylactique ni curatif.

Echantillon :  
26, rue Pétrelle, 26  
PARIS (9<sup>e</sup>)

**SE VEND EN FLACON OU EN RHINO-CAPSULES**



TRAITEMENT  
DU  
**DIABÈTE**  
PAR LES  
CAPSULES GLUTINISÉES  
DE

**PANCREPATINE**  
**LALEUF**

ÉCHANTILLONS ET LITTÉRATURE  
**LABORATOIRES LALEUF**  
20 RUE DU LAOS  
PARIS (XV<sup>e</sup>)

Nouvelle adresse : 51, rue Nicolo, PARIS (XVI<sup>e</sup>).

POSOMÉTRIE ABSOLUMENT RIGoureuse

**CALOMEL**  
**VICARIO**

PETITS COMPRIMÉS

Un milligramme, quart et demi-centigramme  
un, deux et cinq centigrammes  
DÉSAGRÉGATION RAPIDE

NEURALGIES — GRIPPE — RHUMATISMES

**NOPIRINE**  
**VICARIO**

ASPIRINE RENFORCÉE

Pharmacie VICARIO, 17, boul. Haussmann, PARIS



## REVUE GÉNÉRALE

## LE LOBE PARIÉTAL

### ANATOMIE, PHYSIOLOGIE, PHYSIOPATHOLOGIE

Par MM. J.-O. TRELLES et M. LECONTE,  
Ex-interne et interne des Asiles de la Seine.

L'anatomie et les fonctions du lobe pariétal sont fixées depuis longtemps dans leurs grandes lignes. Cependant, grâce à des recherches récentes, l'attention des neurologistes est de nouveau portée sur cette région riche de syndromes à expression clinique variée, mais toujours intéressante. C'est ainsi que l'analyse des troubles sensitifs corticaux, chaque fois plus poussée, du curieux syndrome décrit par Babinski sous le nom d'anosognosie, conduit à localiser dans un territoire pariétal défini la somatognosie, dont l'importance dans le comportement moteur est considérable. De même, l'existence d'amyotrophies distales au cours de tumeurs pariétales pose un problème pathogénique qu'on cherche à résoudre.

Il nous a donc semblé utile de résumer, avec les données anatomo-physiologiques classiques, les acquisitions récentes dues aux anatomistes, physiologistes et cliniciens qui se sont occupés de la question.

#### I. ANATOMIE

**Morphologie.** — Le lobe pariétal constitue la partie supérieure et moyenne de l'hémisphère cérébral. Il est situé en arrière du lobe frontal, au-dessus du lobe temporal, en avant du lobe occipital. Sur la face externe, trois scissures contribuent à l'individualiser. Il est bien limité en avant par la scissure de Rolando qui le sépare du lobe frontal, en bas par la scissure de Sylvius qui le sépare du lobe temporal. Ses limites sont au contraire imprécises en arrière, dans l'importante région pariéto-temporo-occipitale, où elles sont représentées par une ligne à peu près virtuelle correspondant à la scissure perpendiculaire externe. Sur la face interne, une partie du lobe est représentée. Elle répond : en avant, à la scissure sous-frontale ; en bas, à la scissure sous-pariétale ; en arrière, à la scissure occipitale interne.

Ce lobe est divisé en trois circonvolutions par le sillon interpariétal.

**Sillon interpariétal.** — Ce sillon naît dans l'angle formé par les scissures de Rolando et de Sylvius. Il a la forme d'un T couché dont la tête est antérieure. On lui distingue deux portions : une *portion verticale*, appelée aussi sillon post-rolandique, parallèle à la scissure de Rolando et séparée d'elle par la circonvolution pariétale ascendante ; une *portion horizontale*, à trajet antéro-postérieur, qui décrit une courbe à concavité inférieure et se termine soit au niveau du sillon occipital transverse, soit en se continuant dans le premier sillon occipital. Ce sillon émet dans sa portion horizontale un rameau descendant qui divise la circonvolution pariétale inférieure en deux portions : c'est le sillon intermédiaire de Jensen.

Les trois circonvolutions ainsi délimitées sont : la pariétale ascendante, la pariétale supérieure et la pariétale inférieure.

**Circonvolution pariétale ascendante (Pa).** On l'appelle encore troisième pariétale, circonvolution post-rolandique (de Broca), post-centrale.

Elle est limitée, en avant, par la scissure de Rolando, en arrière par le sillon post-rolandique. Comme la frontale ascendante elle présente un corps, un pied et une tête et deux plis de passage. Son pied s'unit à celui de Fa formant le pli de passage fronto-pariétal inférieur ou Opércule Rolandique. Sa tête s'unit encore à Fa sur la face interne constituant le pli de passage fronto-pariétal supérieur ou lobule paracentral que la terminaison de la scissure sous-frontale borde en arrière.

**Circonvolution pariétale supérieure.** — On l'appelle encore « première circonvolution pariétale » (Broca) ou Gyrus parietalis superior.

Sur la face externe, elle est large en avant, étroite en arrière et se continue avec la première circonvolution occipitale par le pli de passage pariéto-occipital externe de Gratiotet.

Sur la face interne, elle constitue le lobule quadrilatère ou pré-cuneus.

**Circonvolution pariétale inférieure.** — On l'appelle encore deuxième circonvolution pariétale ou lobule pariétal inférieur. Elle mérite beaucoup d'attention car sa morphologie, en raison peut-être de son importance fonctionnelle, est diversement envisagée par les auteurs, et son étude est encore rendue difficile par les nombreux sillons qu'elle présente. Elle est située en arrière de la pariétale ascendante et au-dessous du sillon interpariétal.

Le sillon de Jensen la divise, avons-nous dit, en deux parties : l'une antérieure, l'autre postérieure.

La partie antérieure est à cheval sur l'extrémité postérieure de la scissure de Sylvius. Elle naît par un pied d'insertion de l'extrémité inférieure de Pa, et constitue ainsi le lobule marginal, plus communément connu sous le nom de gyrus supra-marginalis, dénomination prêtant moins à erreur que celle de lobule du pli courbe. Elle jette à la première circonvolution temporale un pli de passage, le premier pli de passage pariéto-temporal de Broca.

La partie postérieure est recourbée autour de la partie ascendante du premier sillon temporal, ou sillon parallèle, et forme de la sorte le pli courbe proprement dit, ou lobule angulaire, nommé encore couramment gyrus angularis. Elle a la forme d'un U couché dont la branche supérieure répond à P<sup>2</sup>, au niveau du sillon de Jensen, la branche inférieure se fusionne en arrière du sillon parallèle avec la deuxième circonvolution temporale et dont la partie moyenne envoie en bas et en arrière un prolongement se perdant dans le lobe occipital avec O<sup>2</sup> : c'est le pli de passage pariéto-occipital inférieur. On sait l'importance de cette région qui forme la partie de la zone de Wernicke des neuro-pathologistes, composée du gyrus supra-marginalis, du tiers postérieur de T<sup>1</sup> et du pli courbe.

**Rapports et repères.** — I. *Le lobe pariétal est recouvert par les méninges.* C'est-à-dire, si l'on suit la description encore classique, par la pie-mère et l'arachnoïde d'une part, qui contribuent à circonscrire le réservoir périméridique de liquide céphalo-rachidien ; par la dure-mère, plus externe, d'autre part. Aujourd'hui on tend à ne reconnaître que deux méninges :

— La méninge dure, périphérique, formée par l'accolement de la dure-mère et du feuillet pariétal de l'arachnoïde ;

— La méninge, molle, formée par la pie-mère et le feuillet viscéral de l'arachnoïde. Pie-mère et névroglie étant unies pour former la membrane piogliale, ou limitante externe (Roussy, Lhermite et Oberling), immédiatement en rapport avec le cortex cérébral.

Au niveau du lobe pariétal, le cortex est en rapport avec une partie de la zone décollable de Gérard Marchant et avec les lacs de la convexité (Sylvius, Rolando), quelquefois intéressés dans les méningites séreuses.

II. *Le lobe pariétal répond encore par sa face externe à la face endocrânienne de l'os pariétal.*

L'os dépasse en tous sens la superficie du lobe pariétal, recouvrant ainsi une partie des lobes frontal, temporal et occipital. Le centre de la bosse pariétale répond à la circonvolution pariétale inférieure à la jonction de ses deux lobules constitutifs.

Les rapports des circonvolutions avec la boîte crânienne peuvent être déduits chez le vivant grâce à des points de repère qui permettent de tomber sur les scissures de Rolando et de Sylvius.

Pour la scissure de Rolando, on obtient : 1° son extrémité supérieure, en prenant un point situé deux centimètres en arrière du milieu d'une ligne sagittale tendue de l'angle naso-frontal à la tubérosité occipitale externe (inion) ; 2° son extrémité inférieure, en élevant en avant du trou auditif, sur l'apophyse zygomatique, une perpendiculaire sur laquelle on compte sept centimètres à partir de l'arcade.

La scissure de Sylvius se trouve sur une ligne unissant le lambda à l'angle naso-frontal. Elle commence trois centimètres en arrière de l'apophyse orbitaire externe et passe à six centimètres du conduit auditif externe. On trouve le pli courbe (gyrus angularis) sur cette ligne Sylvienne à sept centimètres du lambda et le lobule du pli courbe (gyrus supra marginalis) à dix centimètres. Ces repères principaux ont donné lieu, il y a quelques années, avant que la neuro-chirurgie eût pris l'essor actuel, à une série de procédés plus ou moins compliqués, tels que ceux de Kronlein et Frieriep, qui consistent essentiellement à déterminer un certain nombre de repères, les uns verticaux, les autres horizontaux, découpant des surfaces déterminées. En 1917, MM. Pierre Marie, Foix et I. Bertrand ont préconisé leur méthode de repérage grâce à une radio-étalon. Avec les progrès de la neuro-chirurgie, l'importance de cette topographie crânio-encéphalique a beaucoup diminué. On pratique, en effet, actuellement, de larges volets crâniens donnant un vaste champ opératoire.

III. Sur des coupes vertico-frontales le lobe pariétal apparaît en rapport avec le centre ovale. Au niveau du lobule du pli courbe on peut aussi noter qu'il répond au carrefour ventriculaire.

**Vascularisation.** — Deux artères participent à la vascularisation du lobe pariétal : la cérébrale antérieure et la sylvienne.

La cérébrale antérieure, dont l'étude a été reprise par Foix et Hillemand, irrigue la partie postérieure du lobule paracentral et le lobule quadrilatère, c'est-à-dire, la face interne du lobe pariétal par une branche née de sa con-

vexité : la callosomarginale, et par ses branches terminales (artère frontale interne et postérieure de Duret).

Son territoire déborde un peu sur la face externe du cerveau et contribue à irriguer la partie supérieure de la première pariétale (P1), de la pariétale ascendante (PA), ainsi que de la frontale ascendante.

La Sylvienne irrigue, suivant Ch. Foix et Lévy, le lobe pariétal par certaines de ses branches superficielles. Elles sont au nombre de quatre. Les deux premières naissent du tronc commun des artères ascendantes. Ce sont :

a) L'artère de la scissure de Rolando qui irrigue d'ailleurs davantage Pa que P1.

b) L'artère pariétale antérieure ou ascendante qui gagne le sillon interpariétal et irrigue le versant postérieur de Pa et les lèvres antérieures de P2 et un peu de P1.

Les deux dernières appartiennent aux branches postérieures émises par la Sylvienne. Ce sont :

a) L'artère pariétale postérieure qui se termine dans P1 et irrigue aussi la partie postérieure de P2.

b) L'artère du pli courbe qui se limite à la vascularisation du pli courbe.

**Structure.** — *Cytoarchitectonie.* — L'étude histologique permet de trouver dans le lobe pariétal des aires de cortex hétérotypique granulaire et de cortex homotypique à type frontal et pariétal. On peut schématiquement décrire trois aires de structure cytologique nettement différentes. Ce sont :

1. Un champ représenté par un cortex hétérotypique granulaire, c'est-à-dire un Koniocortex ou cortex sensitif.

Il répond au type 5 de Von Economo et aux champs 1, 2, 3, de Brodmann. Il constitue l'aire somatosensorielle de Tilney et Riley, ou le champ post-central oral P B de Von Economo. Il siège dans la partie rétro-rolandique, selon un mince ruban répondant à la lèvre postérieure de la scissure et aux 2/3 supérieurs de la paroi antérieure de la pariétale ascendante. Il est caractérisé par :

1. La grande minceur de l'écorce ;
2. La granulation des 3<sup>e</sup> et 5<sup>e</sup> couches corticales, habituellement remplies par des cellules pyramidales, phénomène grâce auquel se forme l'écorce granuleuse et hétérotypique avec disparition des cellules pyramidales.

Von Economo subdivise d'ailleurs cette zone en deux parties :

— Un champ PB<sup>1</sup>, ou champ post-central oral granuleux qui répond à la partie la mieux différenciée en grain de ce Koniocortex ;

— Un champ PB<sup>2</sup>, ou champ post-central oral simple où l'on n'observe qu'une très grande diminution du volume des cellules pyramidales, mais qui ont néanmoins conservé assez de leur forme pour demeurer reconnaissables.

II. Un champ représenté par un cortex du type frontal répondant au type 2 de Von Economo et aux champs 5 et 7 de Brodmann. C'est l'aire somato-psychique (Tilney et Riley) ou aire post-centrale intermédiaire (Campbell). Les champs PC et PE (Partie antérieure) de Von Economo sont faits de ce cortex.

Il siège au niveau de P<sup>1</sup> et en arrière de la pariétale ascendante sur une large zone située au-dessus du sillon interpariétal et qui, en arrière, englobe la par-



tie postérieure du lobule paracentral et le précuneus.

Il est caractérisé par : 1. une écorce épaisse ; 2. l'existence de ses six couches toujours distinctes, avec développement marqué des cellules pyramidales dans la 3° et la 5° couche ; 3. et un moindre développement des couches 2 et 4 qui sont assez nettes, mais où les grains ont de préférence une forme triangulaire.

C'est donc un cortex de type pyramidal granulaire.

III. Un champ constitué par un cortex homotypique de type pariétal. C'est le 3° type cortical de Von Economo qu'on retrouve aussi dans la première et la quatrième temporale.

Il répond aux champs du lobule pariétal inférieur et basal, aux champs 40 de Brodmann, aux champs PF et PH de Von Economo.

Il comprend trois zones : le gyrus supramarginalis, le pli courbe, la zone intermédiaire temporo-occipitale.

C'est une partie de l'aire pariétale tactognosique (Lhermitte).

Il est caractérisé par : ses 6 couches reconnaissables. La 2° et la 4° sont plus denses, plus épaisses. Les grains sont arrondis.

Les cellules pyramidales de la 3° et de la 5° couche sont plus petites, surtout en C<sup>5</sup>, où leur taille est à peine supérieure aux cellules fusiformes.

C'est donc l'inverse du type frontal précédent.

Tels sont les trois types histologiques de Cortex rencontrés au niveau du lobe pariétal. On peut avec Von Economo, parmi les nombreuses aires décrites par cet auteur, en mentionner une quatrième répondant au champ PG, située au niveau du pli courbe ; elle est constituée par un cortex de type pariétal, dont l'épaisseur est moindre.

**Myéloarchitectonie.** — Les méthodes de coloration myéliniques montrent l'existence de fibres myéliniques horizontales et verticales.

Les *Fibres horizontales* sont les plus importantes. Elles ont servi de base à une classification de types corticaux en utilisant les stries de Baillarger dont l'externe est située dans la couche interne des grains C<sup>4</sup> et l'interne dans la partie profonde de C<sup>5</sup>.

Vogt à qui l'on doit des recherches méthodiquement poursuivies dans le « Hirnforschung Institute » de Buch, a décrit, on le sait : un type bistriaire, un type unitostriaire ou type unistriaire, un type astriaire.

Le Koniocortex que nous avons décrit présente deux stries de Baillarger. Il s'agit donc d'un koniocortex bistriaire.

Le cortex de type frontal est caractérisé par un développement moindre des stries de Baillarger.

*Fibres verticales.* Elles sont supra-radiées, médio-radiées, infra-radiées, selon leur rapport avec la 3° couche cellulaire et la strie externe de Baillarger.

Toutes ces fibres participent aux connexions intracérébrales. Nous allons les étudier.

**Connexions anatomiques.** — Ces connexions comprennent :

— Des faisceaux d'association unissant deux points de l'écorce d'un même hémisphère ; des faisceaux

commissuraux unissant les deux hémisphères ; des faisceaux de projection qui joignent l'écorce au tronc cérébral et aux noyaux de la base.

#### 1° Les fibres d'association.

On peut les diviser en courtes et longues.

Les courtes sont parallèles à l'écorce grise. En général, elles constituent des faisceaux arciformes en U perpendiculaires à l'axe de la fente séparant les deux circonvolutions qu'elles réunissent. Il en est réunissant également deux points d'une même circonvolution.

Les longues unissent deux points éloignés du cortex entre eux. Ce sont :

a) Le faisceau longitudinal supérieur ou faisceau arqué. Il est surtout composé de fibres courtes et unit l'écorce occipito-temporale aux circonvolutions rolandiques et à F<sup>3</sup> surtout.

b) Le faisceau du pli courbe allant de la face interne du lobe occipital à l'écorce de ce pli.

c) Quelques fibres du faisceau occipito-frontal.

d) La strie interpariétale ou bandelette sensorio-visuelle d'Elliot Smith, court au fond de la branche horizontale du sillon interpariétal, unit les sphères visuelle et sensitive. Elle joue un grand rôle dans la mise en jeu des schèmes moteurs. Sa lésion entraîne une « apraxie pure constructive » (Kroll-Stauffenberg-Lhermitte et Trelles).

#### 2° Les fibres commissurales.

Ces fibres passent par le corps calleux.

#### 3° Les fibres de projection.

Ces fibres forment la couronne rayonnante. On trouve des fibres de projection corticopètes et corticofuges. Les premières viennent du thalamus par le pédoncule supéro-externe qui naît du noyau externe du thalamus et s'épanouit en éventail. C'est par là que les voies sensibles et cérébelleuses gagnent l'écorce, et que le cortex pariétal, par l'intermédiaire du thalamus, entre en relation avec : le Reil médian ; les deux faisceaux antéro-latéraux ascendants postérieur et antérieur de Déjerine et la voie sensitive indirecte cérébelleuse.

#### Répartition de ces fibres.

La pariétale ascendante et la région pariétale (lobule pariétal supérieur et gyrus supra-marginalis) sont très riches en fibres commissurales, en fibres d'association et en fibres de projection centripètes, mais pauvres en fibres de projection centrifuges. Le gyrus supra-marginalis et le gyrus angularis sont également représentés dans la couronne rayonnante par des fibres provenant de la couche optique. Von Monakow a insisté sur ce fait. Minkowski l'a démontré sur le singe.

Il a montré aussi que le lobule supérieur chez le macaque possédait des fibres de projection, contredisant ainsi les travaux de Fleschig sur les centres d'association dépourvus de fibres de projection, la constatation de celles-ci chez le singe rendant probable leur existence chez l'homme. Et, d'un point de vue plus général, cet auteur a conclu que l'existence d'une couronne rayonnante dans toutes les régions de l'écorce cérébrale ne serait pas une légende.

Le gyrus angularis possède peu de fibres de projection corticopètes et corticofuges (arrivant du pulvinar

et allant au tubercule quadrijumeau antérieur). On y trouve surtout des fibres d'association.

\*  
\*\*

## II. PHYSIOLOGIE

Depuis longtemps les fonctions sensibles de cette région sont bien établies et mises au premier plan. Mais peu à peu avec l'analyse plus fine des perturbations sensibles en cas de lésions pariétales, avec la comparaison des documents anatomo-cliniques recueillis pendant la guerre ; et aussi grâce à une expérimentation plus rigoureuse qui dans quelques cas a pu être réalisée même chez l'homme (Cushing, Foerster et d'autres) ; grâce à toutes ces disciplines, on est parvenu à établir la hiérarchie fonctionnelle des différents champs pariétaux et connaître mieux leurs fonctions dans « la pensée sensible » suivant l'expression de Piéron, et enfin dans la pensée tout court.

Il n'est pas dans notre intention de faire l'histoire de la question. Certes, on ne peut oublier que c'est à François-Franck, Grumbaum et Sherrington que l'on doit les premières recherches expérimentales, complétées par Minkowski, Dusser de Barenne, Foerster., Cushing, etc., mais c'est grâce aux études patientes de Head et son école, de Déjerine et ses élèves, de Pierre Marie que l'on a pu édifier la physiopathologie pariétale.

Pour mettre un peu d'ordre dans l'exposé et nous conformer à une conception physiologique, nous verrons le rôle que l'on peut actuellement accorder à chacun des champs pariétaux.

La description des fonctions pariétales : sensation, praxie, langage, qu'il est habituel de faire dans les manuels et traités, ne correspond pas à la réalité, car si la sensation est une fonction qu'on peut accorder au lobe pariétal, il n'en est pas de même pour la praxie et le langage qui ont un support nerveux bien plus étendu ; principalement frontal pour les praxies, temporal pour le langage.

Une lésion pariétale peut certes entraîner le dérèglement de ces fonctions, mais par retentissement et non pas directement. Nous voulons nous garder de tomber dans l'erreur de confondre la localisation d'une fonction avec la localisation d'une lésion.

Et nous étudierons la physiologie selon les diverses aires de structure histologique que nous avons décrites, à savoir :

1. Aire somato-sensible. — 2. Aire somato-psychique. — 3. Aire tacto-gnosique. — 4. Aire pariétale supérieure.

A. *Aire post-centrale* (Campbell) ou somato-sensible (Tilney et Riley).

Dans cette aire viennent faire synapse, ainsi que nous l'avons vu, toutes les fibres du 3° neurone de la voie sensible, comme le montre l'expérimentation chez les animaux (Sherrington, Minkowski) et chez l'homme (Cushing).

La disposition des centres sensitifs le long de l'aire post-centrale est somato-topique, parallèle à celle des

centres moteurs, si bien que la projection sensible ou motrice d'un segment de membre par exemple s'étale au même niveau, suivant les lois de la Neurobiotaxis établies par Kappers. La représentation est donc la suivante :

En haut, à cheval sur la convexité de l'hémisphère, se trouve la zone correspondant au membre inférieur ; au-dessous le tronc, puis le bras, l'avant-bras et la main ; enfin tout à la base de la circonvolution la projection de la face (schéma 1).

L'extension de la zone corticale correspondant à une région périphérique est en rapport, non pas avec l'extension de cette surface réceptive, mais avec la densité de son innervation sensible, c'est-à-dire avec le nombre de neurones qui en partent. Ainsi les localisations corticales de la main, et dans celle-ci de la pulpe des doigts, occupent une zone très étendue, dix fois plus grande que celle de l'abdomen ou du thorax.

L'extirpation de l'aire post-centrale chez le singe détermine une hémianesthésie complète contro-latérale, qui régresse rapidement, sauf pour la sensibilité proprioceptive ou profonde.

Au cours de leurs expériences, Vogt, Lewandowsky et Simons, Minkowski ont expressément noté qu'après l'ablation de la circonvolution post-centrale s'installent les troubles sensitifs, qu'il n'y a pas de troubles moteurs, contrairement à ce qu'en pensaient les classiques. Ces recherches ont été confirmées récemment par Dusser de Barenne et Sager. Mais, suivant ces derniers auteurs, si la circonvolution pariétale ascendante n'a point de fonctions motrices, sensu stricto, il n'en va pas de même pour la frontale ascendante qui, elle, possède — chez le chien du moins — des fonctions sensibles ; poursuivant leurs recherches, ces auteurs sont parvenus à établir que l'aire électro-motrice aussi bien que les aires frontales intermédiaires (psychomotrices de Tilney et Riley) sont douées de fonctions sensibles, et ils ont pu encore établir la projection thalamique de ces régions, dont on trouvera la schématisation dans le livre que Sager a consacré à la somatotopie thalamique.

Chez l'homme, l'excitation pathologique de cette aire donne lieu à une exaltation de la sensibilité ou à des douleurs paroxystiques dans le territoire périphérique correspondant à la zone lésée (ainsi qu'on le voit dans l'épilepsie jacksonienne sensible). Cushing a rapporté deux cas constituant de véritables faits expérimentaux montrant à l'évidence le rôle sensitif de l'aire post-centrale.

Le premier cas concernait un enfant de 15 ans présentant des crises jacksoniennes sensibles débutant dans la main droite et s'étendant au bras et à la face. Dans le second, il s'agissait d'un homme de 44 ans, présentant des crises d'épilepsie jacksonienne, souvent limitée à la main droite avec une aura caractérisée par une sensation de choc électrique dans les deux derniers doigts.

Dans ces deux cas, cités par Piéron, Cushing a pratiqué des excitations pré et post-rolandiques, les sujets étant éveillés et conscients.

L'excitation électrique s'est traduite par des sensations de chaleurs vagues et diffuses, d'engourdissement ou de choc électrique dans les territoires périphériques correspondant exactement aux zones excitées.

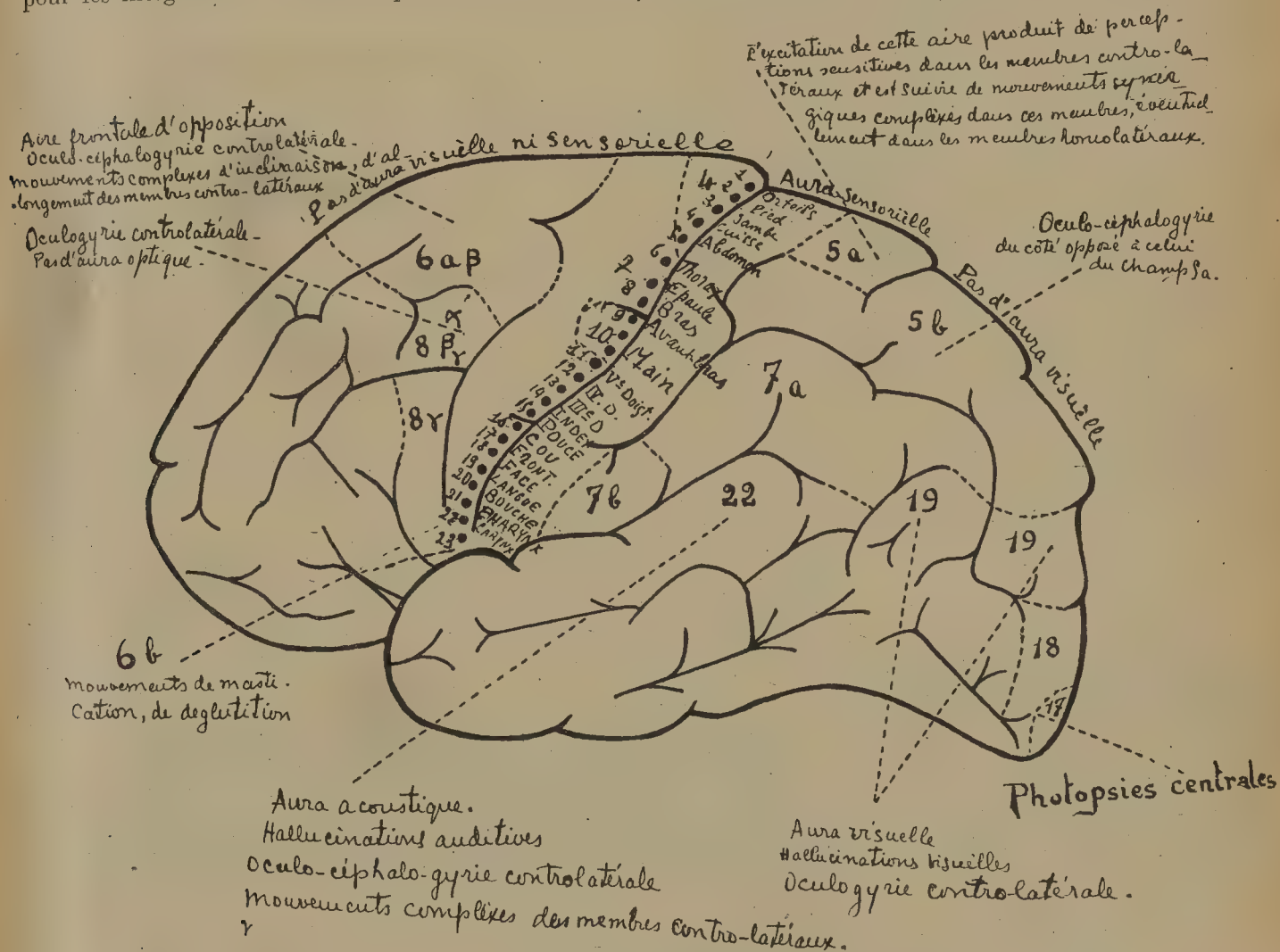


B. *L'aire somato-psychique* (somesthété-psychique de Tilney et Riley) ou *post-centrale intermédiaire* (Campbell).

Des connexions étroites la relient à l'aire post-centrale dont l'aire somesthété-psychique reçoit les éléments sensationnels élémentaires pour les regrouper, les associer, les comparer, les discriminer ; en un mot pour les intégrer à un niveau supérieur : celui de la

perception, c'est-à-dire de la reconnaissance, de l'identification des synthèses de sensations primaires avec lesquelles on entre dans les formes élémentaires de la « pensée sensitive ».

Dans les lésions destructives de cette zone, le déficit porte donc sur des fonctions discriminatives et de reconnaissance telles que : la perception de la forme, du volume des objets (stéréognosie), l'appréciation des



Résultats de l'excitation électrique de l'hémisphère cérébral gauche chez l'homme d'après Foerster et Penfield (1930). — La nomenclature des champs corticaux est celle de Vogt et Brodmann qui diffère sensiblement de celle de Von Economo et Koskinas.

poids (barognosie) et des distances qui séparent deux excitations tactiles (discrimination tactile) ; l'identification de la région excitée (topognosie).

D'une analyse psycho-physiologique approfondie, Head et ses collaborateurs concluent que la caractéristique des fonctions de cette zone, c'est la reconnaissance de relations spatiales grâce à l'amplitude et la direction des mouvements passivement suivis (processus le premier et le plus facilement atteint) ; la localisation des contacts et la discrimination tactile ; l'appréciation des intensités graduées ; l'appréciation des ressemblances et les différences de formes, de poids, de grandeur et de texture des objets.

C. *Aire pariétale tacto-gnosique* (Lhermitte). — A l'intégrité de cette aire semble relié un dernier mode des fonctions sensitivo-psychiques : la reconnaissance tactile des objets, la *gnosie tactile*. Si cette faculté de

reconnaissance, écrit Lhermitte, a pour support indispensable l'intégrité des sensations et des perceptions, elle peut être abolie indépendamment de celles-ci. C'est là la vraie *agnosie tactile*.

Le sujet atteint d'agnosie tactile (« cécité tactile ») a donc conservé la faculté de percevoir par le tact les objets extérieurs, mais il a perdu le pouvoir de les reconnaître, c'est-à-dire d'en saisir la signification et l'image (Lhermitte). La région dont dépend ce curieux syndrome n'a pas encore été rigoureusement précisée, mais les documents anatomo-cliniques connus montrent qu'elle recouvre l'aire pariétale et s'étend jusqu'au gyrus supra-marginalis.

L'analyse de ces faits et autres, concernant les syndromes sensitifs corticaux, a conduit certains auteurs à admettre que ces troubles sont dus à la disparition des images du mouvement ou de la position ; on a pu penser que c'est précisément la perte de la re-

présentation visuelle du mouvement et de la posture qui est altérée dans les lésions pariétales. Ainsi que l'a montré Head, tel n'est pas le cas : la représentation visuelle conserve son intégrité alors que la représentation cinétique, non visualisée, est complètement abolie. Pour expliquer cette dissociation, Head imagine l'existence d'un *schéma du corps*, schéma dont les éléments ne sont pas tous d'ordre visuel et grâce auquel on est à même d'apprécier les différences ou changements qui se produisent dans les divers segments temporels.

P. Schilder a fortement insisté sur l'importance que prend le schéma corporel, la somatognosie (Lhermitte), dans le comportement moteur de l'homme. Les éléments de ce schéma du corps pour autant qu'il est indépendant des représentations visuelles, se localisent certainement dans les circonvolutions pariétales, mais on ne peut pousser la délimitation plus loin; l'aire tacto-gnosique y est comprise. On en voit la preuve dans le fait que, chez les amputés présentant des hallucinations correspondant au membre fantôme, l'exérèse de la région sensitive correspondant au membre faussement perçu supprime immédiatement les phénomènes hallucinatoires.

Cette aire comprend encore la zone de passage *pariété-occipitale* appelée par Elliot-Smith « sensorio-visual band », « sillon interpariétal » par Poetzl et Kroll. Il s'agit des deux versants du sillon interpariétal, au fond duquel passeraient des fibres unissant l'aire somato-sensitive à l'aire visuelle. Cette aire possède d'après Elliot-Smith une cytoarchitecture caractéristique, car elle comprend à la fois les éléments typiques de l'aire sensitive et de l'aire visuelle. Dans cette zone se ferait la fusion des impressions sensibles et visuelles qui régissent le comportement moteur, psychomoteur, la somatognosie, etc. La destruction de cette zone détermine une *apraxie pure*, constructive au sens de Kleist et Strauss. L'expérimentation par des neuro-chirurgiens (Foerster, Hoff et Kamin) apporte des preuves solides à cette conception :

Foerster, par excitation électrique du sillon interpariétal, a provoqué des sensations vertigineuses et localise en conséquence à ce niveau la terminaison corticale de la voie vestibulaire.

Hans Hoff et Michael Kamin ont excité cette région par le froid et le chaud chez deux trépanés de guerre. Ils déterminent des troubles de la vision et des sensations de vertige. Pour eux, le sillon interpariétal constitue un centre associatif des fonctions sensibles et visuelles et peut-être aussi des fonctions visuelles et vestibulaires.

Ainsi donc ces constatations seraient en conformité avec celles d'Elliot Smith sur l'architecture de zones ayant la structure sensitive et de zones ayant la structure visuelle (bande sensorio-visuelle de Smith).

*Aire pariétale.* — 1° Le champ PG (pli courbe) dans sa *partie postérieure*, semble un centre oculo-céphalogyre dont le rôle physiologique est indéniable chez l'homme et démontré expérimentalement chez l'animal (Ferrier, Schaeffer, Sherrington) :

2° Le champ pariétal supérieur (PEM/PEP) aurait, d'après Von Economo, un rôle moteur. L'excitation

détermine, dit cet auteur, des complexes moteurs dans le tronc contro-latéral, effets moteurs se propageant aux extrémités. On voit encore une preuve de ce rôle spécial dans certains faits d'ataxie dite pariétale, dont la signification exacte est cependant différemment interprétée comme nous le verrons plus loin.

(A suivre.)

## SOCIÉTÉS SAVANTES

### ACADEMIE DE MEDECINE

(SÉANCE DU 22 JANVIER 1935)

**Historique de la première réalisation de la folliculine cristallisée en France.** — M. G. ROUSSEL relate tous les travaux qui ont été entrepris par ses laboratoires pour l'isolement de la folliculine cristallisée, l'une des hormones de l'ovaire. C'est en mars 1931 que le docteur Girard, à la suite d'une publication de Zondek, commença à étudier l'extraction de la folliculine à partir de l'urine de jument gravidé.

C'est au bout de sept mois seulement que ses recherches aboutirent à un résultat pratique. Les difficultés paraissaient insurmontables, car l'extraction aux solvants de l'urine de jument laisse un goudron visqueux qui donne avec les solvants des émulsions difficiles à résoudre; de plus, ce goudron est riche en phénols qui suivent la folliculine au cours des fractionnements.

C'est grâce à une méthode entièrement nouvelle, basée sur l'emploi d'une nouvelle classe des hydrazides à fonction ammonium quaternaire qui engendrent avec les cétones des combinaisons solubles dans l'eau, que Girard put arriver à isoler la folliculine, qui est une cétone.

La mise en œuvre fut considérable : un élevage de 2.500 rats permit de faire 13.000 prélèvements pour le contrôle selon la méthode d'Allen et Doisy modifiée par Girard. On utilisa l'urine de plus de 300 juments et 400 tonnes d'urine furent ainsi traitées pour obtenir après une campagne de deux ans un peu plus de 2 kgs de folliculine cristallisée. C'est cette folliculine obtenue par Girard qui servit à établir l'étalon international de la Société des Nations et la France put ainsi conserver un rang enviable parmi les nations qui se sont adonnées à l'étude des hormones.

**Existe-t-il une pneumoconiose des ardoisiers ? Résultats d'une enquête dans les carrières d'ardoises.** — M. A. FEIL expose les résultats d'une importante enquête qu'il a effectuée dans les carrières d'ardoises. Il a examiné 251 ardoisiers : 70 travailleurs du fond et 181 du jour. Ses recherches ont porté spécialement sur l'appareil respiratoire. Les affections pulmonaires se sont rencontrées, avec une fréquence presque égale, dans les deux catégories d'ouvriers, et, fait qui peut sembler paradoxal, elles ont paru un peu plus fréquentes chez les ouvriers du jour, surtout en ce qui concerne les séquelles pleuro-pulmonaires pouvant être rapportées à la tuberculose.

L'examen radiographique montre, chez la plupart des vieux ardoisiers, une surcharge des hiles, une accentuation des arborisations broncho-vasculaires; chez quelques-uns, on remarque un pointillé du champ pulmonaire, sorte de tatouage qui rappelle la forme nodulaire de la silicose débutante. L'excellent état des ouvriers ne permet pas d'envisager la tuberculose. L'auteur, se basant sur la forte teneur en silicates (84 %), pense qu'il s'agit d'une silicatose, ou, si l'on veut, d'une schistose.



Si l'influence des poussières de schiste apparaît peu nocive pour le poumon, puisqu'une longue activité professionnelle n'est pas incompatible avec le métier d'ardoisier, tant au fond qu'à la surface, on ne peut nier que la poussière d'ardoise pénètre dans le poumon, et qu'elle y détermine, sinon une réaction de défense, tout au moins une gêne mécanique. Il est donc indispensable de prendre des mesures de prophylaxie efficace pour soustraire les ardoisiers, principalement les mineurs-fonçeurs, à l'inhalation des poussières.

**Technique de réanimation dans les asphyxies accidentelles.** — MM. COT, JACOB, JOLY, BONNET, SARROSTE exposent la façon dont ils conçoivent l'action du *sauveteur* dans les premiers secours. Ils basent leur opinion sur 1.770 cas qui ont été personnellement vus et soignés par eux et leurs successeurs depuis 1924, époque où le service pour soins aux asphyxiés a été créé au régiment de sapeurs-pompiers de Paris, par le docteur Cot.

Ils conseillent la pratique de la respiration artificielle par la méthode de Schaefer, exécutée soit manuellement, soit si possible, avec un appareil mécanique. A cette occasion, ils présentent l'appareil actuellement utilisé par les sauveteurs du régiment, conçu par le docteur Cot, et qui a contribué à de nombreuses réanimations.

Ils préconisent également l'administration par le sauveteur, le plus rapidement possible, du mélange d'oxygène à 93 %, et d'acide carbonique à 7 %, suivant la technique de Mandell Henderson, en inhalation sous masque. Cette

technique est infiniment préférable à l'inhalation d'oxygène pur, qui a encore conservé en France quelques rares partisans.

Le nombre considérable de cas observés par ces auteurs, et le pourcentage de réanimations obtenues (78 %) dans les asphyxies par oxyde de carbone, donnent à leur opinion une portée qu'il est inutile de souligner.

**Immunisation contre la fièvre jaune au moyen de virus neurotrope vivant et d'immunsérum hétérologue.** — M. FINDLAY (présentation faite par M. Pettit).

Devant les résultats obtenus à Londres sur plusieurs centaines de sujets chez lesquels M. G.-M. Findlay a substitué au sérum de convalescents le sérum Pettit-Stéfanopoulo, le gouvernement britannique vient de prendre une importante décision : seule, la méthode de vaccination par le sérum et le virus sera autorisée dans les colonies de l'Afrique occidentale. Dans ce but, du sérum antiamaril (Pettit-Stéfanopoulo) et du virus (Theiler) viennent d'être expédiés pour la vaccination des volontaires.

**Chromatisme et sécurité. Les tables d'Ihijara.** — MM. ONFRAY et Paul PETIT (présentation faite par M. Morax).

**Stérilisation et contrôle des soies chirurgicales.** — M. GORIS.

**Eloge du professeur Cantacuzène, par Ricardo JORGE, 9 pages illustrées extraites de *Lisboa medica*, à l'imprimerie Libanio da Silva, à Lisbonne.**

## ESTOMAC-INTESTIN

DYSPEPSIE

GASTRALGIE

ENTÉRITE

CHEZ L'ENFANT  
CHEZ L'ADULTE

# VALS-SAINT-JEAN

EAU de RÉGIME, FAIBLEMENT MINÉRALISÉE et GAZEUSE

Envoi gratuit d'échantillons et de Notices à MM. les Docteurs sur demande adressée  
DIRECTION-VALS-GÉNÉRALE : 53, Boul' Haussmann, Paris (9<sup>e</sup>). Téléph. 227-76.

**ANÉMIE PALUDEENNE.** — Source Dominique.

**VALS-LES-BAINS.** — Saison du 1<sup>er</sup> juin au 1<sup>er</sup> octobre.

A. GUERBET & C<sup>o</sup> PHARMACIENS

THÉRAPEUTIQUE & RADIOLOGIE

# LIPIODOL

LAFAY

Huile iodée à 40 %.

0. gr. 54 d'iode par cm. 3

22, Rue du Landy - St-Ouen, près Paris

R. C., 225.781 B

## RHIZOTANIN CHAPOTOT

Tanin de Fraisier - Sels de chaux et de magnésie

**Tonique -- Reconstituant -- Recalcifiant**

Anémies — Bronchites chroniques — Pré-tubercules.  
Amélioration rapide des Accidents Diarrhéiques  
et des Néphrites Albuminuriques.

Cachets pour adultes -- Poudre pour enfants  
Granulé pour adultes et enfants

Éch. Méd. grat. P. AUERLOT, Ph. 56, bd Ornano, PARIS-18<sup>e</sup>

## OLÉTHYLE-BENZYLE

BENZOATE DE BENZYLE

LABORATOIRE CENTRAL DE PARIS

122, rue du Faubourg Saint-Honoré

**CHARBON DE PEUPLIER** sous forme de **GRAINS ANISÉS** de **CHARBON TISSOT**  
Humectent, divisent, aseptisent, expulsent.  
et conséquences : MAUVAISES DIGESTIONS, MIGRAINES, LOURDEURS de TÊTE  
DIVISION du BOL ALIMENTAIRE HÉMORROIDES, etc. — Une cuillerée à café avalée comme des graines de lin, après chaque repas.  
**CONSTIPATION** Toutes Pharmacies. — Échantillons : PARIS - 34, BOULEVARD DE GLICHY (Service AL)

## INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

### MÉDECINS ET ÉTUDIANTS ALLEMANDS QUELQUES CHIFFRES

Le *Journal officiel* du 10 janvier 1935 a publié une réponse de M. le ministre de l'Éducation nationale aux questions posées par M. le général Stuhl, sénateur de la Moselle.

Nous reproduisons ci-dessous le texte des unes et des autres. On verra combien étaient exactes nos dernières informations, et combien justifiées les protestations que nous n'avons cessé d'élever contre le nouveau danger qui menace la profession médicale.

« *Question.* — M. le général Stuhl, sénateur, demande à M. le ministre de l'Éducation nationale combien de docteurs en médecine allemands (titulaires du diplôme allemand) sont, depuis avril 1933, inscrits dans les facultés et écoles de médecine de France et d'Algérie, pour transformer leur diplôme allemand en doctorat en médecine d'État français; combien d'étudiants en médecine allemands (ayant accompli une certaine scolarité médicale allemande) se sont inscrits, depuis avril 1933, dans nos facultés et écoles de médecine, pour y continuer leurs études médicales; à quel doctorat en médecine d'université ou d'État se préparent ces derniers; combien de docteurs en médecine allemands (titulaires du diplôme allemand) ont passé, depuis avril 1933, le baccalauréat français; combien de dispenses de baccalauréat français et de P.C.N. ont été accordées, depuis avril 1933, à des docteurs en médecine allemands (titulaires du diplôme allemand); combien de ces dispenses ont été accordées, depuis avril 1933, aux étudiants en médecine allemands; combien y a-t-il dans nos facultés et écoles de médecine d'étudiants en médecine allemands débutants, c'est-à-dire n'ayant pas commencé leurs études en Allemagne; avec quel diplôme initial se sont-ils inscrits pour le doctorat et quel doctorat (d'université ou d'État) préparent-ils; quelles sont les dispenses de scolarité accordées aux : 1° étudiants; 2° docteurs en médecine de nationalité allemande; s'ils sont tenus d'être bacheliers français; s'ils sont tenus d'être Français; 1° avant de commencer leurs études pour le diplôme d'État; 2° pour l'exercice de la médecine; combien de médecins ou étudiants en médecine allemands, comme scolaires ou au pair, sont à titres divers (préparateur, garçon, aide-garçon, médecin interne) attachés comme collaborateurs aux facultés, écoles de médecine, hôpitaux, centres anticancéreux de Paris ou province, ou autres organismes; mêmes renseignements statistiques si possible pour les pharmaciens et dentistes. (*Question du 6 août 1934.*)

#### Réponse du ministre

##### Médecine

1° Nombre des étudiants allemands, titulaires d'un diplôme de docteur en médecine obtenu en Allemagne, qui se sont inscrits depuis avril 1933 au diplôme d'État de docteur en médecine : néant.

2° Nombre des étudiants allemands qui se sont inscrits depuis avril 1933 :

- a) Au diplôme d'État de docteur en médecine.... 1
- b) Au diplôme universitaire, mention médecine.. 26

3° Nombre des étudiants allemands, titulaires d'un diplôme de docteur en médecine obtenu en Allemagne, qui ont obtenu depuis avril 1933 le baccalauréat de l'enseignement secondaire.

Les renseignements demandés au moment de leur inscription aux candidats au baccalauréat ne compor-

tent pas d'éléments permettant de répondre à cette question. Il apparaît cependant que la réponse doit être négative.

4° Nombre des décisions accordant l'équivalence du baccalauréat de l'enseignement secondaire et la dispense du P.C.N. prises depuis avril 1933 à l'égard des étudiants allemands titulaires d'un diplôme de docteur en médecine allemand et inscrits au diplôme universitaire, mention médecine ..... 9

5° Nombre des décisions accordant l'équivalence du baccalauréat de l'enseignement secondaire prises à l'égard des étudiants en médecine allemands..... 35

6° Nombre des étudiants n'ayant pas commencé en Allemagne leurs études médicales qui sont actuellement inscrits :

- a) Au diplôme d'État de docteur en médecine..... 1  
(après justification du baccalauréat français de l'enseignement secondaire).
- b) Au diplôme universitaire, mention médecine .. 8  
(sur décision d'équivalences).

##### Chirurgie-dentaire

1° Nombre des étudiants allemands titulaires d'un diplôme de chirurgien-dentiste obtenu en Allemagne qui se sont inscrits depuis avril 1933 au diplôme d'État de chirurgien dentiste : néant.

2° Nombre des étudiants allemands qui se sont inscrits depuis avril 1933 :

- a) Au diplôme d'État de chirurgien-dentiste..... 2
- b) Au diplôme universitaire, mention chirurgie-dentaire ..... 3

3° Nombre des étudiants allemands titulaires d'un diplôme de chirurgien-dentiste obtenu en Allemagne, qui ont passé depuis avril 1933 le baccalauréat de l'enseignement secondaire.

Les renseignements demandés au moment de leur inscription aux candidats au baccalauréat ne comportent pas d'éléments permettant de répondre à cette question. Il apparaît cependant que la réponse doit être négative.

4° Nombre des décisions accordant l'équivalence du baccalauréat de l'enseignement secondaire prises depuis avril 1933 à l'égard des étudiants allemands titulaires d'un diplôme de chirurgien-dentiste allemand et inscrits au diplôme universitaire, mention chirurgie-dentaire : néant.

5° Nombre des décisions accordant l'équivalence du baccalauréat de l'enseignement secondaire prises à l'égard des étudiants en chirurgie-dentaire allemands. 2

6° Nombre des étudiants n'ayant pas commencé en Allemagne leurs études de chirurgie-dentaire qui sont actuellement inscrits :

- a) Au diplôme d'État de chirurgien-dentiste..... 2  
(après justification du B.E.P.S.).
- b) Au diplôme universitaire, mention chirurgie-dentaire ..... 5  
(dont 3 après justification du B.E.P.S.; 1 après justification du baccalauréat français de l'enseignement secondaire et 1 sur décision d'équivalence).

##### Pharmacie

Depuis avril 1933 un seul étudiant allemand s'est inscrit aux études pharmaceutiques (en vue du diplôme universitaire).

En ce qui concerne les dispenses de scolarité qui peuvent être accordées aux étudiants et docteurs en médecine





# La Phytine Ciba

*est un excellent galactogène.  
Nombreuses sont les jeunes mères qui,  
grâce à elle, ont pu mener à bien  
l'allaitement de leur enfant*



En cas de Rachitisme.

**LE FORTOSSAN**

et surtout

**LE FORTOSSAN IRRADIÉ**

constituent son traitement héroïque

LABORATOIRES CIBA, O. ROLLAND  
109-111, Boulevard de la Part-Dieu • LYON

300

allemands inscrits dans les facultés depuis avril 1933, il n'a été prévu aucune mesure d'ordre exceptionnel. La question est réglée par la loi du 21 avril 1933 qui a déterminé les conditions auxquelles les étrangers peuvent postuler le diplôme d'Etat de docteur en médecine.

1° Il n'est accordé aux étudiants étrangers postulant le diplôme d'Etat de docteur en médecine aucune dispense d'examens et de scolarité en vue de leur inscription dans les facultés et écoles de médecine quelle que soit la durée des études faites par eux à l'étranger (art. 3 de la loi sus-visée) ;

2° Les titulaires d'un diplôme étranger de docteur en médecine qui postulent le diplôme d'Etat français de docteur en médecine, ne peuvent en aucun cas obtenir des dispenses de scolarité de plus de trois années (art. 2) ;

3° Les étudiants étrangers ne peuvent pas postuler le diplôme d'Etat de docteur en médecine s'ils ne justifient pas des titres initiaux français requis par les règlements afférents à ce diplôme d'Etat (art. 3).

Les étudiants étrangers ne sont pas tenus d'obtenir la nationalité française pour s'inscrire aux études afférentes au diplôme d'Etat de docteur en médecine, mais ils ne peuvent exercer la médecine en France que s'ils justifient de la nationalité française (art. 1<sup>er</sup> de la loi du 21 avril 1933).

A Lyon, un Allemand remplit les fonctions d'assistant étranger à la clinique neurologique de la Faculté de médecine, sans rémunération.

En outre, un Allemand et une Allemande sont occupés à titre bénévole également à la Faculté de médecine de Strasbourg en vue de recherches personnelles, le premier au laboratoire de l'Institut de pharmacologie, la seconde au Centre de radiologie. »

Il nous sera permis, en présence de ces réponses, de dénombrer les Allemands inscrits dans les Facultés et Ecoles de médecine et dont le nombre s'élève à *quatre-vingts*. Mais, comme on ne nous dit pas combien de ces étrangers pour la médecine seulement se sont présentés avec ou sans succès au baccalauréat, il nous est impossible de prévoir combien de nouveaux étudiants en médecine allemands vont encore prendre leurs inscriptions, et c'est là qu'est pour nous, médecins français, le gros danger. Je sais bien qu'on nous reproche parfois de nous préoccuper trop de nos nationaux, mais rien ne nous arrêtera dans cette voie salutaire. Il est invraisemblable que les Universités ne prennent pas note de la nationalité des candidats au baccalauréat, et, si elles ne le font pas, le Gouvernement se doit de l'exiger d'urgence.

D'autre part, M. Mallarmé avoue que 35 équivalences du baccalauréat ont été accordées à des étudiants en médecine allemands ; est-ce pour le doctorat d'université, auquel cas il n'y a rien à dire, ou pour le doctorat d'Etat ? Dans ce cas, nous ne saurions trop exiger le respect absolu de la loi Armbruster. — M. MORDAGNE.

## LIVRES NOUVEAUX

**La renaissance de la médecine humorale** (1), par M. Auguste LUMIÈRE, correspondant de l'Institut et correspondant de l'Académie de médecine.

La forte et haute personnalité scientifique de M. Auguste Lumière confère à ses publications un caractère d'originalité qui leur donne le plus grand intérêt.

On devra donc lire avec attention le nouvel ouvrage qu'il vient de consacrer à l'humanisme rationnel, fondé sur la

théorie colloïdale. Après un historique de la question « aussi ancienne que le médecine elle-même », l'auteur expose la genèse de ses conceptions, et il montre comment l'étude des origines concernant la nature des maladies l'a conduit à l'explication des faits mystérieux qui s'y rapportent.

M. Auguste Lumière examine « les mécanismes suivant lesquels les perturbations humérales sont capables d'engendrer les états pathologiques » ; il recherche ensuite « les moyens susceptibles de rétablir l'équilibre des liquides de l'organisme et de leur restituer leur stabilité normale ».

Les techniques, un plan de travail complètent ce livre, qui est à la fois une haute profession de foi et un guide pour les chercheurs.

L. G.

**Etude clinique et radiographique des formes de la tuberculose pulmonaire. Thérapeutique adaptée aux différentes formes** (1), par le Dr Jacques STEPHANI, Privat Docent de médecine interne à la Faculté de médecine de Genève.

Ce volume, qui présente en un tout homogène l'ensemble des leçons d'un cours de tuberculose donné au semestre d'été à la Faculté de médecine de Genève, est divisé en dix chapitres et constitue sous une forme réduite un *petit précis de tuberculose pulmonaire*.

Toutes les questions concernant la pathogénie, l'étiologie, le diagnostic, le pronostic et le traitement de la tuberculose pulmonaire y sont passées en revue en détail, en déparageant constamment les faits acquis des faits probables, et en s'appliquant chaque fois que c'est possible à mettre en parallèle les diverses localisations de la maladie afin de bien mettre en évidence l'interdépendance des organes en tuberculose.

L. G.

## ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

**Mardi 29 janvier.** — Jury : MM. Lemaître, président ; Terrien, Halphen, Velter. — M. ETIENNE. Résultats éloignés des opérations antiglaucomateuses.

**Mercredi 30 janvier.** — Jury : MM. Baudouin, président ; Couvelaire, Lemierre, Lacomme. — M. DEPARIS. Essai sur les névralgies du trijumeau (données récentes de clinique et de thérapeutique). — M. GROS. Tumeurs utérines d'origine ovulaire. Le myométriome. — M. BEMBARON. Quelques érythèmes acridiniques.

**Jeudi 31 janvier.** — Jury : MM. Claude, président ; Guillaïn, Tanon, Joannon. — M. GÉRARD. L'actualité et les psychoses. — M. DELOGE. Quelques observations de paralysies consécutives à des hématomes chez les hémophiles. — M. STRUL. Le guérisseur problème médical.

**Samedi 2 février.** — Jury : MM. Nobécourt, président ; Rathery, Boulin, Mouquin. — M. KOVACS. Traitement des broncho-pneumonies infantiles. — M. GAUTHER. Contribution à l'étude des néphrites apparues au cours du purpura.

**Lundi 28 janvier** (Thèse vétérinaire). — Jury : MM. Lemierre, président ; Panisset, Vergé. — M. RAUST. Le rouget et le charbon chez les animaux et chez l'homme. Contamination dans le commerce de la viande.

**Mercredi 30 janvier.** (Thèse vétérinaire.) — Jury : MM. Fiessinger, président ; Coquot, Maignon. — M. BESNAULT. Essai d'anesthésie générale et de préanesthésie des carnivores domestiques par la Butylterthyl malonylarée.

(1) In-8 de 166 pages avec 36 figures. — Prix : 20 fr. — Paris, A. Legrand.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

(1) In-8 cartonné. — Lyon, imprimerie Léon Sézanne, 75, rue de la Buire.





THYROÏDE  
(Bœuf)



OVAIRE  
(Vache)  
corpus luteum  
follicule

## LA MÉDICATION OPOTHÉRAPIQUE



OPOTHÉRAPIE SIMPLE  
OPOTHÉRAPIE ASSOCIÉE : **SYNCRINES**  
EXTRAITS TOTAUX (Poudres d'Organes) | Cachets  
Comprimés  
EXTRAITS INJECTABLES en solution aqueuse | Ampoules stérilisées



**LABORATOIRES CHOAY** - 48, rue Théophile Gautier - PARIS (XVII<sup>e</sup>)

# ANGIOLYMPHE

= Principes Actifs d'Orchidées

**Tous ÉTATS DÉFICIENTS - PRÉTUBERCULEUX - TUBERCULOSE**

AUCUNE TOXICITÉ — PAS DE CONTRE INDICATIONS

Injections intra-musculaires indolores — 2 à 5 cc. par séries de 10 à 12 injections

# ARGYCUPROL

= Ag (10 %) + Cu (0,1 %)

Attaque le Gonocoque et les Associations microbiennes

**BLENNORRAGIE** aiguë (traitement abortif) ou Chronique et leurs Complications - **AFFECTIONS GYNÉCOLOGIQUES** : Métrites simples ou gonococciques, Vulvite, Vulvo-Vaginites, etc. - **OPHTALMOLOGIE** - **DERMATOLOGIE**

Injections urétrales, Vaginales, Grands lavages uréthro-vésicaux

**INDOLORE — NON CAUSTIQUE — NE PROVOQUE PAS DE RÉTRÉCISSEMENTS**

Echantillons et Littérature : **LABORATOIRES de l'ANGIOLYMPHE**, 4 bis, rue Hébert, COURBEVOIE



# FARINES MALTÉES JAMMET

de la Société d'Alimentation diététique

## RÉGIME DES MALADES, CONVALESCENTS, VIEILLARDS

Farines très légères

### RIZINE

Crème de riz maltée

### ARISTOSE

à base de farine maltée de blé et d'avoine

### CÉRÉMALTINE

(Arrow-root, orge, blé, maïs)

Farines légères

### ORGÉOSE

Crème d'orge maltée

### GRAMENOSE

(Avoine, blé, orge, maïs)

### BLÉOSE

Blé préparé et malté

Farines plus substantielles

### AVENOSE

Farine d'avoine maltée

### CASTANOSE

à base de farine de châtaignes maltée

### LENTILOSE

Farine de lentilles maltée

*Alimentation  
des  
Enfants*

CACAOS, MALTS, SEMOULES, CÉRÉALES spécialement préparées pour DÉCOCTIONS

Usine et Laboratoires a LEVALLOIS-PERRET. — Brochure et Échantillons sur demande.

ETABLISSEMENTS JAMMET Rue de Miromesnil, 47 Paris



TOUTES les Affections du **FOIE** et du **REIN** :

1 à 2 capsules à chacun des deux principaux repas de :

# CAPARLEM

HUILE DE HAARLEM (au Juniperus Oxycedrus)

QUALITÉ INCOMPARABLE ET ACTIVITÉ INSOUÇONNÉE

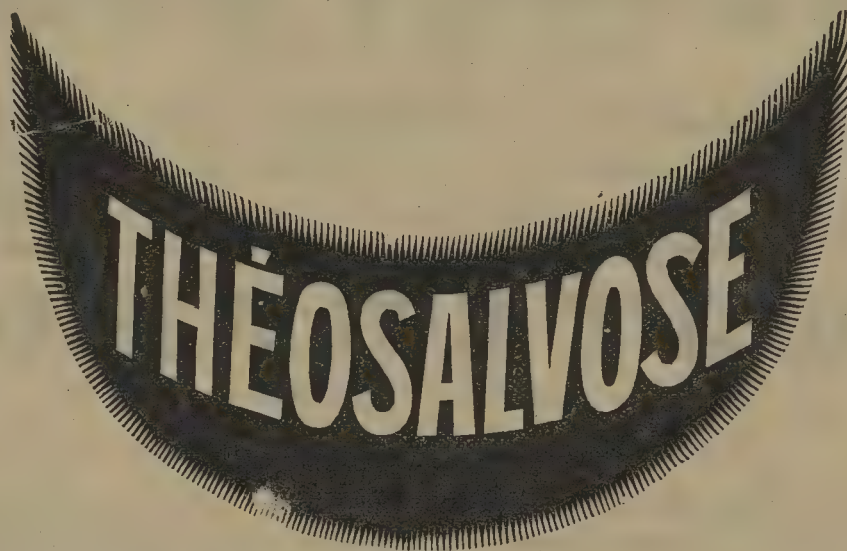
Laboratoire Lorrain de Produits Synthétiques purs — ETAIN (Meuse)

**DIURÉTIQUE** { D'UN POUVOIR REMARQUABLE  
D'UNE FIDÉLITÉ CONSTANTE

Pure  
Digitalique  
Strophantique  
Sparléinée  
Scillitique  
Barbiturique

Phosphatée  
Lithinée  
Caféinée

Ne se délivrent  
qu'en cachets



Cachets dosés

0 gramm. 15

et 30

0 gramm. 50

de Théosalvose

DOSE MOYENNE :

1 à 2 grammes  
par jour.

**THÉOBROMINE FRANÇAISE** garantie chimiquement pure

Artériosclérose — Affections cardiaques et rénales — Albuminuries — Intoxications  
Urémie — Urémie — Goutte — Rhumatismes — Hydroisie — Maladies Infectieuses

Laboratoires André GUILLAUMIN

PARIS — 13, rue du Cherche-Midi, 13 — PARIS

R. G., 216, Seine.



*La Lancette Française***GAZETTE DES HOPITAUX****CIVILS ET MILITAIRES****PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI****ADMINISTRATION ET RÉDACTION :****49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6°. Tél. : Danton 48-31.****PUBLICITE : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6°). Téléph. : LITRE 54-93.****PRIX DE L'ABONNEMENT****FRANCE**3 mois : **12 fr. 50.** — 6 mois : **25 fr.** — 1 an : **45 fr.***Etudiants : 25 francs par an.*

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

**ETRANGER**Pays ayant accordé la réduction de port : **65 francs.**  
Tous les autres pays : **75 francs.****SOMMAIRE****TRAVAUX ORIGINAUX***Les progrès de la lutte anticancéreuse en France*, par M. le professeur E. FORGUE.*Les méningites gonococciques primitives vraies ou fausses*, par M. R. CROSNIER.**LES CONGRÈS DU CANADA (1934)***XXIII<sup>e</sup> Congrès français de médecine. — XIII<sup>e</sup> Congrès des médecins de langue française de l'Amérique du Nord.* (Suite. Compte rendu, par M. J. HUBER.)**SOCIÉTÉS SAVANTES***Société des chirurgiens de Paris.* — Séance solennelle.**CHRONIQUE***Le nouvel équipement biologique et scientifique de l'Université de Montpellier.***NOTES POUR L'INTERNAT***Dilatation du cœur. Causes. Signes. Diagnostic* (suite).**INFORMATIONS****HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — Oral. —** Séance du 24 janvier. — Questions données : « Symptômes et complications des oreillons. — Symptômes et diagnostic de la perforation des ulcères gastro-duodénaux. »

MM. Duret, 17,22; Boulenger, 19,77; Bretton, 15,22; Genevriér, 15,33; Olivier (Marcel), 17,44; de Montis, 16,22; Nordmann et Vendryès, 22; Cuvreaux, 18,77; Gruner, 18,66.

Séance du 25 janvier. — Questions données : « Diagnostic et traitement de l'œdème aigu du poumon. — Signes et diagnostic des ruptures de grossesse tubaire. »

MM. Guenon des Mesnards, 18,33; Turlotte, 19,22; Claisse, 23; Guttard, 17; Laneuville, 15,77; Breton (Pierre), 17,44; Salvaret, 21,88; M<sup>lle</sup> Olivier, 22,33; MM. Samain, 22; Hertzog, 17,33.**FACULTÉS DE MÉDECINE. — PARIS. —** L'épreuve écrite de physique aura lieu le lundi 4 février.

L'épreuve écrite d'anatomie aura lieu le mardi 5 février.

Les convocations pour les épreuves écrites de physique et d'anatomie seront distribuées au secrétariat le vendredi 1<sup>er</sup> février, de 9 à 15 h., guichet n° 3.

Aucune convocation ne pourra être retirée le jour de l'examen. Les convocations non distribuées à ce moment seront annulées.

— **STRASBOURG.** — M. Fontes (Georges), professeur sans chaire à la Faculté de médecine de l'Université de Strasbourg, est nommé professeur titulaire d'hydrologie thérapeutique et climatologie à cette Faculté (chaire vacante : M. Paul Blum, dernier titulaire).**MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE.** — M. le professeur Fernand Bezançon, membre de l'Académie de médecine, est nommé conseiller technique sanitaire rétribué, en remplacement de M. le docteur Paul Ravaut, membre de l'Académie de médecine, décédé.**LÉGION D'HONNEUR.** — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :**SANTÉ PUBLIQUE. — Au grade de commandeur.** — M. Mauté (de Paris).**Au grade d'officier.** — M. le professeur Debré (de Paris), MM. Gachon (de la Bourboule), Gimbert (de Cannes), Leclerc (de Paris), Malgat (de Nice).**Au grade de chevalier.** — M<sup>me</sup> Amieux-Addi et MM. Boudon (de Paris), Delmas-Marsalet (de Bordeaux), Fraikin (de Neuilly), Isch-Wall (de Paris), Jarricot (de Lyon), Ollivier (de Contes), Savignac (de Paris), Tocheport (d'Excideuil).**TRAVAIL. — Au grade de chevalier.** — M. Eloy (de Paris).**MÉDAILLE D'HONNEUR DES ÉPIDÉMIES. — Médaille d'or.** — M. le professeur Brumpt (de Paris).

MM. Girard, directeur de l'Institut Pasteur de Tananarive; Warrant, médecin de l'assistance médicale indigène de l'Afrique occidentale française.

A titre posthume : M. Authié (Jean), externe des hôpitaux de Marseille, mort victime de son dévouement.

**Médaille de vermeil.** — M. Amigues, médecin inspecteur de l'assistance médicale indigène de Madagascar.**Médaille d'argent.** — MM. les docteurs Meyer (d'Aiguilles), Savoie (de Lille), Sanguy (de Tiznit), Abdelmoula Mohamed (de Thala).**OUABAÏNE ARNAUD****LABORATOIRE NATIVELLE, 27, Rue de la Procession, PARIS (XV<sup>e</sup>)**

MM. Jousset, faisant fonctions d'externe à l'hôpital Lariboisière; Meyer, interne à l'hôpital Claude Bernard.

MM. Robic, directeur par intérim de l'Institut Pasteur de Tananarive; Kerguistel, chef du service central d'études et de recherches pour la prophylaxie de la peste; Bathily, médecin auxiliaire de 1<sup>re</sup> classe de l'assistance médicale indigène.

**Médaille de bronze.** — MM. les docteurs Huguet (de Marseille), Jeannot (de Souk-el-Arba), Rollin, médecin de colonisation en Tunisie.

M<sup>lle</sup> Lefèvre, externe des hôpitaux de Reims; MM. Ger-vois, externe à l'hospice général de Lille; Charton, interne des hôpitaux de Lyon; Crescenci, externe à l'hôpital Lariboisière; M<sup>lle</sup> Gauthereau, stagiaire faisant fonction d'externe au groupe hospitalier Necker-Enfants-Malades; MM. Lebel, externe au groupe hospitalier Necker-Enfants-Malades; Peschard, externe des hôpitaux de Paris; Merlin, interne de la Maison départementale de Nanterre; Prévost, interne des hôpitaux du Havre.

MM. Casteigt, Léger, Dareys et Robini, médecins capitaines des troupes coloniales; Estrade, médecin inspecteur de l'assistance médicale indigène de Madagascar; Crozat, médecin lieutenant-colonel des troupes coloniales; Giraud, médecin municipal de Rufisque; Stefanopoulo, chef de laboratoire à l'Institut Pasteur de Paris; Coulibaly, médecin auxiliaire principal de l'assistance médicale indigène de l'Afrique occidentale française.

**Mention honorable.** — MM. Bascou, médecin lieutenant des troupes coloniales; Ranjeva, médecin de 2<sup>e</sup> classe de l'assistance médicale indigène de Madagascar; Diagne, médecin lieutenant des troupes coloniales; Dechambenoit, médecin auxiliaire de 1<sup>re</sup> classe de l'assistance médicale indigène de l'Afrique occidentale française; Benoit, médecin auxiliaire de l'assistance médicale indigène de l'Afrique occidentale française.

**NÉCROLOGIE.** — Nous avons le regret d'apprendre la mort du professeur Sellier, qui fut le premier titulaire de la chaire d'hydrologie thérapeutique de la Faculté de Bordeaux et le fondateur de la Société d'hydrologie.

Notre regretté confrère avait pris sa retraite il y a un an environ. Il était dans sa 72<sup>e</sup> année.

## CHRONIQUE

### LE NOUVEL ÉQUIPEMENT BIOLOGIQUE ET SCIENTIFIQUE DE L'UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

Les 6 et 7 janvier 1935 ont eu lieu, à Montpellier, plusieurs cérémonies, qui toutes ont trait au nouvel équipement biologique et scientifique de l'Université et des hôpitaux de cette ville. Ces fêtes se sont déroulées sous la présidence de M. Cavalier, directeur de l'enseignement supérieur, qui a inauguré les établissements précités et posé la première pierre des Cliniques Saint-Charles. L'inauguration du centre anticancéreux a été présidée par M. le préfet de l'Hérault.

Le nouvel Institut de chimie de la Faculté des sciences est une très vaste construction, sise rue de l'Ecole-Normale, construite sur l'initiative et sous la direction de M. le doyen Godechot. Cet Institut abritera tous les services chimiques de la Faculté des sciences et de très nombreux laboratoires de recherches.

Le nouveau centre anticancéreux (clinique Curie) s'élève dans l'enceinte des Cliniques Saint-Eloi (ancien Hôpital

suburbain). C'est une construction entièrement neuve. A l'occasion de son inauguration, M. le professeur Forgue, directeur du Centre, qui accomplissait là son dernier acte de médecin des hôpitaux de Montpellier, a relaté l'histoire du Centre, dont il a remis désormais la direction entre les mains du professeur Grynfeldt. M. le professeur Roussy, doyen de la Faculté de médecine de Paris, a prononcé dans une belle langue l'éloge du professeur Forgue.

Le nouvel Institut de biologie de la Faculté de médecine est construit en bordure du boulevard Henri-IV et est tout entier attribué aux chaires de physiologie, de bactériologie et d'hygiène. Ces chaires ont pu ainsi libérer des locaux qui ont permis à la chaire de chimie biologique de s'étendre considérablement. Tous ces laboratoires, comme les laboratoires de la partie ancienne de l'Institut, ont été équipés à neuf. Ce nouvel Institut ne constitue que la première tranche d'un programme, dont la suite ne pourra être réalisée qu'au fur et à mesure des disponibilités.

Le nouveau pavillon de la Cité universitaire comprend deux ailes et est indépendant du bâtiment central qui est occupé depuis plusieurs années. Ce nouvel établissement, construit avec beaucoup de soin et dans des conditions relativement peu onéreuses, fait augmenter d'un tiers la capacité de la Cité Universitaire de Montpellier.

Les Cliniques Saint-Charles constitueront un très vaste bâtiment qui s'élèvera sur les terrains libres contenus dans l'enceinte de l'Hôpital général, entre le corps central des bâtiments actuels et l'avenue Chancel. Elles occuperont donc l'emplacement de l'ancienne clinique de neurologie, qui a été complètement rasée et de l'enclos de Lempdes, nouvellement acquis par les Hospices. Ce bâtiment comportera les cliniques de dermato-syphiligraphie, de neurologie, d'urologie, d'oto-rhino-laryngologie. A ces quatre spécialités s'en ajouteront peut-être d'autres, si la surélévation du bâtiment s'avère possible. Ces nouvelles cliniques, dotées de tout l'équipement moderne, seront entourées de jardins. Dans leur voisinage, seront aménagés les nouveaux locaux de l'administration centrale de tous les hôpitaux de Montpellier, ainsi qu'une cuisine et une chaufferie centrale unique pour le chauffage à distance des nouvelles Cliniques Saint-Charles et de l'ancien Hôpital général.

G. G.

**CONFÉRENCE DU PROFESSEUR RIBEIRO.** — M. le professeur Leonidio Ribeiro, privat-docent des facultés de médecine et de droit de Rio de Janeiro, délégué de l'Institut franco-brésilien de haute culture, fera une conférence le mercredi 30 janvier 1935, à 18 h., au petit amphithéâtre de la Faculté de médecine, sur le sujet suivant : « L'étude biologique du criminel au Brésil. »

Cette conférence sera accompagnée de projections.

**CONFÉRENCE DU PROFESSEUR DONATI.** — Le samedi 2 février 1935, à 21 h. précises, à la Sorbonne, amphithéâtre Turgot, 17, rue de la Sorbonne, aura lieu une conférence sur « Orientations nouvelles de la chirurgie », par M. le professeur Mario Donati, de l'Université de Milan, sous la présidence de Son Exc. le comte Pignatti Morano di Custozza, ambassadeur de S. M. le roi d'Italie, et du docteur L. Dartigues, président de l'Umfia ou Union médicale latine.

**UMFIA.** — L'assemblée générale de l'Union médicale latine ou Umfia est fixée au vendredi 8 février 1935, et se tiendra à l'Academia Gaya, 2, rue des Italiens, Paris, à 21 h. précises.

Insomnies  
Toux nerveuse.

**BROMÉINE MONTAGU**

**OUATAPLASME**

du **D<sup>r</sup> LANGLEBERT**  
PANSEMENT COMPLET  
Phlegmasies, eczémas, brûlures, etc

Sirop  
Granules

**CROSNIER**

Cure  
sulfureuse



# tonique "roche"

élixir  
2 cuillerées à café  
2 fois par jour.

phosphore • strychnine  
arsylène • manganèse

toni-stimulant  
complet



Produits F. HOFFMANN-LA ROCHE & C<sup>ie</sup> 10, Rue Crillon - PARIS

## PADERYL

DRAGÉES

à base de

BROMHYDRATE DE PAPAVERINE . . . . .	0,03
DE CODÉINE . . . . .	0,02
EXTRAIT DE VALÉRIANE STABILISÉE. . . . .	0,10
DE JUSQUIAME STABILISÉE. . . . .	0,035

**CALMANT DE LA TOUX  
SÉDATIF NERVEUX**

DOSES. — Adultes : De 2 à 6 Dragées par jour

à avaler sans les croquer.

Enfants : selon l'âge.

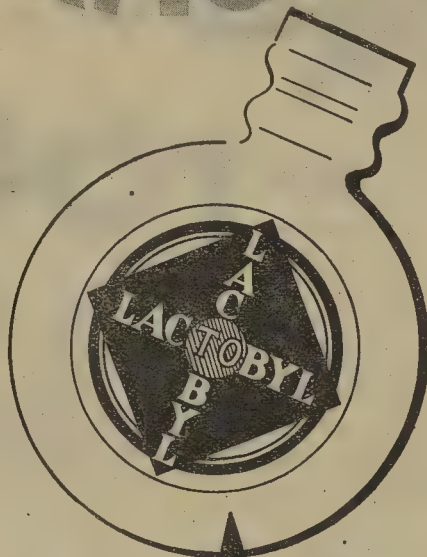
LABORATOIRES CLIN, COMAR & C<sup>ie</sup>, 20, Rue des Fossés-Saint-Jacques, PARIS

# CONSTIPATION

## REEDUCATEUR DE L'INTESTIN

AUCUNE ACCOUTUMANCE

LABORATOIRES LOBICA  
46, AVENUE DES TERNES — PARIS



### à base de :

SELS BILIAIRES  
POUDRE DE GLANDES INTESTINALES  
CHARBON POREUX  
FERMENTS LACTIQUES  
POUDRE DE LAMINARIA FLEXICAULIS  
POUR 1 COMPRIMÉ

**1 à 6 comprimés par jour  
aux repas ou au coucher**  
Commencer par deux comprimés

# LACTOBYL

## LAC-SER

LACTOSERUM DESSÉCHÉ

Un paquet de 5 gr. dilué dans 100 gr. de liquide  
reconstitue 100 gr. de lactosérum naturel

Boîte de 30 paquets

LABORATOIRE

MONTAGU

49, B<sup>d</sup> de PORT-ROYAL

PARIS

## UROMIL

ÉTHER PHÉNYL CINCHONIQUE — PIPÉRAZINE — HÉXAMÉTHYLÈNE TÉTRAMINE



MOBILISE — DISSOUT  
ÉLIMINE

L'ACIDE URIQUE



## ARTHRITISME

Dr L. BELIERES — 19, RUE BROUOT — PARIS



## LES PROGRÈS DE LA LUTTE ANTICANCÉREUSE EN FRANCE

Par M. le professeur EMILE FORGUE,  
Membre correspondant de l'Institut.

[Il y a peu de jours, à l'occasion de l'inauguration à Montpellier de l'Institut de Chimie et de l'Institut de biologie, le Centre anticancéreux s'enrichissait d'un nouveau pavillon, le Pavillon Curie, qui s'élève maintenant dans les jardins de la clinique Saint-Eloi. Ce fut, comme toute cérémonie universitaire à Montpellier, une manifestation de haute tenue dans laquelle, autour des représentants du gouvernement et des membres de la Faculté de médecine, la ville, tout entière, communiqua avec une ferveur émouvante.]

M. le professeur Forgue, dont l'admirable carrière est l'honneur non seulement de l'Ecole de Montpellier, mais aussi de toute la science française, a prononcé un discours magnifique, qu'il a bien voulu nous communiquer.

On méconnaît trop souvent les efforts de notre pays. Il est bon de montrer que, malgré les difficultés et les tristesses de l'époque, la France garde jalousement le sentiment de sa haute mission, qu'elle organise et qu'elle développe sans défaillance son outillage scientifique et hospitalier, notamment dans la lutte contre le cancer. Il faut donc être reconnaissant envers M. le professeur Forgue d'avoir montré les grands progrès réalisés en France, à ce point de vue. — N. D. L. R.]

« Voici maintenant, devant nous, la maison, blanche et lumineuse, qui va accueillir nos pauvres malades, dignes, entre tous, de compassion, puisque c'est la catégorie la plus exposée à mourir et la plus destinée à souffrir !... »

« Donc, avant tout, à ceux qui ont préparé, ou secondé, cette œuvre d'assistance et de secours, nous devons un témoignage de particulière gratitude.

« Au premier plan de cet hommage, permettez-moi de placer deux noms qui dominent cette organisation des centres : celui d'un grand ministre, M. Strauss ; celui d'un grand savant, le professeur Bergonié. C'est le grand honneur de ma vie que d'avoir pu, dans le rang, travailler avec ces deux hommes de cœur : M. Strauss, dont on a si justement défini l'âme bienfaisante par cette devise, gravée au revers de sa médaille jubilaire, « *civium conditionis, non suae anxius* », uniquement préoccupé de l'intérêt de ses concitoyens, non du sien ; Bergonié, tempérament d'apôtre, haute intelligence et conscience absolue, qui, mortellement atteint par les rayons X, nous a donné, jusqu'à sa dernière heure, l'exemple de la fermeté stoïque et de l'accomplissement du devoir.

« Soyons justes envers notre temps : c'est une règle de vérité et de probité intellectuelle. Nous sommes souvent enclins à le juger avec pessimisme, pour des scandales, pour ses défaillances morales, pour les duretés et l'insécurité de la vie moderne. Mais, il y a une région sereine vers laquelle nos âmes doivent s'élever ! Considérons avec équité et reconnaissance, tout ce qui, depuis cinquante ans, a été réalisé pour atténuer la souffrance humaine. Nulle époque n'a vu un semblable effort d'amélioration vitale et sociale. Quiconque a pris part, comme j'en ai eu l'honneur, aux travaux des Commissions Ministérielles de réparti-

tion des crédits d'assistance, est forcé d'admirer avec quel soin les besoins y sont étudiés, avec quel scrupule les fonds y sont distribués et contrôlés.

« L'Administration, que tout Français critique, n'est pas le frein ou l'obstacle que notre esprit frondeur incrimine avec parfois trop de sévérité : elle est le règlement, l'armature traditionnelle qui continue à tenir le Pays debout, le conseil qui avertit des difficultés de réalisation, l'appui officiel qui aide à les franchir... »

« Ainsi se sont constitués ces centres régionaux, à la fois organes de traitement et foyers de hautes études, par lesquels la cancérologie française s'est classée au premier rang dans la lutte anticancéreuse. Ce qui fait sa valeur et son autorité, ce sont : l'exactitude de l'observation ; l'examen critique des résultats ; la sagesse des conclusions. Par ces hautes qualités, se sont affirmées, chez nous, trois personnalités dont l'opinion fait loi parmi les cancérologues du monde entier.

« M. le Doyen Roussy, un des grands maîtres de l'anatomie pathologique, dont le livre sur le Cancer est la synthèse la plus solide qui ait été écrite, esprit d'initiative et de méthode, dont la création de Villejuif est un modèle, réalisateur auquel la Faculté de Paris devra la modernisation de ses établissements. M. le Professeur Regaud, d'une probité scientifique et d'un désintéressement exemplaires, technicien éminent dont les directives en matière de radiumthérapie sont notre Conseil et notre règle. M. le Professeur Borrel, de Strasbourg, qui, formé à Montpellier par la grande école de Kiener, joint à une capacité technique exceptionnelle une curiosité d'observation toujours en éveil, une surprenante ingéniosité des recherches, une compréhension large et synthétique des faits expérimentaux.

« M. le Professeur Grynfeldt, à qui je vais passer la main, prendra la barre, avec des qualités de même ordre, de même formation anatomo-pathologique, qui, actuellement, mieux que la valeur chirurgicale, sont conformes à l'orientation de la cancérologie : il a une exceptionnelle base de technique histologique ; sa puissance et sa volonté de travail sont infatigables ; sa longue expérience donne à ses diagnostics biopsiques une certitude, précieuse pour la conduite du traitement.

« Or, devant nos successeurs, s'ouvrent de nouvelles et fécondes perspectives de travail !... Le terrain, le terrain cancéreux et cancérisable... Voilà un champ d'études, encore inconnu, capable de solliciter particulièrement les chercheurs de ce centre.

« Quel triomphal retour aux vieilles doctrines Montpelliéraines que celui auquel nous avons la fierté d'assister ! Parasites, virus, microbes : autant de causes qui demeurent improuvées, insuffisantes, alors que la notion du terrain s'affirme de plus en plus. J'ai vu jadis, jeune étudiant, les grands maîtres parisiens sourire quand je prononçais ce mot de notre Ecole : diathèse cancéreuse. Diathèse : c'est-à-dire troubles généraux, altérations humorales, conditionnant la réceptivité individuelle. Or, il advient que, dans ces dernières années, les meilleures recherches expérimenta-



les ont établi la réalité, l'importance primordiale du terrain cancérisable. Le problème est, maintenant, de préciser les altérations d'ordre physico-chimique qui précèdent et conditionnent l'apparition d'une tumeur.

« Voilà, jeunes gens qui allez travailler ici, un magnifique programme de recherches ! Il s'impose à vous parce qu'il est conforme à nos doctrines séculaires. Et songez quels progrès en peuvent résulter ! Là, probablement, git tout le secret de la prophylaxie anticancéreuse à venir !

\*\*

« Enfin, pour nos malades, qui sont la raison d'être de cette œuvre et le but sacré de cet effort, quelle transformation ! Quand, demain, ils franchiront le seuil de ce pavillon, ils n'y trouveront plus, comme autrefois où nous étions si désarmés, cette pensée d'accueil décourageant : « Vous qui entrez, laissez beaucoup de vos espérances ». — Non. Ils verront, au fronton, briller ce nom : *Curie*. C'est un hommage ; c'est aussi un grand espoir.

« Il faudra leur apprendre ce que ce nom signifie. Il faudra leur dire que, s'ils vont guérir, c'est parce qu'il y a trente-cinq ans à peine, dans un hangar abandonné, chauffé d'un méchant poêle de fonte, Pierre et Marie Curie ont réussi une des plus grandes découvertes de la physique moderne, découverte qu'un grand savant anglais a comparée à la conquête du feu par l'homme. Il sera juste aussi de leur faire connaître que, s'ils vont trouver ici, grâce aux maîtres en physique de notre Ecole, un service de rayons X admirablement équipé, c'est à un Allemand qu'ils devront ce moyen de guérison. Plaise à Dieu que les deux Pays, auxquels sont dus ces immenses progrès, ne connaissent, dans l'avenir, que cette rivalité d'invention bienfaisante, pour l'amélioration de la condition humaine !

« Dans cette lutte contre le cancer, c'est comme à la guerre. Un armement ultra-moderne : c'est bien. mais ce n'est pas tout. La victoire dépend de la valeur technique et morale de ceux à qui ce matériel est confié. Il est incontestable qu'un personnel spécialisé, rompu au maniement et au dosage de ces forces qui sont des armes à double tranchant, est une garantie de l'efficacité et de la sécurité thérapeutique. Aussi ma gratitude s'adresse, avec une particulière émotion, à tous ceux qui depuis plus de dix ans m'ont donné leur concours, collaborateurs qui tous, à leur poste de travail — et ce poste n'est pas sans risques — au laboratoire, aux salles d'intervention et de pansement, au service des radiations ont, si consciencieusement, servi cette œuvre !

« Le mystérieux problème, en face duquel nous nous trouvons, n'est pas seulement d'ordre technique ; il est encore d'ordre moral. Il y a, chez ces pauvres malades, tant de détresse ; leur fin est parfois si douloureuse ! Rappelons-nous la touchante parole de Pasteur : « *Elle serait bien belle et bien utile à faire, la part du cœur dans les progrès des sciences* ».

« Ici, plus que dans tout autre service d'hôpital, doit régner cette ambiance que j'appelle « psychotonique », atmosphère d'espérance, de foi dans la gué-

raison, de charité ! L'âme bienfaisante de notre foyer a été la sœur Joséphe : consolation des affligés, compatissante, secourable à toutes leurs détresses, elle a incarné la pitié agissante, qui est la grande vertu chrétienne !

« Tout doit être mis en œuvre pour entourer cette catégorie de malades du confort, de la joie et de la paix des choses ambiantes, d'un décor calme et apaisant. Jusqu'à ces dernières années, nous eussions considéré comme inhumaine la réunion de patients aux diverses étapes de ce calvaire. Nous ne prononcions pas le mot redouté ; nous masquions nos diagnostics. Aujourd'hui, nous osons envisager franchement la situation. Il est advenu qu'à se grouper, les malades ont trouvé la quiétude : « *tout de même, disent-ils, il y en a de plus malheureux que moi* » ; et, selon la juste observation de François Mauriac, voilà qui reconforte beaucoup de patients. D'autre part, il s'est produit ici une consolante compensation sociale : par un juste renversement des positions il arrive que ce sont les malades les plus miséreux qui bénéficient de l'organisation la plus parfaite, de l'outillage le plus récent et le plus puissant, de la technique la plus expérimentée.

« Enfin, il n'y a pas de plus persuasive raison que les résultats. Nos malades, qui arrivent ici avec angoisse, voient leurs voisins quitter le service, avec toutes les apparences de la guérison. C'est donc que le mal est guérissable ; et voilà la porte ouverte à l'espérance ! Oui, nous avons le droit de le proclamer, en cet an de grâce 1935, avec une force d'affirmation que nous n'eussions pas osé produire, il y a dix ans : nous pouvons guérir le cancer, mais à la condition de le traiter dès son début, dès sa phase très localisée.

« Prenons pour exemple le cancer de l'utérus : pris à la première étape — et par la seule ressource du radium — nous le guérissons dans une *proportion qui atteint les quatre cinquièmes* ! Nous pouvons donc, dès maintenant, faire baisser de plus des trois quarts la mortalité féminine par le cancer utérin : il tue, *annuellement*, près de cent mille femmes dans ces quatre pays réunis, Allemagne, Etats-Unis, Angleterre et France. Donc, théoriquement, nous pouvons, pour ces quatre nations, *sauver* près de 80.000 malades (la population de Montpellier), et de quel mal cruel !

« Pourquoi faut-il, mon Dieu ! qu'il y ait encore tant d'écart entre ce chiffre idéal et notre pourcentage moyen de guérison, qui, en bloc, et pour le « tout venant » ne dépasse guère le cinquième ?

« Toujours, hélas, la même raison, la même faute, et elle vient des préjugés populaires. Trop tard ! Trop tard, c'est le mot terrible, l'aveu de défaite que nous subissons avec la tristesse de l'irréparable, le regret de l'heure passée sans retour ! A l'heure actuelle, les services les mieux organisés du monde entier ne traitent pas le dixième des cas au premier stade, de lésion bien localisée au col utérin ! Ces malades, en très grande majorité, continuent à ne recourir aux soins qu'à la phase où le mal dépasse notre action, comme ces malheureux qui n'appellent les pompiers que quand le feu est à tous les étages !



« Alors, tout ce prodigieux effort des savants, tant de foi et tant de labeur dans la recherche, tant de zèle dans les soins et tant de sacrifice (car le nécrologe des médecins victimes de leur dévouement aux cancéreux est une longue liste funèbre à laquelle de nouveaux noms s'ajoutent tous les jours), tout cela est frappé d'impuissance par les attermolements, par la peur et le retard du traitement ! Voilà le progrès à poursuivre par la propagande, par la conférence, par l'affiche. Il ne s'agit pas de répandre l'alarme, mais l'alerte ! Aidez-nous, tous, à réformer l'esprit public et à démolir ce mur épais de préjugés, d'ignorance, de duperie, qui sépare trop souvent le malade de son salut ! »

## LES MÉNINGITES GONOCOCCIQUES PRIMITIVES VRAIES ET FAUSSES

Par M. le docteur R. CROSNIER,  
Médecin capitaine (Val-de-Grâce).

Dans un travail récent, Dopter, Andrieu et nous-même avons étudié les syndromes méningés dus à l'action pathogène et élective de germes tout voisins du méningocoque et que sont les pseudo-méningocoques. (Dopter, Andrieu et Crosnier : les méningites cérébro-spinales dues aux pseudo-méningocoques. *Annales de Médecine*, novembre 1934).

Il nous paraît opportun d'en rapprocher dans cet article les méningites à gonocoques, que nous dénommerons « primitives ».

Au cours de l'évolution d'une gonococcie ou d'une gonococcémie, la méningite est une éventualité relativement rare et dont l'étiologie est en quelque sorte signée, outre les tests bactériologiques, par la coexistence du syndrome urétral primitif et des localisations urinaires ou génitales de voisinage. Les exemples, d'ailleurs, n'abondent guère dans la littérature médicale, encore que l'insuffisance fréquente des épreuves d'identification puisse expliquer dans une certaine mesure la plus grande rareté du syndrome.

Toutefois il ne s'agit que de manifestations secondaires, toujours postérieures à l'urétrite initiale, contemporaines ou tardives de la septicémie ou de la bactériémie gonococciques, créées par la métastase sanguine du germe causal : telles sont par exemple les observations de Milhit et Tanon, de Henderson et Ritchie (Edimbourg), de Carotenuto, de Lorentz, de Grenet, de David Smith, etc...

Bref, ces manifestations, pour n'être pas particulièrement fréquentes, n'en sont cependant pas moins bien connues et Nicoloff dans une thèse récente en a fait une bonne étude d'ensemble.

Elles n'offrent dans l'immense majorité des cas aucune difficulté d'interprétation, étant donné l'évolution parallèle du processus gonococcique local et les critères bactériologiques formels.

Plus rares, de signification initiale plus malaisée, sont les méningites « primitives » ; leur intérêt est loin d'être négligeable, car la méconnaissance fréquente de leur étiologie, faute d'antécédents spécifiques ou d'anamnestiques certains, peut égarer le

diagnostic immédiat et partant la thérapeutique adéquate utile à mettre en œuvre le plus rapidement possible.

Comment se présentent ces méningites à allure primitive et quelles sont leurs modalités cliniques ?

1° Il peut s'agir, de prime abord, d'un syndrome méningé, apparemment isolé et d'éclosion plus ou moins brutale, dont les caractères cliniques sont francs ou parfois assez frustes.

La ponction lombaire immédiatement pratiquée peut fournir des éléments d'interprétation extrêmement précis (pus, germes). Parfois elle n'apporte que des indications d'appréciation assez vague, liquide clair, lymphocytose modérée, hypertension faible ou nulle ; l'examen direct et la culture ne décèlent pas de germes et tout semble laisser croire à une réaction méningée, de signification imprécise, quand subitement, au bout de quelques jours (24 heures, 3 jours, quatre jours) apparaît un écoulement urétral, blennorragique : c'est le cas d'une observation assez suggestive de Blin et Ricard à l'occasion de laquelle les auteurs avaient posé le diagnostic de méningite cérébro-spinale ; le lendemain apparaissait une urétrite et les symptômes méningés persistèrent encore plusieurs jours.

Dans le même cadre nous rappellerons l'observation de Josselin de Jong, dans laquelle le syndrome méningé précède de quelques jours l'écoulement urétral.

Ainsi, on peut observer suivant le cas et le moment considérés un syndrome méningé réactionnel ou inflammatoire selon que la séreuse est éprouvée par la toxine gonococcique diffusée ou par le germe lui-même.

Il semble bien, en effet, que dans ces conditions, il y ait d'emblée septicémie, puis atteinte de la méninge, enfin fixation ultérieure de l'infection sur l'urèthre.

Au reste il peut se faire qu'à l'occasion de ponctions lombaires ultérieures, quand le syndrome persiste, la méningite vraie à gonocoque se substitue à la réaction méningée initiale ; l'identification du germe précisera alors la nature du syndrome observé.

Enfin, dès l'origine, le gonocoque peut être mis en évidence, et dans cette éventualité comme dans la précédente, le liquide céphalo-rachidien prend d'emblée les caractères classiques du liquide purulent observé au cours des méningites aiguës microbiennes.

2° On peut constater le même syndrome méningé apparemment primitif chez des sujets dont l'écoulement urétral ou bien passe inaperçu ou bien est d'intensité si minime et de durée si éphémère que l'intéressé n'y attache aucune importance, au point qu'il ne peut, de par son interrogatoire, aider le médecin à fixer un lien évident ou un rapport de cause à effet (tel l'échauffement au sens du profane).

Aussi la nature gonococcique de la méningite ne peut donc être affirmée qu'après constatation d'un diplocoque réniforme Gram négatif dûment identifié gonocoque, manifestation par ailleurs isolée ou associée ensuite à d'autres signes cliniques qui signent une complication blennorragique tardive et ultérieure.

Un exemple frappant concrétise les données précédentes : c'est une observation de P. E. Weil, Duchon et Bertrand. La première ponction lombaire ne décela pas de diplocoques, mais ceux-ci apparurent dans les 2° et 3° P. L. ; le germe fut identifié gonocoque et une gonoréaction pratiquée se montra positive. Quelques mois après la guérison apparut une crise rhumatismale avec atteinte des articulations tibio-tarsiennes et scapulo-humérale, cette dernière localisation évoluant finalement vers l'ankylose, terminaison habituelle des arthrites gonococciques.

Signalons de même l'observation de Costes-Rivalier-Layani, à l'occasion de laquelle le syndrome méningé fut précédé chez une jeune fille de 18 ans de pertes apparemment banales. La constatation du gonocoque dans le liquide céphalo-rachidien comme dans le pus vaginal ainsi que des manifestations arthralgiques typiques précisèrent l'origine commune de ces diverses localisations. Bien plus, des poussées articulaires, présentant tous les attributs du rhumatisme blennorragique firent suite à l'épisode méningé et se prolongèrent plusieurs mois.

3° La blennorragie est parfois si ancienne qu'on ne peut guère songer raisonnablement à considérer le gonocoque comme la cause déterminante d'une méningite aiguë d'apparition toute récente.

Dans l'observation de Weil-Duchon et Bertrand, on retrouve dans les antécédents du malade une cystite deux ans auparavant sans écoulement urétral concomitant.

Dans le cas de Gimbert, il s'agit d'une blennorragie incorrectement traitée, il est vrai, apparue 3 ans avant le syndrome méningé.

Biek, d'ailleurs, rapporte le cas d'une méningite gonococcique mortelle, vérifiée telle bactériologiquement survenue chez un sujet ayant contracté une blennorragie un an auparavant. L'écoulement urétral ayant très rapidement cessé avait laissé supposer au malade qu'il était guéri.

Aussi bien n'est-il pas illégitime de songer d'avantage, à priori, à un syndrome purement primitif : l'anamnèse seule crée dans ces trois cas rapportés un lien causal absolument indubitable.

Il faut enfin tenir compte des cas cliniques caractérisés d'emblée par un état comateux ou subcomateux du malade, toutes conditions qui rendent impossible l'interrogatoire.

Telles sont les modalités cliniques et les conditions pathogéniques observées à l'occasion de ces méningites.

Nous ne signalerons que pour mémoire l'observation unique dans son originalité de Prochaska (in thèse Faure-Baulieu) d'une méningite gonococcique rapidement mortelle avec mise en évidence de pus gonococcique vésiculo-urétral post-mortem. Ici, fait extrêmement curieux, le diagnostic de blennorragie a été une trouvaille faite sur le cadavre et non in vivo. Pareil exemple est d'ailleurs tout à fait exceptionnel.

Il résulte de ces considérations qu'on peut catégoriser ainsi les précédents syndromes observés :

A. Les méningites gonococciques primitives vraies qui sont très rares. Du moins leur existence démontre

que leur précocité d'apparition est liée à la présence dans l'organisme d'un gonocoque, qui habituellement germe strictement local au début d'une blennorragie peut dans certaines conditions se révéler très rapidement microbe aberrant, soit par son action directe, soit par son action toxique à distance. Les manifestations articulaires qui font suite à ce syndrome prouvent aussi que parfois ces germes spécifiques ont des affinités tissulaires vraiment très caractérisées, puisqu'ils ont tendance à créer des polysértes réelles.

B. Les méningites gonococciques apparemment cliniquement primitives qui surviennent soit chez de très anciens blennorragiques, qui s'estiment guéris, soit chez des individus qui n'ont accusé que des manifestations uréthrales infiniment discrètes et passagères : chez les uns et chez les autres le germe responsable du syndrome méningé n'a jamais disparu et préexiste à l'insu du porteur, à un état extrêmement latent, depuis un temps plus ou moins prolongé.

Nous ne voulons pas insister sur la symptomatologie de ces méningites aiguës, qui présentent tous les caractères classiquement décrits, mais il nous apparaît du plus haut intérêt d'attirer l'attention du clinicien sur certains critères extrêmement significatifs : en présence d'un syndrome méningé indubitable la coexistence de phénomènes arthralgiques à type souvent pseudo-phlegmoneux doit laisser suspecter la nature gonococcique, en dehors même de tout écoulement urétral visible. Pareille constatation est beaucoup plus rare dans la méningite cérébro-spinale méningococcique ; du moins ne s'observe-t-elle qu'exceptionnellement au début du processus.

De même il est utile chez tout méningitique de rechercher dès le premier examen un écoulement urétral, si insignifiant soit-il (goutte) et de dépister au cours de l'interrogatoire tout antécédent gonococcique, de même que toute anomalie notable au cours de l'évolution ou du traitement d'une blennorragie.

Il est enfin deux caractères bactériologiques, qui avant l'apparition de l'urétrite secondaire au syndrome méningé, ou en son absence doivent être interprétés comme des signes en faveur d'une origine gonococcique et non méningococcique.

1° Culture lente sur gélose-ascite et apparition des colonies vers le troisième jour, après ensemencement du liquide de la 1<sup>re</sup> ponction lombaire et constatation de diplocoques réniformes Gram négatif à l'examen direct ; culture au contraire plus rapide et plus luxuriante sur gélose-sang.

Il est en effet exceptionnel que le méningocoque pousse aussi tardivement sur gélose-ascite (24 à 36 heures en général). La même remarque concerne pareillement tous les autres pseudo-méningococques, dont la plupart poussent très rapidement aussi sur gélose ordinaire (exception faite toutefois pour le *diplococcus siccus* et le *diplococcus pharyngis flavus* III).

2° Fermentation isolée du glucose à l'exclusion des autres sucres.

La séro-agglutination négative du germe en présence de sérum agglutinant méningococcique n'a qu'une valeur au contraire toute relative, attendu que, constatée isolément, elle n'élimine nullement l'hypothèse



d'un pseudo méningocoque ; elle ne permet pas en effet une orientation précise.

Il reste bien entendu que les tests d'identification complémentaire s'imposent avec rigueur (séro-agglutination avec le sérum gonococcique et épreuve de la fixation du complément avec utilisation comme antigène de protéines microbiennes obtenues après broyage de microbes desséchés), toutes réactions qu'on doit réaliser parallèlement avec un essai d'agglutination par le sérum méningococcique.

Mentionnons enfin les points communs qui rapprochent parfois la méningite gonococcique avec stade clinique humoral sanguin de la méningite méningococcique aux caractères identiques. Brunsgaard et Thjotta ont à ce sujet rapporté le cas d'une méningite blennorragique avec purpura, trouble de la crase sanguine, observé également au cours de la méningite méningococcique avec méningococcémie (purpura simple, purpura fulminans, épidémie de Lyon : Le Bourdellès et Fontanel).

En l'absence de tout antécédent gonococcique, le traitement de la méningite après constatation de diplocoques Gram négatif à l'examen direct et avant le résultat de la première culture se résumera dans l'emploi de la sérothérapie antiméningococcique. quitte à lui substituer, le cas échéant, suivant les conclusions de l'identification, une médication antigonococcique.

S'il y a des signes concomitants de blennorragie ou des indications anamnestiques précises et récentes, on associera la sérothérapie antigonococcique à la sérothérapie antiméningococcique, sans attendre les réponses de la culture et des épreuves d'identification.

Il ne faut pas oublier en effet que la gonococcie évolutive n'exclut nullement la possibilité d'une infection méningée par le méningocoque et Furbringer dès 1896 en a signalé un cas très démonstratif. Après diagnostic bactériologique on orientera définitivement la thérapeutique dans le sens indiqué.

Au reste, quand les épreuves bactériologiques complètes ont démontré la nature gonococcique du syndrome, on utilisera sans tarder, outre les ponctions lombaires renouvelées, les divers agents thérapeutiques spécifiques, dont nous disposons actuellement : endoprotéines gonococciques, accessoirement méningococciques (Rivalier), auto-vaccins, autolysats vaccins (Duchon), sérothérapie gonococcique, gonacrine, etc...

La parenté biologique bien connue du gonocoque et du méningocoque explique aussi les bons résultats obtenus avec la seule sérothérapie antiméningococcique.

Le pronostic de ces syndromes ne diffère guère de celui couramment décrit à l'occasion des méningites secondaires : il est en effet favorable, s'il n'existe pas concurremment ou ultérieurement des signes infectieux graves ou des localisations viscérales, dont la plus redoutable est l'endocardite..

De même que P. E. Weil a très justement conseillé de rechercher éventuellement en cas de blennorragie déclarée ou de rhumatisme blennorragique, les signes méningés même frustes, de même il ne nous paraît pas illusoire de songer toujours à la gonococcie, en présence d'un syndrome méningé aigu.

Dans l'immense majorité des cas de méningite primitive vraie, tôt ou tard, les signes locaux ou multiples d'infection blennorragique confirmeront la nature certaine de ces localisations cliniquement préliminaires du diplocoque de Neisser.

Le but de cet article n'est évidemment pas de créer au profit de ce germe dans ses localisations méningées une entité très rigoureuse.

Nous rappellerons en effet à nouveau que les méningites gonococciques sont rares, et plus encore les méningites primitives. Le fait de penser à la nature gonococcique possible d'un syndrome méningé est une hypothèse simplement rationnelle, qui n'a qu'une valeur indicatrice, mais aussi un but utilitaire.

#### BIBLIOGRAPHIE

- BIER. Contribution à l'étude de la méningite aiguë. *Zentralblatt für innere Med.*, n° 6, p. 144. B<sup>d</sup> 29<sup>1</sup>, 1908.
- BLIN et RICARD. Méningite blennorragique. *Paris méd.*, p. 312-314, 24 avr. 1917.
- BRUNSGAARD (E.) et THJOTTA (T.). *Gonococcus meningitis with purpura. Norsk. mag. Laegevidensk Kristiania*, 1924, p. 810-819 ; *Ann. de Dermat. et Syphil.*, Paris, 1925, p. 114.
- CAROTENUTO. Un caso di meningite gonococcica. *Pediatrics*, 1932, p. 721.
- COSTES-RIVALIER et LAYANI. Méningite gonococcique, S.M. H., 27 nov. 1931.
- FAURE-BEAULIEU. La septicémie gonococcique prouvée par la constatation du gonocoque dans le sang circulant. *Th. de Paris*, 1906.
- FURBRINGER. Tödliche cerebrosppinalmeningitis und akute Gonorrhoe. *Deutsch. Med. Woch.*, 1896.
- GIMBERT. Congrès de Méd. de Lyon, 1911, p. 156.
- GRENET, LAURENT et DE PFEIFFER et LEVENT. Vulvovaginite. Septicémie. Endocardite et méningite à gonocoques. *Bull. de la Soc. de Péd. de Paris*, 1930, p. 237.
- HENDERSON et RITCHIE. Gonococcal meningitis. *Revue Neurologique et Psychiatrique*, Edimbourg, p. 75-87, févr. 1909, VII.
- JOSSELYN (DE) DE JONG. Un cas de méningite gonococcique. *Zentralblatt für Bakter. und Parasiten Kunde*, Bd XLV, 1908, p. 501-507.
- LORENTZ. Über meningitis gonorrhoeica. *Dermatologische Wochenschrift*, 1929, p. 1305.
- NICOLOFF. La méningite à gonocoques. *Th. de Paris*, 1934.
- PROCHASKA. Bakteriologische Untersuchungen bei gonorrhoeischen Allgemeininfektionen. *Deuts. Archiv. für Klinische Medizin.*
- SMITH. Gonococcal meningitis. *Lancet*, Londres, juin 1922, p. 1217.
- WEIL (P.-E.), DUCHON et BERTRAND. Méningite séro-purulente primitive à gonocoques. S.M. Hôp., 27 nov. 1931.

**Coquillages et fièvres typhoïdes**, par le D<sup>r</sup> M. BELIN. In-8 de 230 pages. — Prix : 15 fr. Presses universitaires de France, 49, boulevard Saint-Michel, à Paris.

**Désordres sexuels**, par le D<sup>r</sup> Richard SCHAUER (traduit de l'allemand). In octavo de 255 pages, aux éditions Montaigne, 13, quai Conti, à Paris.

**Un grand médecin : J. Babinski (1857-1922)**, par le D<sup>r</sup> Albert CHARPENTIER (ce travail a paru dans le *Bulletin médical* du 17 février 1934), plaquette de luxe de 58 pages illustrées imprimée par « La Typographie François Bernouard », 100, rue d'Assas, à Paris (6<sup>e</sup>).



# LES CONGRÈS DU CANADA (1934)

## XXIII<sup>e</sup> CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE

### ET

## XIII<sup>e</sup> CONGRÈS DES MÉDECINS DE LANGUE FRANÇAISE DE L'AMÉRIQUE DU NORD

Québec, 27-30 août 1934 (1).

### TROISIÈME QUESTION

#### Les états hypoglycémiques

#### TROISIÈME RAPPORT

**Hypoglycémie spontanée.** — MM. R. LEMIEUX et S. LEBLOND (Québec). — Le syndrome d'hypoglycémie spontanée peut être isolé ou se combiner à un ensemble pathologique. La symptomatologie présentée par certains malades soumis à de fortes doses d'insuline ressemble beaucoup aux manifestations observées chez l'animal après hépatectomie : faiblesse musculaire généralisée, tachycardie, polypnée, coma terminal. Chez les animaux en expérience, la chute de la glycémie est toujours proportionnelle à l'intensité des phénomènes morbides, et l'administration de glucose fait disparaître rapidement les signes cliniques. L'ablation simultanée du foie et du pancréas produit une hypoglycémie semblable à celle de l'hépatectomie isolée qui se réduit également par les injections de glucose. Enfin, après pancréatectomie, l'hyperglycémie ne peut apparaître que si le foie n'est pas touché. L'hypoglycémie peut également s'observer après ablation des capsules surrénales et après hypophysectomie.

Du point de vue pathogénique, on admet l'existence de deux grands systèmes d'action antagonistes qui maintiennent la teneur du sang en glucose. Le premier, hypoglycémiant, est représenté par le pancréas et sa sécrétion, l'insuline, dont le débit est soumis directement à l'action du pneumogastrique. Le deuxième, hyperglycémiant, est lié à l'action des surrénales, de la thyroïde, de l'hypophyse et dépend du sympathique. Enfin, des centres mésocéphaliques ou bulbaires président à la glycorégulation.

L'apport insuffisant des glucoses par l'alimentation, leur défaut de fixation, leur dépense brusque peuvent provoquer une glycopénie. L'hypoglycémie spontanée existe au cours de tumeurs du pancréas, de lésions des surrénales, des insuffisances hypophysaires, dans certains cas d'insuffisance ovarienne ou de sclérodémie, dans les vomissements cycliques et les convulsions des enfants.

Les symptômes de l'hypoglycémie spontanée sont maintenant bien établis. Les malaises commencent en général à apparaître quand le taux du sucre sanguin est de 0 gr. 70 par litre.

Il existe des hypoglycémies frustes et d'intensité moyenne ; d'autres sont graves et certaines mortelles.

L'hypoglycémie légère est fréquemment conditionnée par le jeûne, la fatigue, le travail ; elle se manifeste par une sensation de fatigue, de parésie, de difficulté à associer les idées. Mais c'est la faim qui en est surtout le symptôme révélateur. Elle s'accompagne souvent aussi de douleurs, de tremblements, de pâleur de la face, de céphalée, de vertiges et de palpitations. L'absorption de sucre ou d'aliments fait disparaître la crise.

Les mêmes symptômes se retrouvent dans l'hypoglycémie moyenne, mais le tremblement peut faire place à un véritable état convulsif. L'obnubilation y est fréquente. Quant à

l'hypoglycémie grave, elle succède généralement à l'existence d'un état hypoglycémique léger déjà ancien. Elle se manifeste surtout quand le taux du sucre sanguin descend au-dessous de 0 gr. 50. Elle se caractérise par des accidents convulsifs ou psychomoteurs et par des pertes de connaissance suivies de convulsions, de délire et d'agitation maniaque qui surviennent souvent soit le matin au réveil, soit une ou deux heures avant les repas. Ils peuvent se terminer par la mort, dans un coma entrecoupé de convulsions.

De tels troubles éveillent l'idée d'une surproduction insulinaire. Celle-ci serait due à une atteinte plus ou moins discrète du pancréas, par un traumatisme ou une infection.

L'hyperinsulinisme ne fait pas toujours sa preuve anatomopathologique. Cependant, l'hypoglycémie a pu être attribuée à une lésion connue du pancréas : hyperplasie simple des îlots de Langerhans ou adénome. Les adénomes du pancréas s'observent presque toujours chez les diabétiques et joueraient un grand rôle dans la production de l'hyperinsulinisme.

Le cancer du pancréas, s'il diminue la sécrétion externe de la glande, en exagère en général la sécrétion interne.

Dans quelques cas très rares, on peut rencontrer chez le même malade des alternatives d'hypoglycémie et de diabète, véritable dysinsulinisme.

On sait que le foie constitue le centre d'accumulation du glycogène. Qu'une diminution de cette réserve survienne, et l'hypoglycémie se produit par un apport insuffisant de sucre.

L'insuffisance hépatique banale suffit aussi pour la déterminer et dans ces cas le tableau clinique se manifeste surtout par de l'asthénie. Dans les hépatites toxiques graves et dans des tumeurs du foie, on observe des glycémies extrêmement basses. Toutefois, on a montré que 85 p. 100 du tissu hépatique peuvent être détruits sans déterminer de troubles hypoglycémiques. Il est probable que ces glycémies très basses sont sous la dépendance d'une atteinte fonctionnelle du parenchyme hépatique restant.

L'hypoglycémie signe donc un trouble profond du métabolisme des hydrates de carbone, par hypofonctionnement du foie ou par hyperfonctionnement du pancréas. La surrénale et l'hypophyse mobilisent le sucre par action probable sur le foie et contribuent au maintien de la glycémie normale.

L'hypoglycémie peut exister aussi au cours de la maladie d'Addison, et c'est également aux surrénales que l'on attribue son apparition au cours des maladies infectieuses.

Les troubles de fonctionnement de la région hypophyso-tubérienne déterminent souvent un syndrome hypoglycémique, et l'on connaît la sensibilité de tels malades à l'insuline. Certaines hypoglycémies sont rattachables à une influence ovarienne, et d'autres à des lésions des parathyroïdes.

Il en est qui peuvent s'observer quelquefois dans les affections nerveuses ou psychiques, en particulier au cours de l'encéphalite, ou paraissent jouer parfois un rôle dans le déterminisme de la crise épileptique.

Pendant la grossesse et la lactation, on a observé des cas dans lesquels un certain degré de glycopénie coïncidait avec des crises éclamptiques. L'hypoglycémie interviendrait pour une part dans le déterminisme des vomissements incoercibles de la grossesse, bien qu'on puisse la considérer comme une manifestation secondaire de l'auto-intoxication gravidique et non comme l'élément pathogénique des vomissements.

Elle peut accompagner un surmenage musculaire intense et l'action toni-cardiaque du sucre associée à de légères doses d'insuline paraît indéniable dans certaines affections myocardiques.

Le syndrome hypoglycémique peut apparaître chez les enfants. Dans ces cas, on le rattache en général à l'état de

(1) Association de la Presse médicale française.  
Suite. — Voir *Gaz. des hôp.*, 1934, n° 87, p. 1541 ; n° 88, p. 1557 ; n° 89, p. 1573 ; n° 95, p. 1699 ; 1935, n° 3, p. 40.



jeûne ou au surmenage musculaire. Il coexiste aussi souvent avec les vomissements cycliques et les convulsions de l'enfance et serait alors sous la dépendance de la fièvre et du jeûne. Cependant, bien que les épreuves thérapeutiques se soient montrées concluantes dans la grande majorité des cas, pour certains auteurs il n'est que la conséquence des vomissements répétés et non leur facteur déterminant.

On a cité une hypoglycémie post-opératoire. Dans un certain nombre de cas, d'ailleurs, des injections de glucose sont susceptibles de faire disparaître les malaises des opérés.

Le traitement rationnel doit être préventif et curatif. Lorsque l'hypoglycémie est rattachable aux troubles du métabolisme des hydrates de carbone, à des déperditions considérables en glucides ou à un état d'hyperinsulinisme léger, l'alimentation doit être riche en hydrates de carbone. Les repas devront être multipliés et précéder de quelques minutes le moment habituel des manifestations pathologiques. D'autre part, un traitement glandulaire ou pluriglandulaire améliore parfois considérablement chez certains malades l'état hypoglycémique.

Quant à la crise elle-même, elle disparaît en général rapidement par administration de glucose, de maltose ou de dextrose. Il suffit souvent de donner des boissons sucrées ou du sucre en nature pour obtenir un résultat immédiat. Lorsque le malade est dans le coma et que la crise prend une

allure grave, il faut pratiquer des injections intraveineuses de glucose. L'effet de ce traitement n'est efficace que dans de rares cas de crises subintrantes et dues à une cause tumorale.

Aussi a-t-on pensé dans certains cas à pratiquer un traitement chirurgical en intervenant sur le pancréas. On a même pratiqué des pancréatectomies partielles sur des hypoglycémiques dont le pancréas ne paraissait pas anatomiquement lésé. L'hypoglycémie s'est légèrement améliorée sans que disparaissent complètement les manifestations morbides. Par contre, on a opéré avec grand succès des malades porteurs d'un adénome et même d'une tumeur carcinomateuse encapsulée du pancréas.

#### QUATRIÈME QUESTION

##### La pyrétothérapie

##### PREMIER RAPPORT

Généralités. Agents pyrétogènes. Biologie. Mode d'action. — M. Ch. RICHET fils (Paris). — M. von Jauregg réalisa le premier la malarithérapie dans la paralysie générale. Cette thérapeutique fut étendue ensuite à d'assez nombreuses affections. Puis on tenta de remplacer le paludisme par d'autres procédés pyrétogènes.

Actuellement, on emploie, surtout chez l'homme, la ma-

Troubles digestifs  
de l'enfance

1 cuillère à café  
par année d'âge

# EUPHORYL INFANTILE

GRANULÉ SOLUBLE

LABORATOIRES "ANA"  
18, AV<sup>UE</sup> DAUMESNIL - PARIS

DERMATOSES  
PRURITS  
ANAPHYLAXIES

ADOPTÉ PAR LES HOPITAUX DE PARIS

# SCILLARÈNE

" SANDOZ "

*Glucoside cristallisé, principe actif isolé du Bulbe de la Scille*

DIURÉTIQUE GÉNÉRAL — DIURÉTIQUE AZOTURIQUE VRAI

AMPOULES  
1/2 à 1 par jour.

GOUTTES  
xx, 2 à 8 fois par jour.

COMPRIMÉS  
2 à 8 par jour.

SUPPOSITOIRES  
1 à 2 par jour.

PRODUITS SANDOZ, 20, rue Vernier. — PARIS-17°.

B. JOYEUX, Pharmacien de 1<sup>re</sup> classe.



laria en injectant 10 centimètres cubes du sang d'un paludéen et en arrêtant le paludisme vers le septième accès. D'autres auteurs préfèrent inoculer la fièvre récurrente, qui a l'inconvénient de donner des accès plus irréguliers.

En dehors des faibles élévations thermiques provoquées par les bains chauds, les rayons infra-rouges et la diathermie, il n'existe actuellement qu'un procédé physique pour élever la température centrale : c'est l'électropyréxie ou traitement par les ondes courtes.

Par contre, les procédés chimiques sont innombrables : cristalloïdes, huile soufrée, injections intraveineuses de colloïdes, hétéroprotéines, sont capables de provoquer une fièvre élevée. Beaucoup de ces produits sont dangereux en injections intraveineuses et déterminent des hyperthermies difficiles à régler. Les injections de vaccin non spécifique agissent également comme hétéroprotéines. Le Dmelcos donne les résultats les plus constants. Les injections intraveineuses de vaccin sont celles qui agissent le plus activement ; les injections intramusculaires ou sous-cutanées déterminent aussi de l'hyperthermie, mais il faut des doses plus élevées et il y a réaction locale. Le propidon provoque les réactions les plus régulières.

Chez les petits animaux de laboratoire, les colloïdes et les vaccins élèvent faiblement la température ; les cristalloïdes et les hétéroprotéines se montrent plus actifs. Enfin, on peut employer chez l'animal, outre les agents physiques, quelques procédés physiologiques tels que les piqûres du cerveau et les convulsions provoquées.

En pratique, on utilise : chez l'animal les bains chauds, les ondes courtes, les piqûres du cerveau, l'intoxication par le  $\beta$ -tétra-hydronaphtylamine et le dinitrophénol ; chez l'homme, l'huile soufrée, le Dmelcos ou l'électrargol, le propidon, la malarisation, les ondes courtes.

Du point de vue pathogénique, la fièvre apparaît comme le résultat de combustions cellulaires exagérées. Lorsqu'elle atteint 39 ou 40°, elle accélère la respiration, détermine des troubles digestifs et une certaine excitation psychique. Il y a hypersympathicotomie et hypovagotonie, hypofonctionnement thyroïdien, hyperfonctionnement surrénal. La perméabilité méningée est modifiée.

Le métabolisme du carbone et des protides est exagéré et l'on peut évaluer à 25 p. 100 l'augmentation du métabolisme chez l'homme fébrile.

Parmi les modifications sanguines, il faut citer avant tout la leucocytose avec polynucléose, mais les réactions varient suivant les sujets. Chez l'homme, il n'y a que peu de modification du taux des globules rouges, du temps de coagulation, et des modifications chimiques du sang.

L'organisme hyperthermique a moins de résistance à l'action de certains poisons (alcool) et la pyrétothérapie peut exalter la virulence de certains germes.

Toutes ces modifications peuvent donner des phénomènes nerveux avec malaises, frissons, troubles digestifs, vaso-moteurs ou psychiques avec atteinte du tonus vaguesympathique et tachycardie. Enfin, les modifications cellulaires aboutissent avant tout à l'augmentation des échanges.

Dans l'ensemble, la syphilis mise à part, les maladies expérimentales sont assez peu sensibles à la pyrétothérapie. Par contre, en clinique humaine, celle-ci peut donner d'excellents résultats dans la syphilis nerveuse, certaines encéphalites ou affections endocriniennes. Elle est contre-indiquée dans les affections suraiguës, les états ataxo-adiynamiques, les cardiopathies mal compensées, la tuberculose, la cachexie, les néphrites, les grandes hémorragies gastro-intestinales.

La pyrétothérapie n'agit pas en créant un mécanisme nouveau de guérison, mais en exaltant les fonctions organiques de défense et en augmentant l'activité des réactions physico-chimiques. On a invoqué également l'action directe sur l'agent pathogène. Cette action ne paraît pas suffi-

sante pour stériliser l'organisme d'une façon définitive. Il semble que la chaleur fragilise seulement le germe pathogène.

Si nous connaissons les indications principales de la pyrétothérapie, nous sommes loin de savoir pourquoi certains malades seuls y réagissent favorablement. C'est une médication difficile à doser et dont le mécanisme intime nous échappe encore à peu près complètement.

#### DEUXIÈME RAPPORT

**Pyrétothérapie et affections du système nerveux.** — M. H. ROGER (Marseille). (V. *Gaz. des hôp.*, 1934, n° 83, p. 1465.)

#### TROISIÈME RAPPORT

**La pyrétothérapie dans les infections et les maladies de la nutrition et du sang.** — M. A. FRIBOURG-BLANC (Paris). —

En résumé, les succès de la pyrétothérapie sont plus manifestes dans les infections que dans les maladies de la nutrition et du sang. Le rôle curateur de la pyrétothérapie est aujourd'hui bien établi pour la syphilis à tous ses stades, pour la gonococcie dans ses formes subaiguës ou chroniques, pour les lésions suppurées localisées, pour les arthrites de toute nature. L'asthme, l'hypertension artérielle, la spasmophilie sont souvent aussi influencés heureusement.

Les contre-indications sont l'âge avancé, la tuberculose pulmonaire, les cardiopathies non compensées, les néphrites aiguës, les hépatites graves.

En ce qui concerne le choix de la méthode à employer, les procédés qui nécessitent l'emploi d'agents pyrétogènes infectieux (malaria, fièvre récurrente) doivent être réservés à des malades hospitalisés. La pyrétothérapie vaccinale sera surtout destinée au traitement des infections. Les méthodes physiques trouvent leur emploi dans les maladies de la nutrition et du sang. Ces diverses thérapeutiques, sans se substituer entièrement aux méthodes de traitement classiques, constituent un adjuvant de première importance qui intensifie leur action ou la remplace en cas d'inefficacité.

(A suivre.)

JULIEN HUBER.

## SOCIÉTÉS SAVANTES

### SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

(SÉANCE SOLENNELLE DU 24 JANVIER 1935)

La Société des Chirurgiens de Paris vient de célébrer le 25<sup>e</sup> anniversaire de sa fondation, dans une réunion solennelle que M. le Président de la République honorait de sa présence, et que présidait M. Henri Queuille, ministre de la Santé publique.

Dans l'assistance, on remarquait MM. Pierre Laval, Louis Marin, Blaizot, Contenot, président du Conseil municipal ; Villey, préfet de la Seine, M. le doyen Roussy, M. le professeur J.-L. Faure, etc.

M. le professeur Paul Peugniez, ancien directeur de l'Ecole de médecine d'Amiens, président de la Société, a pris le premier la parole pour remercier M. le Président de la République et M. le ministre de la Santé publique d'avoir bien voulu honorer par leur présence le 25<sup>e</sup> anniversaire de la Société. Il consacra ensuite son discours aux progrès de la chirurgie moderne.

M. Charles Buizard, secrétaire général, en un excellent raccourci, aux traits largement burinés, rappelle la naissance de la société fondée il y a vingt-cinq ans, par le regretté Cazin. Elle ne comptait que 30 membres à son début, sur lesquels 14 sont déjà disparus, dont notre cher ami, le sénateur Reymond, mort pour la France en 1914.



---

# ANGINE DE POITRINE

## AORTITES

### ASTHME CARDIAQUE

### ARTÉRITES, ETC..

---

#### TRAITEMENT D'URGENCE

DRAGÉES  
A  
NOYAU MOU  
DE

**TRINITRINE**  
**CAFÉINÉE**  
**DUBOIS**

**TRINITRINE**  
**PAPAVÉRINE**  
**LALEUF**

CROQUER

UNE DRAGÉE TOUTES LES 2 OU 3 MINUTES  
AU MOMENT OU EN PRÉVISION DES ACCÈS.  
MAXIMUM 10 DRAGÉES PAR 24 HEURES

---

#### TRAITEMENT PRÉVENTIF

DRAGÉES  
DE

**THÉOVERINE**  
**LALEUF**

3 A 6 DRAGÉES PAR 24 HEURES

CAPSULES GLUTINISÉES  
DE

**PAVÉRINOL**  
**LALEUF**

4 A 6 CAPSULES PAR 24 HEURES

SUIVANT PRESCRIPTION MÉDICALE

---

ÉCHANTILLONS ET LITTÉRATURE  
**LABORATOIRES LALEUF**  
20, RUE DU LAOS — PARIS (XV<sup>e</sup>)

---

Nouvelle adresse : 51, rue Nicolo, PARIS (XVI<sup>e</sup>).

La jeune société avait repris le blason de l'ancien collègue des chirurgiens de Paris, elle avait adopté sa belle devise *consilioque, manuque*. Elle a su s'en rendre digne. Sans entrer dans les détails, signalons qu'en vingt-cinq ans, l'ensemble de ses travaux représente dix-neuf mille pages d'imprimerie. Et ce n'est qu'une des preuves de l'activité d'une société connue maintenant et justement estimée dans le monde entier.

Enfin, M. le D<sup>r</sup> Queuille, ancien praticien et ministre de la Santé publique, apporta, à ce double titre, le tribut de reconnaissance de la nation envers tous les chirurgiens français.

Une brillante et délicate séance artistique termina la journée, que clôtura le soir un magnifique banquet confraternel.

## NOTES POUR L'INTERNAT

### DILATATION DU CŒUR

CAUSES. SIGNES. DIAGNOSTIC<sup>1</sup>.

#### ETUDE CLINIQUE.

Plusieurs tableaux :

A. Dilatation aiguë. — C'est le tableau d'une *asystolie* aiguë avec :

1. *Dyspnée* intense, orthopnée ;
2. *Sensations précordiales* : palpitations, douleurs précordiales, douleurs angineuses ;
3. *Cyanose* du visage, des extrémités, avec *refroidissement* ;
4. *Expectoration* mousseuse, parfois sanglante ;
5. *Oligurie*.

Le pouls est petit, rapide, filant, effondrement de la tension artérielle.

L'examen va révéler les signes d'*insuffisance cardiaque* et la *dilatation*.

Elle peut accompagner l'un des grands accidents paroxystiques de l'I.V.G. :

*Angine de poitrine*, *œdème aigu du poumon*, *asthme cardiaque*.

B. Dilatation chronique. — La symptomatologie diffère quelque peu selon qu'il s'agira d'une dilatation du cœur droit ou gauche.

1° Dilatation des cavités droites :

a) Dilatation de l'oreillette droite :

Elle est très rare (Hussler et Fischer, 1929-1931) et *rarement isolée*. La *dyspnée* est à peu près constante et peut s'exagérer sous forme de paroxysmes.

Classiquement il existe une *cyanose* intense et permanente, peu influencée par les toni-cardiaques, avec *frilosité* marquée.

Les signes physiques sont masqués par ceux de la lésion coexistante : parfois *souffle discret diastolique* ou *protodiastolique* sur le bord gauche du sternum se propageant vers le xiphoïde; *association* fréquente avec *souffle systolique d'insuffisance tricuspidienn*.

b) Dilatation du ventricule droit :

Caractérisée essentiellement par de la *dyspnée* et de la *cyanose*. Elle peut s'accompagner de *polyglobulie* et de *déformations hippocratiques des doigts*. Outre l'*œdème* et l'*oligurie*, il faut encore insister sur la *congestion hépatique* marquée.

Il existe une tachycardie régulière ; parfois on entend un *bruit de galop droit*, quelquefois un *souffle d'insuffisance pulmonaire*. Le *souffle d'insuffisance tricuspidienn* est plus rare que classiquement.

Le *souffle systolique* de la région xiphoïdienne est doux, peu intense, a son maximum à l'extrémité interne des 4<sup>e</sup> et 5<sup>e</sup> espaces intercostaux gauches, il se propage jusqu'à la pointe du cœur (Durozier), difficile à distinguer d'un *souffle d'insuffisance mitrale* ; il manque souvent ; il est variable d'un jour à l'autre.

Le pouls veineux jugulaire, ventriculaire, le reflux hépato-jugulaire ne sont pas pathognomoniques d'*insuffisance tricuspidienn*.

La pointe du cœur est rejetée en dehors.

La matité cardiaque est élargie et dépasse le bord droit du sternum.

2° Dilatation des cavités gauches :

a) Dilatation de l'oreillette gauche :

En dehors du *point de côté auriculaire* (Vaquez) dont on sait la fréquence, de palpitations, de douleurs précordiales parfois angineuses, la dilatation de l'oreillette gauche se traduit par :

*Des troubles pulmonaires* (bronchites, congestion, hémoptysie) ;

*Des troubles du rythme* : extra-systoles, tachycardie paroxystique, tachy-arythmie.

On peut se rendre compte de la dilatation de l'O. G. par :

1. La matité para-vertébrale gauche ;

2. Les modifications des bruits cardiaques perçus jusqu'alors ; à un stade avancé de l'évolution du rétrécissement mitral, où l'on voit apparaître un *souffle d'insuffisance pulmonaire* doux, diastolique, siégeant à la partie interne du 2<sup>e</sup> espace intercostal gauche et se propageant un peu le long du bord gauche du sternum, et où le roulement diastolique reste à tonalité élevée mais le premier bruit disparaît.

b) Dilatation du ventricule gauche :

Après des petits signes d'I.V.G., et l'on doit insister sur ce fait : la *dilatation du ventricule gauche* est toujours associée à l'*hypertrophie*, ordinairement considérable.

Au milieu des troubles fonctionnels et cardio-vasculaires de l'*insuffisance ventriculaire gauche* : phénomènes dyspnéiques, palpitations, cyanose, œdèmes, troubles pulmonaires, hépatomégalie douloureuse, tachy-arythmie, pointe du cœur abaissée, tension artérielle plus ou moins basse et oligurie relative, *trois signes* traduisant la dilatation :

1. *Le bruit de galop* gauche ;

2. *Le souffle d'insuffisance mitrale fonctionnelle*, discret et parfois donnant l'impression de la voix chuchotée (Lian) ; il est intermittent et peut disparaître sous l'influence du traitement ; lorsque le souffle est plus intense et fixe, il est difficile d'affirmer sa nature fonctionnelle ;

3. *Le pouls alternant*.

3° Dilatation cardiaque au cours de l'asystolie.

La dilatation cardiaque fait partie du tableau de l'asystolie banale : *dyspnée*, *cyanose*, *œdèmes*, *hépatomégalie* douloureuse, *oligurie*, *hypotension*, *tachyarythmie* et *assourdissement des bruits*... Il est difficile d'évaluer exactement cette dilatation en pleine crises d'asystolie, mais lorsque le traitement aura produit une amélioration, l'étude sera plus facile.

(A suivre.)

Le Directeur-gérant : D<sup>r</sup> François LE SOURD.



# Traitement du Parasitisme intestinal

## par les Pyréthrine (du Pyrèthre)

C. R. Acad. Sciences, p. 1847, 1923

C. R. Acad. Médecine, 24-4 1928

C. R. Soc. Thérapeutique, 9-5 1928

# CHRYSÉMINE

## Pyréthrine Carteret

Sans contre-indications

Aucune toxicité

Dose quotidienne pour adultes :

**Ascaris, Oxyures, tous helminthes et protozoaires** = 5 Perles ou 150 Gouttes

Cure de 5 jours consécutifs à renouveler après 8 jours de repos (plusieurs dans le cas des oxyures).

**Trichocéphales et Taenias** = 12 Perles ou 300 Gouttes

Cure de 2 jours consécutifs — diète préalable la veille du début de la cure.

Pour les enfants, abaisser ces doses suivant l'âge en commençant par 50 gouttes.

Perles glutinisées et gouttes — Prescrire { **CHRYSEMINE PERLES**  
**CHRYSEMINE GOUTTES**

Echantillons et Littérature :

Laboratoires CARTERET, 15, rue d'Argenteuil, PARIS (1<sup>er</sup>)

LE DIURÉTIQUE RÉNAL PAR EXCELLENCE

**SANTHÉOSE**

LE PLUS FIDÈLE, LE PLUS CONSTANT, LE PLUS INOFFENSIF DES DIURÉTIQUES

SES QUATRE FORMES

**PURE**

Le médicament régulateur par excellence, d'une efficacité sans égale dans l'artério-sclérose, la présclérose; l'albuminurie, l'hydropisie, l'urémie.

**PHOSPHATÉE**

L'adjuvant le plus sûr des cures de déchloruration et de désintoxication de l'organisme, dans la neurasthénie, l'anémie et les convalescences.

**CAFÉINÉE**

Le médicament de choix des cardiopathies, fait disparaître les œdèmes et la dyspnée, renforce la systole, régularise le cours du sang.

**LITHINÉE**

Le traitement rationnel de l'arthritisme et de ses manifestations; jugule les crises, enrayer la diathèse urique, solubilise les accidents urinaires.

DOSES : 2 à 4 Cachets par jour. — Ces cachets sont en FORME DE CŒUR et se présentent en boîtes de 24.

PRODUIT FRANÇAIS

4, rue du Roi-de-Sicile  
— PARIS —

PRODUIT FRANÇAIS

*De Trouette-Perret*

I'

**Aphloïne**

Spécifique des Troubles  
de la Ménopause  
et du système veineux

Ia

**Nisaméline**

(Guaco)

Prurits - Eczémas - Prurigos  
Néuralgies

Ia

**Papaine**

Gastro-Entérites  
Diarrhées - Vomissements  
Troubles Dyspeptiques

61, AVENUE PHILIPPE-AUGUSTE — PARIS

**NUCLÉARSITOL ROBIN***Granulé - Comprimés - Injectable*

**TUBERCULOSE - FIÈVRES PALUDÉENNES**  
**LYMPHATISME - SCROFULE**

LABORATOIRES ROBIN, 13, Rue de Poissy. PARIS

**OLÉTHYLE-BENZYLE**



*La Lancette Française***GAZETTE DES HOPITAUX****CIVILS ET MILITAIRES****PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI****ADMINISTRATION ET RÉDACTION :****49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6°. Tél. : Danton 48-31.****PUBLICITE : M. A. THIOILLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6°) — Téléph. : LITRÉ 54-93.****PRIX DE L'ABONNEMENT****FRANCE**3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.  
*Etudiants : 25 francs par an.*

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

**ETRANGER**Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.  
Tous les autres pays : 75 francs.**SOMMAIRE****REVUE GÉNÉRALE***Le lobe pariétal. Anatomie. Physiologie. Physiopathologie (fin),*  
par MM J.-O. TRELLES et M. LECONTE.**SOCIÉTÉS SAVANTES***Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société de*  
*pathologie comparée. Séance solennelle annuelle consacrée à*  
*l'étude des groupes sanguins.***INTÉRÊTS PROFESSIONNELS***De la responsabilité médicale, par M. A. HERPIN.***ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS****INFORMATIONS****HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — Oral. —**  
Séance du 26 janvier. — Questions données : « Signes et  
diagnostic de la tumeur blanche du genou. — Symptômes  
et évolution de l'insuffisance aortique. »MM. Aurenche, 12,77; Tardieu, 14,22; Villey-Desmese-  
rets, 18,33; M<sup>lle</sup> Barrillon, 17,88; MM. Sénéchal, 22; Le  
Sueur, 13,33; M<sup>lle</sup> Bonenfant, 28; MM. Cauvy, 20,88;  
Témime, 21,22; Helman, 20,66.Séance du 28 janvier. — Questions données : « Symptômes  
et diagnostic des perforations intestinales de la fièvre  
typhoïde. — Symptômes, diagnostic et complications de la  
luxation traumatique récente de l'épaule en avant et en  
dedans. »MM. Mozziconacci, 18,66; Brégeat, 24,77; Guès, 14,11;  
Lajouanine, 15,11; di Matteo, 14; Rabey, 21,88; Fisch-  
grund, 14,55; Menanteau, 17,33; Lartigue, 13,11; Bes-  
sil, 15,88.**HOSPICE NATIONAL DES QUINZE-VINGTS. — Un concours**  
pour onze emplois d'assistant à la Clinique ophtalmologique  
des Quinze-Vingts sera ouvert le jeudi 21 février 1935, à  
8 h. 1/2 du matin, rue Moreau, n° 13.MM. les candidats sont admis à se faire inscrire au secré-  
tariat de l'hospice national des Quinze-Vingts, rue de Cha-  
renton, n° 28, tous les jours, dimanches et fêtes exceptés, de  
9 à 11 h. et de 16 à 18 h., jusqu'au 9 février inclus.**FACULTÉS DE MÉDECINE. — ALGER. — M. Robert Ray-**  
naud est chargé à la Faculté mixte de médecine et de phar-macie de l'Université d'Alger des fonctions d'agrégé de phy-  
siologie.**FACULTÉ LIBRE DE LILLE. — Concours de prosectorat. —**  
Un concours pour une place de prosecteur s'ouvrira le 6 mai  
1935, à 9 h. Les candidats s'inscriront au secrétariat des  
facultés catholiques. Le registre sera clos le 4 mai, à midi.Sont admis à concourir : 1. les docteurs en médecine;  
2. les étudiants ayant 15 inscriptions en médecine dans  
l'année du concours, à condition qu'ils aient été ou soient  
aides d'anatomie.— *Concours d'adjuvat.* — Un concours pour deux places  
d'aide d'anatomie s'ouvrira le 6 mai 1935, à 9 h. Les candi-  
dats s'inscriront au secrétariat des facultés catholiques. Le  
registre sera clos le 4 mai, à midi.

Les étudiants de toutes années sont admis à concourir.

**LES JOURNÉES MÉDICALES DE LA FACULTÉ LIBRE DE**  
**LILLE** auront lieu, cette année, les 25 et 26 mai. Le pro-  
gramme en sera prochainement publié.**ÉQUIVALENCES. — Le Journal officiel** du 24 janvier 1935  
publie l'arrêté suivant du ministre de l'Éducation nationale :Art. 1<sup>er</sup>. — Les sessions de l'examen organisé en vertu de  
l'arrêté susvisé pour les étrangers qui sollicitent l'équiva-  
lence du baccalauréat de l'enseignement secondaire en vue  
des études universitaires, s'ouvriront au siège de chaque  
académie, aux dates ci-après :1<sup>re</sup> session. — Lundi 18 mars 1935.2<sup>e</sup> session. — Lundi 4 novembre 1935.Art. 2. — Les registres d'inscription seront ouverts au  
siège de chaque académie aux dates suivantes :1<sup>re</sup> session. — Du lundi 11 février 1935 au lundi 25 février  
1935 inclus;2<sup>e</sup> session. — Du lundi 30 septembre 1935 au lundi 14 oc-  
tobre 1935 inclus.**DIGITALINE NATIVELLE****LABORATOIRE NATIVELLE, 27, Rue de la Procession, PARIS (XV°)**

**ÉCOLES TECHNIQUES.** — Par arrêté en date du 22 janvier 1935, l'école d'aides de laboratoires de bactériologie de l'Institut d'hygiène et de bactériologie de Dijon est autorisée à délivrer des diplômes revêtus du visa officiel.

**LA FÊTE DE L'ÉPÉE DE L'UMFIA.** — L'épée d'honneur offerte à M. J.-L. Faure à l'occasion de son élection à l'Institut de France lui sera remise le dimanche 24 février, à 14 h., à la fondation Marcelin Berthelot, 28 bis, rue Saint-Dominique.

La séance sera présidée par S. E. Luis de Souza Dantas, ambassadeur du Brésil.

Rappelons que les souscriptions à l'épée sont reçues à l'Umfia, 81, rue de la Pompe, à Paris (XVI<sup>e</sup>).

**SANATORIUM HÉLIOTHÉRAPIQUE DE VALLAURIS-LE-CANNET.** — L'inauguration du sanatorium héliothérapique et de ses annexes à Vallauris-le-Cannet (Alpes-Maritimes) aura lieu le 10 février 1935, sous la présidence effective de M. le docteur Queuille, ministre de la Santé publique.

**NÉCROLOGIE.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Julien Turbiau (de Montargis); Coste Martial, médecin chef des hôpitaux de Nîmes; Charles Ameels (de Renaix), Maurice Willems, ancien médecin des hôpitaux de Bruxelles.

## INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

### DE LA RESPONSABILITÉ MÉDICALE

Le médecin est appelé parfois à se servir, dans un but thérapeutique, de moyens et appareils susceptibles, par leur nature même, de provoquer des accidents divers. Une controverse s'était élevée, à ce sujet, pour savoir si pouvait être appliqué à ces cas l'article 1384 du Code civil établissant une *présomption de responsabilité* pour celui qui a sous sa garde l'objet ayant causé le dommage. Un arrêt du 14 novembre 1934 de la Cour d'appel de Rennes vient d'établir une jurisprudence précisant le caractère contractuel de la responsabilité du médecin dans des considérants du plus haut intérêt pour le corps médical; nous en reproduisons ci-dessous les parties essentielles:

« Considérant que la présomption de responsabilité établie par l'art. 1384, par. 1<sup>er</sup>, C. civ., à l'encontre de celui qui a sous sa garde la chose inanimée qui a causé un dommage à autrui, ne peut être détruite que par la preuve d'un cas fortuit ou de force majeure ou d'une cause étrangère qui ne lui soit pas imputable; que la loi, pour la présomption qu'elle édicte, ne distingue pas suivant que la chose ayant causé le dommage était ou non actionnée par la main de l'homme; qu'il s'ensuit que la présomption de l'art. 1384 pourra être proposée quand le dommage aura été causé non directement par la main de l'homme, mais par l'intermédiaire d'un objet; que les premiers juges tirent de ces principes constants la conclusion que toutes les fois qu'un dommage aura été occasionné par une machine soumise à la direction de l'homme, il y aura présomption de faute au sens de l'art. 1384; qu'en matière de responsabilité du médecin ayant utilisé un appareil radio-électrique, le dommage n'a pu être créé que par le mécanisme dont il avait la garde; que le docteur X... doit donc être présumé responsable comme il le serait des blessures occasionnées par sa voiture automobile ou par son fusil.

Considérant que des différences essentielles doivent pourtant être relevées entre l'utilisation à des fins curatives d'un appareil radio-électrique et l'usage d'une voiture ou

d'une arme à feu; que celles-ci ne sont destinées ni à atteindre, ni à toucher les personnes; qu'au contraire, la radiothérapie suppose la mise en marche par le médecin d'un appareil devant produire des rayons, dont les propriétés destructives s'attaquent aux tissus des parties malades, et dont l'application constitue le traitement, sollicité par le client et accepté par lui; qu'il est intervenu entre le médecin et celui-ci, ou son représentant légal, une convention aux termes de laquelle le premier, moyennant rémunération, prend l'engagement de donner ses soins au malade, par l'intermédiaire de son appareil radio-électrique; que le patient se soumet volontairement à l'action de cet appareil conduit et dirigé par la volonté du praticien; que le malade n'accepte, en vertu de ce contrat lui-même, que les risques inhérents à toute thérapeutique régulière;

Considérant qu'à moins de stipulation formelle, le médecin ne peut être considéré comme ayant garanti au malade l'efficacité absolue des moyens chirurgicaux ou thérapeutiques qu'il préconise, dans un cas déterminé, qu'il s'agisse d'un remède à absorber, d'une opération à effectuer à l'aide d'instruments simples ou compliqués, ou d'une application de rayons produits par un appareil manœuvré par le médecin lui-même; mais que celui-ci est tenu de se garder de toute erreur, légèreté, imprudence ou négligence susceptible d'occasionner une atteinte à l'intégrité physique du malade, en dehors de celle prévue par l'emploi rationnel de ces moyens;

Considérant que L. B., à défaut de présomption légale de responsabilité, doit donc prouver que le docteur X. a commis une faute professionnelle caractérisée...

Par ces motifs... dit inapplicables à l'espèce les dispositions de l'art. 1384, par. 1<sup>er</sup>, C. civ.; — dit que le docteur X ne peut être responsable que dans les termes des art. 1382 et 1383 C. civ., en cas de faute professionnelle caractérisée... »

A. HERPIN.

### RENSEIGNEMENTS

#### A VENDRE D'OCCASION en bloc ou en partie :

13 MACHINES MÉCANOTHÉRAPIQUES système Zauder pour toutes les parties du corps et des membres, 5.000 fr. belges.

3 BEAUX BANCS DE MASSAGE, 600 fr. belges pour les 3.

3 BEAUX APPAREILS POUR BAINS D'AIR CHAUD de différentes grandeurs, résistances électr. jusqu'à 120°, 600 fr. belges pour les 3.

Prof. Delvaux, 61, rue de Trèves, Bruxelles (Belgique).

ANÉMIES  
DYSPEPSIES  
ANTITOXIQUE



DOSE: 4 à 6  
TABLETTES  
PAR JOUR

BIOXYDE DE MANGANESE COLLOÏDAL SELS MAGNÉSIENS  
Laboratoire SCHMIT, 71 Rue Sainte-Anne, PARIS. 2<sup>e</sup>

**PULVEOL**

ANTISEPTIC DU CARREFOUR AÉRO-DIGESTIF  
POUDRE et PASTILLES

Laboratoire et Echantillons : 10, Impasse Milford, Paris (16<sup>e</sup>)

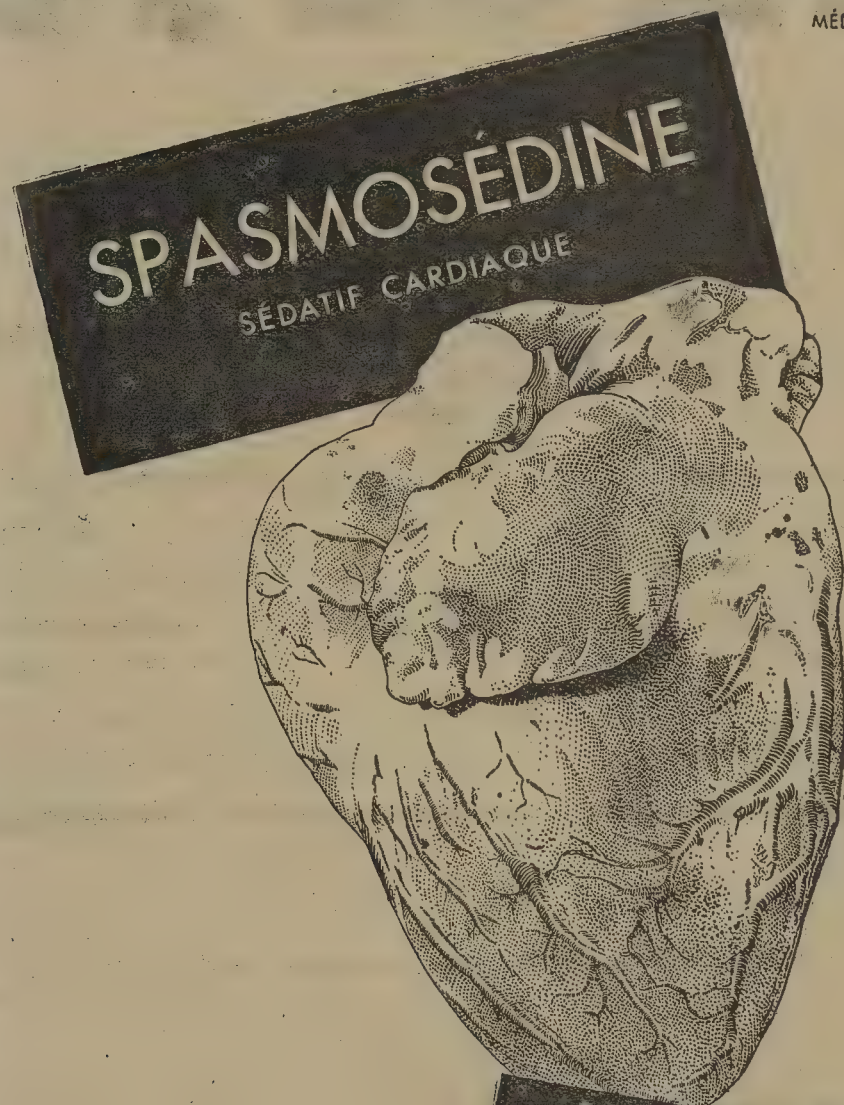
Toux  
Oyspnée

**IODEINE MONTAGU**



LABORATOIRES DEGLAUDE  
15, BOUL<sup>d</sup> PASTEUR, PARIS (XV<sup>e</sup>)

MÉDICAMENTS CARDIAQUES  
SPÉCIALISÉS



**SPASMOSEDINE**  
SÉDATIF CARDIAQUE

**DIGIBAÏNE**  
TONIQUE CARDIAQUE

*les 2 médicaments cardiaques essentiels*

# CINNOZYL

SOLUTION HUILEUSE DE  
CINNAMATE DE BENZYLE  
CHOLESTÉRINE, CAMPHRE

**PRÉTUBERCULOSE,  
TRAITEMENT ADJUVANT  
DES TUBERCULOSES MÉDICALES  
ET CHIRURGICALES**

**AUGMENTE LA CHOLESTÉRINÉMIE**

De 1 à 2 ampoules  
par jour ou  
tous les 2 jours.  
Séries de 15  
à 20 injections.  
Boîte de 8 ampoules  
de 5 cc.

AMÉLIORE L'ÉTAT GÉNÉRAL, AIDE A METTRE L'ORGANISME  
EN ÉTAT DE RÉSISTANCE VIS-A-VIS DE L'INFECTION BACILLAIRE

**INJECTIONS sous-cutanées INDOLORES ou intramusculaires**

Aucune réaction

Pas de contre-indications

: : LABORATOIRES CLIN, COMAR & C<sup>ie</sup>, 20, rue des Fossés-St-Jacques, PARIS : :

Parfait sédatif de toutes les TOUX

## "GOUTTES NICAN"

**GRIPPE**, Toux des Tuberculeux,  
**COQUELUCHE**

Echantillons et Littératures  
Laboratoires CANTIN à PALAISEAU (S.-O.) - France



## REVUE GÉNÉRALE

# LE LOBE PARIÉTAL

## ANATOMIE. PHYSIOLOGIE. PHYSIOPATHOLOGIE<sup>1</sup>

Par MM. J.-O. TRELLES et M. LECONTE,  
Ex-interne et interne des Asiles de la Seine.

### III. PHYSIOPATHOLOGIE

Après avoir fait, au cours de l'exposé physiologique précédent, les réserves qu'il convient quand on accorde au lobe pariétal, à côté de son rôle sensitif dominant, un rôle dans la praxie et le langage, nous étudierons, d'une part, les trois ordres essentiels de troubles qu'entraînent les altérations du lobe pariétal : troubles sensitifs, troubles praxiques, troubles du langage ; nous examinerons d'autre part les grands syndromes lésionnels consécutifs aux traumatismes, aux troubles vasculaires, aux tumeurs pariétales, dont R. Schwob a donné récemment dans sa thèse une excellente mise au point, à laquelle nous faisons de nombreux emprunts.

*Le syndrome sensitif.* — Les troubles sensitifs sont, ainsi qu'il ressort des nombreux travaux exposés, les plus importants. Ils peuvent être subjectifs ou objectifs, ces derniers étant les plus fréquents.

Parmi les troubles subjectifs, certains sont *permanents*. Quelques-unes de ces manifestations sont la traduction subjective de troubles objectifs : l'astéréognosie et les troubles de la sensibilité profonde peuvent se traduire par l'anosognosie de Babinski.

D'autres signes sont paroxystiques, telle est l'épilepsie *sensitive vraie*, qui elle n'est suivie d'aucun accident convulsif, mais constituée uniquement de sensations de fourmillements, de brûlures, d'électrisation, de pincement, de gêne indéfinissable.

L'épilepsie *sensitivo-motrice* et *sensitive vraie* ont la même valeur séméiologique que l'épilepsie motrice et relèvent des mêmes causes qu'elle : traduction d'une irritation corticale, soit par traumatisme, par tumeur ou lésions vasculaires. Il faut donc en retenir leur grande valeur localisatrice.

*L'Anosognosie.* — Sous ce nom, Babinski désigne la méconnaissance de la maladie. Il s'agit donc d'un trouble intellectuel, « mental » comme l'annonce le titre de sa communication princeps. Il est habituel de dire que c'est là une conséquence de l'hémianesthésie. En réalité, des études récentes semblent montrer que ce trouble est dû à la dissolution du schéma corporel, à la perte de la somatognosie ; il s'agit toujours de la conséquence d'une lésion sensitive, mais il faut que la désintégration de la fonction se produise, écrit Lhermitte, à un niveau supérieur (2).

Le syndrome objectif a été parfaitement décrit par Déjerine, sous le nom de syndrome sensitif cortical avec ses caractères spéciaux qui différencient l'hémianesthésie qui l'accompagne de l'hémianesthésie consé-

cutive à une lésion sous-corticale, centrale, thalamique, pédonculaire, protubérantielle ou bulbaire.

Quand la zone sensitive corticale est lésée, on constate une altération marquée du sens des attitudes, des mouvements actifs et passifs ; du sens de la localisation, de la discrimination tactile avec agrandissement parfois considérable des cercles de Weber. La perception stéréognosique est toujours altérée et souvent il existe une astéréognosie absolue. Par contre, les sensibilités tactile, thermique et douloureuse conservent leur intégrité complète ou sont à peine effleurées. Il en est de même de la sensibilité osseuse ou diapason et de la sensibilité douloureuse à la pression des masses profondes.

On note l'absence à peu près complète des troubles sensitifs subjectifs. Quant à l'ataxie, elle existe ici comme dans l'hémianesthésie due à une lésion thalamique. Il y a surtout altération des sens de discrimination tactile, de localisation et des attitudes segmentaires dans la première. Dans la seconde, on note des douleurs spontanées, des réactions exagérées aux excitations.

Ces caractères marqués par cette absence de surréaction affective et par des troubles subjectifs ont été discutés par P. Marie et Bouttier, par Pieron.

Cependant, le caractère hiérarchiquement supérieur, intellectuel des fonctions sensibles du cortex est généralement admis.

Head distingue, en effet, deux sensibilités : l'une, grossière, élémentaire, lente, c'est la sensibilité protopathique intégrée au niveau du thalamus ; l'autre, fine, graduée, différenciée, c'est la sensibilité épicrotique en rapport avec le cortex.

En clinique, les éléments différentiels de l'hémianesthésie corticale et du syndrome thalamique sont parfois peu nombreux. Le diagnostic du siège de la lésion est un diagnostic de nuance que fait souvent l'extériorisation clinique de lésions avoisinantes ; l'existence d'une hémiplegie légère ; l'hémianopsie, voire même les mouvements choréo-athétosiques.

On sait, depuis les premières observations de Déjerine et Roussy, que le signe plus personnel du syndrome thalamique, c'est l'existence de douleurs spontanées, rebelles, continues ; mais, ainsi que Head l'a montré, ce n'est pas tant l'élément algique qui est caractéristique du syndrome thalamique que ce fait « que le malade intègre toutes les sensations dans la douleur ». Cette tonalité affective particulière, cette hyperpathie ont été différemment interprétées. Suivant Head, qui applique le système Jacksonien, la douleur tient à ce que le thalamus est libéré du frein cortical, la lésion ne fait que rompre les connexions cortico-thalamiques, le thalamus échappe au contrôle cortical, manifeste et exalte ses fonctions propres pour donner conscience de la douleur. Pour Head, donc, le thalamus suffit pour que toutes les sensations soient intégrées dans une tonalité affective dont nous avons conscience sous forme de la douleur. La douleur ne serait pas un phénomène cortical, mais bien thalamique.

Lhermitte a critiqué avec force cette conception, car dans le cas du syndrome de Déjerine-Roussy, le thalamus est réellement détruit. La douleur serait une manifestation corticale : « le thalamus est un analyseur, un filtre sélectif des courants de la sensibilité générale. Recueillant tous les influx intéro et extéro-réceptifs qui y convergent, le thalamus les transforme au niveau de ses appareils sy-

(1) Fin. — Voir Gaz. des hôp., 1935, n° 8, p. 125.

(2) C'est à cette conclusion qu'aboutit également M. Van Bogaert dans son important travail sur « les troubles du schéma corporel en neuro-psychiatrie (Ann. Médico-psychologiques, octobre 1934).



naptiques, les filtre, arrête tel influx, laisse passer tel autre vers l'écorce qui en opérera la discrimination. Cet appareil thalamique vient-il à être détruit ? alors s'écoulent vers la corticalité sensible des incitations inhabituelles, grossières, physiologiquement arrêtées par le thalamus. Ce n'est donc pas la libération de la couche optique qui crée le retentissement affectif douloureux des sensations, mais la destruction de son appareil analyseur. »

Un cas, dont l'intérêt est accru parce qu'il a la valeur d'une véritable expérience, a été rapporté récemment par Dimitri et Balado : chez un malade, longuement analysé, porteur d'un tableau clinique typique du syndrome thalamique, pour mettre fin à ses souffrances et sur sa prière (il voulait se suicider), les auteurs pratiquent l'exérèse de la circonvolution pariétale ascendante et une bonne partie des circonvolutions pariétales supérieure et inférieure. Les douleurs ne furent pas influencées. Une deuxième intervention visant à couper les fibres unissant, à travers le corps calleux, les lobes pariétaux, n'eut pas plus de succès. L'examen anatomique montra, dans ce cas, que, contrairement à ce que l'on pouvait attendre, le thalamus était intact ; la lésion responsable du syndrome était juxta-insulaire et coupait la couronne rayonnante thalamique.

On voit donc ici l'hypothèse de Head se vérifier pleinement, et c'est la première fois, croyons-nous, que l'examen anatomique montre un syndrome thalamique par rupture des connexions thalamo-corticales. Mais que l'ablation du cortex sensitif n'ait pas aboli la douleur ne suffit pas à montrer que ce soit là un trouble thalamique ; car, ainsi que Charles Foix l'enseignait, il y a des suppléances d'un lobe par l'homologue du côté opposé, et c'est pour rompre cette suppléance que la deuxième intervention fut décidée par Dimitri et Balado.

La topographie cutanée des territoires anesthésiés est variable ; comme dans toutes les hémianesthésies d'origine cérébrale, les troubles diminuent d'intensité en remontant de la périphérie vers la racine des membres. On observe encore, outre la disposition classique hémiplegique, des dispositions segmentaires, parcelaires, en îlots, radiculaires enfin. Les anesthésies qu'on observe sont du type longitudinal, rappelant la topographie des anesthésies radiculaires (Horsley, Mme Athanasio-Benisty). Il semble qu'on puisse éliminer l'hypothèse de lésions associées d'origine spinale et admettre que ces troubles peuvent se produire sans cela.

On peut décrire aux syndromes sensitifs pariétaux de nombreuses formes cliniques. Nous les énumérerons brièvement. On peut observer, en effet : une forme pure du syndrome pariétal ; une forme associée sensitivo-motrice ; un syndrome sensitif cortical atypique. Dans ce dernier, décrit par Déjerine et Mouzon en 1915, le type du syndrome était exactement l'inverse du premier.

Enfin, des formes partielles du syndrome pariétal, traduites par des localisations à un segment de membre :

Des monoplégies brachiales corticales, soit globales, soit avec dissociation : main sensitive corticale ou main pariétale ;

Des monoplégies sensitives crurales corticales, plus rarement observées : on en a vu, sous une forme habituellement dissociée et localisée à la sphère du sciatique poplité externe (Chatelin) ;

Des paraplégies corticales résultant d'une lésion du vertex atteignant les deux lobes paracentraux (centres des

membres inférieurs) habituellement d'une façon inégale. Elles furent assez souvent observées pendant la guerre ; ordinairement motrices, parfois sensitives pures. On a également observé un tableau clinique spécial réalisant le type décrit par Roussy, d'Oelsnitz et Cornil sous le nom de paraplégie corticale sensitivomotrice avec ataxie.

**LES TROUBLES MOTEURS.** — Au cours des différents syndromes pariétaux, on observe parfois des troubles moteurs. Les paralysies observées sont alors dues à des lésions associées, soit des circonvolutions motrices, soit à une atteinte profonde des fibres de projection. Les phénomènes ataxiques relèvent des troubles de la sensibilité profonde. Claude et Lhermitte soulèvent l'hypothèse de perturbation au niveau des faisceaux d'association du cerveau et du cervelet.

Pour d'autres, il faudrait admettre au niveau du lobe pariétal l'existence d'un centre et d'un trouble particulier du lobe pariétal, qui aurait une fonction spéciale de coordination des mouvements.

**L'APRAXIE.** — Enfin, dans la séméiologie du lobe pariétal, il faut signaler l'apraxie idéo-motrice par lésions du gyrus supra-marginalis gauche, ainsi que l'ont montré : Stromaher, Kroll, Laignel-Lavastine et Lévy-Valensi, Charles Foix, puis Morlaas dans sa thèse.

Cependant d'autres travaux montrant le rôle du lobe frontal et aussi l'existence de l'apraxie calleuse interdisent d'accorder au lobe pariétal l'exclusivité de l'apraxie idéo-motrice. En outre, on a montré qu'il ne s'agit que d'une suprématie du cerveau gauche et que le droit paraît détenir une région semblable moins efficiente.

Ce problème de l'apraxie est d'ailleurs un des plus obscurs qui soient, parce que nous ignorons tout du mécanisme psycho-physiologique de l'acte volontaire, dont la perturbation constitue l'apraxie. Les schémas que, depuis Liepmann, on n'a pas manqué d'établir pour rendre compte de l'un et de l'autre sont vains. L'opposition qu'on dresse entre l'apraxie idéatoire, motrice et idéo-motrice est artificielle. Enfin l'analyse serrée des faits conduit à démolir la barrière classique entre l'apraxie et l'agnosie. C'est ainsi que Grunbaum propose de nommer ces troubles : l'*apractognosie*. L'essai de clarification de Charles Foix considérant l'apraxie motrice comme une paralysie centrale d'innervation, l'apraxie idéatoire comme un trouble intellectuel, pour ne laisser comme seule et véritable apraxie que l'apraxie idéo-motrice, n'a pas donné ce qu'on pouvait en attendre. Morlaas, développant les idées de son maître, considère l'apraxie idéatoire comme une agnosie d'utilisation et aboutit à la conclusion que l'essence du trouble apraxique consiste dans la perte de l'activité gestuelle.

Dans de nombreuses publications, M. Lhermitte, avec ses collaborateurs, a fortement insisté sur le fait que l'apraxie est une, car on ne peut pas reconnaître si, dans un cas donné, c'est l'action automatique du mouvement qui est atteinte ou le concept qui en a été la source ; ce qui donne au syndrome apraxique sa physionomie propre, écrit-il, c'est le *niveau physiologique où s'est réalisée la désorganisation morbide*. Pénétrant plus avant dans le mécanisme intime de l'apraxie, il met au premier plan l'altération de la pen-



*sée spatiale* envisagée dans son sens le plus large, c'est-à-dire des représentations de l'espace extérieur et des objets qu'il contient, des rapports de notre « moi » corporel avec cet espace, enfin de la notion que chaque être normal possède de sa personnalité psychique (somatognosie, schéma corporel de Head). Ce rôle de la pensée spatiale a été entrevu par Poppelreuter, qui a décrit l'apraxie visuelle (optische apraxia), devenue l'apraxie constructive de Kleist, de Strauss.

Reprenant le problème anatomo-clinique de l'apraxie, à propos d'un cas d'apraxie pure par lésion étroitement localisée à un territoire du lobe pariétal (presque superposable, à l'aire tactognosique), M. Lhermitte écrit : « Il reste de tous les travaux anatomiques récents (Kleist, Kroll, A. Pick, Pözl, V. Stauffenberg, Stromaher, Brun, Blumenau, Ch. Foix, O. Janota, Lhermitte et Trelles) que les lésions localisées strictement au lobe pariétal sont susceptibles de provoquer des perturbations de la motricité volontaire d'ordre apraxique, que le désordre du mouvement est en relation étroite avec une modification profonde des représentations de l'espace, et surtout avec la suppression de la collaboration et de l'harmonie qui, chez le sujet normal, réglait le jeu réciproque de la pensée spatiale et de l'activité motrice volontaire ; enfin que tout processus qui interrompt les voies d'union entre les sphères sensitivo-motrice et visuelle (sensorio-visual band d'Elliott-Smith ?) et lèse ces sphères elles-mêmes, est apte à réaliser une telle perturbation dans la représentation de notre « moi » physique ; qu'elle aboutit à détruire, en totalité ou en partie, la connaissance que nous avons de notre propre corps (somatognosie) sans laquelle tout essai d'action sur l'espace ne peut être que vain et incohérent. »

**LE SYNDROME APHASIQUE.** — On voit apparaître des phénomènes d'ordre aphasique quand la lésion pariétale intéresse la circonvolution pariétale inférieure (gyrus supra-marginalis et pli courbe). Pour Mme Benisty, d'ailleurs, le gyrus supra-marginalis serait le siège du sens des attitudes.

Comme nous l'avons dit, les lésions de l'aphasie de Wernicke débordent le plus souvent le lobe pariétal et intéressent le lobe temporal. Il ne s'agit donc pas d'un syndrome pariétal proprement dit.

Une lésion au niveau de la circonvolution pariétale inférieure, la seule faisant partie de la zone de Wernicke, donnera des troubles de la parole où prédominera la cécité verbale.

On observe encore dans les lésions pariétales de l'atrophie musculaire, souvent des troubles réflexes. La valeur localisatrice de cette amyotrophie a été étudiée récemment par Alexander Silverstein, qui a précisé la valeur diagnostique de l'atrophie musculaire dans un certain nombre de cas de tumeurs pariétales vérifiées. Nous y reviendrons plus loin.

Rademaker et Garcin ont souligné l'importance de l'étude du réflexe du clignement à la menace. Ce réflexe à la menace peut être aboli du côté opposé à la lésion en dehors de l'existence de toute hémianopsie dans les cas de lésion corticale rolandique et dans toute lésion intéressant l'aire occipito-rolandique. L'expéri-

mentation chez le chat et l'étude clinique chez l'homme ont montré cette abolition du réflexe.

R. A. Schwob, dans sa thèse, rapporte le cas d'une malade atteinte d'une tuberculose du centre ovale gauche, confirmée à l'intervention chirurgicale, chez laquelle le réflexe de clignement à la menace était aboli, et celui d'une autre malade, rapporté dans son observation II, chez qui ce réflexe était encore supprimé dix mois après l'intervention pour gliome kystique.

**LES SYNDROMES TRAUMATIQUES.** — Ils sont bien connus depuis la guerre, durant laquelle ils furent fréquents. De nombreux auteurs les ont étudiés, entre autres Golstein, Higier, Foerster et Kleist en Allemagne ; Graham Brown, Henry Head, Gordon Holmes en Angleterre. En France, Dejerine et Mouzon, Villaret et Fauré-Beaulieu, André-Thomas, Lortat-Jacob et Sézary, Claude et Lhermitte, Guillaumin et Barré. Roussy. Mme Athanasio-Bénisty, sous l'égide de Pierre Marie, a fait une étude complète de la question.

Tout d'abord, la traduction des lésions pariétales s'exprime par des troubles variés : insensibilité aux excitations antérieures dans un membre ; parfois perte de la notion du membre paralysé ; souvent sensations d'engourdissement et de raideur ; parfois même épilepsie sensitive.

Ultérieurement, le caractère essentiel de l'évolution de ces syndrome sensitivo-moteurs, c'est leur heureuse tendance régressive.

Ces troubles peuvent affecter, nous l'avons vu, diverses topographies. Leur séquelle la plus persistante est l'astéréognosie, point sur lequel Pierre Marie et Chatelain, Villaret, Mme Bénisty ont bien insisté.

**LES SYNDROMES VASCULAIRES.** — Les syndromes vasculaires pariétaux sont exceptionnellement purs, en raison de l'irrigation du lobe pariétal commune aux régions avoisinantes des autres lobes.

En dehors des petits ramollissements pariétaux résultant de lésions limitées à une petite collatérale, la plupart des ramollissements observés réalisent des syndromes mixtes.

Le lobe pariétal est intéressé, comme Maurice Lévy l'a montré avec Foix, en cas de : ramollissement sylvien total, grand ramollissement sylvien superficiel, ramollissement sylvien postérieur, ramollissement du territoire de l'artère ascendante. Dans tous ces cas le lobe pariétal ne contribue à la symptomatologie que pour une part réduite.

On observera des syndromes pariétaux plus circonscrits lors de ramollissements partiels du territoire postérieur de l'artère sylvienne et par les ramollissements partiels rolandiques antérieurs, faits d'ailleurs beaucoup plus rares. Le ramollissement de l'artère du sillon interpariétal entraîne des lésions presque uniquement localisées au lobe pariétal.

**LES TUMEURS PARIÉTALES.** — On peut rencontrer tous les types histologiques de tumeurs, mais la variété la plus fréquente est de beaucoup le gliome. Elles peuvent débiter par deux ordres de symptômes : soit des signes d'hypertension intra-cranienne, soit des signes



de localisation. Plus tard, les deux syndromes coexistent.

Les principales manifestations que l'on peut observer sont divers troubles sensitifs subjectifs ou objectifs déjà vus ; l'épilepsie sensitive, les auras sensitives des crises motrices, l'astéréognosie, l'apraxie idéo-motrice, dont on a déjà parlé, et la cécité verbale, quand la tumeur siège dans le cerveau gauche.

On observe encore de l'amyotrophie, sur laquelle récemment nombre d'auteurs ont insisté. Le mérite d'avoir attiré l'attention sur la valeur diagnostique de cette amyotrophie revient à Silverstein, de Philadelphie.

Il a rapporté 8 cas de tumeurs pariétales vérifiées qui s'accompagnèrent d'une atrophie musculaire progressive avec main en griffe. L'amyotrophie serait sûrement une manifestation dystrophique due à la lésion du lobe pariétal. Silverstein s'appuie sur les faits suivants :

1° Dans plusieurs cas de tumeurs pariétales et pariéto-occipitales, il observa l'association d'hémiplégie flasque avec troubles sensitifs et atrophies.

2° On a pu observer dans une tumeur de la région pariétale supérieure des attaques jacksoniennes et une atrophie de la jambe du côté opposé, l'atrophie y précède les troubles sensitivo-moteurs.

3° Dans la plupart des cas d'hémiplégie avec atrophie on observe de gros troubles sensitifs.

Mais le point essentiel du problème, non résolu, soulevé par Silverstein, est celui des relations entre l'amyotrophie et les troubles sensitifs. Il faudrait savoir si l'amyotrophie est la conséquence d'un syndrome sensitif ou si les deux phénomènes se déroulent parallèlement et indépendamment, du fait d'une origine lésionnelle commune.

Ludo Van Bogaert, R. A. Ley et R. Nyssen ont étudié ce problème. L'existence de cette amyotrophie a été corroborée encore par Guillain, Petit-Dutaillis et Rouques, à propos d'une observation personnelle que Schwob rapporte dans sa thèse (obs. II). Chez une malade de Barré, le tableau était celui d'une sclérose latérale amyotrophique.

Il s'agit de faits récents des plus intéressants, à côté desquels, l'attention étant désormais attirée, viendront peut-être se ranger de nouveaux cas plus explicites. Les tumeurs pariétales fournissent donc un certain nombre de symptômes dont certains éveillent déjà l'idée du siège à l'examen clinique. Mais, soit en raison de l'existence d'un œdème, ou de compression vasculaire, soit parce que les tumeurs pariétales sont à cheval sur plusieurs lobes, on observe souvent une symptomatologie d'emprunt.

On peut décrire en conséquence : des formes à séméiologie fronto-pariétale avec troubles moteurs ; des formes à séméiologie pariéto-occipitale, où l'on observe des troubles oculaires.

Notons, en passant, la fréquence de l'hémianopsie latérale homonyme ; enfin les formes pariéto-temporales avec aphasie de Wernicke lorsqu'elles siègent à gauche.

#### BIBLIOGRAPHIE

ALAJOUANINE et LEMAIRE. Tumeur de la région paracentrale postérieure avec symptômes pseudo-cérébelleux, *Soc. Neu-*

*rol.*, séance du 8 janv. 1925, in *Rev. Neurol.*, janv. 1925, p. 71-75.

ANDRÉ-THOMAS. Monoplégie dissociée de la main avec troubles pseudo-radiculaires de la sensibilité dans un cas de blessure de la région pariétale, *Soc. de Neurol.*, 2 déc. 1915, in *Rev. Neurol.*, 1915, n°s 23-34, p. 1296-1300.

ANGLADE. Les territoires intellectuels du cerveau, *Encéphale*, 1921, p. 423-437.

BABINSKI. Contribution à l'étude des troubles mentaux dans l'hémiplégie ; anosognosie, *Rev. Neurol.*, juin 1914, p. 845-849.

BENISTY (Mme), née ATHANASIO. Les lésions de la zone rolandique (zone motrice et zone sensitive) par blessures de guerre, *Th. de Paris*, 1918.

VAN BOGAERT (Ludo). L'amyotrophie précoce dans les tumeurs du lobe pariétal, *Paris Méd.*, 1933, p. 261.

CALLIGARIS. L'anesthésie cérébrale de type longitudinal, *Rev. Neurol.*, nov. 1920, n° 11, p. 1073.

CLAUDE et LHERMITTE. Les paraplégies cérébro-spasmodiques et ataxo-cérébello-spasmodiques consécutives aux lésions bilatérales des lobules paracentraux par projectiles de guerre, *Bull. Soc. Méd. Hôp.*, 26 mai 1916, p. 796-804.

CUSHING HARVEY. A note upon the faradic stimulation of the post-central gyrus in conscious patients, *Brain*, 1909, vol. XXXII, p. 44-53.

CHATELAIN (Charles). *Les blessures du cerveau*.

DEJERINE (J.). *Séméiologie des affections du système nerveux*, Masson, édit., Paris, 1914.

DEJERINE (Mme) et GLAUCKER. Troubles de la sensibilité, in *Nouveau Traité de Médec.*, Masson, édit., Paris, 1928, fasc. XVIII, p. 639-696.

DIMITRI et BALADO. Contribucion anatomo-clinica y quirurgica a las vias y receptores centrales del dolor, *Arch. Argent. de Neurol.*, VIII, n° 4, 1932.

DUSSEY DE BARENNE (d'Utrecht). Sur la localisation de la région sensitive dans l'écorce cérébrale chez le singe (macaque), *Proceed. Royal Soc. of Med.*, London, 1924, in *Rev. Neurol.*, juin 1925, t. I, n° 6, p. 1004.

ECONOMO (Von C.). *L'architecture cellulaire normale de l'écorce cérébrale* (éd. française par Ludo van Bogaert), Masson, éd., Paris, 1927.

FOERSTER. The cerebral cortex in man, *Prof. Foerster's lectures in Lancet*, 8 août 1931, p. 309-312.

FOIX. Aphasie, in *Nouveau Traité de Méd.*, Masson, édit., Paris, 1928, fasc. XVIII, p. 135-213.

FOIX (Ch.). Contribution à l'étude de l'apraxie idéo-motrice, *Rev. Neurol.*, 1916, p. 283, t. I. — Sur une variété de troubles bilatéraux de la sensibilité par lésion unilatérale du cerveau, *Rev. Neurol.*, 1922, t. I, p. 322.

FOIX, CHAVANNY et LEVY (Maurice). Syndrome pseudo-thalamique d'origine pariétale. Lésion de l'artère du sillon interpariétal (Pa, P1, P2 antérieures, petit territoire insulo-capsulaire). *Rev. Neur.*, janv. 1927, t. I, n° 1, p. 68-76.

GERSTMANN. Finger agnosie. Eine umschriebene Störung der Orientierung am eigenen Körper, *Wien, Klin. Wchnschr.*, 1924, XXXVII, 1010-1012.

GOLDSTEIN. Die Lokalisation in der Grosshirnrinde, *Handb. d. norm. u. pathol. Psych.*, 1928, t. X, p. 909.

GUILLAIN et BIZE. Astéréognosie par lésion corticale pariétale traumatique, *Soc. de Neurol.*, séance du 3 mars 1932, in *Rev. Neurol.*, 1932, t. I, n° 3, p. 502-509.

HEAD (H.). *Studies in neurology*, vol. I et 2, London, 1920.

HEAD (H.). *Aphasia and kindred disorders of speech*, vol. I et 2, University press. Cambridge, 1926.

HILPERT. Die Bedeutung des linken Parietallappens für das Sprechen, *Journ. f. psych. u. Neurol.*, 1930, t. XI, fasc. 5-6, p. 225-255.

HILPERT. Aphatische Störungen bei Prozessen im Bereich des linken Gyrus supramarginalis, *Arch. f. Psychiat.*, 95, 743-747, 31.



HOFF (H.). Reizversuche in der Gegend des Sulcus interparietalis beim Menschen, *Ztschr. f. Neurol. u. Psych.*, 1929, vol. 120, p. 788-795.

HOFF (H.) et KAMIN (M.). Reizversuche im linken Sulcus interparietalis beim Menschen, *Ztschr. f. Neurol. u. Psych.*, 1930, vol. 125, p. 693-699.

JANOTA OTAKAR. Troubles de la faculté de localisation des impressions tactiles et auditives dans l'espace, dans un cas de lésions artério-sclérotiques du cerveau avec deux grands pseudo-kystes symétriques des lobes pariétaux, *Rev. Neurol.*, 1925, t. I, p. 1085-1097.

LEVY (Maurice). Les ramollissements sylviens, *Th. de Paris*, 1927.

LEVY-VALENSI. Syndromes pariétaux, in *Nouveau Traité de Médecine*, t. XIX, p. 126.

LEWANDOWSKI und SIMONS. Über die Elektrische Erregbarkeit, etc. *Zeits. f. Ges. N. P.*, XIV, p. 276, 1912.

LHERMITTE (J.). De la valeur séméiologique des troubles de la sensibilité à disposition radiculaire dans les lésions de l'encéphale, *Sem. Méd.*, 16 juin 1909, n° 24, p. 277-279.

LHERMITTE, LEVY (J.), G. (Mlle) et KYRIAKO (N.). Les perturbations de la représentation spatiale chez les apraxiques. A propos de deux cas cliniques d'apraxie, *Rev. Neur.*, nov. 1925.

LHERMITTE et TRELIÈS. L'apraxie pure constructive, *Encéph.*, XXVIII, p. 413 à 444, 1933.

MARIE (Pierre), BOUTTIER et BAILEY (P.). La planotopokinésie, *Rev. Neurol.*, mai 1922, p. 505-512.

MARIE (André-Pierre). Etude comparée des troubles sensitifs d'origine cérébrale, *Th. de Paris*, 1924.

MINKOWSKI (de Zurich). Etude sur la physiologie des circonvolutions rolandiques et pariétales, *Arch. suisses de Neurol. et psych.*, 1917, vol. I, fasc. 2, p. 389.

MINKOWSKI (de Zurich). Etude sur les connexions anatomiques des circonvolutions rolandiques, pariétales et frontales, *Arch. f. Neurol. u. Psych.*, 1923, t. XII, n° 71, p. 227.

MORLAAS. Contribution à l'étude de l'apraxie, *Th. de Paris*, 1928.

MONAKOW (Von). *Die Lokalisation im Grosshirn*, 1 vol. Bergmann, 1914.

POTZL (O.). Ueber die Bedeutung der Interparietalregion innerhalb des Gehirns, *Zeit. f. die gesamte Neurol. u. Psych.*, 1925.

QUENSEL (F.). Die Erkrankungen der höheren optischen Zentren. Spécialement *Die optische agnostischen Störungen*, in *Kurzes Handbuch der Ophthalmologie*, de Shiek et Brückner, p. 324, Springer, Berlin, 1931.

ROUSSY (G.). *Les troubles sensitifs d'origine cérébrale*, in *Questions neurol. d'actualité*, Masson, édit., Paris, 1922, p. 89-124.

SAGER. *La somatotopie thalamique*, Haarlem, 1933.

SCHILDER (Paul). *Das Köperschema*, 1 vol., Berlin, 1923.

SCHLESINGER (Benno). Zur Auffassung der optischen und konstruktiven Apraxie, *Zeit. f. die gesamte Neurol.*, 1928, p. 649, vol. CXVII.

SITTIG (O.). *Ueber Apraxie*, 1 vol., Karger, Berlin, 1931.

STAUFENBERG (Von). Beiträge zur Lokalisation der Apraxie, *Zeit. f. die ges. Neurol.*, 1911, vol. V ; — Klinische und anat. Beiträge zur Kenntnis der aphasischen, agnostischen und apraktischen Symptome, *Zeit. f. die ges. Neurol.*, 1918, vol. XXXIX.

## SOCIÉTÉS SAVANTES

### ACADEMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 14 JANVIER 1935)

**Gélification du sérum humain par les acides.** — M. W. KOPACZEWSKI. De nombreux acides peuvent provoquer la gélification du sérum humain.

La dose gélifiante précède immédiatement celle de coagulation opaque ; elle est d'autant plus difficile à fixer que le pouvoir coagulant de l'acide est fort.

En se plaçant sur le terrain chimique, on peut conclure que :

- Le pouvoir gélifiant est surtout accentué chez les acides mono-basiques et la basicité le diminue nettement ;
- Ce pouvoir s'affaiblit par l'introduction d'une fonction d'alcool ;
- Il se renforce par l'intervention d'un groupement  $\text{CH}_2$  ;
- Les isomères optiques ont sensiblement le même pouvoir gélifiant (acide lactique racémique et acide droit) ;
- Ce pouvoir ne s'explique pas uniquement par la concentration en ions  $\text{H}^+$ .

(SÉANCE DU 21 JANVIER 1935)

**Sur le déficit alexique déterminé par l'hyperthermie expérimentale.** — MM. H. VINCENT et F. MOREL.

La répartition des formes excrémentielles du soufre dans les divers aspects du métabolisme. — MM. Emile-F. TERROINE et Robert RAZAFIMAHÉRY.

### ACADEMIE DE MEDECINE

(SÉANCE DU 29 JANVIER 1935)

**Etude de la neuroprobasie des virus de l'herpès et de la rage au moyen du rayonnement total de la lampe à mercure.** — M. C. LEVADITI. On sait que le virus des ectodermoses neurotropes chemine dans l'organisme le long des filets nerveux, afin d'atteindre le névraxe. M. Levaditi étudie le mécanisme de ce phénomène dénommé par lui « neuroprobasie », au moyen du rayonnement total de la lampe à mercure. Il résulte de ses recherches que ces radiations suppriment rapidement *in vitro* le pouvoir pathogène des virus herpétique et rabique. Elles stérilisent *in vivo* la surface ectodermique inoculée (cornée), mais n'entravent pas la neuroprobasie du germe de l'herpès et ne s'opposent pas toujours à celle du virus rabique. Ces expériences montrent que la neuroprobasie centripète des virus neurotropes s'effectue avec une rapidité extrême.

**Traitement de certains vomissements de l'enfance par ionisation des régions cervicale et thoracique.** — M. MATHIEU, ancien chef de clinique aux Enfants-Malades, étudie un traitement des vomissements de la première et de la seconde enfance, basé sur la diélectrolyse des régions cervicale et thoracique. Il utilise des électrodes longues et étroites appliquées sur les faces antérieure et postérieure du cou.

L'expérience acquise jusqu'à ce jour peut être résumée ainsi :

1° Guérison facile et rapide des vomissements névropathiques ;

2° Succès inconstants, mais parfois sensationnels chez les sujets atteints d'anorexie à l'époque du sevrage.

**Acupuncture et médecine chinoise vérifiées au Japon**, par le Dr T. NAKAYAMA, traduites du japonais, avec une préface de G. Soulié de Morant ; 85 pages illustrées. — Prix : 18 fr. Collection Hippocrate, chez Le François.



**Elimination de la quinine par la bile.** — Le professeur RATHERY communique une intéressante note de deux Toulousains, le chimiste F. CAUJOLLE et le chirurgien BERNARD-BEIG ; un des malades de ce dernier était porteur d'une cholécystotomie, et l'indication thérapeutique était de pratiquer une injection intraveineuse de quinine uréthane.

Les auteurs ont profité de ce cas exceptionnel, et ils établissent que la quinine est éliminée très précocement par la bile, en forte proportion.

**La base du crâne dans la dysostose cranio-faciale héréditaire.** — M. O. CROUZON. Les malformations de la dysostose cranio-faciale consistent, avant tout, dans une triade symptomatique : malformations de la voûte du crâne, malformations faciales, troubles oculaires : tels sont les caractères essentiels sur lesquels ont été basés au début la description et le diagnostic de ce syndrome.

Mais, ultérieurement, l'étude du mécanisme des déformations avait déjà fait entrevoir, d'une part, les conséquences de l'hypoplasie du maxillaire supérieur sur l'aspect de la voûte palatine et, d'autre part, le retentissement de ces malformations sur la base du crâne comme conséquence de la synostose des sutures de la voûte.

L'ensemble des modifications de la base n'a pu toutefois être précisé, qu'à la lueur des constatations anatomopathologiques récentes faites. Un grand nombre de nos malades ont des altérations de l'odorat. Signalons simplement que ceux qui ont l'odorat le mieux conservé sont ceux chez lesquels les malformations nasales sont les plus minimales.

Les examens de l'auteur prouvent la constance des troubles otologiques des dysostoses cranio-faciales, caractérisés essentiellement par :

- 1° Des malformations fréquentes du conduit ;
- 2° Des malformations constantes de la caisse et du labyrinthe, entraînant :
  - a) Une surdité du type oreille moyenne assez particulière avec prolongation considérable de la conduction osseuse (ankylose des fenêtres labyrinthiques) ;
  - b) Une hyperexcitabilité galvanique souvent remarquable.

Aussi, l'ensemble de ces manifestations, dû à l'arrêt d'accroissement de la cavité crânienne, pouvait créer des indications et entraîner des déductions thérapeutiques, telles qu'une trépanation décompressive. Elles avaient été déjà envisagées par M. Regnault, et par MM. Garcin, Chevalley et Bize.

Mais l'incertitude qui règne au sujet de l'évolution des complications dues aux symptômes de la base, ne permet pas d'envisager l'intervention chirurgicale comme une règle thérapeutique. Il est possible, toutefois, que dans l'avenir, les interventions puissent être dirigées heureusement contre l'atrophie optique dans les cas où il y aura une baisse progressive de la vue.

**Le mouvement de la population en Europe et en Asie.** (Note sur la prétendue « dépopulation en France »). — M. ROUBAKINE.

**Election.** — On procède à l'élection de deux associés étrangers.

Les candidats étaient ainsi classés : en première ligne, MM. Miura (de Tokio) et M. Navarro (de Montevideo). En seconde ligne, ex aequo et par ordre alphabétique : MM. Johanssun (de Stockholm), Sir Berkeley Moynihan (de Leeds) ; M. Salimbeni (d'Aquapendente) ; Sir Sharpey Shafer (d'Edimbourg).

Sont élus : M. le professeur Kinnosuke Miura, l'éminent pédiatre, professeur à l'Université de Tokio, et M. le professeur Alfredo Navarro, le grand chirurgien de Montevideo.

## SOCIÉTÉ DE PATHOLOGIE COMPARÉE

(SÉANCE SOLENNELLE ANNUELLE DU 11 DÉCEMBRE 1934)

### RAPPORTS

**La variabilité des groupes sanguins et leur limitation en clinique.** — M. KOSOVITCH. L'ensemble des constatations et des expériences faites jusqu'ici a montré l'existence chez l'homme d'un phénomène physiologique normal qui est le suivant : le sérum d'un sujet possède la propriété d'agglutiner les globules rouges d'un autre sujet.

Dans le sérum humain existent des anticorps par rapport aux érythrocytes humains. La substance antigénique fixée sur le stroma des hématies humaines est appelée agglutinogène ; l'anticorps fixé sur la partie albumine-globuline du sérum porte le nom d'agglutinine.

Hétéro et iso-agglutination. — Court historique de découverte de ces phénomènes. — Apparition des propriétés antigéniques et d'anticorps chez l'homme. — Classification de différents types de sang d'après l'agglutination ou la non-agglutination des globules rouges. — Détermination des groupes sanguins. — Diverses applications : en médecine légale, en médecine générale, à l'étude de l'anthropogénèse et des races humaines et animales. — Transfusion sanguine. Indication. Compatibilité et incompatibilité des sangs. — Choix du donneur. Donneurs et receveurs universels. — La propriété principale des groupes sanguins : leur fixité pendant toute la vie d'une personne. — Accidents de transfusion ; mauvaise technique de la détermination des groupes sanguins. — Agglutinations non spécifiques : auto et pan-agglutination ; l'agglutination non spécifique d'une émulsion ancienne de globules rouges, etc. — Expériences sur plusieurs milliers de transfusions au front de Salonique pratiquées chez les paludéens et au cours des grandes hémorragies. — Groupes sanguins et prédispositions aux maladies : tuberculose, cancer, affections cutanées, poliomyélite, etc. — L'absorption des toxines diphtériques et tétaniques par les globules rouges appartenant aux différents groupes sanguins.

M. P. RODE (du Muséum). Le phénomène d'iso-agglutination a permis de mettre en évidence dans l'ensemble complexe que nous appelons espèce, plusieurs groupes sanguins. Il n'est pas sans intérêt de rechercher ce phénomène d'agglutination (iso-agglutination dans le cadre d'une espèce, hétéro-agglutination entre espèces différentes) chez les mammifères sauvages. Ces recherches apporteront peut-être un élément nouveau d'ordre physiologique dans le problème si controversé de l'espèce.

Les singes anthropoïdes montrent, comme chez l'homme, plusieurs groupes sanguins apparentés aux groupes classiques humains. Les autres singes présentent avec l'homme une parenté sanguine plus douteuse, mais ils ont aussi plusieurs groupes chez une même espèce. Les mammifères domestiques, aux races multiples, présentent également le phénomène d'iso-agglutination.

Les résultats que nous avons obtenus jusqu'à présent chez les mammifères sauvages montrent que leur sang est beaucoup plus homogène que chez les précédents. Plusieurs espèces, parfois même plusieurs genres, appartiennent à un même groupe sanguin.

Par suite des croisements et des variations qui ont donné naissance aux races domestiquées et par suite de la lente évolution qui nous conduit aux groupes les plus élevés en organisation, le sang paraît acquérir des facteurs d'agglutination (apparition d'agglutinogènes et d'agglutinines) qui n'existaient pas chez les êtres primitifs vivant à l'état nature.

M. TROISIER. Dans son rapport, M. Troisier, après avoir insisté sur les difficultés techniques de l'iso-agglutination



sanguine, énumère tous les arguments qui militent en faveur de la fixité des groupes sanguins.

Ces groupes, au nombre de quatre, doivent être distingués d'après la terminologie la plus en faveur en O, A, B et AB et non par des chiffres qui prêtent à confusion. Le groupe O (zéro) ne possède pas d'agglutinogène globulaire, le groupe A possède de l'agglutinogène du même nom, de même le B. Le groupe AB, exceptionnel, possède à la fois A et B. Il est impossible d'accepter sans réserve un troisième agglutinogène C, mais il est vraisemblable que le groupe A doit être subdivisé en deux : sous-groupes A1, A2. Les agglutinines sériques doivent être désignées par les lettres grecques  $\alpha$  (celle du groupe B) et  $\beta$  (celle du groupe A). On les trouve toutes deux dans le groupe O. Elles manquent dans le groupe AB.

De nombreux auteurs ont affirmé que des influences morbides, physiques ou pharmacologiques pouvaient transformer le groupe d'un sujet déterminé. Il est vraisemblable que dans ce cas il s'agit de fausse agglutination (pan-agglutination, auto-agglutination, agglutination à froid) et non de changement de groupe. D'ailleurs certains sujets suivis méthodiquement depuis des années n'ont jamais vu leur groupe se modifier. Un des meilleurs arguments en faveur de la fixité des groupes tient au fait formel que les propriétés A et B des hématies sont des caractères dominants, soumis aux lois de l'hérédité mendélienne.

Bernstein a montré, — et son opinion gagne de jour en jour des partisans — que les groupes A et B comprennent chacun des possibilités héréditaires, les homozygotes AA et BB et les hétérozygotes AR et BR. Un troisième genre R, récessif (celui du groupe O) et qui ne comporte qu'une possibilité homozygote (RR) peut apparaître ainsi dans les groupes A et B. Pour Bernstein le groupe AB n'aurait également qu'une possibilité héréditaire (AB) et ne présenterait pas une latence possible de R. Les faits d'observation (sé-

ries de mariages de AB soit aux O, soit aux A, soit aux B, aux 1.317 enfants) donnent une proportion des groupes conforme aux idées de Bernstein.

En définitive, Bernstein admet que ces trois éléments allélomorphes multiples A, B et R correspondent à trois races biochimiques, la R a un caractère récessif, les deux autres, venues de mutations, sont dominantes. Ces trois allélomorphes, combinés deux par deux, donnent aussi lieu à six génotypes, AB, AA et AR, BB et BR. Cette remarquable fixité des lois de l'hérédité sanguine ne s'expliquerait pas si les groupes pouvaient varier au cours de l'existence.

Un autre argument peut être tiré de l'étude de la proportion des groupes chez les divers peuples du globe. Là aussi, il y a une fixité moyenne incontestable. Rappelons l'élévation progressive du caractère A en Europe occidentale opposée à l'augmentation du B en Europe orientale et en Asie. Mais, le fait qui doit être souligné est le suivant : les aborigènes américains, indiens rouges, paraissent ne comporter que le groupe O tant qu'ils restent de race pure, de même les aborigènes australiens bruns ne comportent que deux groupes, O et A, tant qu'ils ne se mélangent pas aux tribus polynésiennes.

Sur le terrain clinique, l'addition par transfusion de globules rouges à un individu de groupe différent, ne modifie pas le groupe. Trente à cent jours après la transfusion, on ne peut plus caractériser dans le sang les hématies étrangères, qui ont disparu.

Ces données biologiques ont même paru d'une telle précision dans les pays de langue germanique qu'elles ont été adoptées par les autorités judiciaires en vue de la recherche de la paternité.

M. PEYRE. Depuis longtemps déjà, avec Hirsfeld et Brokman, on peut noter une corrélation entre les règles

STÉ D'APPLICATIONS  
PHARMACODYNAMIQUES  
5 & 7 RUE CLAUDE-DECAEN · PARIS  
DIDEROT: 37-93

# ROUGEOLE



# ERYTHRA

EMPLOYÉ DANS  
LES HOPITAUX  
DE PARIS



qui régissent l'immunité et l'agglutination des hématies. Nous savons aussi, malgré toutes les réserves que l'on doit faire, que les agglutinines et les substances agglutinogènes suivent la loi héréditaire de Mendel.

Puisque des lois si serrées permettent de tels classements, il peut être intéressant de confronter maintenant la répartition des groupes en corrélation avec les différentes races humaines. Il faut d'abord s'entendre sur le classement qu'il convient d'adopter : les quatre groupes de Moss ont été modifiés par Jansky pour qui le groupe IV devient le groupe I et avec lequel interviennent des substances agglutinogènes A et B et les agglutinines *a* et *b* des sérums.

Hirszfeld, le premier, constate que la répartition des groupes n'était pas la même chez les différents peuples, mais qu'elle était constante et caractéristique pour chacun d'entre eux. Partant de là, on a pu observer, d'abord, les relations qui existent entre le classement des groupes et les caractères ethno-anthropologiques et aussi la constance de cette répartition ; si bien qu'un indice biochimique des races fondé sur le rapport AB fut établi. Dans l'ouest européen cet indice est  $>2$ , en Asie et Afrique cet indice est  $<1$ , les Russes, les Turcs et les Juifs espagnols constituant un type intermédiaire. Le groupe O prédomine chez les Indiens américains. Pour les peuples européens, nous trouvons un mélange de ces quatre groupes, mais le métissage des Européens peut en être la raison.

Les auteurs ont recherché la parenté des races humaines en fonction des groupes. Hirszfeld et Bernstein ont émis l'hypothèse que deux races primitives A et B et peut-être une troisième à cause de l'existence du groupe O pouvaient être à l'origine de toutes les races actuelles.

Dujarric de la Rivière et Kossovitch ont complété leurs recherches sur les Arabes, les Berbères et les Juifs marocains. Ils ont pu retrouver l'origine de ces peuples mélangés et élucider un certain nombre de questions anthropologiques.

Et, avec Hirszfeld, cette conclusion s'impose que la sérologie peut nous donner un instrument précieux qui contribue à résoudre les problèmes les plus ardues de l'origine des races humaines.

MM. P. EMILE WEIL et LAMY. Le passage d'un sujet déterminé d'un groupe sanguin dans un autre est fréquemment affirmé, sans preuve décisive, il est vrai. Les auteurs, quoique attachés depuis plusieurs années à cette question, n'en ont observé aucun cas authentique. Il semble que dans leur très grande majorité, sinon dans leur totalité, ces faits s'expliquent par une erreur de détermination. La méthode utilisée de façon presque exclusive, celle de Beth-Vincent, se borne à la recherche de l'agglutination des hématies par deux sérums-étalons sur une lame porte-objet. Or, cette technique expose à des erreurs assez nombreuses qu'expliquent d'une part les fausses agglutinations et de l'autre la méconnaissance d'agglutinations légitimes mais faibles et, pour cette raison, inaperçues. Ces phénomènes se produisent avec une fréquence particulière dans certaines conditions : température basse, présence de germes microbiens, absence de dilution du sérum.

A ces causes d'erreur déjà connues, les auteurs ajoutent celle qu'ils ont décrite et qui résulte de l'emploi d'un « sérum-test » vieilli : en effet, par simple vieillissement, un sérum est capable de perdre ou, à l'inverse, d'acquérir des agglutinines illégitimes, son usage étant, par conséquent, susceptible de donner des résultats trompeurs.

Pour ces raisons, il est indispensable de vérifier le groupe à l'aide de sérums étalons recueillis depuis peu de temps et dont l'activité a été contrôlée. Il est également nécessaire d'utiliser non deux « sérums-tests », mais trois appartenant respectivement aux groupes A (II de Moss), B (III de Moss) et O (IV de Moss). L'adjonction d'un sérum-étalon du groupe O (IC) permet un contrôle de l'activité des deux autres

sérums et suffit à éviter le plus grand nombre des erreurs. Une telle technique est suffisante pour la détermination rapide d'un groupe sanguin, en vue d'une transfusion urgente. Mais une identification rigoureuse exige une méthode plus précise, l'utilisation d'hématies et de sérums appartenant aux quatre groupes et une mesure exacte du phénomène de l'iso-agglutination.

M. TZANCK. Pratiquement, le problème de la variabilité des groupes sanguins rejoint celui des accidents de la transfusion. Les groupes sont immuables et les accidents rapportés aux changements de groupes doivent être mis sur le compte d'examen incorrects. Les contrôles de toutes sortes les réduisent à néant. D'où leur importance extrême.

A quoi tiennent les accidents bénins ou très rarement graves survenant malgré la recherche parfaite des incompatibilités sanguines. Un certain nombre de facteurs invoqués couramment ne les expliquent pas (donneurs universels, anti-coagulants, appareillages divers). Inversement, un certain nombre de faits traduisant l'hypersensibilité innée ou acquise du receveur sont indiscutables, notamment les accidents survenant avec des donneurs bien supportés auparavant. Il y a là un changement manifeste du receveur.

S'agit-il là d'un changement de groupe ? — S'agit-il (Lattes) d'une sensibilisation à une substance N. N. qui donne lieu aux sous-groupes ? — S'agit-il d'un phénomène plus complexe rentrant dans le cadre de l'intolérance ?

En tout cas, ces faits non décelables par les épreuves de compatibilité, n'infirment point la notion de l'immuabilité des groupes sanguins.

M. BECART. Les causes d'erreur dans la détermination des groupes sanguins résultent de trois ordres de faits : 1° mauvaise technique dans la détermination des groupes sanguins ; 2° emploi de sérums-tests défectueux et peu actifs ; 3° interprétation erronée des résultats (pseudo-agglutinations).

*Technique.* — Quoique la technique soit des plus simples, il est indispensable d'opérer correctement et d'observer une certaine proportion dans le mélange sang et sérum, avoir soin de balancer la lame sitôt le mélange opéré et de faire la lecture à temps, rejeter le microscope. (Il s'agit d'une réaction macroscopique.)

*Sérums-tests.* — Les sérums-tests provenant d'individus différents sont très variables quant à leur pouvoir agglutinant. De plus, certains perdent très vite leur activité, d'où la nécessité de leur contrôle périodique.

*Pseudo-agglutination.* — A côté du phénomène de l'agglutination, phénomène biologique puisqu'il exige, pour se manifester, la présence d'une agglutinine (propriété sérique) et d'une agglutinogène (propriété globulaire), il existe toute une série de phénomènes d'ordre physique qui peuvent prêter à confusion et qu'il faut bien connaître, ce sont les pseudo-agglutinations.

L'auteur décrit : a) La coagulation in situ (phénomène rare). — b) La concentration (phénomène purement physique qui fait que les globules s'amassent au centre de la goutte, laissant les bords clairs) ; c) La sédimentation globulaire ; l'homogénéité de la tache n'est pas parfaite. On distingue de petits amas de globules côte à côte. Ce phénomène va depuis la précipitation sableuse jusqu'à la pan-agglutination de Mino.

L'épreuve au kaolin de Falgairolles, celle à la lécithine, de Lattes, éliminent les pseudo-agglutinations. L'épreuve de la goutte supplémentaire au sérum IV est un procédé indirect simple et élégant, permettant d'éviter de prendre pour une agglutination ce qui n'en est pas, et vice versa.

En résumé, une technique précise, des sérums-tests, actifs et souvent contrôlés, l'épreuve de la goutte supplémentaire, permettent de donner le maximum de sécurité à l'épreuve de Beth-Vincent et de faire une détermination exacte des groupes sanguins.



# Gravidostyl

Sérum de jument gravide

préparé par l'INSTITUT DE SÉROTHÉRAPIE

*du D<sup>r</sup> Roussel*

**VOMISSEMENTS DE LA GROSSESSE  
ENFANTS PRÉMATURÉS  
DÉFICIENCES HORMONALES**

Boîte de 6 FLACONS-AMPOULES de 10<sup>cc</sup> — PRIX : 25fr.

POSOLOGIE : 1 à 3 FLACONS-AMPOULES PAR JOUR  
*par voie buccale, rectale ou hypodermique*

Echantillons :

LABORATOIRES DU D<sup>r</sup> ROUSSEL  
97, Rue de Vaugirard - PARIS ( 6<sup>e</sup> )



M. LE RASIE. — 1° Conditions pratiques du groupement sanguin sur lames (à l'œil nu), et, en particulier, *utilité du sérum O* (sérum IV, selon la terminologie de Moss, adoptée en France).

2° Résultats : a) l'invariabilité du groupe sanguin (à l'activité sérique près) ; b) la sécurité des transfusions (sécurité maxima avec les « donneurs universels »).

M. PANISSET. — Chez les animaux domestiques, mouton, porc, bœuf, cheval, il est possible de reconnaître l'existence de groupes sanguins. Ces groupes ne sont pas répartis comme chez l'homme, et c'est seulement chez le cheval qu'il a été possible d'identifier les 4 groupes. Dans toutes ces espèces, le phénomène d'iso-agglutination est peu intense, ce qui explique son appréciation, agglutinine ou agglutinogène peuvent faire défaut ; on observerait même chez le cheval, pour un même animal, à quelque temps d'intervalle, des variations de groupes. Chez le chien, le chat, l'âne et la chèvre, les résultats enregistrés sont contradictoires.

En raison de la rareté, relative, et de la faible intensité du phénomène, le problème des « donneurs de sang » ne se pose pas, au moins jusqu'à présent, avec la même acuité, chez les animaux domestiques que chez l'homme.

La zootechnie qui n'est qu'un chapitre de génétique doit bénéficier — elle en a déjà tiré quelque profit — de la connaissance des groupes sanguins pour l'étude des races, moins adulterées que dans l'espèce humaine, et pour les recherches généalogiques ou économiques (transmission héréditaire de caractères préférentiels...).

#### COMMUNICATIONS

Les groupes sanguins, leur fréquence relative selon les lieux et les races. — M. APERT. Peut-on, d'après la formule sanguine, établir une classification des races assez proche de la classification naturelle ? Landsteiner a proposé de les classer d'après ce qu'il a appelé l'indice biochimique du sang ou indice racial. Une classification normale doit considérer le pourcentage de 0 (zéro) d'une part et l'indice racial d'autre part.

Un tableau de l'auteur résume la répartition des races suivant les groupes répondant d'une façon générale à l'ensemble des faits et aux affinités naturelles. Il apparaît comme tendancieux de considérer le groupe A comme supérieur et caractérisant les grands blonds dolicocephales de la race nordique. A existe en proportion plus ou moins grande dans l'ancien continent, dans des populations africaines et extrême orientales, semblant n'avoir jamais eu de relations avec les nordiques avant les temps modernes. Il est plus satisfaisant de penser que la mutation donnant naissance à l'agglutinogène A ne s'est pas produite en une seule fois dans une race donnée, mais maintes fois dans des races différentes.

La variabilité des groupes sanguins. — M. G. ROSENTHAL conclut ainsi : l'évolution des peuples qui changent de groupe, la logique de la biologie qui repousse tout dogme, le danger des formules mathématiques, surtout établies à priori, la prudence des directeurs de centres qui, instinctivement, contrôlent perpétuellement les groupes, la conception moderne des agglutinines qui sont, non pas des entités métaphysiques, mais des fonctions dépendant de l'état physico-chimique de l'instable sérum, la gamme si variée des réactions nulles, faibles ou fortes, suivant les croisements provoqués de sérums et de globules, les faits observés, tout nous fait penser que la fonction d'agglutination, — base des groupes sanguins — peut présenter des variations, fût-ce à titre rare.

Cette conclusion est conforme à la biologie moderne. L'utilisation en médecine légale de cette notion expose à de lamentables dangers.

M. H. VIGNES. — Pour la pratique de la transfusion, il faut reconnaître qu'avant la connaissance des groupes, les accidents alarmants étaient rares. Le mélange de deux sangs incompatibles peut n'être ni mortel, ni grave.

Des transfusions faites dans des conditions rudimentaires, par exemple dans les hémorragies obstétricales, sont supportées sans la moindre alerte, surtout si l'on transfuse lentement.

Pour la maladie hémorragique des nouveau-nés, même sans grouper les sangs, il n'y a pas d'accident.

Enfin, dans d'assez nombreuses transfusions, malgré groupage valable, il y a parfois des réactions légères ou inquiétantes.

La conservation des groupes sanguins dans quelques cas nouveaux. — M. SERVANTIE. Sur la conservation des groupes sanguins dans le sang citraté gardé à la glacière, pour être certain que le vieillissement n'altère en rien les groupes sanguins originaux, l'auteur a fait le contrôle des groupes sur des sangs conservés de deux mois à trois mois et demi. Dans ces conditions, les groupes déterminés à la prise se retrouvent identiques.

De ces faits, on peut conclure que la détermination du groupe une fois faite, ne se modifie pas à la glacière en présence de citrate, même au bout de plusieurs mois.

#### ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

##### THESES

Mardi 5 février. — Jury : MM. Lenormant, président ; Jeannin, Lantuéjoul, Schwartz. — M. POLITIS : Les fractures fermées et récentes du plateau tibial proprement dit. — M. RENOU : Ostéogénèse imparfaite et dysplasie périostale.

Mercredi 6 février. — Jury : MM. Robert Debré, président ; Proust, Tanon, Moreau. — Mlle PATEZ : Prophylaxie des infections grippales et de leurs complications pulmonaires par la vaccination. — M. BARRÉ : Etude du traitement de l'érysipèle par le sulfarsénol. — M. BURG : Le rôle des villages sanitaires dans la lutte antituberculeuse. — M. ZAEPFFEL : Mise au point d'une médication hémopoïétique nouvelle. — M. FLOREZ : Récents progrès des réactions d'hémolyse et interprétation des B.W. dans les diverses modalités de la syphilis.

Samedi 9 février. — Jury : MM. Bezançon, président ; Carnot, Chabrol, Philibert. — M. BALOCHE : Indications et cessation de l'oélothorax. — M. ROCHETTE : Etude de plusieurs cas de pneumothorax spontanés muets et leur comparaison avec le pneumothorax artificiel. — M. HÉTRAY : Contribution à l'étude des injections I.V. d'alcool.

Mardi 5 février. (Thèse vétérinaire.) — Jury : MM. Tanon, président ; Létard, Lesbouyriès. — M. DUFOUR : Elevage de la race bovine flamande dans le Pas-de-Calais. Son contrôle laitier.

Jeudi 7 février. (Thèses vétérinaires.) — Jury : MM. Bezançon, président ; Léon Binet, Lesbouyriès, Panisset, Maignon. — M. BOPPE : Tuberculose vertébrale osseuse dans quelques espèces domestiques. — M. DEMENSOIS : Anaphylaxie active et massive par ovalbumine chez le cobaye.

Vendredi 8 février. (Thèse vétérinaire.) — Jury : MM. Lemierre, président ; Panisset, Robin. — M. FRANÇOIS : Influence des sérums antimicrobiens et antitoxiques spécifiques sur la culture de certains microbes pathogènes.

Le Directeur-gérant : D<sup>r</sup> François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.



# SIROP GUILLIERMOND

**iodo-TANNIQUE**

**AFFECTIONS CARDIO-VASCULAIRES, AFFECTIONS PULMONAIRES CHRONIQUES  
LYMPHATISME, GOITRE, DERMATOSES, ALBUMINURIE**

**DOSES : 2 à 4 cuillerées à bouche, à dessert ou à café suivant l'âge**

**PRESCRIRE :**

**SIROP GUILLIERMOND, un flacon**

**BERTAUT-BLANCARD FRÈRES**  
64, Rue de La Rochefoucauld, PARIS (9<sup>e</sup>)

**TANIN PHYSIOLOGIQUE VIVANT**

**RHIZOTANIN CHAPOTOT**

**Tolérance stomacale absolue**

**Neutralisation des Toxines**

*Amélioration rapide des accidents diarrhéiques*

2 FORMES : Caquets pour Adultes, 2 à 6 par jour.  
Poudre pour Enfants, 2 à 4 mesures par jour.  
*Avoir soin de bien spécifier.*

Echantillon médical gratuit  
**AUBRIOT**  
56, Boulevard Ornano — PARIS  
R. C. Seine, 20.049

**QUINBY**

QUINIO BISMUTH "formule AUBRY"

et

**SYPHILIS**

**QUINBY SOLUBLE**

INDOLORE - INCOLORE PROPRE INJECTION FACILE

**QUINBY**

EST EGALEMENT EFFICACE

CONTRE LA

**TYPHOÏDE**

**QUINBY**

EST ENCORE INDIQUÉ CONTRE

LA FIÈVRE DE

**MALTE**

Adopté par :

L'Assistance-  
Publique —  
Les Ministères  
de l'Hygiène et  
des Colonies.

LABORATOIRES

**AUBRY**

62, rue Erlanger

PARIS 16<sup>e</sup>

Téléphone : JASMIN 33-44



# LIPIODOL LAFAY

THERAPEUTIQUE IODORGANIQUE ET RADIODIAGNOSTIC

Huile iodée à 40 %

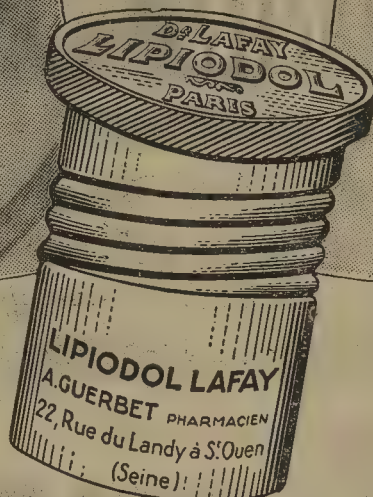
54. centigr. d'iode pur par centi. cube



Injection intra-utérine  
de Lipiodol



Injection intra-fistulaire  
de Lipiodol



## POUR COMBATTRE

ASTHME  
ARTÉRIOSCLÉROSE  
LYMPHATISME  
RHUMATISME  
ALGIES DIVERSES  
SCIATIQUE  
SYPHILIS

## POUR EXPLORER

VOIES RESPIRATOIRES  
UTÉRUS ET TROMPES  
SYSTÈME NERVEUX  
VOIES URINAIRES  
SINUS NASAUX  
VOIES LACRYMALES  
ABCÈS ET FISTULES

AMPOULES, CAPSULES,  
EMULSION, COMPRIMÉS

**A. GUERBET & C<sup>IE</sup>**

Pharmacien

Ex-interne des Hôpitaux de Paris

22, Rue du Landy

St-OUEN (près Paris)

### Dosage :

1 cm<sup>3</sup>, = 0 gr. 54 d'iode  
1 capsule  
1 cuiller à café  
d'émulsion } = 0 gr. 20 d'iode  
1 comprimé = 0. gr. 04 d'iode

LIPIODOL à 20 %

LIPIODOL à 10 % Ascendant



*La Lancette Française***GAZETTE DES HOPITAUX****CIVILS ET MILITAIRES****PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI****ADMINISTRATION ET RÉDACTION :****49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6<sup>e</sup>. Tél. : Danton 48-31.****PUBLICITÉ : M. A. THIOILLIER, 446, boulevard Raspail, PARIS (6<sup>e</sup>) - Téléph. : Littré 54-93.****PRIX DE L'ABONNEMENT****FRANCE**

3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.

*Etudiants : 25 francs par an.*

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

**ETRANGER**

Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.

Tous les autres pays : 75 francs.

**SOMMAIRE****TRAVAUX ORIGINAUX***Nature et traitement de la sclérodermie. Recherches expérimentales. Résultats thérapeutiques, par M. le professeur R. LERICHE (de Strasbourg).***SOCIÉTÉS SAVANTES***Société médicale des hôpitaux. — Société de chirurgie. — Société de médecine militaire française.***CHRONIQUE***Le XV<sup>e</sup> Salon des médecins, par R. L. S.***INTÉRÊTS PROFESSIONNELS***La protestation des étudiants contre l'envahissement par les médecins étrangers, par F. L. S.**Un communiqué de la Corporative.***LIVRES NOUVEAUX****NOTES POUR L'INTERNAT***Dilatation du cœur. Causes. Signes. Diagnostic (fin).*

Pitié : titulaire, M. Bozo; adjoint, M. Chatellier; assistant, M. Vincent.

Saint-Antoine : titulaire, M. Thibault; adjoint, M. Lacaisse; assistant, M. Marie.

Cochin : titulaire, M. Maurel; adjoint, M. Fleury; assistant, M. Omnès.

Lariboisière : titulaire, M. Rousseau-Decelle; adjoint, M. Lattès; assistant, M. Vrasse.

Beaujon : titulaire, M. L'Hirondel; adjoint, M. Sassier.

Tenon : titulaire, M. Lacronique; adjoint, M<sup>me</sup> Papillon; assistant, M. Mesnard.

Laennec : titulaire, M. Darcissac.

Broussais : titulaire, M. Crocquefer.

Bichat (boulevard Ney) : titulaire, M. Raison.

Boucicaut : titulaire, M. Fargin-Fayolle.

Vaugirard : titulaire, M. Vilensky.

Enfants-Malades : titulaire, M. Gornouec; adjoint, M. Houzeau.

Bretonneau : titulaire, M. Izard.

Trousseau : titulaire, M. Lemerle; adjoint, M. Maleplate (à titre provisoire et exceptionnel).

Hérold : titulaire, M. Ruppe.

Enfants-Assistés : titulaire, M. Boissier; assistant, M. Chapotel.

Bicêtre : titulaire, M. Richard.

Brévannes : titulaire, M. Nespoulous; assistant, M. Gencel.

Champrosay (sanatorium) : titulaire, M. Fleury.

— PRIX FILLIOUX. — Jury : MM. Moulonguet, Huet, Halphen, Sainton, Alglave.

— PRIX CIVILE. — Jury : MM. Milian, Guillaïn, Lereboullet, Baumgartner, Chevrier.

— CONCOURS DE L'INTERNAT. — Oral. — Séance du 31 janvier. — Questions données : « Symptômes et diagnostic du

**INFORMATIONS****HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX (admissibilité).** — Candidats : MM. Audouin, Aurousseau, Blondin (Sylvain), Chabrut, Cordier, Couvelaire, Dreyfus-Le Foyer, Dufour, Gérard-Marchant, Gosset (Jean), Guillot, Hepp, Lecœur, Longuet, Mouchet (Alain), Padovani, Patel, Sauvage, Sicard (André), Vuillième.— **CONCOURS D'ÉLECTRO-RADIOLOGISTE DES HÔPITAUX.** — Un concours pour la nomination à deux places d'électro-radiologiste des hôpitaux sera ouvert le jeudi 21 mars 1935, à 16 h., à la salle des concours de l'administration, 49, rue des Saints-Pères.

MM. les docteurs en médecine qui désireront prendre part à ce concours devront se faire inscrire au bureau du Service de santé de l'administration, 3, avenue Victoria, tous les jours, les dimanches et jours de fêtes exceptés, de 14 à 17 h., du jeudi 21 février au lundi 4 mars 1935 inclusivement.

— **CONSULTATIONS DENTAIRES.** — Constitution des cadres du personnel médical des consultations dentaires :

Saint-Louis : stomatologiste titulaire, M. Schaefer; adjoint, M. Dechaume; assistant, M. Bertrand.

Hôtel-Dieu : titulaire, M. Béliard; adjoint, M. Lebourg; assistant, M. Duffieux.

**EXTRAIT DE MALT FRANÇAIS  
DÉJARDIN****Bière de Santé - Eupeptique - Galactagogue**

cancer de la tête du pancréas. — Causes, signes et diagnostic du phlegmon périnéphrétique. »

M<sup>lle</sup> Casalis, 15,41; MM. Zarachovitch, 18,41; Albrecht, 13,77; Basset, 20,66; Jouon, 19,88; Tiffeneau, 22,44; M<sup>lle</sup> Picard, 20,77; MM. Gaquière, 23,44; Ebstein, 20; Soulard, 21.

**FACULTÉS DE MÉDECINE. — PARIS. — Prix Saintour.** — Le sujet désigné par la Faculté pour l'année 1935 est le suivant : « Les scléroses pulmonaires tuberculeuses. »

Les mémoires doivent être déposés au secrétariat de la Faculté, de 14 à 16 h., jusqu'au 15 octobre 1935, dernier délai, sans désignation d'auteur.

Chaque mémoire devra porter une épigraphe ou devise apparente qui sera rappelée sur un pli cacheté contenant le nom et l'adresse de l'auteur.

La valeur du prix Saintour 1935 est de 6.000 fr.

**LÉGION D'HONNEUR.** — Sont nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

**PENSIONS.** — *Au grade de chevalier.* — MM. les docteurs Herding (de Reims), Moïse Haller, chirurgien expert au ministère des Pensions.

**MÉDAILLE DE JENNER.** — La Société royale de médecine de Londres vient de décerner la médaille de Jenner à Sir George Buchanan, l'éminent président de l'Office international d'hygiène publique, à Paris, et vice-président de la section d'hygiène de la Société des Nations.

La médaille de Jenner, « décernée à la personne ayant, par ses travaux et son activité, rendu les plus éminents services à l'humanité », n'a été, depuis sa fondation en 1916, décernée qu'à sept titulaires parmi lesquels, en France, notre grand Laveran.

**ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS.** — M. le docteur Thuillier, reçu 10<sup>e</sup> au concours de médecin des asiles de 1934, est nommé médecin chef de service à l'asile public d'aliénés de Vauclaire (Dordogne), en remplacement de M. le docteur Donnadiou, mis à la disposition du résident général de France au Maroc.

**LA GRIPPE.** — La grippe qui sévit un peu partout en France depuis trois semaines a pris des proportions importantes à Sens et Angoulême notamment où la garnison et la population ont été très éprouvées.

**COLLÈGE DE FRANCE.** — Le docteur Etienne Burnet, expert à la Société des Nations, ancien directeur adjoint de l'Institut Pasteur de Tunis, commencera ses leçons au Collège de France le mercredi 6 février, à 18 h., et les continuera les samedis et mercredis suivants, à 18 h. 15.

Sujet : « La lèpre, médecine expérimentale et médecine sociale. »

**AVIS DE VACANCE.** — La vacance du poste de directeur du bureau municipal d'hygiène de Poitiers est déclarée ouverte. (J. O., 2 fév. 1935.)

## RENSEIGNEMENTS

**A VENDRE D'OCCASION en bloc ou en partie :**

13 MACHINES MÉCANOTHÉRAPIQUES système Zauder pour toutes les parties du corps et des membres, 5.000 fr. belges.

3 BEAUX BANCs DE MASSAGE, 600 fr. belges pour les 3.

3 BEAUX APPAREILS POUR BAINS D'AIR CHAUD de différentes grandeurs, résistances électr. jusqu'à 120°, 600 fr. belges pour les 3.

Prof. Delvaux, 61, rue de Trèves, Bruxelles (Belgique).

**NÉCROLOGIE.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Jean Laurent, conseiller général de Paimpol, décédé à Plouëzec; Joulia, chef du bureau municipal d'hygiène à Carcassonne.

## INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

### LA PROTESTATION DES ÉTUDIANTS CONTRE L'ENVAHISSEMENT PAR LES MÉDECINS ÉTRANGERS

Nous avons trop souvent signalé le danger que font courir à notre profession les « fissures » de la loi Armbruster, pour ne pas nous associer aux légitimes protestations que les étudiants en médecine de France viennent d'élever avec un ensemble vraiment impressionnant.

Et tout d'abord, il faut préciser qu'il ne s'agit pas d'un mouvement de xénophobie. Il y a un intérêt national à accueillir les travailleurs étrangers dans nos cliniques et nos laboratoires. Personne ne discute ce point. Tout le monde sait que nos meilleurs amis à l'étranger sont précisément les médecins qui ont travaillé en France.

Ce que les étudiants ne peuvent accepter, car il s'agit de leur avenir, c'est l'inscription en masse des étrangers (50 % à Paris, jusqu'à 70 % en province), c'est l'abus des équivalences, c'est l'installation provisoire ou définitive, trop facile, en France.

Les étudiants français demandent avec raison une application stricte de la loi Armbruster, et surtout l'extension à la médecine de la loi du 19 juillet 1934, sur l'exercice des professions par les étrangers.

La loi du 19 juillet 1934, rappelons-le, dispose qu'un étranger ne peut pendant les dix années qui suivent sa naturalisation, être nommé à des fonctions publiques rétribuées par l'Etat, être inscrit à un barreau ou être nommé titulaire d'un office ministériel. Un projet de loi déposé au début de l'année par M. René Dommange étend les dispositions de la loi du 19 juillet 1934 à la médecine.

Cette loi de protection enfin votée, la question de la pléthore ne sera pas résolue. Elle a des causes plus graves encore. Il faudra bien parler des bacheliers fabriqués en grande série « à la Ford », et aussi des nombreux moyens qui existent pour permettre aux primaires de tourner le baccalauréat. Nous y reviendrons.

F. L. S.

### UN COMMUNIQUÉ DE LA CORPORATIVE

« L'Association corporative des étudiants en médecine de Paris, seule reconnue d'utilité publique, tient à donner les précisions suivantes :

Elle a toujours été la promotrice des campagnes de protection efficace des étudiants en médecine et médecins français, en union étroite avec les représentants qualifiés des divers groupements, et cela sans aucune préoccupation politique ou confessionnelle.

Si elle est d'accord avec les manifestants sur le principe des revendications actuelles, elle poursuit activement son action auprès des pouvoirs publics, en dehors de toute manifestation de la rue.

Elle agit à l'heure présente auprès du Parlement pour le vote rapide des propositions de loi Dommange et Cousin.

Pour le comité :

Le président : Signé : A. DOMART. »

Néuralgies  
Névrites

**BROMÉINE MONTAGU**

**OUATAPLASME**

du **D' LANGLEBERT**  
PANSEMENT COMPLET  
Phlegmasi. e., eczémas, brûlures, etc



Huile non Caustique

# LENIFÉDRINE

Huile Végétale Antiseptique

à l'Oléate d'Éphédrine

---

SPÉCIFIER DOSAGE	{	FAIBLE	0.50 %
		FORT	1 gr. %

---

ÉCHANTILLONS :  
L. GAILLARD, Pharmacien  
26, Rue Pétrelle, Paris (9<sup>e</sup>)

*Se fait en*  
*Solution et en Rhino-Capsules*



## VOIES RESPIRATOIRES :

# LE RÉSYL

*asséchant bronchique  
et désinfectant de la muqueuse.*

**Diminue la toux,  
Réduit l'expectoration,  
Relève l'état général.**

SIROP — COMPRIMÉS — AMPOULES

# LA CORAMINE

*tonicardiaque et eupnéique*

*Relève la pression sanguine, raffermi le poul.  
Rend la respiration plus aisée et plus profonde.*

**Diminue la dyspnée,  
Maintient le potentiel nerveux  
Tonifie le cœur,**

GOUTTES : XX à C PAR 24 HEURES  
AMPOULES : 1 à 10 cc. PAR 24 HEURES

---

Laboratoires CIBA, O. Rolland, Ph<sup>ci</sup><sup>en</sup>, 109-113, Boulevard de la Part-Dieu, Lyon



## NATURE ET TRAITEMENT DE LA SCLÉRODERMIE

### RECHERCHES EXPÉRIMENTALES. RÉSULTATS THÉRAPEUTIQUES

Par M. le professeur RENÉ LERICHE.

J'ai observé jusqu'ici 46 cas de sclérodémie. J'en ai opéré 32.

Avec Fontaine, j'ai examiné avec soin les facteurs vasculaire et sympathique de la maladie. En 1929, nous avons présenté à la Société de Dermatologie de Strasbourg une étude des lésions des ganglions sympathiques, d'après les pièces enlevées opératoirement et nous avons à différentes reprises attiré l'attention sur les résultats extraordinaires des opérations sympathiques combinées dans certains cas.

En 1931, à la suite des dosages de calcium sanguin entrepris par Pautrier et Zorn, qui montraient dans la sclérodémie une hypercalcémie presque habituelle, et des résultats confirmatifs obtenus dans mon service par Jung et Shinassi Hakki, j'ai émis l'hypothèse que la sclérodémie était peut-être bien une maladie d'origine parathyroïdienne, avec intermédiaire sympathique, et avec Jung, j'ai fait quelques opérations parathyroïdiennes chez des sclérodémiques. Les résultats obtenus, très voisins de ceux donnés par les opérations sympathiques, mais peut-être moins complets dans des cas graves, ont apporté une première vérification de l'hypothèse.

En 1932, Hans Selye a publié les résultats obtenus chez de jeunes rats de sept à quinze jours, injectés quotidiennement avec 5 à 10 unités de parathormone Collip. Au bout de trois jours, 20 % des animaux présentaient des modifications cutanées qui, anatomiquement, ressemblaient singulièrement aux lésions de la sclérodémie humaine.

Dès que j'ai eu connaissance des résultats de Selye, j'ai demandé à Jung de mettre des animaux en expérience. Voici ce qu'il a obtenu, avec l'aide de Sureyya Cémil, en employant soit la parathormone de Collip, soit la parathyrone de Byla.

Il a tout d'abord essayé chez un jeune cochon. En quinze jours, il est apparu, à l'endroit des injections, une plaque cutanée, dure, sèche, où les poils étaient rares. Histologiquement, on y constata une légère infiltration œdémateuse autour des pelotons vasculaires des papilles dermiques. Mais, chez les gros animaux, il faut injecter de trop fortes doses d'extrait parathyroïdien, pour que l'on puisse poursuivre longtemps l'expérience.

J'ai donc conseillé à Jung d'utiliser, comme Selye, de jeunes rats; de quelques jours, avec de petites doses (un centimètre cube) d'extrait. Dans ces conditions, le plus habituellement, dès le 3<sup>e</sup> ou le 4<sup>e</sup> jour, nous avons vu la peau s'épaissir et s'infiltrer. Sa surface est devenue sèche et a desquamé finement. Les poils s'y développaient mal et restaient petits. Chez les animaux ayant déjà des poils, ceux-ci tombaient, surtout sur la nuque et sur le dos, en plaques ou de façon diffuse. Puis, peu à peu, la maladie a paru guérir, et la peau est redevenue normale.

En dosant le calcium de la peau, Jung a trouvé que la teneur en a doublé ou triplé (0 gr. 652 pour 1000 chez un témoin, 2 gr. 139 pour 1000 chez un injecté), même avec des doses faibles. Parallèlement, il y a augmentation de pourcentage de l'eau dans la peau. Mais si l'on attend quelques jours pour faire l'examen, tout en continuant les injections (20-25 jours), on ne trouve plus que des chiffres normaux de calcium et d'eau.

Il y a guérison spontanée et retour à la normale.

L'examen histologique de la peau a montré dans une première phase une infiltration dermique marquée; dans la seconde, la destruction du derme, l'étouffement des annexes dermiques, et une infiltration calcaire diffuse; dans une troisième, une large prolifération conjonctive du derme, avec amincissement de l'épiderme.

Etant donné ces résultats, j'ai prié mon ami Pautrier de bien vouloir contrôler nos résultats. Il avait vu quelques-uns des animaux. Il a examiné les coupes de Jung, ainsi que son chef de laboratoire Woringer. Les interprétations que nous donnons, Jung et moi, sont faites d'accord avec eux.

Il est donc certain qu'avec l'extrait parathyroïdien, on obtient, chez les jeunes rats, une maladie cutanée qui, cliniquement et anatomiquement, se rapproche beaucoup de la sclérodémie humaine.

Elle n'en diffère vraiment que par la durée d'évolution. La sclérodémie humaine est une maladie fatalement progressive. La sclérodémie expérimentale du jeune rat est une maladie évoluant en quelques semaines.

Faut-il s'arrêter et ne pas conclure, à cause de cela ? Je ne le pense pas.

Dans les recherches expérimentales sur les glandes à sécrétion interne, il est généralement impossible de se placer dans les conditions organiques préalables de la maladie humaine. Celle-ci se prépare lentement. Quand elle apparaît, il y a longtemps (je parle des maladies chroniques, mais même dans les maladies aiguës, il en est souvent ainsi) que se sont faites des modifications tissulaires invisibles pour nous. Le début de la maladie clinique est toujours une conclusion. Elle n'est jamais un commencement.

Dans la condition expérimentale, surtout par injections, c'est sur un organisme sain que l'on agit. L'attaque est brusque. Un trouble peut apparaître, mais très rapidement, l'appareil hormonal (je dis appareil et non glande) intéressé s'adapte, modifie son activité puisque l'organisme a déjà sa dose d'hormone, change peut-être les valeurs de ses sécrétions, fait peut-être des réserves, et l'équilibre est bientôt rétabli. Ainsi se corrige spontanément l'hyperhormonie réalisée expérimentalement pour un instant.

Cette facilité d'adaptation du travail hormonal aux besoins réels de l'organisme est une des lois qui dominent la vie endocrinienne. C'est un grand avantage pour l'individu, mais c'est grand dommage pour l'expérimentateur, car cela rend difficile l'étude de certaines maladies endocriniennes.

Peut-être faudrait-il essayer de supprimer les mécanismes de régulation, par lesquels se fait cette adap-

tation. Mais ils sont complexes, et nous ne les connaissons pas tous. Il n'y a pas que le mécanisme nerveux, et celui-ci, quand nous croyons l'avoir atteint, après un temps perdu très court, est remplacé par le jeu des cellules ganglionnaires intratissulaires qui rétablissent un automatisme correcteur du trouble provoqué. En somme, nous ne réussissons jamais à énerver une glande et à l'isoler. Dans toutes ces questions, nous avons l'esprit faussé par ce que nous savons du système nerveux de la vie de relation. Ses nerfs sont terminaux, étroitement spécialisés, sans suppléance. Leur disposition est merveilleuse pour l'anatomiste. Elle est déplorable pour la vie, puisqu'un rien les paralyse et a des effets irréparables. Le système végétatif, antérieur dans l'espèce, est infiniment mieux compris pour les besoins de l'existence. Il est tout en anastomoses et en suppléances. C'est parfait pour la vie, mais désastreux pour nous.

Je m'excuse de cette digression destinée à faire comprendre les difficultés de la recherche dans l'ordre des endocrines, et à faire saisir que, sans doute, pour longtemps, il y aura encore beaucoup de choses au delà des faits expérimentaux.

\*\*

J'en reviens à l'hyperparathyroïdisme. Il y a donc eu, dans les expériences de Jung, correction spontanée de l'hyperhormonie et guérison des lésions produites.

Malgré ce résultat, je pense que l'adaptation n'est probablement que temporaire, et qu'il serait intéressant de poursuivre pendant longtemps l'injection de parathormone. On aboutirait, sans doute, à créer des états pathologiques stables. Il serait curieux de voir si, au stade sclérodermique, ne succéderaient pas à la longue des lésions artérielles.

L'hyperparathyroïdisme ne se limite, en effet, sûrement pas à la production d'une seule maladie type, comme la maladie de Recklinghausen. La viciation de l'appareil régulateur du métabolisme calcique produit des désordres multiples portant sur toutes sortes de tissus ; car tous ont plus ou moins besoin d'un équilibre calcique. C'est sans doute pour cela que nous voyons si souvent la sclérodermie associée à la maladie de Raynaud et à la polyarthrite déformante.

Il est d'ailleurs vraisemblable que dans ces maladies, le signe sanguin de l'hyperparathyroïdie, l'hypercalcémie, est intermittent, passager et sujet à retour, car il est dans le génie de toutes les maladies chroniques de procéder par poussées, de n'avoir pas une marche continue. En tout cas, il est bien certain que dans la sclérodermie, la surcharge calcique du sang, et la saturation calcique des tissus faiblement vascularisés, correspond à des ostéolyses squelettiques, et c'est pour cela que chez ces malades, les extrémités finissent par s'effiler, se résorber, disparaître, sans qu'il y ait élimination.

Si ce que nous appelons sclérodermie est, à certains points de vue, dans l'ordre semeiologique surtout une maladie de la peau, elle est primitivement une maladie squelettique, le squelette libérant sans cesse du calcium, anormalement, sous l'influence de l'hyperparathyroïdie, s'appauvrissant et s'usant sans recons-

truction, tandis que le calcium en partie lève le tissu conjonctif et le derme.

Tout ceci, une expérimentation prolongée pendant plusieurs années nous le montrerait sans doute. Malheureusement, c'est une recherche difficile et onéreuse.

\*\*

Pour l'instant, contentons-nous de ce que nous avons obtenu.

Il est certain qu'avec la parathormone, on obtient assez facilement une maladie qui a les caractères de la sclérodermie humaine, sauf la chronicité. Et cela justifie, me semble-t-il, l'hypothèse que j'avais formulée, en 1931, en me déclarant prêt à la vérifier chirurgicalement, ce qui avait, alors, paru à beaucoup une simple fantaisie.

Je ne prétends pas, loin de là, que le problème de l'origine de la sclérodermie est résolu. Il est singulièrement complexe, ce problème, du fait de la multiplicité des aspects cliniques et des symptômes, du fait de la multiplicité des facteurs étiologiques qui paraissent jouer dans la production de la maladie. Mais nous avons actuellement des possibilités d'orientation au milieu de ce chaos.

*La sclérodermie n'est pas une maladie de la peau. Ce n'est pas une maladie sympathique. Ce n'est pas davantage une vague maladie neuro-endocrinienne, polyendocrinienne. Elle est essentiellement une maladie parathyroïdienne, qui dysharmonise le métabolisme du calcium, libère celui-ci du squelette, le met en mouvement dans les humeurs, sans que l'élimination en soit accrue, le déposant dans les tissus, troublant ainsi le jeu physiologique du tissu conjonctif, donc du derme, celui des vaisseaux dont les plus petits paraissent s'oblitérer, faisant probablement de la sclérose périnerveuse — et finalement dérégulant d'autres endocrines, la surrénale à peu près sûrement, l'hypophyse peut-être.*

On comprend dès lors pourquoi jusqu'ici, la dermatologie pouvait être déroutée.

Mais qu'est-ce qui trouble initialement l'activité parathyroïdienne ?

Un fait est certain ; la sclérodermie est surtout une maladie des femmes. Sur 34 observations complètes, je compte 31 femmes et 3 hommes. Fréquemment, chez ces femmes, la maladie est apparue après un accouchement, après une ménopause anticipée, après la castration chirurgicale ou radiologique. Certainement, la suppression des fonctions ovariennes, ou leur trouble, est un des facteurs de la maladie. Elle a certainement une action vasculaire, et certainement une action sur le métabolisme calcique.

Cette action est-elle directe ? Je ne le pense pas.

De plus en plus, les glandes hormonales nous apparaissent comme interdépendantes, s'influençant l'une l'autre. Quand, après une castration, il apparaît de l'hypertension, on doit penser que la surrénale a été modifiée par la suppression ovarienne. Quand il apparaît un trouble du métabolisme calcique, c'est certainement parce que les parathyroïdes en ont subi un contre-coup.



Chez l'homme, nous ne savons pas si le facteur suppression testiculaire intervient, parce que les observations de castration double sont rares. Il est fort possible qu'il y ait des castrations physiologiques méconnues. Je n'en ferais pas l'hypothèse, si je n'avais pas reçu de M. Brochet, docteur en médecine et vétérinaire à Paris, le très intéressant renseignement suivant, à l'occasion d'un article publié dans la *Presse Médicale* sur la vie du tissu conjonctif : « Tous les charcutiers savent, m'écrivait-il, que les vieux verrats sont routés. Routés ? C'est ce que les vétérinaires appellent sclérodémie. Il y a là, sous une influence hormonale, une métaplasie formidable (je vous assure que le mot n'est pas exagéré) du tissu conjonctif. »

Ce serait à voir expérimentalement.

Dans beaucoup de cas, on invoque à l'origine de la sclérodémie des facteurs infectieux. Il est vraisemblable que s'ils agissent, c'est par le détour hormonal. La sclérodémie est le type de la maladie endocrinienne. C'est une maladie générale, atteignant bien autre chose que la peau.

La manifestation cutanée, si diverse morphologiquement, n'est qu'une traduction extérieure très apparente de ce qui se passe dans l'intimité des tissus. On comprend très bien, quand on connaît la maladie, qu'on se soit acharné à l'analyser dans tous ses détails morphologiques. Mais, certainement, cela ne peut plus suffire. On ne peut plus rattacher à la lésion dermique tout ce qui l'accompagne : les troubles vasomoteurs, le syndrome de Raynaud, si souvent associés, les apparences d'arthrites rhumatismales, les résorptions de phalanges sans élimination, simple effet d'une ostéolyse lente, continue, qui, conséquence directe de l'hyperhormonie, est à la base de l'hypercalcémie et de la sclérodactylie, et enfin ces dépôts calcaires multiples, sur lesquels Thibierge et Weissenbach ont attiré l'attention, et que l'on rencontre de façon si banale.

Si nous pensons physiologiquement devant cette maladie, tout, ou du moins presque tout, s'éclaire actuellement dans sa complexité. Je dis presque tout. Il y a, en effet, dans sa symptomatologie normale, des éléments dont nous ne pouvons pas encore discerner le mécanisme.

Ainsi les troubles de la pigmentation. Ceux-ci sont presque constants dans la sclérodémie généralisée, il y a un singulier mélange de dépigmentation et de pigmentation, notamment sur le thorax et l'abdomen sous-ombilical, contrastant avec une teinte bronzée des membres.

Est-ce une conséquence de ces petites lésions nerveuses que l'expérimentation reproduit ? Ne faut-il pas y voir plutôt une atteinte naturelle de ce plan neurotropho-pigmentaire que Borrel a décrit dans la peau, et que les études de P. Masson et de Pautrier ont remis à l'ordre du jour ? C'est ce que je pense, mais cela mériterait une étude systématique.

Il est à noter que ces troubles de la pigmentation ont parfois une singulière évolution. J'ai examiné, il y a 2 ans, une malade atteinte de sclérodémie très avancée, évoluant depuis 1912. Elle m'affirma que quelques années avant, après deux jours de diarrhée très intense, purement séreuse, survenue brusquement,

une pigmentation très intense du thorax et du ventre avait brusquement disparu, et de fait, la coloration de sa peau était presque normale.

De même, on ne comprend pas pourquoi chez presque tous les sclérodermiques, quand on leur fait des stlectomies, on trouve dans le cou de nombreux ganglions lymphatiques, petits, rouges, noirâtres, que je n'ai vus que dans ces cas. Histologiquement, on n'y a jamais observé que de l'hyperhémie banale.

Nous nous expliquons mal aussi l'extraordinaire atrophie musculaire de certains malades. J'ai vu la paroi abdominale réduite à la minceur d'une lame de carton. En incisant, pour faire une sympathectomie, du premier coup, j'entrai dans le péritoine : la paroi n'avait certainement pas un quart de centimètre d'épaisseur.

Il est plus facile de comprendre pourquoi certains sclérodermiques ont de la dysphagie, des douleurs médiastinales, des troubles laryngés. C'est tout le tissu conjonctif qui est atteint et raréfié. Il n'y a pas que celui des membres qui soit en voie de disparition.

Quant aux dépôts calcaires sous-cutanés (1), qui se font avec prédilection autour des phalanges, au niveau de la 3<sup>e</sup> en particulier, et surtout dans les zones de faible vascularisation (crête cubitale, région olécrânienne), je les crois assez banals. J'en ai vu de nombreux exemples et même en dehors de la sclérodémie, notamment dans une maladie de Raynaud avec hypercalcémie. Ils sont la signature de l'hyperparathyroïdie et de l'ostéolyse. Ils vont de pair avec la sclérodactylie, avec l'amincissement des phalanges, qui mutilent les malades sans élimination.

Et malheureusement, les traitements chirurgicaux ne les font pas disparaître. Ils les empêchent d'augmenter. Ils ne les suppriment pas.

Je ne puis m'étendre plus sur l'extraordinaire sémiologie de ces malades. J'ai cependant recueilli de curieux documents avec mes 46 observations.

Mais ce serait trop long.

Je voudrais seulement insister sur la fréquence, sur la banalité, dans les sclérodermies diffuses, de l'association, de la succession Raynaud-Polyarthrite-Sclérodémie. On a l'impression que ces trois maladies font partie d'un même cycle. D'habitude le Raynaud disparaît au bout d'un an ou deux. Les polyarthrites restent au contraire. Les genoux sont gros, hydarthrosiques, douloureux, les tibio-tarsiennes, les poignets sont pris. Mais le type n'est généralement pas ankylosant.

Ces arthropathies peuvent parfaitement être parathyroïdiennes à l'origine, l'hyperparathyroïdie faisant de l'ostéolyse au niveau des épiphyses.

Quant au syndrome de Raynaud, je crois qu'il est lui aussi provoqué par l'hyperparathyroïdie dans ces cas. Celle-ci certainement influence le sympathique et en augmente le tonus. Chez certains hyperparathyroïdiens, il y a des troubles vasomoteurs, avec refroidissement périphérique et cyanose. Une parathyroïdectomie fait cesser ces troubles et produit une hyperthermie périphérique, ressemblant beaucoup à celle

(1) Ils ont été bien étudiés dans la Thèse de Marianne Basch, Paris 1932.

que donne une sympathectomie, mais moins durable.

Je ne pense pas que l'on puisse considérer la sclérodermie comme une trophonévrose sympathique. Fontaine a autrefois (1929) examiné des ganglions prélevés au cours de sympathectomies chez des sclérodermiques. Ils ne présentaient que des lésions banales d'inflammation chronique, de sclérose, de dégénérescence pigmentaire ou vasculaire, et parfois ils étaient tout à fait sains.

Tout porte à croire que le sympathique est simplement un des intermédiaires du mécanisme de la maladie. Et c'est sans doute pour cela que les sympathectomies sont très efficaces.

Je voudrais en outre signaler que chez les sclérodermiques, les artères de petit et de moyen calibre sont toujours friables et cassantes. Quand j'opère un sclérodermique, par stellectomie, j'ai toujours peur qu'un écarteur ne rompe la thyroïdienne ou la vertébrale. J'ai vu deux fois la thyroïdienne se rompre, et l'hémostase n'a pas toujours été facile, à cause de la friabilité de la paroi artérielle, qu'une ligature un peu brusque coupe infailliblement. C'est un détail qui mériterait des recherches anatomo-pathologiques.

\*  
\*  
\*

J'ai hâte d'en venir à la question du traitement. Depuis l'année 1922 où j'ai proposé d'appliquer la sympathectomie à la sclérodermie, j'ai opéré 32 malades. J'ai refusé d'en opérer un certain nombre, parce que trop gravement atteints, avec des états vraiment irréversibles. Quelquefois j'ai dû céder aux instances d'une famille voulant avoir tout fait. Je n'ai jamais rien obtenu dans ces cas désespérés. Il faut savoir refuser, et choisir ses indications.

Quels cas faut-il ne pas toucher ?

D'abord, les sclérodermies généralisées évoluant depuis très longtemps, ayant produit de véritables modifications.

Ensuite, les sclérodermies généralisées ayant gardé le type œdémateux au niveau des mains et des pieds. L'expérience m'a appris dans ces cas, qu'on n'obtient pas grand-chose, même avec des opérations combinées.

Enfin, les sclérodermies s'accompagnant de teint bronzé, de grande faiblesse, qui donnent à penser, à tort ou à raison, qu'il y a une sorte d'addisonisme surajouté. J'ai vu des malades ainsi atteints mourir moins d'un an après des interventions qui les avaient beaucoup soulagés.

Je pense qu'on peut opérer les autres cas. Mais il est bon de savoir que dans les formes à évolution rapide — celles qui ne mettent qu'un an à faire un grand infirme — on échoue souvent.

Les meilleurs cas sont les formes lentes, généralisées certes, mais incomplètement, — je veux dire par là à manifestations multiples plutôt qu'à généralisation, face, cou, membres supérieurs, mais respectant le ventre par exemple — même si elles ont commencé depuis plusieurs années.

Quelle opération faut-il faire ?

S'il y a hypercalcémie, s'il s'agit de formes peu intenses, chez des femmes jeunes, ou des jeunes filles,

n'ayant pas encore de grandes lésions, l'ablation d'une parathyroïde, ou la résection du bouquet de division des deux artères thyroïdiennes inférieures, peut donner de très beaux résultats. Jung et moi avons revu une malade, très améliorée, presque guérie 3 ans après l'intervention — une autre très améliorée au bout de deux ans (1).

Mais je pense que le plus souvent, il est mieux d'adjoindre à l'opération parathyroïdienne, des opérations sympathiques, sympathectomies péri-artérielles, s'il s'agit de malades jeunes, n'ayant pas de lésions trop avancées, gangliectomies si les lésions sont très intenses et anciennes.

Faut-il toujours faire une opération parathyroïdienne ?

Je ne puis pas le dire. Au début, avec Fontaine, et pendant des années, je n'ai fait que des opérations sympathiques ; et nos premières malades sont remarquablement guéries.

Chez trois d'entre elles, opérées en 1924 ou 1925, nous avons eu d'extraordinaires transformations qui se sont accusées d'année en année, et actuellement, après 9 ans, on peut parler de guérison. J'ai revu une de ces malades ces jours-ci. Fontaine et moi lui avions fait, le 5 mai 1925, une ramisection cervicale basse à gauche. Le 19 mai, une ramisection à droite et une sympathectomie péri-humérale gauche, puis, le 21 mai, une sympathectomie humérale droite. A l'heure actuelle, et depuis 1929, sa peau est souple, la malade ferme la main, plie les doigts, fait son ménage et coud. On peut vraiment parler de guérison. Personne actuellement ne ferait, en la voyant, le diagnostic rétrospectif de sclérodermie.

La femme d'un médecin, opérée en 1932 par stellectomie, m'a écrit ces jours-ci que son état s'améliore d'année en année.

Donc les opérations sympathiques peuvent suffire, surtout si la sclérodermie n'est pas absolument généralisée.

Mais tout de même, j'ai l'impression que les résultats sont plus sûrs, plus complets, quand on associe opérations sympathiques et parathyroïdectomie.

Le cas suivant fera comprendre ce que je veux dire : une malade de 42 ans, qui m'a été adressée à Lyon par le Professeur agrégé Gate, avec une sclérodermie généralisée grave évoluant depuis 4 ans, a subi une double stellectomie et une double sympathectomie lombaire en 1933 et 1934. Je la revois à Lyon le 23 décembre 1934, dix mois après sa dernière opération.

Elle est considérablement améliorée des mains et des pieds et de la face. Mais la sclérodermie est aggravée au niveau de la peau du thorax inférieur et de l'abdomen sus-ombilical. Les seins sont marmoréens. La région sous-xyphoïdienne est dans une véritable cuirasse, ce qui gêne beaucoup la malade pour s'asseoir. Cette femme travaille, dirige un magasin. Mais elle est gênée, dans les zones que mes sympathectomies ont respectées. J'aurais eu probablement un résultat plus complet, en faisant une parathyroïdectomie au cours des stellectomies.

(1) On trouvera les observations dans la thèse récente de Payrau, Lyon 1934.



Je ne sais pas si les opérations que j'ai faites représentent le traitement définitif de la sclérodermie. Mais certainement elles ont amélioré sinon guéri un nombre appréciable de malades qui étaient de véritables infirmes, qui souffraient et mouraient à petit feu, sans que ni la médecine ni la dermatologie puissent quelque chose pour elles.

Avec une expérience de dix années, je crois pouvoir conclure que la sclérodermie est une maladie chirurgicale.

## SOCIÉTÉS SAVANTES

### SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 14 DÉCEMBRE 1934)

**La primo-infection tuberculeuse chez l'adulte.** — MM. VAUCHER, STRAUSS et SCHNEEGANS (de Strasbourg). Trois observations de trois jeunes filles dont la cuti-réaction avait été trouvée négative quelques mois auparavant et qui ont présenté toutes les trois une tuberculose de primo-infection. Ils insistent sur la fréquence des cuti-réactions négatives chez des sujets jeunes. Sur 232 étudiants de l'Université de Strasbourg, la proportion de cuti-réactions négatives a été de 30.

Ces résultats concordent avec ceux obtenus dans d'autres Universités chez des étudiants et des infirmières.

Il y aurait grand intérêt à utiliser la vaccination par le BCG chez les sujets adultes dont la cuti-réaction et l'intra-dermo-réaction sont négatives.

**Trois cas de brucellose d'origine parisienne.** — MM. GARNIER, CHABRUN et GORSE ont observé en 10 mois trois cas de brucellose dans un service de médecine générale. Evolution vers la guérison. Les auteurs font remarquer le nombre grandissant des brucelloses observées à Paris. Il s'agit de maladies professionnelles, car ces trois cas ont été observés chez des ouvriers travaillant aux abattoirs. Il y a donc en ce point une source de contamination importante.

**Syndrome basedowien et encéphalopathie infantile.** — MM. LABBÉ, BOULIN et UHRY rappellent l'observation publiée antérieurement par eux. L'absence de goitre permettait de discuter l'origine purement encéphalique, sous-thalamique du syndrome par atteinte des centres du métabolisme. La thyroïdectomie a montré que le corps thyroïde avait des dimensions normales, mais qu'il était le siège d'une hyperplasie microscopique du type basedowien. L'hypothèse de l'origine encéphalique de certaines hyperplasies thyroïdiennes est donc possible.

**Paralysie diphtérique à forme vestibulaire.** — MM. KOURILSKY, BARUC et AUBRY. Observation d'un malade atteint, après un épisode infectieux mal déterminé, d'un syndrome vestibulaire aigu bilatéral confirmé par l'examen labyrinthique. Apparurent ultérieurement une paralysie du voile, des muscles du cou et des membres. Donc paralysie diphtérique consécutive à une angine méconnue confirmée par l'ensemencement rhino-pharyngé et sanctionnée par l'effet de la thérapeutique.

**Hypertrophie du thymus. Leucémie monocyttaire aiguë.** — M. MARCHAL, Mlle BRUN et M. GRUPPER. Observation d'un homme jeune ayant présenté quatre périodes cliniques :

a) Phlegmon amygdalien bilatéral ; b) Adénopathie sous-maxillaire et anémie sans leucémie ; c) polyadénopathie et leucémie subaiguë à monocytes ; d) Leucémie aiguë termi-

nale. Les lésions histologiques se résument en leucoblastose généralisée, avec hyperplasie lymphoïde et métaplasie leucoblastique du thymus. La leucémie monocyttaire aiguë serait une variété de la leucémie aiguë ; — mortelle en dépit de tout traitement.

**Néphrose lipéidique et helminthiase.** — MM. MARCHAL, SOULIÉ et GRIGAUT. Néphrose lipéidique, avec ascaridiose, guérie par administration d'un vermifuge. Les auteurs rappellent qu'une trentaine d'observations de néphroses lipéidiques dues à des helminthiases ont été publiées au Brésil. Ils pensent que sous nos climats l'helminthiase peut déterminer des désordres sanguins protido-lipiques susceptibles d'aboutir à la lipéidose rénale.

**Strumite syphilitique.** — MM. DECOURT, BERTRAND et MALINSKY. Observation d'une femme chez qui on porta le diagnostic de maladie de Basedow, en raison de l'existence d'un goitre associé à des signes d'hyperthyroïdie avec élévation du métabolisme basal. Il s'agissait d'un goitre nodulaire, dont la nature syphilitique apparut comme vraisemblable. Le traitement spécifique par le bismuth, indépendamment de toute médication iodée, fit régresser les symptômes d'hyperthyroïdie et abaissa le métabolisme basal, en même temps que la glande reprenait ses dimensions normales.

**Erythème noueux chez les enfants.** — M. COMBY demeure convaincu de l'autonomie de l'érythème noueux. Sur 172 enfants atteints, il a relevé comme causes : des angines aiguës, des entérites, la rougeole et la grippe, des bronchites, la tuberculose, la fièvre typhoïde et la scarlatine, la varicelle et les oreillons. La cuti-réaction à la tuberculose fut positive 35 fois et négative 7 fois.

**Erythème noueux au cours d'une cortico-pleurite tuberculeuse et d'un abcès bismuthique évoluant simultanément.** — MM. FLANDIN, POUMEAU-DELILLE, AUZÉPY attirent l'attention sur les conditions du développement d'un érythème noueux. Chez un sujet de 32 ans spécifique, apparurent une cortico-pleurite tuberculeuse et un abcès bismuthique de la fesse. Ces toxi-infections ont contribué au fléchissement de l'immunité.

**Néphrite aurique.** — MM. OLMER et SARRADON (de Marseille). Cas de néphrite aiguë mortelle survenue après une seule injection de sels d'or.

**Lésions dégénératives du foie au cours du coma diabétique.** — MM. LABBÉ, BOULIN et BALMUS. 4 malades morts de coma diabétique à l'autopsie desquels on a trouvé des lésions de dégénérescence aiguë et massive du foie. Pour les auteurs, cette hépatite aiguë est due à l'intoxication cétonique car, expérimentalement, on peut obtenir des lésions hépatiques chez l'animal, soit en l'intoxiquant avec les acides butyriques, soit en le dépancréatant, en le maintenant en vie avec l'insuline puis en le précipitant dans le coma par sevrage de l'hormone.

(SÉANCE DU 21 DÉCEMBRE 1934)

**Traitement des paralysies diphtériques.** — M. COMBY revient sur la sérothérapie des paralysies diphtériques tardives. Il rapporte qu'il a traité un grand nombre d'enfants atteints de paralysies diphtériques avec un succès constant. Pour lui, les agents physiques et chimiques (courants électriques, strychnine) ont une action incertaine.

Rapport annuel sur la vie et les travaux des membres de la Société décédés : Giraudeau, Louste, L. Bernard, Zoeller, Manquat, Ravaut.

Le professeur Sergent est nommé président.

## SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 5 DÉCEMBRE 1934)

**A propos de l'ostéogénèse.** — M. GOSSET rapporte les expériences de M. Loewy. Celui-ci a pratiqué des greffes muqueuses de l'arbre urinaire. Il a chaque fois obtenu la production d'os dans le muscle. Par contre, lorsqu'il a essayé des transplantations homo-plastiques, il n'a obtenu aucun résultat.

**Cedème aigu du pancréas.** — M. AMELINE apporte une observation personnelle.

**Fibrome du creux poplité.** — M. CADENAT relate cette curieuse observation.

**Plasmocytome ilio-sacré.** — M. MATHIEU rapporte un travail de MM. Sabadini, Montpellier et Chechau (d'Alger). Leur malade présentait une tumeur fluctuante de la région sacro-iliaque, qu'on extirpa. L'examen histologique révèle qu'il s'agit d'un plasmocytome. Des radiographies de tout le squelette montrent alors d'autres localisations. Malgré des séances de radiothérapie, l'état général s'est rapidement aggravé.

M. MATHIEU ajoute un cas de plasmocytome vertébral observé par lui.

**Anesthésie des splanchniques.** — M. C. BLOCH décrit le procédé qu'il emploie pour l'anesthésie loco-régionale nécessaire dans les gastrectomies. Il pratique l'anesthésie du plexus solaire, après avoir effondré le petit épiploon.

M. SAUVÉ a observé des accidents après gastrectomie faite à l'anesthésie locale. Il pense que la quantité de novocaïne injectée est responsable de ces accidents.

MM. BROcq et BRÉCHOT utilisent toujours l'anesthésie loco-régionale pour leurs gastrectomies.

**Septicémies.** — M. SAUVÉ insiste sur la nécessité de traiter toujours la porte d'entrée, si elle est évidente. Dans les streptococcémies, la vaccination paraît susceptible d'amener des poussées, elle n'est donc pas à conseiller. Par contre, la sérothérapie avec le sérum de Vincent paraît susceptible d'amener des améliorations immédiates et même des guérisons définitives. S'il n'a pas d'action, M. Sauvé recommande l'électro-cuprol intra-veineux à haute dose.

Les staphylococcémies ne réagissent à aucun des moyens précédents. L'immuno-transfusion ne donne pas de résultats certains. C'est la bactériophagie intra-veineuse qu'il faut employer.

M. BRÉCHOT confirme les bons résultats de l'électro-cuprol dans les septicémies streptococciques.

M. Robert MONOD attache une grande importance à l'abcès de fixation dans le traitement des septicémies.

M. HEITZ-BOYER insiste sur l'importance des infections prostatiques à l'origine des septicémies à staphylocoques. Le traitement de la lésion prostatique entraîne bien souvent la guérison.

**Arthrodèse pour coxalgie.** — M. RICHARD. Présentation de pièce anatomique.

(SÉANCE DU 12 DÉCEMBRE 1934)

**Ostéogénèse.** — M. Yves DELAGENIÈRE rapporte plusieurs cas d'ossifications au niveau de cicatrices de laparotomie sus-ombilicale et discute le rôle des ostéoblastes.

**Septicémies chirurgicales.** — M. MÉTIVET rappelle l'existence de septicémies survenant à la suite d'interventions chirurgicales sur un foyer septique.

**Tumeurs osseuses.** — M. SORREL montre de belles radiographies de diverses tumeurs osseuses, et l'aspect de disparition osseuse que peut donner temporairement une tumeur à myéloplaxes.

**Fracture du calcanéum.** — M. LAFFITTE (Niort) a opéré trois cas de fractures du calcanéum et insiste sur la nécessité de bien relever le thalamus, d'épargner la semelle plantaire, et de bourrer de gros copeaux osseux pris sur le tibia.

M. SORREL insiste également sur le volume de la cavité calcanéenne à combler.

**Cancer.** — M. DE MARTEL expose ses idées générales sur le cancer.

**Tétanie infantile.** — M. BRAINE rapporte un travail de MM. Jung et Maleux, qui ont traité un cas de tétonie infantile par sympathectomie cervicale, réséquant la chaîne entre les deux ganglions sympathique cervical supérieur et inférieur. La guérison fut obtenue.

**Glissement du sacrum en avant.** — M. MOUCHET présente les radiographies d'un malade qui présente le glissement inverse de celui du spondylolisthésie. Le sacrum a glissé en avant de la cinquième lombaire.

*Présentation de pièce :*

M. MOURE : pièce d'infarctus tubo-utérin.

*Présentation d'appareil et de radiographies :*

M. MERLE d'AUBIGNÉ présente un appareil pour introduction, dans les fractures du col du fémur, de la broche de Kirschner et du clou de Smith Petersen.

## SOCIÉTÉ DE MÉDECINE MILITAIRE FRANÇAISE

(SÉANCE DU 13 DÉCEMBRE 1934)

*Présentations de malades :*

**Un cas de kératodermie blennorragique.** — MM. LE ROCH et BOLOT.

**Un cas de filariose à *Filaria loa* avec œdème glottique.** — M. ANDRIEU présente un malade atteint de loase depuis quatre ans, avec éosinophilie sanguine très discrète et sans microfilaires. La maladie n'a pu être objectivée que par les filaires adultes sous-conjonctivales et par les œdèmes fugaces. Il insiste sur la localisation d'un de ces derniers au niveau de la glotte. Si cet accident est d'une extrême rareté au cours de l'affection, il n'en reste pas moins qu'il est susceptible d'en modifier le pronostic considéré habituellement comme des plus bénins.

*Communications :*

**Une cause d'incertitude de la réaction de Schick : l'affaiblissement du pouvoir toxigène de certains échantillons de toxine diphtérique.** — M. VIALATTE.

**Sur l'exploration radiologique du médiastin : à propos de trois observations.** — MM. DIDIÉE, DELAYE et PICOT estiment que l'exploration radiologique, lorsqu'elle met en évidence une opacité arrondie intra-thoracique, a une valeur de localisation quasi absolue, mais sous la condition stricte d'observer rigoureusement les règles de la technique et notamment de s'appuyer sur la confrontation des images sous des incidences différentes.

A côté des données de topographie, les données de morphologie ne peuvent avoir qu'une valeur indicative quant au diagnostic de nature ; la plus grande réserve dans l'interprétation s'impose. Il faut se garder d'attribuer à l'image, sur la base des autres arguments cliniques, la valeur



d'un signe diagnostique, lorsque des discordances subsistent.

**Disparition d'une leucocytose éosinophile au cours d'une congestion pulmonaire aiguë mortelle.** — MM. FERRABOUX et JAULMES rapportent l'observation d'un sujet colonial porteur d'une leucocytose éosinophile ; au cours d'une congestion pulmonaire aiguë, cette leucocytose disparaît. La mort survient peu après. Les auteurs concluent que l'effondrement du pourcentage des éosinophiles au cours des maladies aiguës a une grande valeur pronostique.

**Appareil digestif et sensibilisation tissulaire.** — M. HENRI, après avoir souligné l'importance des manifestations inhabituelles de l'intolérance digestive (syndrome pseudo-ulcéreux, recto-sigmoïdite grave, hypertension paroxystique, angine de poitrine, etc...) signalées récemment par divers auteurs, analyse le « complexe étiologique » dont elle dépend et distingue, à côté de la cause occasionnelle et déterminante, les facteurs endogènes généraux (humoral et neuro-végétatif) et locaux (microbien et tissulaire) de beaucoup les plus intéressants. Il insiste plus particulièrement sur l'importance de ce dernier, en précisant les caractères de l'insuffisance sécrétoire ou des lésions minimes de la muqueuse, et termine en esquisant une classification à la fois physiopathologique et étiologique des intolérances digestives.

**Polynévrite diphtérique ou pseudotabès postsérothérapique.** — M. AUMENIER.

## CHRONIQUE

### LE XV<sup>e</sup> SALON DES MÉDECINS

Ce quinzième Salon, où sont admis cette année des œuvres de dentistes, de pharmaciens et de vétérinaires, ne le cède en rien pour le nombre et l'intérêt des envois aux précédents Salons.

Installé d'une façon parfaite dans la Galerie des Beaux-Arts, 140, rue du Faubourg-Saint-Honoré, ouvert du 27 janvier au 3 février, le quinzième Salon a reçu, le jour du vernissage, la visite de M. Queuille, et le 1<sup>er</sup> février celle de M. Marin.

Avec la plus grande complaisance, le très aimable P.-B. Malet, secrétaire organisateur de l'exposition, nous a servi de guide : une constatation s'impose... les progrès de beaucoup d'exposants sont visibles, et ceux qui avaient déjà atteint la maîtrise s'y maintiennent de la façon la plus brillante.

Dans la section de peinture, nous avons très vivement apprécié les paysages bretons d'Albert Bezançon, les paysages limousins de Binet du Jassoneix, la *Tonkinoise* et le *Coin d'atelier* d'Yvonne Bourlat, et les envois du docteur Diamant-Berger et du docteur Fay.

Mme Genet expose quatre toiles remarquables d'inspiration et d'exécution, son *Automne* est particulièrement poétique.

# CONSTIPATION SPASMODIQUE CARBATROPINE CHARBON ATROPINÉ

LABORATOIRE  
MONTAGU  
49, Bd de PORT-ROYAL  
PARIS

Tout Déprimé  
» Surmené

Tout Cérébral  
» Intellectuel

Tout Convalescent  
» Neurasthénique

est justiciable  
de la :

6, Rue Abel  
PARIS (12<sup>e</sup>)

NEVROSTHENINE FREYSSINGE

Gouttes de glycérophosphates alcalins (0.46 par XX gouttes).  
XV à XX gouttes à chaque repas. - *Ni sucre, ni alcool.*



CURE DE  
DIURESE  
EVIAN  
SOURCE  
CACHAT  
VOIES URINAIRES, FOIE  
GOUTTE GRAVELLE  
ARTÉRIO-SCLÉROSE

INFECTIONS  
CHRONIQUES

# IODASEPTINE CORTIAL

15, Boule Pasteur  
— PARIS —

Les cinq paysages du docteur Hallé sont excellents, nous nous y attendions ; ceux du docteur Jacquemin et ceux de Mlle Limouzi nous arrêtent longuement ; les marines du docteur Lorentz sont plaisantes et vraies ; les deux paysages de P.-B. Malet évoquent brillamment le charme pittoresque du Gévaudan et du Rouergue. Les six envois du docteur Wignolles (Mawig) sont variés et excellents ; citons les portraits et les natures mortes de Suzanne Mérot, les paysages de Magdeleine Mocquot, les marines du docteur Moure et celles du docteur Oberthur, les émouvantes vues de l'île de Bréhat par le docteur Wilborts et les lumineux paysages méditerranéens du docteur Zicca.

La section aquarelle, pastel et dessin, presque aussi importante que la précédente pour le nombre des œuvres exposées, est son égale pour leur mérite : les trois aquarelles du docteur Bureau sont très décoratives ; nous admirons les pastels du docteur Caboche, les aquarelles pleines de virtuosité du docteur Lucien de Gennes, les charmants paysages du docteur Fraikin, les gouaches de Gurlic, les délicieux souvenirs du Portugal du docteur Rendu et le très beau panneau décoratif de Wilborts.

La sculpture, toujours extrêmement remarquable, nous présente une très belle statue du Général Laperrine du docteur Edgard Bernard, un buste expressif du professeur Barrier par Joseph Malet, les têtes remplies de sentiment du docteur Tuset et les œuvres si belles du docteur Villandre, parmi lesquelles un *Christ en croix* est d'une émouvante beauté.

Une nouvelle section d'art photographique nous permet d'admirer des envois excellents, parmi lesquels nous signalons ceux des docteurs Douyau, Dupuy, Marceron, Medioni et l'impressionnant *Enchantement d'un Vendredi-Saint* par le docteur Thiébaud.

Enfin la section des arts appliqués, où brille la reliure, nous offre les très charmants envois de Mme Albert Gervais, de Mme M.-L. Ferdière, de Mme S. Moineau, du docteur Tardif et de Mme le docteur Germaine Godard, qui a trouvé pour *Knock* une reliure exprimant d'une manière spirituelle et ingénieuse le triomphe de la médecine.

R. L. S.

## LIVRES NOUVEAUX

### La nouvelle Littérature latine du professeur Jean Bayet

Armand Colin présente aux lettrés une nouvelle *littérature latine*, due à M. Jean Bayet, professeur à la Sorbonne, et appartenant à la collection dirigée par M. Cayrou, professeur de Rhétorique supérieure au lycée Louis-le-Grand, sous le nom ambitieux et légitime de *Méthode moderne d'Humanités latines*. Le but unique est de faire comprendre, surtout aux tièdes, pourquoi il faut que la jeunesse étudie la civilisation romaine.

Il m'est impossible ici d'analyser ce superbe volume, qui est une philosophie de l'histoire intellectuelle de Rome depuis ses origines jusqu'au v<sup>e</sup> siècle après Jésus-Christ.

Cependant je dois noter le premier chapitre, qui traite des *origines de la littérature latine* et qui explique la formation historique du peuple latin par toutes les migrations de peuples venus se fixer dans la péninsule dès 1400 avant le Christ ; il y a là, pour un médecin, des pages fort intéressantes sur les antécédents héréditaires des Latins, écrites par un véritable biologiste.

L'exposé de la formation de l'intelligence romaine, avec ses caractères différents de l'esprit athénien, est du plus haut intérêt ; à cela il faut joindre l'étude sur les influences helléniques avec leurs diverses étapes depuis la fin du vii<sup>e</sup> siècle, et sur la *constitution de la littérature gréco-romaine*. Le

théâtre avec Plaute apparaît ici comme le symptôme capital de cette période mi-grecque, mi-romaine.

Il faut opposer par la suite l'époque pendant laquelle les tendances nationales s'affirment avec les résistances du Sénat de Rome, dont le vieux Caton se fit le porte-paroles au nom du peuple paysan du Latium. Les chapitres sur l'*Age cicéronien* nous ont vivement frappé et convaincu de cet axiome que rien dans les études modernes ne pourra remplacer l'étude de Cicéron, ce modèle de nos hommes contemporains. La vie de ce rhéteur, son œuvre, son buste, tout démontre qu'il est un joueur et un grand esprit et qu'il fut le « Maître » de son temps. A côté de lui évoluent le philosophe *Lucrèce*, *César* l'historien, le politique et le général, *Salluste* un politicien, et Varron. Puis c'est la *grande période classique* avec Virgile, Horace et Tite-Live ; la *littérature augustéenne* ; la *littérature claudienne* avec Phèdre, Columelle, Celse cher aux médecins par ses huit livres qui constituent une synthèse d'Hippocrate, Quinte-Curce et Sénèque. Plus tard, après les terribles guerres civiles qui suivirent la mort de Néron, il faut citer le chapitre sur le *nouveau classicisme*, correspondant à un nouvel état d'âme ; là apparaissent au premier plan Pline, Juvénal et Tacite.

Pour terminer l'exposé de ce remarquable ouvrage que nous engageons les médecins à lire et à conserver, je dois féliciter l'auteur d'avoir consacré 200 pages à la *littérature chrétienne* ; ici Tertullien, Ausone, saint Jérôme, saint Augustin prouvent sous la plume de Jean Bayet que, s'ils ont modifié certains excès des mœurs romaines, ils n'ont pas tué la civilisation de l'Empire. Relevons le gant, et osons dire que le christianisme a au contraire sauvé le génie latin.

La déduction qui s'impose au critique que je suis, c'est la suivante : puisque M. Bayet démontre une fois de plus que le latin a été couramment parlé, jusqu'à Descartes ; par les Facultés de médecine jusqu'au premier tiers du xix<sup>e</sup> siècle, et par l'Eglise contemporaine, je dis, paraphrasant une phrase historique : « Non, la langue latine n'est pas une langue morte ! » Amis lecteurs, persuadez-vous de cette vérité.

MAURICE MORDAGNE.

## NOTES POUR L'INTERNAT

### DILATATION DU CŒUR

#### CAUSES. SIGNES. DIAGNOSTIC<sup>1</sup>.

C. Dilatation insidieuse des syndromes myocarditiques (myocardie et myocardite).

Si, comme nous venons de le voir, la dilatation cardiaque fait souvent partie du tableau clinique des différentes insuffisances cardiaques, elle peut aussi se traduire presque uniquement par des signes physiques, surtout des signes d'auscultation. On peut avoir :

1. Un assourdissement des bruits ;
2. Des troubles du rythme : embryocardie, rythme pendulaire, galop.
3. Des souffles d'insuffisance fonctionnelle.

### ETUDE RADIOLOGIQUE DE LA DILATATION CARDIAQUE

On conçoit donc l'importance de l'étude radiologique, chaque fois qu'elle est possible, pour :

1. Confirmer un diagnostic clinique ;
2. Révéler parfois une dilatation cliniquement latente.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôp.*, 1935, n° 7, p. 118 ; n° 9, p. 150.



# sirop "roche"

## au thiocol

toutes les  
affections  
des voies  
respiratoires

Produits F. HOFFMANN-LA ROCHE & C<sup>ie</sup>  
10, Rue Crillon — PARIS

### Granules de CATILLON

à 0,001 Extrait Titré de

## STROPHANTUS

C'est avec ces granules qu'ont été faites les observations discutées à l'Académie de Médecine en 1889, elles prouvent que 2 à 4 par jour donnent une **diurèse rapide**, relèvent vite le **cœur affaibli**, dissipent **ASYSTOLIE, DYSPNÉE, OPPRESSION, ŒDÈMES**, Affections **MITRALES, CARDIOPATHIES** des **ENFANTS** et **VIEILLARDS**

### Granules de CATILLON 0,0001

## STROPHANTINE

CR.

**TONIQUE du CŒUR par EXCELLENCE — TOLÉRANCE INDÉFINIE**

Priz de l'Académie de Médecine pour "Strophantus et Strophantine", Médaille d'Or Expos. Univ. 1900

PARIS, 3, Boulevard St-Martin. — R. C. Seine 48283

LA MÉDICATION BROMURÉE  
DE CHOIX

# LE TRIBROMURE

du Docteur GIGON

LABORATOIRE des PRODUITS du D<sup>r</sup> GIGON

A. FABRE, Pharmacien

25, Boulevard Beaumarchais - PARIS

Pour bien se rendre compte de la dilatation, faire :

Soit un orthodiagramme, soit une téléradiographie, en différentes positions.

1. Pour le ventricule gauche :

a) *De face*, voir la convexité et l'amplitude des battements de l'arc GG' ou GC ;

L'élévation du point G ;

L'abaissement de la pointe, ne se dégageant plus de l'hémi-diaphragme gauche même dans les fortes inspirations ;

Mesurer la corde GG' (Vaquez et Bordet) ou GC (Lian) au-dessus de 9 cm. 5 ;

Mesurer la flèche de GG' ou de GC (de 2 à 12 mm. normalement).

b) En OAG et en transverse gauche, on apprécie encore le bombement du VG (Laubry).

c) Dans les cas frustes, rechercher (Vaquez et Bordet) :

L'angle de disparition de la pointe (30 à 35°) ;

L'augmentation de l'indice de profondeur (15 mm.).

2. Pour l'oreillette gauche :

a) *De face* : un moyen indirect est fourni par la convexité anormale de l'arc moyen et un abaissement du point G.

b) On peut surtout étudier l'O. G. en OAG et en transverse gauche : en transverse gauche l'O. G. forme une saillie dans l'espace clair rétro-cardiaque, peut toucher ou empiéter sur l'ombre vertébrale.

3. Pour le ventricule droit :

a) *De face*. — Etendue anormale de la zone de contact cardio-hépatique ;

Surélévation apparent de la pointe ;

Déjettement en dehors de la pointe ;

Parfois « cœur en sabot » de Vaquez et Bordet ;

Point D' refoulé vers la droite ;

DD' forme un angle droit ou obtus avec la coupole diaphragmatique, « cœur triangulaire ».

b) *En transverse*. — Apprécier le bord ventriculaire droit, qui correspond au bord antérieur de l'image cardiaque (Laubry et Mallet).

4. Pour l'oreillette droite :

a) *De face*. — Arc DD' convexe et repoussé en dehors : l'agrandissement de l'ombre affecte la partie supérieure et inférieure de la ligne DD'.

b) *En OAD*. — Le bord vertébral de l'ombre cardiaque correspond à l'O. D. ; on note une saillie anormale (Lian et Guéneaux).

L'examen radiologique permet de conclure qu'il existe bien une augmentation de volume du cœur.

La discrimination de l'hypertrophie et de la dilatation du cœur se fait, d'après Bordet, sur trois éléments principaux :

1. Importance et nature (cavités droites) de l'augmentation de l'ombre cardiaque ;

2. L'aspect morphologique de la silhouette cardiaque (aspect triangulaire, dilatation des deux ventricules).

3. L'évolution des images.

L'électrocardiographie fournira encore des résultats importants.

## EVOLUTION.

Elle est variable suivant la cause.

1. Nous avons vu, à l'étiologie, les dilatations physiologiques.

2. La dilatation suraiguë (jeunes soldats, coureurs non entraînés) pourra s'affirmer brutalement par des battements cardiaques désordonnés avec dyspnée extrême aboutissant à la crise d'asystolie mortelle.

3. La dilatation aiguë se rencontrera plus particulièrement au cours du R.A.A. ou de certaines maladies infectieuses : érysipèle, scarlatine, fièvre typhoïde. Elle appa-

raîtra plus ou moins rapidement, sera révélée par des signes physiques surtout.

4. Ou bien il s'agira de ces formes de dilatations transitoires aiguës ou progressives qui marqueront, au cours d'une lésion orificielle, les périodes d'intolérance (insuffisance mitrale).

5. Parfois ce sera la dilatation chronique secondaire aux lésions pulmonaires et dans lesquelles la période cardiaque succède à la période pulmonaire.

6. Un type de dilatation qu'il importe de connaître est la dilatation réflexe succédant à des troubles hépatiques (notamment colique hépatique), à des troubles dyspeptiques. Elle peut être transitoire, ou durable, ce qui est plus rare.

## PRONOSTIC.

1. Immédiat : toujours réservé (mort subite par syncope).

2. Tardif : dépend de :

a) Degré de la dilatation ;

b) De son ancienneté (formes durables et répétées) ;

c) De l'origine de cette dilatation (myocardite, symphyse).

## DIAGNOSTIC.

Trois diagnostics sont à retenir :

1. Péricardite avec épanchement ;

2. Symphyse cardiaque ;

3. Hypertrophie.

1. Péricardite avec épanchement. — Le signe de Rotch, parasternal droit ;

Le signe de Pins, chez l'enfant, ont une certaine valeur.

Deux signes importants pour Potain :

1. Agrandissement quasi parallèle des deux matités, alors que la matité absolue ne varie pas dans la dilatation.

2. Abaissement de la matité cardiaque en dessous du choc précordial.

C'est parfois, au début, la constatation du frottement (Lian).

2. Symphyse péricardique. — Pure au début avec fixité de la pointe, invariabilité de la matité absolue... peut s'associer à la dilatation.

3. Hypertrophie. — Se baser sur le début, lent et progressif, sur l'absence de signes d'insuffisance du myocarde, sur les signes radiologiques.

Savoir qu'il peut s'agir de dilatation hypertrophique.

Dans tous les cas, s'attacher à déceler l'importance plus ou moins grande de la dilatation pour le traitement hygiéno-diététique et médicamenteux à instituer.

ALBERT FIEHRER.

La culture du virus filtrant tuberculeux, par I. STERZI, 11 pages extraites du *Bollettino della Sezione Italiana della Società Internazionale di Microbiologia*, à l'imprimerie Stucchi, via San Damiano, à Milan.

Transfusion du sang conservé plusieurs jours, en pratique médico-chirurgicale courante, par MM. JEANNENEY, SERVANTIE et Julien VIEROZ, extrait du *Journal de médecine de Bordeaux*, 7 pages.

Le service central d'électroradiologie de l'hôpital de la Pitié, 28 pages illustrées.

Le Directeur-gérant : D<sup>r</sup> François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.



# QUELOUES PRÉPARATIONS MAGISTRALES DAUSSE

## MÉDICATIONS :

ANTI-  
FURONCULOSIQUE

**L'Antifurunculoux  
DAUSSE**  
(Bardane stabilisée,  
Étain, Manganèse)  
3 pilules matin, midi et soir

OPOTHÉRAPIQUE  
OVARIEENNE

**SÉRODAUSSE OVARIEEN**  
(Sérum activé de génisse)  
1 ampoule chaque matin  
pendant 6 jours par mois

ANTISPASMODIQUE

**L'Intrait de PASSIFLORE**  
Composé  
(Intrants de Passiflore,  
de Valériane, Aubépine,  
Gelsémium)  
2 cuillerées à café par jour  
1/4 d'heure avant le repas  
de midi et du soir

TROPHIQUE

**SÉRODAUSSE INFANTILE**  
(Sérum de jeunes bovidés  
en croissance)  
1 ampoule chaque matin  
pendant 5 à 10 jours par mois

DYNAMOGÉNIQUE

**SÉRODAUSSE  
ANTITOXISÉNYL**  
(Sérum activé de taureau)  
1 ampoule chaque matin  
pendant 6 jours par mois

HORMONOTHÉRAPI-  
QUE POLYVALENTE

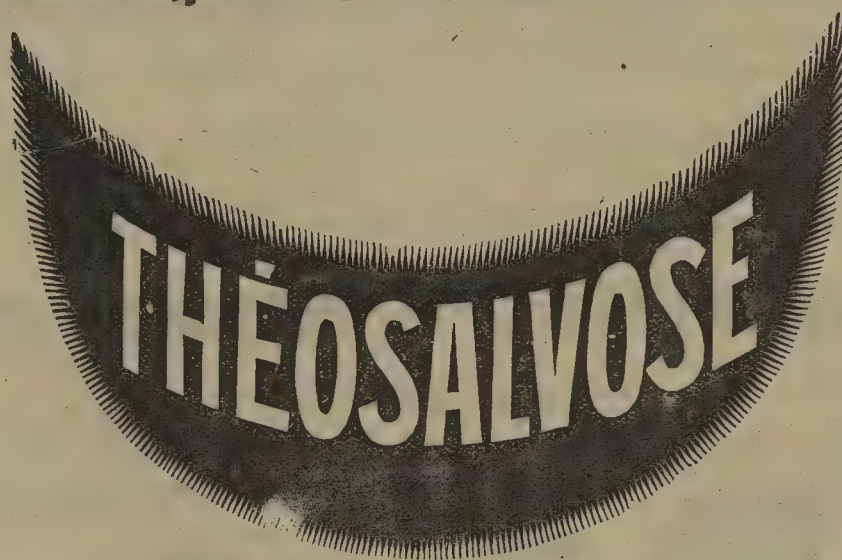
**HORMODAUSSÉ**  
Sirop de sérum activé  
de taureau et de génisse et de  
jeunes bovidés en croissance  
associé à l'extrait de foie  
de veau (méthode Wipple)  
2 à 3 cuillerées à soupe par jour

**DIURÉTIQUE** D'UN POUVOIR REMARQUABLE  
D'UNE FIDÉLITÉ CONSTANTE

Pure  
Digitalique  
Strophantique  
Sparléinée  
Scillitique  
Barbiturique

Phosphatée  
Lithinée  
Caféinée

Ne se délivrent  
qu'en cachets



Cachets dosés

0 gramme 25  
et à  
0 gramme 50  
de Théosalvose

DOSE MOYENNE :  
1 à 2 grammes  
par jour.

**THÉOBROMINE FRANÇAISE** garantie chimiquement pure

Artériosclérose — Affections cardiaques et rénales — Albuminuries — Intoxications  
Urémie — Urémie — Goutte — Rhumatismes — Hydroplisie — Maladies infectieuses

Laboratoires André GUILLAUMIN  
PARIS — 13, rue du Cherche-Midi, 13 — PARIS

R. G., 2,16. Seine.

**ESTOMAC**

# SEL DE HUNT

**HYPERCHLORHYDRIE  
FERMENTATIONS ACIDES  
GASTRALGIES**

**LABORATOIRES ALPH. BRUNOT  
16, Rue de Boulainvilliers, PARIS**

## BISMUTHOÏDOL

Bismuth colloïdal à grains fins, solution aqueuse  
*Procédé spécial aux Laboratoires ROBIN*

**Injectons sous-cutanées, intra-musculaires ou intra-veineuses**

*Immédiatement absorbable — Facilement injectable*

**COMPLÈTEMENT INDOLORE**

1 ampoule de 2 cmc. tous les 2 ou 3 jours.

R. G., 221.839, Seine

**LABORATOIRES ROBIN, 13, Rue de Poissy, PARIS**

**PHYTO-SPLÉNOL**

*Reconstituant - Tonique  
Hémopoïétique - Anti-Toxique*

*Granulés  
ou Dragées*

**J. PLÉ DOCTEUR EN PHARMACIE - 111<sup>bis</sup> rue de Turenne - PARIS 3**



*La Lancette Française*

# GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6°. Tél. : Danton 48-31.

PUBLICITE : M. A. THIOILLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6°) - Téléph. : LITRE 54-93.

## PRIX DE L'ABONNEMENT

## FRANCE

3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.

*Etudiants* : 25 francs par an.

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

## ETRANGER

Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.

Tous les autres pays : 75 francs.

## SOMMAIRE

## REVUE GÉNÉRALE

*Les vitamines D*, par M. L. BABONNEIX.

## SOCIÉTÉS SAVANTES

*Académie de médecine.*

## IL Y A CENT ANS

*La mort de Dupuytren. Quelques souvenirs sur ses obsèques et son testament*, par F. L. S.

## INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

*La protestation des étudiants contre l'envahissement des médecins étrangers.*

## ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

## INFORMATIONS

**HÔPITAUX DE PARIS. — ASSISTANTS DE CHIRURGIE. —** Sont nommés assistants des chefs de service de chirurgie :

MM. de Gaudart d'Allaines, assistant de M. Roux Berger; Moulouquet, de M. Gernez; Gatellier, de M. le professeur Pierre Duval; Bloch (Jacques) et Sénèque, de M. le professeur Cunéo; Monod (Raoul), de M. Mocquot; Petit-Dutaillis et Charrier, de M. le professeur Gosset; Fey, de M. le professeur Marion; Michon, de M. le professeur Grégoire; Soupault, de M. Labey; Maurer et Welti, de M. Lardennois; Wilmoth et Ménégaux, de M. le professeur Lenormant; Oberlin, de M. Chevrier; Huet, de M. Mondor; Ameline, de M. Basset; Banzet, de M. Baumgartner; Fèvre, de M. le professeur Ombrédanne; Huard, de M. Okinczyk; Gueullette, de M. Capette; Meillère, de M. Desplas; Thalheimer, de M. Desmarest.

— **SERVICE DES CONSULTATIONS.** — Les médecins, chirurgiens, oto-rhino-laryngologistes et ophtalmologistes des hôpitaux sont, pendant l'année 1935, affectés aux services suivants :

*Médecine.* — MM. Gutmann, à l'Hôtel-Dieu; Escalier, à la Pitié; Ravina, à la Charité; Boltansky, à Saint-Antoine; Lambling, à Necker; Coste, à Cochin; Decourt, à Beaujon; Hamburger, à Lariboisière; Basch, à Tenon; Célice, à Laennec; Weissmann, à Bichat; M<sup>me</sup> Bertrand-Fontaine, à Broussais; MM. Rachet, à Boucicaut; Clément, à Trousseau; Lévesque, à Bretonneau; Pichon, à Hérold; Péron, à Ambroise-Paré.

*Chirurgie.* — MM. Quénu, à Necker; Braine, à Saint-Antoine; Bloch (René), à Saint-Louis.

MM. Mouchet, Fredet, Alglave, Schwartz et Chifoliau, chirurgiens honoraires des hôpitaux, assureront les consultations ci-dessous désignées :

MM. Mouchet, à Bichat; Fredet, à la Pitié; Alglave, à Beaujon; Schwartz, à Lariboisière; Chifoliau, à Tenon.

*Oto-rhino-laryngologie.* — MM. Bloch (André), à Bretonneau; Ramadier, à la Pitié; Bouchet, à Ambroise-Paré; Châtellier, à Claude-Bernard; Leroux, à Cochin; Aubry, à la Polyclinique du boulevard Ney, Ombrédanne, à l'hôpital Hérold; Lallemand, à l'hospice de Brévannes et au sanatorium de Champrosay.

*Ophtalmologie.* — MM. Bollack, à Cochin; Monbrun, à Ambroise-Paré; Prêlat, à Saint-Antoine; Favory, à Trousseau; Parfonry, à Bicêtre; Renard, à la Polyclinique du boulevard Ney.

— **CONCOURS DE L'INTERNAT. — Oral.** — Séance du 2 février. — Questions données : « Signes et diagnostic de la pneumonie du sommet. — Symptômes et complications des fractures du rocher. »

MM. Wattez, 17,22; Joly, 16; Pertus, 21,33; Delzant, 20,66; Séguin, 23,66; Dubois, 21; Lefebvre (René), 17,22; Giraud, 18,88; Hanoun, 23,88; M<sup>lle</sup> Haguenauer, 18,66.

Séance du 5 février. — Questions données : « Complications des fractures de côtes. — Signes et diagnostic de la maladie bronquée d'Addison. »

MM. Allilaire, 17; Weill (François), 14,66; M<sup>lle</sup> Marquis, 12,66; MM. Rouvet, 18; Neveu, 10,88; Nick, 10,11; Feld, 18; Rault, 17,33; Le Sourd, 17; Droguet, 24,33.

Séance du 6 février. — Questions données : « Rétrécissements non cancéreux du rectum. Signes et diagnostic. — Signes, diagnostic et traitement du tétanos. »

M<sup>lles</sup> Epstein, 19,88; Adda, 17,77; MM. Paillas, 19,66;

**NATIBAÏNE**

ASSOCIATION DIGITALE NATIVELLE ET OUABAÏNE ARNAUD

LABORATOIRE NATIVELLE, 27, Rue de la Procession, PARIS (XV°)

Poisson, 22,66; Rouyer, 18,22; M<sup>lles</sup> Sachnine, 22,66; Com-merson, 19,44; MM. Rougier, 16,11; Bourdin, 14; Haus-mann, 19.

**HÔPITAUX DE PROVINCE. — LYON. —** Après concours, M. le docteur Ponthus a été nommé radiologue des hôpitaux.

**SOCIÉTÉ MÉDICALE DE TUNIS. —** On annonce que le prix médical de Tunisie pour 1934 a été décerné au docteur Lai-gret, chef de laboratoire à l'Institut Pasteur de Tunis, en récompense de sa découverte d'un procédé de vaccination contre la fièvre jaune.

**IX<sup>e</sup> BAL DE LA MÉDECINE FRANÇAISE. —** Le IX<sup>e</sup> bal de la médecine française aura lieu avec un éclat tout particulier, dans les vastes salons du Centre Marcelin Berthelot, 28 bis, rue Saint-Dominique, le Lundi Gras 4 mars 1935.

Le Président de la République honorera de sa présence cette soirée de bienfaisance organisée chaque année par la Société F. E. M. au profit des veuves et orphelins de mé-decins.

La détresse est grande parfois dans certains foyers du Corps médical, et il est du devoir de chaque médecin de faire une active propagande pour amener le plus grand nombre possible d'invités.

A 22 h. 30, soirée artistique avec le concours de nom-breuses vedettes parisiennes.

A minuit, souper par petites tables, servi par des jeunes filles en uniforme, sous la direction du docteur Edouard de Pomiane et de M<sup>me</sup> Henri Labbé.

Prix des cartes : 50 fr. pour bal et soirée artistique; 30 fr. pour bal seul; 65 fr. pour souper (Champagne compris).

Aux étudiants en médecine, sur présentation de leur carte, il sera fait une réduction sur le prix d'entrée.

Pour tous renseignements, s'adresser Société F. E. M., 95, rue du Cherche-Midi (VI<sup>e</sup>). Tél. Littre 48-12.

**LA GRIPPE DANS L'ARMÉE. —** A Angoulême l'épidémie paraît enrayée. Il y a eu 7 décès en 15 jours. A Sens il en est de même. Il y a eu 5 décès. A Dijon on a déploré 6 décès, à Bourges 7 décès.

M. le médecin inspecteur général Sacquépée a été envoyé par le ministre pour examiner la situation sur place.

**HÔPITAL SAINT-LOUIS. —** Le docteur Paul Blum, ancien chef de clinique de la Faculté, fera le jeudi 21 février 1935, à 10 h., à l'hôpital Saint-Louis, amphithéâtre Fournier, une conférence ayant pour sujet : L'hypophyse dans la syphilis.

**NÉCROLOGIE. —** Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. Vaillard, médecin général inspecteur, ancien président du Comité consultatif de santé, membre de l'Académie de médecine, grand officier de la Légion d'honneur.

Nous adressons à son gendre le médecin général inspec-teur Dopter, membre de l'Académie de médecine, et à son petit-fils, le docteur Etienne Roux, l'expression de nos très affectueuses condoléances.

Les obsèques de M. Vaillard ont eu lieu vendredi matin, au Val-de-Grâce, et l'inhumation a eu lieu à Bordeaux.

— Nous apprenons avec une vive peine la mort de notre charmant confrère le docteur Jacques Rosenthal, membre de la rédaction de *Bruxelles médical*, professeur à l'Ecole dentaire belge, décédé à l'âge de 47 ans. Nous adressons à Madame Jacques Rosenthal la respectueuse expression de notre sympathie et à nos confrères de *Bruxelles médical* nos très affectueuses condoléances.

— Nous apprenons aussi la mort de MM. les docteurs Carlos Goris, le distingué oto-rhino-laryngologiste de

Bruxelles, décédé à l'âge de 45 ans; Louis Levesque, chargé de cours à l'Ecole de Nantes, oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux; Charles Rogie, professeur honoraire à la Faculté libre de Lille; le professeur Guglielmo Bilancioni (de Rome), décédé à l'âge de 53 ans. Il était directeur de la Clinique oto-rhino-laryngologique de Rome. On lui doit la fondation de la *Revue de Valsalva*, un des meilleurs périodiques italiens.

**4<sup>e</sup> Congrès français de gynécologie** (Salies-de-Béarn, 8-10 juin 1935). — Président d'honneur : M. le docteur Doleris, membre de l'Académie de médecine; Président : M. le professeur Guyot (de Bordeaux); Vice-Président : M. le docteur Etienne David (de Salies-de-Béarn); Secré-taire général : M. le docteur Maurice Fabre.

**Question à l'ordre du jour : Les hémorragies génitales en dehors de la grossesse et des tumeurs. — 1<sup>er</sup> rapport :** L'anatomie vasculaire de l'appareil génital de la femme. Rapporteurs : M. le professeur Léon Dieulafé et M. Ray-mond Dieulafé (de Toulouse).

**2<sup>e</sup> rapport :** Les hémorragies de cause générale. Rappor-teur : M. P.-E. Weil, médecin des Hôpitaux de Paris.

**3<sup>e</sup> rapport :** Les hémorragies de cause locale. Rappor-teur : M. Paul Ulrich (de Paris).

**4<sup>e</sup> rapport :** Traitement médical des hémorragies. Rap-porteur : M. Michel Tunpault (de Paris).

**5<sup>e</sup> rapport :** Traitement physiothérapique. Rapporteurs : M. Courriades et Mlle Dubreuilh (de Bordeaux).

**6<sup>e</sup> rapport :** Traitement chirurgical. Rapporteur : M. F. Jayle (de Paris).

Une exposition d'instruments, d'appareils de physiothé-rapie et de produits pharmaceutiques aura lieu pendant le Congrès.

De grandes fêtes locales et des excursions seront offertes aux Congressistes par la station de Salies-de-Béarn.

Pour tous renseignements, s'adresser au docteur Mau-ric Fabre, Secrétaire général, 6, rue du Conservatoire, Pa-ris (9<sup>e</sup>).

Adj. Et. MAROTTE, not., 9, Boul. St-Michel, le 18 Février à 14 h. 30 pr. en 3 lots av. fac. réun. **DROGUERIE**  
1<sup>o</sup> Fds Produits Pharmaceutiques. 34, 36 et 38, r. des Francs-Bourgeois. 2<sup>o</sup> D<sup>r</sup> BAIL div. loc., même adresse. 3<sup>o</sup> D<sup>r</sup> BAIL prop. à la Plaine St-Denis. 108, Av. du Prés-Wilson. M. à p. : 10.000, 25.000, 25.000 fr. Cons. 1<sup>er</sup> 1.5.000, 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> 1. 10.000 ch. S'adresser FRÉMONT, synd. 65, Boul. St-Germain, et not. 352.

ANÉMIES  
DYSPEPSIES  
ANTITOXIQUE



DOSE: 4 à 6  
TABLETTES  
PAR JOUR

**BIOXYDE DE MANGANESE COLLOÏDAL SELS MAGNÉSIENS**  
Laboratoire SCHMIT, 71 Rue Sainte-Anne, PARIS. 2<sup>e</sup>

**PULVEOL**  
ANTISEPSIE DU CARREFOUR AÉRO-DIGESTIF  
POUDRE et PASTILLES  
Léonore et Eschallier, 10, Impasse Milord, Paris (16<sup>e</sup>)

Extrait hépatique  
de Morue irradié.

**MORUBIASE**  
PILULES ET GRANULES

Rachitisme,  
Lymphatisme.

Insomnies  
Toux nerveuse.

**BROMÉINE MONTAGU**



# MALADIE VEINEUSE ET SES COMPLICATIONS

## VEINOTROPE



### VEINOTROPE M COMPRIMÉS (masculin)

POUDRE DE PARATHYROÏDE.....	0.001
POUDRE ORCHITIQUE.....	0.035
POUDRE DE SURRÉNALES.....	0.005
POUDRE D'HYPOPHYSE (lob. post.).....	0.001
POUDRE DE PANCRÉAS.....	0.10
POUDRE DE NOIX VOMIQUE.....	0.005
EXTRAIT DE MARRON D'INDE.....	0.005
EXTRAIT D'HAMAMELIS VIRGINICA.....	0.01
POUR 1 COMPRIMÉ ROUGE	

### VEINOTROPE F COMPRIMÉS (féminin)

POUDRE DE PARATHYROÏDE.....	0.001
POUDRE D'OVAIRES.....	0.035
POUDRE DE SURRÉNALES.....	0.005
POUDRE D'HYPOPHYSE (lob. post.).....	0.001
POUDRE DE PANCRÉAS.....	0.10
POUDRE DE NOIX VOMIQUE.....	0.005
EXTRAIT DE MARRON D'INDE.....	0.005
EXTRAITS D'HAMAMELIS VIRGINICA.....	0.01
POUR 1 COMPRIMÉ VIOLET	

FORMULES

COMPRIMÉS : 2 AU LEVER ET 2 AU COUCHER,  
OU SUIVANT PRESCRIPTION MÉDICALE.  
3 SEMAINES PAR MOIS.

### VEINOTROPE POUDRE

EXTRAIT EMBRYONNAIRE.....	1 gr.
PROTÉOSES HYPOTENSIVES DU PANCRÉAS.....	3 gr.
CALOMEL.....	4 gr.
TALC STÉRILE. Q. S. pour.....	100 gr.

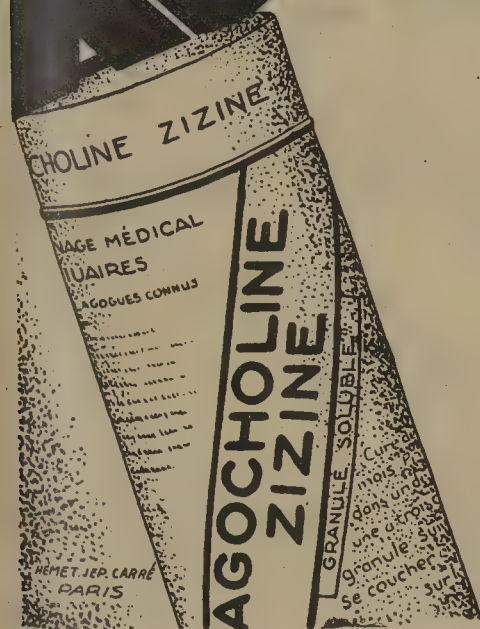
### LABORATOIRES LOBICA

46, AVENUE DES TERNES — PARIS

POUDRE, TRAITEMENT DES ULCÈRES SIMPLES  
ET VARIQUEUX, DES PLAIES EN GÉNÉRAL

# AGCOCHOLINE

(GRANULÉ SOLUBLE)



## CHOLECYSTITES CHRONIQUES CONGESTION DU FOIE

Lithiase biliaire - Ictère et Cholémie  
Dyspepsies réflexes - Constipation  
Migraines, Vertiges, Eczéma, Prurit

d'origine  
hépato biliaire

Posologie : 1 à 3 cuillerées à café le matin à jeun, dans  
un demi verre d'eau chaude.

LABORATOIRES DU D<sup>r</sup> ZIZINE  
24, 26, Rue de Fécamp - Paris (XII<sup>e</sup>)

# HEMORROIDES, PROSTATITES

# ANUSOL

(Anciennement exploité par le Laboratoire Mialhe)

1 suppositoire matin et soir

Echantillons sur demande à Messieurs les Médecins

**LABORATOIRES SUBSTANTIA**  
13, rue Pagès - Suresnes (Seine)

---

## NÉVROSES - INSOMNIES

# LOBÉLIANE

## LALEUF

**ANTISPASMODIQUE PUISSANT**  
EXCLUSIVEMENT VÉGÉTAL  
GOÛT ET ODEUR AGRÉABLES  
**ATOXIQUE**

DOSE CALMANTE = 2 à 5 cuillerées à café par jour  
DOSE HYPNOTIQUE = 1 à 3 cuillerées à café le soir

ÉCHANTILLONS ET LITTÉRATURE  
**LABORATOIRES LALEUF**  
20 - RUE DU LAOS — PARIS (15<sup>e</sup>)

---

Nouvelle adresse : 51, rue Nicolo, PARIS (XVI<sup>e</sup>).



## INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

### LA PROTESTATION DES ÉTUDIANTS CONTRE L'ENVAHISSEMENT DES MÉDECINS ÉTRANGERS

Comme suite à l'article publié dans notre dernier numéro, voici le texte de quatre vœux votés par l'Association corporative des étudiants en médecine.

#### Les remplacements médicaux

L'Association corporative des Étudiants en médecine de Paris émet le vœu :

Que, conformément à nos démarches faites en 1934 auprès de M. Louis Marin, ministre de la Santé publique, pour obtenir un contrôle sévère des remplacements de médecins, le ministre de la Santé publique rappelle aux préfets par une circulaire impérative :

a) Que seuls peuvent effectuer des remplacements de médecins, les étudiants français (loi Armbruster), candidats au doctorat en médecine d'Etat et ayant terminé leur scolarité, c'est-à-dire possesseurs du certificat de vingt inscriptions mentionnant : « Est autorisé à faire des remplacements » ;

b) Que les praticiens remplacés, et le remplaçant doivent en informer, dès le début du remplacement, l'administration préfectorale, sans quoi la signature du remplaçant n'est pas légalement valable, et le remplaçant fait de l'exercice illégal de la médecine.

#### Le doctorat en médecine aux étrangers

a) Que soit exigé des candidats étrangers au doctorat d'Etat la naturalisation française avant le début de leurs études en vue de l'obtention dudit doctorat (reprise du décret Herriot 1928).

b) L'obligation du baccalauréat de l'enseignement secondaire français et du certificat d'études P.C.B. avant le début des études médicales.

c) L'interdiction de transformer le diplôme de doctorat d'Université (mention médecine) en doctorat d'Etat. Par ce procédé, on obtiendrait facilement, dans le but de propagande française recherchée, le retour de ces étrangers dans leur mère-patrie à la fin de leurs études.

d) L'interdiction pour tout étranger naturalisé d'exercer la médecine en France avant un séjour de 10 ans après la soutenance de thèse.

e) L'interdiction de l'accès aux fonctions publiques d'enseignement supérieur à tous les degrés, dans les mêmes conditions plus haut citées.

#### Les naturalisations

a) Un contrôle beaucoup plus sévère des enquêtes de naturalisation visant les médecins et étudiants en médecine.

b) Une sélection faite, compte tenu de la moralité et du dossier scolaire des candidats.

c) Une limitation du nombre de ces naturalisations.

d) Une augmentation de la durée de séjour en France avant la naturalisation.

e) Obligation pour le naturalisé de faire son service militaire actif en France, jusqu'à 48 ans révolus quel que soit son âge.

En conséquence, l'A. C. demande respectueusement et avec insistance à M. le Ministre de la Justice de favoriser le vote rapide des propositions de la loi Dommange et Cousin, propositions tendant à étendre à l'exercice de la médecine la loi du 19 juillet 1934 sur l'accès aux fonctions publiques et au barreau des étrangers naturalisés.

#### Les concours hospitaliers

Que tous les concours hospitaliers (conformément à l'esprit de la loi du 19 juillet 1934 sur l'accès des naturalisés

aux fonctions publiques), ne soient ouverts aux étudiants étrangers qu'en surnombre et sans indemnisation.

Pour le Comité de l'A. C. E. M.

Le président : A. DOMART.

D'autre part, une délégation de l'Association corporative a été reçue par M. Mallarmé, ministre de l'Education nationale.

Enfin, la Fédération corporative des médecins de la région parisienne, réunie en assemblée générale le 1<sup>er</sup> février à la Faculté de médecine, a, sur l'initiative de notre confrère Herpin, voté l'ordre du jour suivant :

« La Fédération adresse ses plus vives félicitations aux étudiants pour leur énergique protestation contre l'envahissement de nos Facultés par les étrangers, dans le but d'exercer ultérieurement la médecine chez nous ; approuve pleinement leurs légitimes revendications et leur adresse ses vœux les plus ardents pour le succès de leur action si opportune. »

— M. René Dommange, député de la Seine, vient d'écrire au ministre de l'Education nationale, pour lui demander de hâter la discussion du projet de loi qu'il a déposé il y a 24 jours, étendant à la médecine la loi du 19 juillet 1934.

De leur côté, les docteurs Nast et Cousin, députés, ont saisi la Commission d'hygiène de la Chambre d'un projet de loi donnant satisfaction aux étudiants.

Mercredi, une délégation comprenant MM. Armbruster et Dentu, sénateurs, accompagnés des représentants de tous les groupements médicaux de Paris et de la Seine, et des étudiants, a été reçue par le Garde des Sceaux qui a promis de surveiller de près les naturalisations.

## ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

### THESES

Lundi 11 février. — Jury : MM. Champy, président ; Mulon, Bulliard, Giroud. — M. TUSQUES : Les caractères ambosexuels et l'ambosexualité des hormones sexuelles.

Mercredi 13 février. — Jury : MM. Robert Debré, président ; Gosset, Halphen, Moreau. — M. SACHINE : Réflexions sur quelques cas de mort subite dans l'abcès rétro-pharyngien au moment de l'examen ou de l'intervention. — Mlle MALLIAVIN : Les éperons olécraniens.

Jeudi 14 février. — Jury : MM. Claude, président ; Laignel-Lavastine, Tanon, Joannon. — M. BRECHER : Les étapes historiques du diagnostic médical. — Mlle DJIAN : Contribution à l'étude de l'hypoglycémie dans certains états psychopathiques (états anxieux en particulier). — M. GUITARD : Les épidémies de fièvre typhoïde au Havre de 1880 à nos jours.

Samedi 16 février. — Jury : MM. Gougarot, président ; Lereboullet, Gastinel, Huguenin. — M. ROMERO : Contribution à l'étude des abcès de la langue. — M. BUREL : Oscillométrie au membre supérieur et au membre inférieur chez l'enfant ; résultats comparatifs. — M. KOURIE : Contribution à l'étude de la phosphorémie au cours de quelques maladies infectieuses aiguës de l'enfance.

Mercredi 13 février. (Thèse vétérinaire.) — Jury : MM. Fiessinger, président ; Lesbouyriès, Maignon. — M. CAROINEAU : Emploi de l'électrargoï dans la médecine du porc.

Les kystes hydatiques intrathoraciques centraux et pariétaux. Chirurgie et radiologie, par les docteurs R.-G. BRUN et A. JAUBERT DE BEAUJEU (de Tunis), 42 photographies avec commentaires. — Paris, Norbert Maloine.

LABORATOIRES CARTERET

# Tonique Cardiaque Diurétique Puissant

avec

tous les principes actifs  
de l'Adonis vernalis

---

*Pas d'Accumulation*

---

*Pas d'Accoutumance*

---

*Pas toxique*

---

*Agit vite*

Pas d'accoutumance • Agit vite • Pas d'accumulation

**DIURÈNE**

"Extrait total" d'ADONIS VERNALIS

CARDIOPATHIES - ARTÉRIO-SCLÉROSE  
NÉPHRITES & CIRRHOSSES  
OEDÈMES &  
ASCITES

LIQUIDE      PILULES

Posologie : 2 à 6 cuillerées à café  
ou 4 à 12 pilules par jour.

Echantillons et Littérature : 15, RUE D'ARGENTEUIL, PARIS



## REVUE GÉNÉRALE

LA VITAMINE D<sup>1</sup>

Par M. L. BABONNEIX,

Médecin de l'hôpital Saint-Louis.

**Syn.** — Vitamine lipo-soluble. Vitastérine D. Facteur antirachitique et de fixation calcique.

**Historique.** — Les magnifiques recherches que les auteurs américains (Drummond, Hess, Rosenheim, Steenbock, Webster, Windhaus) ont, au lendemain de la guerre, consacrées au rachitisme ont successivement établi les données suivantes :

1° On peut provoquer cette affection, chez certains animaux, en leur administrant un régime où le rapport phospho-calcique soit déséquilibré ; en prévenir l'apparition ou la guérir, non seulement par les rayons ultra-violet (Hullchinski), mais par l'administration d'huile de foie de morue ;

2° L'activité de cette huile tient à ce qu'elle contient, naturellement, le principe antirachitique ou vitamine D ;

3° La même activité peut être conférée à certaines substances, les stérols, et, particulièrement l'ergostérol (ou provitamine D), en les soumettant à l'action des rayons ultra-violet, qui les transforment en vitamine D.

Continués par l'Ecole française (R. Lecoq, Ed. Lesné, Mouriquand, M. Péhu, Mme Randoin et H. Simonnet, Rohmer et leurs élèves), ces travaux ont jeté une vive lumière sur la pathogénie du rachitisme et sont venus beaucoup moins contredire que compléter les notions classiques à ce sujet, depuis les mémorables études des professeurs Hutinel et Marfan.

\* \*

**Aliments qui la contiennent.** — Voici, en grande partie d'après Mme L. Randoin et M. H. Simonnet, les aliments :

1° *Renfermant la vitamine D :*

Beurre d'été (provenant de vaches maintenues en pâturage. Beurre de noix de coco. Caviar. Foie de haddock, d'hypoglossus (halibut), de merlan, de poulet. Hareng. Huître. Huile de noix de coco. Jaune d'œuf. Lait d'été. Laitance. Sardine. Saumon.

Pour le lait, il en contient, à vrai dire, assez peu, puisque, d'après les dosages de laboratoire de pharmacologie de la Pharmaceutical Society (Burn), il en faudrait 500 grammes pour obtenir les mêmes effets qu'avec XX gouttes d'huile de foie de morue. Mais l'exposition à la lumière solaire des femelles laitières augmente cette quantité : aussi est-elle plus forte en été qu'en hiver. De même, l'irradiation aux rayons ultra-violet ou l'addition au régime, soit de la levure irradiée, soit d'huile de foie de morue (v. plus loin). Mêmes réflexions pour les œufs.

A ces aliments, ajoutons un médicament : l'huile de foie de morue.

2° *N'en renfermant pas ou n'en renfermant que des traces :*

Amidons. Carotte. Chou. Féculs. Feuilles étiolées. Graines de céréales. Huiles végétales. Jus d'orange. Levure de bière. Navet. Végétaux non insolés.

Les parties vertes de certains végétaux pourraient en récupérer un peu après exposition prolongée aux rayons solaires ou ultra-violet.

Dans le règne végétal, l'ergostérol est lentement activé par les rayons solaires, plus exactement encore, par la partie ultra-violet du spectre solaire, et ainsi transformé en vitamine D.

Dans le règne animal, celle-ci reconnaît deux origines : l'alimentation, qui en apporte assez peu à l'organisme, et surtout :

Les stérols de la peau (v. plus loin).

**Propriétés physico-chimiques.** — La vitamine D :

1° Est très sensible à l'oxydation, même à la température ordinaire. Aussi, préparés sans précautions spéciales ou laissés au contact de l'air, les produits qui la contiennent perdent-ils rapidement leur activité, que conservent longtemps les solutions huileuses ;

2° Résiste à la chaleur, cette résistance étant diminuée par la présence d'oxydants : aussi est-elle détruite dans les huiles de foie de morue à travers lesquelles on a fait passer, en présence de l'air, de la vapeur d'eau surchauffée ;

3° Résiste à un certain nombre d'autres agents : réduction à +50°, saponification, hydrolyse acide ;

4° Inversement, est détruite :

Au moins partiellement, par l'hydrogénation industrielle ;

Par les rayons ultra-violet administrés en excès ;

Par les rayons X ;

5° Elle n'est absorbée ni par le noir animal, ni par la terre d'infusoires ;

6° Elle est soluble dans l'acétone, l'alcool, l'éther, insoluble dans l'eau ;

7° Elle ne précipite pas par le digitonose, contrairement à l'ergostérol non irradié.

Son spectre d'absorption donne une zone dont le

maximum serait à 2470 Å<sup>(1)</sup>, mais il existe, dans la méthode spectroscopique, de nombreuses causes d'erreur empêchant d'apprécier, par cette méthode, la valeur thérapeutique d'un ergostérol irradié (Ed. Lesné et R. Clément).

De ses réactions colorées, la plus importante est la couleur rouge que ses solutions prennent à l'ébullition avec le chlorhydrate d'aniline, et qui l'apparente aux cétones non saturées.

**Cycle de la vitamine D.** — Elle se forme aux dépens d'une provitamine, l'ergostérol, primitivement inactive qui, sous l'influence de certaines irradiations, se transforme en vitamine D, active, c'est-à-dire capable

(1) Voir Gaz. des hôp. 1934, Revues générales : Vitamine A, n° 98, p. 1755 ; Vitamine B, n° 102, p. 1827 ; Vitamines C, 1935, n° 6, p. 91.

(1) La longueur d'onde des radiations se mesure par l'Angström qui vaut un dix-millième de millimètre, soit  $\frac{1}{10.000.000}$  ou  $1 \times 10^{-8}$  cm.

de prévenir ou de guérir le rachitisme, tant expérimental que spontané.

Comment est-on arrivé à cette importante donnée ? En constatant que certains lipides, dépourvus de toute activité antirachitique, en acquièrent une lorsqu'on les expose, dans des conditions déterminées, aux rayons ultra-violet. Dans la production de la vitamine D interviennent donc deux facteurs.

Comment agissent-ils ? Il suffit, pour le savoir, de résoudre les questions suivantes :

1° Dans les lipides, quelle est la partie active ?

On sait que, traités par les alcalis, les lipides se décomposent en glycérol et en acides gras qui s'unissent à l'alcali pour constituer du savon. Cette saponification porte sur la plus grande partie, mais non sur la totalité de lipide. Celle qui lui échappe, ou *fraction insaponifiable*, représente de 1 à 5 de son poids.

L'expérience démontre (Drummond, Dubin et Funk, Hess, F. Simonnet, Steenbock) que *c'est dans cette fraction que réside la substance soit active, soit activable*.

Or, cet insaponifiable comprend lui-même deux parties distinctes : 1° des *stérols* qui, seuls, sont susceptibles d'être activés (Hess, Weinstock, Rosenheim et Webster, Sternbock, Windhaus, Lesné et R. Clément, Fabre et Simonnet) ; 2° un résidu complexe, inactivable.

Non tous les stérols, d'ailleurs, mais seulement certains d'entre eux :

1° Le *cholestérol*, qui, après avoir été exposé aux rayons ultra-violet (Hess, 1924-1925), devient cent fois plus actif que l'huile de foie de morue (Rosenheim et Webster, Fabre et Simonnet). Ajoutons aussitôt que, très pur, il n'est plus susceptible d'être activé. Seule, l'est une *impureté*, selon l'élégante expression de Mme Randoïn et M. H. Simonnet, qui ne représente que le millième de son poids ;

2° L'*ergostérol*, retiré d'abord de l'ergot du seigle (Tanret, Girard, Dejust), puis de la levure de bière, qui se présente sous forme de cristaux blancs et brillants, dont le point de fusion oscille, selon son hydratation, de +166° à +183°, et dont le pouvoir rotatoire est lévogyre. Il est le plus activable des stérols connus, puisqu'après avoir subi, sous l'influence des rayons ultra-violet, les transformations photo-chimiques nécessaires, il agit à la dose du huit-millionième de milligramme (Reerisk et van Wijk). Il est identifié, aujourd'hui, à la vitamine D.

Certains aliments et médicaments contenant des stérols activables peuvent, sous l'influence d'une irradiation appropriée, acquérir des propriétés antirachitiques, variables, d'ailleurs, avec de nombreuses conditions : pureté de la matière première employée, qualité de la source lumineuse et technique de l'irradiation, température du milieu, présence ou absence d'oxygène, etc. (Ed. Lesné et R. Clément). Nous reviendrons plus loin sur ces faits.

2° Quels sont les rayons capables de transformer la provitamine en vitamine ? — Contenus dans la partie ultra-violette du spectre, ils peuvent être fournis par la lampe à arc, la lampe au magnésium et,

surtout, par la lampe de quartz à vapeur de mercure.

Leur longueur d'onde est courte : 3.000 Å, plus courte, par conséquent, que celle des rayons lumineux qui, comme on sait, est de 4100-7500 Å.

On les trouve aussi dans les rayons solaires, où ils varient avec les heures de la journée, l'attitude et l'altitude. Notons, à ce sujet, qu'ils sont absorbés par :

a) Les brouillards et les fumées des villes ;

b) Les verres à vitre ordinaires,

toutes particularités que nous retrouverons à la thérapeutique.

Pour exercer leur action, il leur suffit de très peu de temps : quelques secondes parfois. Le prolonge-t-on, la vitamine ainsi obtenue ne tarde pas à être détruite. De même, si on essaie de la réduire par le sodium. D'ailleurs, même en se plaçant dans les meilleures conditions, celle-ci est toujours en toute petite quantité et perd rapidement son activité.

Sous leur influence, l'ergostérol prend une couleur jaunâtre ; ses cristaux se fondent petit à petit en une masse d'odeur désagréable.

3° La vitamine D est-elle identique à l'ergostérol ?

Non, comme en témoignent les arguments suivants :

a) Si ces deux substances sont, l'une et l'autre, solubles dans les solvants des graisses et insolubles dans l'eau, la première est soluble, la seconde, insoluble dans les alcools de titre moyen ; inversement, celle-ci est, celle-là n'est pas précipitable par le digitonoside.

b) L'ergostérol est lévogyre, la vitamine D, dextrogyre.

c) Elles ont des spectres différents : pour l'ergostérol, il existe quatre zones d'absorption dont les maxima se trouvent à 2.930, 2.815, 2.700 et 2.600 Å., tandis que, pour la vitamine D, ils sont à 2.470 (v. plus loin). Au cours de l'irradiation, les zones de l'ergostérol augmentent d'abord d'intensité, 2.820, puis elles disparaissent pour être remplacées par un nouveau maximum, qui est précisément le même que pour la vitamine D. Ces changements s'accroissent lorsque, l'irradiation se prolongeant, l'ergostérol est devenu inactif et a acquis des propriétés toxiques.

La vitamine D, isolée par Windaus et Bourdillon, sous forme cristallisée, le *calciférol*, d'une activité antirachitique de 40.000 unités internationales par milligramme, n'est donc pas strictement identique à l'ergostérol. Mais, d'autre part, elle a le même poids moléculaire. L'irradiation semble n'avoir modifié le nombre des atomes de C et d'H, ni des doubles liaisons, elle n'a pas touché au groupe hydroxyle. La première n'est donc, selon toute vraisemblance, qu'un alcool isomère du second.

4° Dans l'organisme, quelles sont ses sources ?

Dans certains végétaux, elle provient de la transformation des phytostérols, sous l'influence des rayons solaires.

Les animaux l'empruntent aux végétaux, et l'on peut supposer, en outre, que l'exposition au soleil favorise, dans leur organisme, la transformation des zoostérols en vitamine D (Ed. Lesné et R. Clément).

Pour l'homme, la question est plus complexe. L'alimentation lui fournit peu de vitamine D, dont la plus grande partie provient de la transformation des stérols contenus dans la peau, sous l'influence des rayons solaires, et, probablement, grâce à la collaboration



« d'un facteur endocrino-sympathique ». On est, en effet, arrivé à démontrer expérimentalement que :

- 1° La peau laisse passer les rayons ultra-violet ;
- 2° La vitamine D apparaît dans les fragments de peau soumis à ces rayons.

#### 5° Quelles sont ses destinées ultérieures ?

De la peau, elle passe dans le sang, qui acquiert, chez les sujets irradiés, des propriétés antirachitiques, s'accumule dans le foie (Maignon) et dans la rate, dont le tissu réticulo-endothélial semble chargé de régler son métabolisme (Abelous, Cauquil, Ramond et Soulas). Ces auteurs ont pu, en effet, réaliser, chez les jeunes animaux, par l'ablation de la rate, une sorte de rachitisme curable par injections de lipides insaponifiables spléniques.

#### Nature. — La vitamine D :

1° N'est pas identique à la vitamine A, ainsi que l'avait cru tout d'abord Mellamby (1919). En effet :

D'une part, avec un régime contenant une quantité suffisante de cette vitamine, mais déséquilibré, on obtient facilement un rachitisme expérimental ;

De l'autre, privée de sa vitamine A, l'huile de foie de morue n'en conserve pas moins, en effet, toute son activité antirachitique ; les épinards, qui contiennent une grande quantité de facteur A, mais sont pauvres en facteur D, n'exercent aucune action préventive sur le rachitisme.

2° Diffère des autres vitamines par deux caractères principaux : l'organisme peut en faire la synthèse ; elle n'est pas indispensable à la vie.

**Propriétés physiologiques.** — Elles peuvent être tirées de l'étude :

- 1° De l'avitaminose D ;
- 2° De l'hypervitaminose correspondante.

§ I. **Avitaminose D.** — Deux chapitres, selon qu'elle est expérimentale ou spontanée, réalisant l'une et l'autre, d'ailleurs, la symptomatologie du rachitisme.

**A. RACHITISME EXPÉRIMENTAL.** — Il a été étudié d'abord par les auteurs américains (Hess, Mac Collum, Simmonds, Shipley et Park (1921), Shermann et Pappenheimer (1922), Zucker, puis par les auteurs français, au premier rang desquels il faut placer M. Ed. Lesné et ses élèves : Robert Clément, Vagliano et, surtout, de Gennes, qui a consacré à son étude une importante monographie.

**Moyens d'étude.** — La plupart des régimes rachitogènes sont fondés sur les modifications du rapport  $\frac{Ca}{P}$  qui, normalement, est égal à 1,5, et sur son déséquilibre, obtenu en augmentant, tantôt Ca, tantôt P. Voici le plus usité aux Etats-Unis :

#### Régime 85 de Pappenheimer

Farine de blé du commerce .....	95
Phosphate bipotassique .....	2,9
Chlorure de sodium .....	2
Citrate de fer .....	0,1

A ce régime, les auteurs français reprochent la variabilité des compositions des farines commerciales, et préfèrent le suivant :

#### Régime de L. Randoïn et R. Lecoq (régime R. L.)

Peptone de muscle .....	17
Levure de bière sèche .....	3
Graisse de beurre purifiée .....	5
Huile d'olive .....	5
Saccharose .....	65
Mélange salin spécial .....	4
Lactate de chaux .....	1
Papier filtre .....	à volonté

L'animal de choix est le rat blanc en voie de croissance (30 à 40 gr.), et laissé à l'obscurité.

**Etude du rachitisme expérimental. — Clinique.** — Spécial au jeune âge, intéressant surtout le tissu osseux, il ne menace pas la vie.

Le premier symptôme observé est une certaine constipation cotonneuse de l'appendice caudal, témoignant de la mollesse du squelette, et qui apparaît vers le sixième jour.

Au dixième, surviennent des arthropathies, qui acquièrent toute leur intensité vers le vingt-cinquième et s'accompagnent de signes analogues à ceux du rachitisme humain : aplatissement du sternum, chapelet costal, cyphose, nouures, déformation des os longs, tendance aux fractures spontanées, et de signes généraux : anémie, aspect misérable, poil terne, hérissé, contrastant avec la croissance, qui s'effectue normalement.

**Biologique.** — Les modifications les plus importantes sont :

1° L'hypophosphatémie. — Le P du sang baisse de 50 %, tandis que le taux de calcium sanguin ne subit aucun changement ;

2° L'alcalinisation du contenu de l'intestin, gênant la résorption du calcium, et favorisant une élimination excessive du Ca et du Ph ;

Et, si les lésions continuent à évoluer :

3° Une diminution du taux du P et du Ca des tissus, d'autant plus accusée que la croissance est plus marquée ;

4° Une diminution du taux global des cendres, et, en particulier, de la chaux (Lesné, Turpin et Zizine).

**Evolution.** — Le rachitisme expérimental évolue de manière variée selon :

L'intensité du régime rachitigène ;

Sa prolongation ;

La thérapeutique qui lui est opposée.

MM. R. Lecoq et E. Villuis ont étudié, à ce sujet, l'action de quelques dérivés calciques. Voici leurs conclusions :

1° Parmi les dérivés calciques essayés : le lactate, le gluconate, le carbonate et le chlorure ne montrent aucune action sur le rachitisme expérimental du Rat blanc provoqué à l'aide d'une ration à la fois carencée en vitamine antirachitique et comportant un large excès de calcium par rapport au phosphore.

2° Le sulfate de calcium peut, par sa toxicité, entraîner chez les sujets rachitisés une chute de poids se traduisant par une calcification anormale, comparable à celle qui est obtenue par inanition.

3° Les phosphates mono-, bi- et tricalciques ont sur le rachitisme expérimental une action curative qui n'est pas en rapport avec la proportion de phosphore introduite dans la ration, les fonctions acides libres de la molécule paraissant exercer une action de renfort sur la valeur propre de l'ion phosphate.

M. G. Mouriquand et ses collaborateurs ont noté, de leur côté, le rôle curieux du strontium, qui empêche le calcium de se fixer sur les os. Ils ont, en effet, obtenu, chez le rat, un rachitisme typique, malgré l'addition au régime de l'huile de foie de morue, par administration de strontium.

**Radiologique.** — L'examen radiologique doit porter de préférence sur : 1° l'articulation fémoro-tibio-rotulienne ; 2° les vertèbres coccygiennes. Les lésions les plus caractéristiques sont :

Pour les premières :

1. L'arrêt de l'ossification de la région diaphyso-épiphysaire, avec élargissement de cette même zone, qui peut atteindre cinq millimètres d'épaisseur ;
2. L'irrégularité de la ligne limitant le plateau tibial ;
3. L'existence de taches de décalcification sur les extrémités du fémur et du tibia.

Pour les secondes :

1. Le défaut d'ossification, rendant leurs contours à peine appréciables à la radiographie ;
2. L'écartement anormal des points d'ossification.

Par des radiographies en série, on peut suivre l'évolution du rachitisme expérimental et juger de l'influence qu'exercent sur elle les diverses médications.

**Histologique.** — Les lésions dominantes portent sur le cartilage d'ossification, anormalement vascularisé, et dont les cellules, désorientées, prolifèrent de façon atypique, d'où les sinuosités de la ligne d'ossification, les irrégularités des zones enchondrales, l'absence de calcification, les altérations médullaires, si nettes dans le rachitisme humain, font toujours défaut, ce qui s'explique (Ed. Lesné) par les différences entre les deux rachitismes : évolution aiguë chez les animaux en état de carence phosphorée totale, évolution lente, chronique, chez des nourrissons soumis à des carences incomplètes, dont certains succombent à des infections ou des intoxications qui sont peut-être à l'origine des lésions constatées dans leur moelle osseuse.

**Thérapeutique.** — Le rachitisme expérimental guérit par les mêmes moyens que chez l'enfant : administration d'huile de foie de morue, exposition aux rayons ultra-violets, et par la mise à un régime équilibré. Par la radiographie des extrémités osseuses comme par l'analyse des diverses humeurs de l'organisme, on peut suivre les progrès de la guérison (Ed. Lesné et ses élèves, Vagliano, R. Clément, de Gennes, Christou, Simon).

**B. Rachitisme de l'enfant.** — Nous ne nous attarderons pas à refaire ici son étude clinique, renvoyant ceux que la question intéresserait à l'article que nous lui avons jadis consacré dans le *Manuel de médecine*, préférant insister sur quelques données nouvelles, qu'elles concernent

Son étiologie ;

Ses signes radiologiques ;

Les réactions biologiques qui lui appartiennent ;  
Son évolution ;  
Ses formes frustes et associées ;  
Sa physiologie pathologique ;  
Son traitement.

Quelles en sont les CAUSES ? Le plus souvent (Ed. Lesné et R. Clément), il ne s'agit pas de carence d'apport, mais de non-transformation de provitamine en vitamine sous l'influence de causes innombrables, dont les principales sont :

La carence solaire, si fréquente chez les enfants des classes pauvres, élevés dans des taudis et trop rarement exposés à l'air et à la lumière (Rohmer) ;

Les toxi-infections chroniques du premier âge (Marfan), dont le paludisme, en certains pays ;

Les troubles digestifs durables (Marfan) favorisant l'élimination du phosphore par les selles et modifiant

Ca

ainsi le rapport — ;

P

Les infections cutanées prolongées (Marfan), gênant peut-être l'action des rayons ultra-violets sur les stérols de la peau.

Les conceptions étiologiques actuelles s'opposent-elles, autant qu'on pourrait le croire, à la théorie toxi-infectieuse, soutenue, avec tant de talent, par le Prof. Marfan ? En aucune façon. Les données nouvelles complètent seulement les anciennes, en montrant qu'une infection ou qu'une intoxication, pourvu qu'elle survienne dans les premiers mois et qu'elle soit suffisamment prolongée, aboutit d'autant plus sûrement au rachitisme que l'organisme a été plus appauvri en vitamine D, soit par la carence solaire, soit par la toxi-infection.

**ETUDE RADIOLOGIQUE.** — Amorcée par Goecht (1898), elle a été menée à bien par Frankel et Lorey (1910), et, depuis la guerre, par les auteurs parisiens : Marfan, Lesné et ses élèves (Robert Clément, de Gennes, Vagliano), avec le concours de radiographes de valeur : Colanéri, Mahar, Albert Weill ; lyonnais : Péhu, Pollicard et Boucomont, Avghérinos, et étrangers : Graeka, Györgi, Hess, Markowich, Schinz, Wienberger.

Normalement, disent MM. Ed. Lesné et Robert Clément, dont nous suivons l'excellente description, la métaphyse du nourrisson se termine, du côté de l'épiphyse, par une ombre homogène qui, pour les extrémités distales du radius et du cubitus, proximales du tibia et du péroné, est sensiblement rectiligne. L'épiphyse est claire, et le noyau épiphysaire apparaît, sous forme d'un point sombre, à une date différente selon les os : à la naissance pour le noyau épiphysaire distal du fémur (Béclard), pendant les deux premiers mois, pour l'extrémité proximale du tibia (Tapon), vers cinq ou six mois pour le grand os et l'os crochu, vers quinze à seize mois pour l'extrémité inférieure du radius. Le cartilage de conjugaison, pour l'extrémité proximale du tibia et distale du fémur, ne doit pas dépasser 0 m. 0015 à 0 m. 002 (Péhu).

Pour faire l'examen radiologique des os rachitiques, il suffit, les images étant à peu près identiques quel que soit le point du squelette considéré, d'étudier les extrémités diaphysaires et les points d'ossification d'une même région, genou pour Péhu, carpe pour Ed.



Lesné, et de comparer les films obtenus à ceux d'un enfant normal de même âge.

Les signes initiaux sont surtout :

1° L'élargissement des extrémités radiales et cubitales, portant plus sur celle-ci que sur celle-là ;

2° L'irrégularité de la ligne d'ossification diaphyso-épiphyssaire, qui s'élargit, prend un aspect flou et une apparence dentelée ; souvent, elle s'incurve de façon à former une cupule à concavité inférieure, asymétrique, se continuant avec le rebord diaphysaire, terminé par un angle saillant en bec d'aigle ;

3° Le retard de l'ossification épiphysaire ;

4° Le retard d'apparition des points d'ossification carpiens et radiaux, signe inconstant (M. Péhu) ;

5° Les troubles de la calcification, la zone surmontant la ligne diaphyso-épiphyssaire étant parsemée de taches claires.

A la période d'état, les images les plus caractéristiques sont :

1° L'élargissement des extrémités radio-cubitales en bouchon de champagne ou en champignon surtout net en dehors, et formant avec la diaphyse un angle (infraction des auteurs allemands) correspondant aux parties les plus malades de la métaphyse ;

2° Les dentelures de la ligne d'ossification, qui prend un aspect strié, grâce à l'apparition de traits verticaux, lui donnant l'aspect classique de dents de peigne, de dents de scie, de franges, etc. ;

3° Le retard des points d'ossification carpiens ; ceux qui sont apparus sont d'ailleurs anormaux : ils sont flous, relativement clairs.

Dès cette phase, on peut trouver :

1° Des fractures sous-périostées, intéressant la diaphyse ;

2° L'incurvation des diaphyses tibiales et péronières.

A la période des déformations fixées, en plus des aspects radiologiques correspondant à chacune d'entre elles, on constate un épaississement sous-périosté des diaphyses incurvées : c'est l'os bordé, auquel Marfan et Neuberger attribuent une grande valeur diagnostique, et que l'on peut envisager comme un processus de compensation, destiné à augmenter la solidité osseuse, compromise par la courbure diaphysaire.

Quelles sont les images radiologiques indiquant la guérison ? Ce sont avant tout :

La calcification de la frange, s'effectuant de l'épiphyse vers la diaphyse, par une série de lames parallèles (manchettes des auteurs allemands), ou, au contraire, de la diaphyse vers l'épiphyse ;

La calcification du corps de la diaphyse, se traduisant, sur les clichés, par des ombres très opaques ;

La calcification des noyaux épiphysaires, qui prennent une teinte de plus en plus foncée.

Ajoutons que deux processus interviennent simultanément pour redresser les courbures : l'ossification périostique et l'épaississement de la corticale.

RÉACTIONS BIOLOGIQUES. — La plus importante est l'hypophosphatémie, portant beaucoup plus sur le P. inorganique salin que sur les autres formes : P. organique, P. lipodique (lécithine) (Iversen et Lenstrup, Howland et Cramer, Hess). Pour qu'elle ait de la va-

leur (Ed. Lesné, Zizine et Briska et Zizine) il faut qu'elle soit marquée, le P. sanguin pouvant, chez les sujets les plus normaux, subir des oscillations considérables (A. Vallette et R. Dubois), c'est-à-dire qu'elle s'abaisse jusqu'à la moitié de la normale et même à moins : 0 gr. 013 pour 1.000 cm<sup>3</sup> de sérum, au lieu de 0 gr. 050, calculés en P O<sup>4</sup> H<sup>3</sup> (Lesné, Guillaumin, de Gennes et Vagliano). Elle semble due, d'après les expériences de Schabad, à l'exagération des évacuations digestives, c'est-à-dire à une carence d'assimilation. Elle est, en effet, améliorée par le traitement ac-  
tinique (Grosser, Orr et Holt, Schloss).

Sa constatation est importante pour la pathogénie du rachitisme. Etant donné le rôle que jouent les phosphates dans l'équilibre humoral, elle permet de rattacher cette affection, au moins en partie, à un trou-

ble de l'équilibre ——— du régime. A l'appui de cette

notion, on peut encore invoquer la possibilité de produire le rachitisme par des régimes fondés sur les mo-

difications du rapport —  
P

M. G. Mouriquand a insisté sur l'élimination excessive de P par les selles qui, pour lui, précéderait toutes les autres manifestations du rachitisme.

Contrastant avec l'hypophosphatémie, la calcémie est normale (Ed. Lesné, de Gennes et Guillaumin), à moins qu'il n'y ait association de tétanie : elle est alors abaissée.

Bien que L. Blum, Delaville et V. Caulaert, Laenhardt et Chaptal, Gériffé aient trouvé un abaissement de la réserve alcaline, l'acidose est inconstante, la glycémie non modifiée (Mlle Sweengard), le magnésium sanguin, normal dans le rachitisme pur (A. Cabetto).

EVOLUTION. — La donnée la plus importante à ce sujet concerne les réactions des rachitiques aux différents fixateurs du Ca. Elles ont été étudiées par M. Mouriquand et par ses collaborateurs : A. Leulier, P. Sédailan et Mlle Weill.

Ils ont constaté qu'on obtient assez souvent des résultats par la simple amélioration des conditions hygiéno-diététiques. Ils ont étudié l'action de l'adrénaline, de l'huile de foie de morue, des phytostérols irradiés (ergostérine), des zoostérols irradiés (héliostérine, mytilostérine, etc.), des rayons ultra-violets, et enfin du traitement spécifique. Pour eux, c'est parmi les formes hypotrophiques où les lésions osseuses : ostéoporose étendue, périostite, évoquent l'idée d'hérédosyphilis, que l'on rencontre les formes les plus rebelles à l'irradiation (formes uvio-résistantes). Mais tous les rachitismes ne présentent pas cette particularité : beaucoup sont très sensibles à la thérapeutique, présentant même de l'uvio-sensibilité. Les rayons ultra-violets et leurs dérivés ont seuls une action réelle et efficace dans le rachitisme, donnée admise actuellement par tous les auteurs et bien développée dans les articles de MM. Allaria Mazzio, entre autres : cette action est prouvée par les résultats rapides et probants obtenus avec de faibles doses. Enfin, dans les cas d'uvio-résistance, on est autorisé à essayer un traitement syphilitique, les autres facteurs cliniques produisant cet état étant encore inconnus.

**Formes frustes, complexes et associées.** — 1° Les formes frustes, monosymptomatiques, sont depuis longtemps connues. Il faut en rapprocher les formes de début, caractérisées par de seuls troubles du bilan : augmentation considérable de l'élimination calcique par les selles et du phosphore par les urines (Mouriquand et Leulier), justiciables du traitement habituel : rayons ultra-violet, administration d'ergostérol irradié ou d'huile de foie de morue ;

2° Les formes complexes peuvent être représentées par des manifestations autres que le rachitisme (v. plus loin).

3° Formes associées. — 1 L'avitaminose D peut être associée aux autres : A, B, C.

Voici, par exemple, un cas de M. Schachter, concernant un nourrisson de six mois alimenté au lait de vache, aux farines lactées et aux soupes de riz décortiqué, sans légumes et chez qui s'observaient, d'une part, une constipation irréductible, et, de l'autre, une agitation continuelle : en peu de jours, la guérison a été obtenue en ajoutant à l'alimentation des légumes cuits et des vitamines A et D.

2° Elle est souvent combinée à la *tétanie*, que produit un trouble de l'équilibre  $\frac{\text{acide}}{\text{base}}$  aboutissant à l'hypocalcémie.

**Physiologie pathologique.** — Nous venons de voir que ce qui caractérise anatomiquement le rachitisme, ce sont les anomalies de l'ossification. Si l'on procède à l'analyse des os les plus malades, on constate qu'ils ont perdu une grande partie — parfois jusqu'au tiers (Guillaumin) — de leur calcium. Etant donné que la calcémie resté normale, force est de conclure que ce qui est en défaut, c'est la fixation du calcium sur le squelette, le phosphore, notablement diminué, ne jouant plus son rôle normal qui semble être de « permettre » au calcium de se fixer sur les tissus. Quant à l'hypophosphatémie, liée elle-même à une insuffisance d'assimilation du phosphore par l'intestin, elle dépend de la pauvreté de l'organisme en facteur D.

**Thérapeutique.** — Longtemps, on s'est contenté d'administrer aux petits malades des préparations calciques, et en particulier du phosphate tribasique de chaux, des bains salés, de les soumettre à l'héliothérapie, de les laisser au lit pour prévenir, chez eux, les déformations des membres inférieurs, ou, si elles avaient déjà apparu, pour les empêcher d'évoluer.

Aujourd'hui, on utilise à peu près exclusivement les rayons ultra-violet, c'est-à-dire à courte longueur d'onde, entre 2.900 et 3.500 Å, fournis par une lampe de quartz à vapeur de mercure, et qui, comme a eu le mérite de l'établir Hullechinski (1919), guérit, en moins d'un mois, le rachitisme, tant expérimental qu'humain. Etudions :

Leur mode d'action ;

Leur technique ;

Les résultats qu'ils donnent ;

Les médications adjuvantes ;

Ses contre-indications, ainsi que les accidents auxquels elle expose.

**Leur mode d'action.** Bien qu'il soit encore mal connu, on admet que les rayons agissent, non sur les lésions osseuses, mais sur la peau, en faisant subir aux stérols qu'elle contient les transformations nécessaires (Cf. *supra*).

**Leur technique.** — Elle utilise, selon les cas :

1° L'irradiation directe ;

2° L'administration de produits naturels contenant la vitamine D, telle l'huile de foie de morue ;

3° L'administration de produits irradiés.

1° L'irradiation directe peut, elle-même, être réalisée de deux façons.

A la campagne et à la mer, l'été, à la montagne, en toute saison, on exposera le petit malade aux rayons solaires, en prenant soin d'aller très prudemment et très progressivement ; on ne manquera pas de lui couvrir la tête et les yeux ; les premières séances seront très courtes. Poids et état général seront suivis de très près. A la moindre réaction, les séances d'héliothérapie seront interrompues.

Cette méthode n'est-elle pas possible, comme c'est le cas pour les grandes villes, dont l'atmosphère, plus ou moins opaque, ne laisse point passer les rayons actifs du spectre solaire, d'ailleurs retenu par le verre à vitre ordinaire et même, au bout d'un certain temps, par la plupart des verres spéciaux qu'on trouve dans le commerce (Thiroux), on lui substituera l'administration de rayons ultra-violet fournis par la lampe de quartz. Mêmes précautions, pour cette *actinothérapie artificielle*, que pour l'actinothérapie naturelle : brièveté des premières séances, au cours desquelles on ne procédera qu'à des irradiations localisées, puis de plus en plus étendues ; protection de la tête et des yeux, rapprochement progressif de la lampe, de manière à augmenter peu à peu l'effet cherché ; prise, chaque soir de séance, de la température, suspension ou arrêt du traitement s'il se produit quelque réaction : nervosisme, insomnie, anorexie. En pratique, on prescrit des séries de 10 à 12 séances, d'une durée moyenne de cinq minutes, l'enfant étant à 0 m. 75 de la lampe, et on ne les recommence qu'au bout de trois semaines au plus tôt.

2° L'administration de produits naturels contenant la vitamine D.

Déjà Trousseau avait insisté sur la valeur, dans le traitement du rachitisme, de l'huile de foie de morue, qu'on donnera à petites doses, par gouttes (G. Blechmann), avec les interruptions nécessaires, en se rappelant que, comme l'ont montré Ed. Lesné et ses élèves (R. Clément, Zizine et Simon), son activité anti-rachitique est très variable, et doit toujours être l'objet, avant tout usage, d'un contrôle biologique permettant son titrage.

A l'huile de foie de morue de bonne qualité, contenant au moins 120 unités biologiques (v. plus loin) par gramme (XL à XLV gouttes) et agissant prophylactiquement, chez le rat, à la dose quotidienne d'un tiers de goutte, on substitue parfois d'autres huiles de poisson : chien de mer, hareng, phoque, requin, sardine.

Si elle contient de la vitamine D, c'est parce qu'elle se nourrit de petits poissons, les *caplans*, ingérant le plankton, constitué par des animaux et par des végétaux variés. Flottant à la surface de l'eau, ce plank-



ton est naturellement soumis à l'irradiation solaire, sous l'influence de laquelle les stérols se transforment en vitamine D qui, ultérieurement, s'accumule dans le foie de la morue et en est extrait avec l'huile.

3° *L'administration de substances irradiées*, qu'il s'agisse de médicaments ou d'aliments.

Aux premiers appartiennent les *stérols irradiés*, qui, en France, se présentent d'habitude sous forme de solutions huileuses au 1/100, dont on donne, chaque jour, X (0 gr. 004) gouttes. X gouttes correspondent à 1.500 ou 2.000 *unités-rat*, cette mesure étant, pour MM. Ed. Lesné et R. Clément, la dose quotidienne de produits irradiés nécessaires pour empêcher l'apparition du rachitisme chez le jeune rat blanc soumis au régime 85 de Pappenheimer, et, pour la Conférence internationale sur l'étalonnage des vitamines, la même dose d'une solution huileuse standard qui, administrée à un rat rachitique, soit capable de déterminer l'apparition, au bout de huit jours, d'une large bande de calcification dans la métaphyse des extrémités proximale du tibia et diastale du radius. Ainsi, l'unité de mesure internationale est fondée sur les résultats thérapeutiques, tandis que celle proposée par MM. Ed. Lesné et R. Clément a surtout en vue les effets prophylactiques.

Il est indispensable, avant d'ordonner un médicament « activé », de n'utiliser que des produits contrôlés biologiquement et, autant que possible, étalonnés, dont la date de préparation soit indiquée, de manière à éliminer tout produit devenu inactif par le fait du

simple vieillissement (Ed. Lesné et R. Clément), d'autant que, donné à forte dose ou trop longtemps de suite, l'ergostérol irradié peut, chez les jeunes animaux, produire des lésions osseuses très voisines du rachitisme (A. B. Marfan).

Quant aux *aliments* artificiellement irradiés (céréales, huiles, lait), leur intérêt est surtout théorique (Hess, Lesné et Vagliano) : leur préparation étant délicate, leur prix de revient est, en effet, assez élevé.

*Lés résultats qu'ils donnent.* — Sans parler de la *pigmentation cutanée*, réaction de défense, qui ne doit pas se développer trop vite, sous l'influence des irradiations « l'évolution clinique et radiologique se fera rapidement : en quatre à six semaines, on verra les métaphyses perdre leur aspect frangé ; la marge sombre ossifiée border l'extrémité osseuse, les points d'ossification apparaître, l'interligne diaphyso-épiphyse diminuer. Les résultats, dans le rachitisme floride, seront rapides et complets, surtout si l'on a soin de corriger les erreurs d'hygiène et de régime auxquelles était habituellement soumis l'enfant » (Ed. Lesné et R. Clément). Le Ca est mieux absorbé par l'intestin, la quantité de sels calciques éliminés par les selles (Bauer et Marke), le milieu sanguin s'enrichit en phosphate de chaux (Hess, Frontali). Simultanément, l'état général s'améliore, l'hypotonie diminue et, seule, persiste l'anémie, souvent compliquée de splénomégalie.

4° Quant aux *médications adjuvantes*, elles sont d'ordre médicamenteux ; administration de vitamine

traitement et prophylaxie du cancer par les composés silico-magnésiens

# NÉOLYSE

et néolyse radioactive

LABORATOIRE G. FERMÉ  
55, B<sup>is</sup> DE STRASBOURG, PARIS (10<sup>e</sup>)

DÉSINFECTION = CHLORAMINE  
INTESTINALE FREYSSINGE

1 à 3 pilules à chaque repas. - 6, Rue Abel, PARIS - Aucune contrindication

R. C., 225.781 B

A. GUERBET & C<sup>o</sup> PHARMACIENS

THÉRAPEUTIQUE & RADIOLOGIE

## LIPIODOL

LAFAY

Huile iodée à 40%.

0. gr. 54 d'iode par cm. 3

22, Rue du Landy, St-Ouen, près Paris



USAGE ENFANTS  
DES DOCTEURS

SUC D'ORANGE MARRON  
INOFFENSIF - DÉLICIEUX

NÉO-LAXATIF  
CHAPOTOT

Echant.: 58, Bou<sup>is</sup> Ornano PARIS

## OLÉTHYLE-BENZYLE

BENZOATE DE BENZYLE

LABORATOIRE CENTRAL DE PARIS

122, rue du Faubourg Saint-Honoré

**CHARBON DE PEUPLIER** sous forme de **GRAINS ANISÉS** de **CHARBON TISSOT**  
Humectent, divisent, aseptisent, expulsent.  
DIVISION du BOL ALIMENTAIRE et conséquences : MAUVAISES DIGESTIONS, MIGRAINES, LOURDEURS de TÊTE  
**CONSTIPATION** HÉMORROÏDES, etc. — Une cuillerée à café avalée comme des graines de lin, après chaque repas.  
Toutes Pharmacies. — Echantillons : PARIS 34, BOULEVARD DE CLICHY (Service A)



A, surtout chez les rachitiques amaigris, dont la croissance se fait mal ; de sédatifs du système nerveux en cas de nervosisme, d'insomnie ; de préparations phosphatées et calciques ; institution d'un traitement spécifique, négligé, bien à tort, aujourd'hui, dans les cas où l'on aura quelque raison de penser à l'hérédosyphilis ;

Physique : bains salés à domicile ou dans des stations appropriées (Salies-de-Béarn, Salins, etc.), vie au grand air la plus grande partie de la journée, et, le reste du temps, dans une chambre vaste, bien exposée et bien aérée ; si possible, séjour aux stations héliomarines ;

Orthopédique : immobilisation, au moins relative.

*Les accidents.* — La possibilité d'accidents liés à l'hypervitaminose (v. ci-dessous) a longtemps effrayé les pédiatres. En réalité, les expériences de Levaditi et de Li Yan Po, effectuées avec des produits français, ont montré qu'il existe une marge considérable entre les doses thérapeutiques et les doses toxiques. Mêmes conclusions de la part de MM. Tanret et Simonnet, Ed. Lesné et R. Clément. On peut donc administrer sans crainte les ergostérols irradiés, à condition :

1. De ne pas dépasser les doses habituelles ;
2. D'en interrompre de temps à autre l'usage : dans un cas de MM. Marfan et Dorlencourt, où l'actinothérapie avait été démesurément prolongée par la famille, on constate l'apparition d'entérolithes et de concrétions calcaires sous-cutanées ;
3. De recourir à des produits biologiquement contrôlés.

Il est possible, d'ailleurs, qu'un certain nombre d'accidents attribués à la vitamine : perte de poids, vomissements, fièvre, œdèmes passagers de la face, albuminurie et hématurie, troubles neuro-psychiques (Gil), soient en rapport avec des questions de technique : mode de préparation, choix du solvant, degré de purification, durée de l'irradiation (Ed. Lesné).

Quant aux échecs, rares, ils peuvent relever de causes variées. L'une des plus importantes est l'existence de carences associées. Si l'huile de foie de morue réussit parfois mieux que l'ergostérol irradié, c'est parce qu'elle contient, non seulement la vitamine D, mais aussi la vitamine A (Holmes et Piggott), donnée qui a été utilisée en thérapeutique, soit qu'on administre à la fois les deux vitamines, soit qu'on utilise les huiles de foie de morue renforcées et dosées en unités internationales.

*Régime.* — Si possible, les enfants seront remis au sein, sinon, on veillera à ce que leur alimentation soit normale, en ce qui concerne la quantité aussi bien que la qualité. On veillera à ce que les repas ne soient ni trop abondants, ni trop rapprochés, ni administrés à n'importe quel moment. On ne sacrifiera pas trop à la tendance actuelle de donner prématurément des farineux. On évitera les régimes acidifiants qui favorisent l'apparition du rachitisme, en modifiant l'équilibre acide-base, la calcification n'étant possible que lorsque le pH du sang oscille entre 7,25 et 7,35 (Shi-pley), c'est-à-dire dans les limites normales.

§ II. — *Hypervitaminose D.* — Chez certains animaux (chat, chien, lapin, rat), l'administration per os

d'ergostérol irradié à hautes doses détermine, au bout d'un temps qui peut varier de dix à trente jours, un amaigrissement rapide, toujours accompagné d'hypercalcémie et parfois d'asthénie, de diarrhée et de pigmentation, et qui se termine par la cachexie (Pfannenstiel) et par la mort.

A l'autopsie, quatre ordres de lésions :

1° *Hémorragies stomacales étendues* ;

2° *Calcifications* intéressant :

La plupart des viscères, mais surtout la zone corticale du rein (Kreitmair et Moll) et le bassin (Reyher et Wolkoff) ;

Le système artériel, depuis l'origine de l'aorte thoracique jusqu'à ses branches terminales, et respectant, par conséquent, d'une part, le muscle cardiaque, de l'autre, le système veineux (Tanret et Simonnet) ;

3° *Décalcification du tissu osseux* ;

4° *Néphrite aiguë* (Reyher et Wolkoff).

Soumet-on, d'autre part, les animaux d'expérience à des irradiations particulièrement intenses ou prolongées, on voit apparaître sur les téguments, d'abord de la pigmentation, puis un eczéma chronique et, enfin, un épithéliome cutané.

On discute encore la nature de ces divers accidents. Les uns sont liés à la mobilisation du calcium, qui abandonne les os pour se porter vers le sang et vers les émonctoires (Tanret et Simonnet).

Les autres semblent d'origine toxique, et peuvent être attribués, avec les réserves d'usage, à des produits nocifs mis en liberté au moment de l'irradiation de l'ergostérol.

Quant aux lésions cutanées, elles ressortissent à une radiodermite et peuvent être rapprochées, dans leur aspect et dans leur évolution, de celles qu'on observe chez les radiographes.

Dans l'espèce humaine, avec les doses habituelles, rien à craindre (v. *suprà*), bien que l'on ait parfois noté, soit chez le sujet sain (Lesné), soit chez le nourrisson, après administration de stérol irradié, une hypercalcémie légère et isolée (Rohmer et Mlle L. Maryssand). Les seuls accidents qui aient été notés concernent : 1° des enfants ayant absorbé, longtemps de suite, des doses excessives d'ergostérol (Thatcher) ; 2° des tuberculeux soumis à l'administration de fortes doses de vitamine D, méthode dangereuse et, pour cette raison, universellement abandonnée aujourd'hui.

*Fonctions.* — La vitamine D est surtout chargée de régulariser le métabolisme du P et du Ca, comme en témoigne l'action curatrice qu'elle exerce :

Sur le rachitisme, qu'elle guérit à doses infinitésimales : un millième de milligramme chez le rat blanc, deux milligrammes pour le nourrisson : en moins de trois semaines, les os se recalcifient, les points d'ossification en retard font leur apparition, les extrémités osseuses des os longs et les côtes se remodelent. Ces modifications favorables, que souligne encore l'amélioration de l'état général, sont liées, comme le montrent les dosages, à l'élévation du P sanguin ;

Sur l'ostéomalacie ;

Sur la maladie de Lobstein ;



**MÉDICATION**  
PRÉVENTIVE ET CURATIVE  
DE TOUTES LES  
**INFECTIONS**

**PYDOFORMINE**

RÉACTIVE  
BIOLOGIQUEMENT  
L'ÉLABORATION  
DES LEUCOCYTES

*Deux ampoules pro die pendant huit jours au moins.*

LITTÉRATURE ET ÉCHANTILLONS:  
**LABORATOIRES DU DOCTEUR ROUSSEL**  
89, Rue du Cherche-Midi - PARIS (VI<sup>e</sup>)

Adopté par les hôpitaux de Paris

**GYNERGÈNE**

**"SANDOZ"**

*Tartrate de l'Ergotamine cristallisée - Principe actif spécifique de l'ergot.*

**LE PLUS PUISSANT DES HÉMOSTATIQUES UTÉRINS - INHIBITEUR DU SYMPATHIQUE**

**AMPOULES**  
1/2 cc. à 1 ampoule.

**COMPRIMÉS**  
1 à 2, trois fois par jour.

**GOUTTES**  
XV à XXX gouttes, 3 fois par jour.

PRODUITS SANDOZ, 20, rue Vernier. — PARIS-17<sup>e</sup>

B. JOYEUX, Pharmacien de 1<sup>re</sup> classe

**OLÉTHYLE-BENZYLE**

Sur la *carie dentaire*, aussi fréquente chez les pauvres gens, nourris exclusivement de céréales, qu'elle est rare chez ceux qui, toute l'année, mangent du poisson, comme les Esquimaux, ou sont exposés au soleil, comme les nègres de l'Afrique centrale ;

Sur la *tétanie*, qui relève, comme on sait, de l'hypocalcémie ;

Sur les *fractures lentes à se consolider* ;

Sur les *plaies atones*.

Si cette donnée paraît définitivement acquise, les détails de l'action exercée par la vitamine D sur le métabolisme phospho-calcique nous échappent encore. Agit-elle comme catalyseur ? Par l'intermédiaire du système nerveux ou des glandes endocrines ? Cette action est-elle réversible ou non ? En ce qui concerne le rachitisme, comment, de l'avitaminose D comme point de départ, aboutir aux troubles de l'ostéogénèse ? Faut-il faire jouer un rôle, soit aux réactions vaso-motrices (Ed. Lesné), soit aux infections associées ? C'est ce qu'il est encore impossible de dire.

#### BIBLIOGRAPHIE RÉCENTE

- ALLARIA (J.-B.). *Le Pediatra del med, prat.*, sept. 1931.
- ASKEW, BOURDILLON, BRUCE, JENKINS et WEBSTER. The distillation of vitamin D., *Proceed. Roy. Soc.*, Série B. 1930, p. 76.
- BOUCOMONT (J.). Recherches histo-physiologiques sur le rachitisme de la première enfance, *Th. de Lyon*, 1932.
- CABITTO (A.). *Riv. di clinica pediatrica*, mai 1932.
- HESS (A. F.) et ses collaborateurs. *Acta pediatrica*, 6 juin 1932 ; *Journ. of Biological Chemistry*, août 1932 ; *Journ. of the Amer. med. Assoc.*, 8 août 1931, avril et août 1932.
- LECOQ (R.) et VILLUIS (F.). Action de quelques dérivés calciques sur l'évolution du rachitisme expérimental du Rat, *C. R. Soc. de Biol. de Paris*, 20 févr. 1934.
- LEGHWOOD (R.). *Proceedings of the Royal Society of Medicine*, févr. 1932.
- LESNÉ (Ed.) et DE GENNES. *Rachitisme et tétanie*, Paris, 1932.
- LESNÉ (Ed.) et CLÉMENT (Robert). *Avitaminose, Traité de médecine des enfants*, t. I, Paris, 1934, p. 444-605.
- MARFAN (A.-B.). *Rachitisme, Traité de médecine et de thérapeutique*, Paris, 1932 ; *Presse méd.*, n° 30, 1932 ; *Gaz. des hôp.*, 25 janv. 1933 ; *Soc. de péd. de Paris*, 24 mai 1932 ; *Le Nourrisson*, sept. 1932, mai 1933 ; *Les questions médico-chirurgicales*.
- MAZZEO (A.). *La Pédiatrie*, 1<sup>er</sup> nov. 1932.
- RANDON (Mad.), SIMONNET (J.-H.). *Les vitamines*, Paris, 1932.
- SCHACHTER. *Soc. de Péd. de Paris*, déc. 1932.
- SWEENGAARD (E.). *Acta pediatrica*, vol. XII, sept. IV.
- THATCHER (L.). *Edinburgh med. Journ.*, août 1931.
- THIROUX. *Vitamines et avitaminoses. Biologie médicale*, 1934.

**Aide-Mémoire de thérapeutique**, par le Dr P. BOUCHET, quatrième édition, avec une préface du Dr Cibrie, 438 pages, à l'imprimerie G. Lescher-Moutoué, à Pau. — Prix : 15 francs.

**Psychiatrie et civilisation**, par Henri DAMAYE. In-8° de 212 pages. — Prix : 12 fr. — Paris, Félix Alcan.

**Etude physiologique de la réaction de Schick**, par le Dr Maurice GAUTRELET, 54 pages. — Paris, Le François.

## SOCIÉTÉS SAVANTES

### ACADEMIE DE MEDECINE

(SÉANCE DU 5 FÉVRIER 1935)

M. le PRÉSIDENT annonce en termes émus la mort de M. le professeur Vaillard, médecin inspecteur général de l'armée, ancien président du comité consultatif, grand officier de la Légion d'honneur, membre titulaire, depuis 1904, de l'Académie de médecine dans la section d'hygiène.

**La lymphogranulomatose bénigne doit être nommée bubon climatique.** — M. BRUMPT. A l'occasion d'une étude historique concernant la maladie étudiée dès 1865 par Trousseau dans une de ses cliniques, sous le nom d'*affection ganglionnaire des créoles*, et connue de tous les médecins coloniaux français et étrangers, sous le nom de *bubon climatique*, depuis l'étude qui en a été faite, à Hong-Kong, par Cantlie en 1896, M. Brumpt demande la suppression des dix-huit synonymes de cette affection vénérienne.

C'est en effet depuis 1913 seulement que cette maladie, banale dans les régions tropicales, a été étudiée en France sous les noms de lymphogranulomatose inguinale, de quatrième maladie vénérienne, puis de maladie de Nicolas-Favre, etc... Certains de ces noms peuvent prêter à confusion avec les dénominations données à d'autres affections d'étiologie inconnue ou vénérienne et, d'autre part, ces changements de noms peuvent être très préjudiciables aux recherches, c'est pourquoi il convient, par une saine application de la nomenclature scientifique, de conserver le nom de *bubon climatique* utilisé depuis près de quarante ans dans toutes les régions tropicales.

**Résultats de six années de vaccination antidiphthérique par l'anatoxine de Ramon dans la population scolaire d'une grande ville (Saint-Etienne).** — M. POULAIN. La vaccination antidiphthérique est en usage à Saint-Etienne depuis 1929. Au 1<sup>er</sup> janvier 1933, 83 % des enfants des écoles maternelles et 70 % des enfants des écoles primaires ont été vaccinés. Près de 50.000 injections ont été ainsi pratiquées sans incident grave, ce qui démontre une fois de plus l'innocuité de l'anatoxine, telle qu'elle est préparée par Ramon.

Alors qu'en 1930, il y avait 288 cas de diphtérie à Saint-Etienne, on n'enregistre en 1934 que 28 cas, dont 12 seulement dans les écoles. Un seul décès chez un écolier non vacciné, aucun chez les enfants des écoles maternelles, quatre dans le reste de la population. Les résultats obtenus dans ces conditions, dans une grande ville dont la population est en grande partie ouvrière, confirment l'efficacité de la vaccination par l'anatoxine et montrent combien il est désirable de la généraliser.

**Le traitement des tumeurs malignes de l'homme par le venin de cobra.** — M. JACQUES LAVEDAN. Le venin de cobra est sans action sur l'évolution des tumeurs malignes de l'homme, même lorsqu'il est injecté directement dans la tumeur. Les examens histologiques, quand ils sont possibles, montrent que dans les cancers ainsi traités, la cellule néoplasique garde sa vitalité.

Les injections de venin de cobra atténuent parfois les algies des cancéreux, mais cette action est inconstante et irrégulière.

**Etude d'un schizosaccharomyces nouveau isolé d'une scaphodite tarsienne de l'enfant.** — MM. SARTORY et MEYER.

**Contribution à l'étude de la pathogénie et du mécanisme de production des accidents consécutifs au traitement antirabique.** — MM. MARINESCO et FACON.



TOUTES les Affections du **FOIE** et du **REIN** :

1 à 2 capsulines à chacun des deux principaux repas de :

# CAPARLEM

HUILE DE HAARLEM (au Juniperus Oxycedrus)

QUALITÉ INCOMPARABLE ET ACTIVITÉ INSOUÇONNÉE

Laboratoire Lorrain de Produits Synthétiques purs — **ETAIN** (Meuse)

LABORATOIRES R. HUERRE & C<sup>ie</sup>

Successeurs de VIGIER et HUERRE, Docteur ès Sciences, Pharmaciens  
PARIS — 12, boulevard de Bonne-Nouvelle, 12 — PARIS

Produits Organiques **VIGIER**

Le mode de préparation des Capsules organiques VIGIER laisse à ces médicaments toute l'activité de la substance fraîche, sans qu'elle ait subi aucune modification chimique ou thermique susceptible de diminuer sa valeur

**CAPSULES OVARIQUES VIGIER**

à 0 gr. 20 de substance ovarienne pure

**Capsules de Corps thyroïde Vigier**

à 0 gr. 05, 0 gr. 10 et 0 gr. 20

**CAPSULES**

Orchitiques, surrénales, hépatiques, pancréatiques, de thymus, spléniques, prostatiques, mamellaires, eupéptiques (Muqueuse intestinale), rénales, galactogènes (Placenta), thyrovariennes, thyroorchitiques, polycrinandriques, polycrinogynes

ÉCHANTILLONS & LITTÉRATURE SUR DEMANDE

## OLÉOCHRYSSINE LUMIÈRE

CHRYSOThÉRAPIE — CALCITHÉRAPIE

Suspension huileuse d'aurothiopropyl sulfonate de calcium  
Tuberculose — Rhumatismes — Syphilis — Dermatoses

*Imprègne l'organisme lentement, régulièrement et sans interruption pendant 4 ou 5 jours  
Résultats inégalés par tout autre traitement chimique*

## ALLOCHRYSSINE LUMIÈRE

AUROTHÉRAPIE

PAR VOIE INTRAMUSCULAIRE

*Traitement de la Tuberculose sous toutes ses formes*

Absorption facile et rapide — Tolérance parfaite — Aucune réaction locale, ni générale

## CRYOGÉNINE LUMIÈRE

LE MEILLEUR ANTIPYRÉTIQUE

ET ANALGÉSIQUE

*Action véritablement rapide dans la fièvre et la douleur*

Ne détermine pas de sueurs profuses, ni de tendance au collapsus, ne ferme pas le rein, ne provoque pas de vertiges — Pas de contre-indications

## CRYPTARGOL LUMIÈRE

COMPOSÉ ARGENTIQUE STABLE, ATOXIQUE

*Aussi antiseptique que le nitrate d'argent*

Non irritant, kératoplastique — Aucune intolérance digestive ou cutanéomuqueuse — Jamais d'argyrisme

## EMGÉ LUMIÈRE

MÉDICATION HYPOSULFITIQUE MAGNÉSIENNE

*Prophylaxie et traitement de tous les troubles liés à un état d'instabilité humorale*

ANTI-CHOC

Littérature et Échantillons gratuits sur demande à la

Sté A<sup>me</sup> des Produits Chimiques Spéciaux "BREVETS LUMIÈRE"

45, rue Villon, LYON — Bureau à PARIS, 3, Rue Paul-Dubois

**Angiomes cérébraux : importance de l'angiographie cérébrale dans leur diagnostic.** — M. EGAS MONIZ.

**Election d'un membre titulaire dans la VI<sup>e</sup> section (pharmacie) :** les candidats étaient ainsi classés : en première ligne : M. Goris ; en seconde ligne *ex aequo*, et par ordre alphabétique : MM. Bailly, Bruère, Choay, Guerbet et Hérissé.

Au premier tour de scrutin, M. Goris, professeur à la Faculté de pharmacie, directeur de la pharmacie centrale des hôpitaux, est élu par 63 voix. M. Hérissé obtient 2 voix ; M. Bruère 1 voix ; M. Guerbet 1 voix.

**Prix Albert I<sup>er</sup> de Monaco.** — En comité secret, l'Académie a discuté le choix du sujet pour le *Prix Albert I<sup>er</sup> de Monaco* (100.000 fr.).

## IL Y A CENT ANS

### LA MORT DE DUPUYTREN QUELQUES SOUVENIRS SUR SES OBSEQUES ET SON TESTAMENT

Le dimanche 8 février 1835, Guillaume Dupuytren s'éteignit à 3 heures et demie du matin. Il était âgé de 56 ans. Depuis de longs mois, il était atteint d'une pleurésie survenue peu après un voyage triomphal en Italie. L'illustre chirurgien qu'on avait surnommé le Napoléon de la chirurgie était né en 1777 à Pierre-Buffières dans la Haute-Vienne. Il appartenait à une famille modeste, sur laquelle nous avons peu de renseignements. On garde cependant le souvenir d'un de ses frères, pharmacien de Limoges, qui fut l'un des experts de l'affaire Lafarge.

Dupuytren avait commencé ses études fort jeune : à 18 ans, il était prosecteur ; à 24 ans, chef des travaux anatomiques, puis professeur de la Faculté de médecine, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu.

Celui qui devait devenir un des plus grands chirurgiens du XIX<sup>e</sup> siècle, avait gardé des habitudes fort simples, il allait à l'Hôtel-Dieu chaussé de sabots limousins et ne dédaignait pas d'emporter dans sa poche — comme tous ses collègues — la flûte de pain que l'Assistance publique octroyait, suivant un usage très ancien, à ses chefs de service.

Au moment de sa mort, Dupuytren était arrivé au sommet de sa grande réputation, il était comblé d'honneurs : inspecteur général de l'Université, membre de l'Académie de médecine, membre de l'Institut, baron, officier de la Légion d'honneur, chevalier de Saint-Michel. Cet ordre, on le sait, ne comportait qu'une classe et donnait droit au port d'un grand cordon noir.

Par sa bonté avec les malades, sa charité envers les pauvres, sa bienveillance pour les étudiants, Dupuytren jouissait d'une immense popularité. Aussi, comme ils l'avaient fait pour le baron Boyer, les étudiants s'attellèrent-ils à son char funèbre.

Mais laissons la parole à la *Gazette des Hôpitaux* du 12 février 1835 :

« Les obsèques de M. Dupuytren ont eu lieu hier (mardi 10 février), ainsi que nous l'avions annoncé. Le cortège est parti à 11 heures de la maison, place du Louvre, a remonté le quai jusqu'au Pont Neuf et est arrivé par les rues de la Monnaie et du Roule, à l'église Saint-Eustache, où un service solennel a été célébré.

Le cortège, très nombreux et composé de MM. les professeurs et agrégés de l'école, de députations des académies de médecine et des sciences, escorté d'un piquet de troupes de ligne formant la haie, a pénétré avec peine dans

l'église, après avoir suivi un corbillard richement orné, et sur lequel étaient les insignes du défunt, c'est-à-dire sa robe de professeur et ses attributs d'officier de la Légion d'honneur.

Nous avons remarqué à la suite du convoi la plupart des notabilités médicales, et parmi les notabilités étrangères à notre art, MM. Rotschild (*sic*), Lemercier, de l'Institut, quelques officiers généraux, des députés et pairs de France.

Après le service qui s'est prolongé une heure environ, le cortège a remonté par la rue Montmartre, a gagné les boulevards et est arrivé au cimetière du Père-Lachaise. Pendant tout ce trajet, les chevaux du corbillard ont été détachés, et la voiture a été traînée par les élèves en médecine, qui assistaient en très grand nombre à cette lugubre cérémonie, et qui avaient déjà porté le corps sur leurs épaules depuis le chœur jusqu'au char.

Arrivé au cimetière, divers discours ont été prononcés, par MM. Orfila et Bouillaud, au nom de l'école ; par M. Pariset, au nom de l'Académie de médecine ; M. Larrey, au nom de l'Académie des Sciences ; M. H. Royer-Collard, au nom des anciens élèves, et M. Teissier, au nom des élèves actuels de l'Hôtel-Dieu. » (*Gaz. des Hôp.*, 12 fév. 1835.)

Dupuytren laissait une fille mariée au comte de Beaumont, dont l'un des descendants fut, après la guerre de 1914, l'un des créateurs du Cercle Interallié.

Le testament de Dupuytren désignait le baron James de Rothschild comme exécuteur testamentaire.

Il légua son corps à ses collègues Sanson, Bégin, Marx, Broussais et Cruveilhier, qui, avec les internes de l'Hôtel-Dieu, furent chargés de son autopsie, autopsie dont le procès-verbal fut publié dans la *Gazette des Hôpitaux* du 14 février 1835.

Il légua notamment à la Faculté de Médecine une somme de 200.000 francs pour la création d'une chaire d'anatomie pathologique et du musée qui porte son nom.

Sanson, Bégin et Marx étaient chargés de terminer ses travaux en cours. Marx héritait des instruments de son maître. Sa bibliothèque était léguée à son neveu. Les internes de l'Hôtel-Dieu recevaient un souvenir.

La fortune de Dupuytren était considérable, on l'évaluait généralement à 4 millions — le Dictionnaire historique de Bouillet dit même 7 millions —. Quoi qu'il en soit, c'était pour l'époque une fortune énorme, honnêtement gagnée. Dupuytren, qui était très bienfaisant, en fit un noble usage. On dit même qu'il offrit le tiers de cette fortune à Charles X exilé après la Révolution de juillet (1).

F. L. S.

(1) Parmi les éloges de Dupuytren, signalons celui que prononça Pariset à l'Académie de Médecine à la séance annuelle de 1836 ; sa biographie par Malgaigne (Didot 1856) ; le discours prononcé par le baron Larrey, au nom de l'Académie des Sciences en 1869 ; enfin sa biographie par Rochard. (*Histoire de la chirurgie française*, Baillière, 1875.)

Rappelons aussi, sans entrer dans l'énumération des travaux de Dupuytren, que la maladie qui porte son nom, la rétraction de l'aponévrose palmaire, fut décrite pour la première fois dans la *Gazette des Hôpitaux* (26 novembre et 13 décembre 1831).

**Les maladies d'estomac. Pratique journalière et vécue**, par le docteur A. DE LA PRADE (de Nice). Grand in-8° de 524 pages, avec 19 planches et 144 figures. Prix : 100 fr. — Paris, Doin et Cie.

Le Directeur-gérant : D<sup>r</sup> François LE SOURD.



# céréossine

## Minéralisateur complet

*Parathyroïdine*

*Vitamines D*

## Reconstituant physiologique

*Phytophosphine*

*Hémoglobine*

*Nucléines*

**CÉRÉOSSINE**

**Simple**

Cachets  
Granulés  
Poudre  
Comprimés

**Irradiée**

Cachets  
Granulés

**Méthylarsinée**

**Gaiacolée**

Cachets

**Présence de  
Vitamines  
biologiquement  
contrôlée**

**fixe le Calcium**

### POSOLOGIE

**Cachets, Poudre**  
(par cuill. à café)

Adultes, 2  
Enfants, 1

**Comprimés**

Adultes, 4  
Enfants, 2

**Granulés**  
(par cuill. à café)

Adultes, 4  
Enfants, 2  
Nourrissons, 1

Echantillons: Laboratoires DEHAUSSY, 66, Rue Nationale, 66 - Nord (LILLE).

# Culture pure de Ferments lactiques bulgares sur milieu végétal

**GASTRO-ENTÉRITES** *des Nourrissons  
et de l'Adulte.*  
**DIARRHÉES, CONSTIPATIONS**

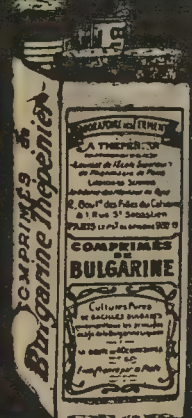
**INFECTIONS HÉPATIQUES** *(d'origine  
intestinale)*  
**DERMATOSES, FURONCULOSES**

*Prophylaxie de la FIEVRE TYPHOÏDE et du CHOLÉRA*

**RHINITES, OZENES**  
**GRIPPES, ANGINES**

**PANSEMENTS DES PLAIES**

**GINGIVO-STOMATITES, PYORRHÉES**



# BULGARINE THÉPÉNIER

**Sucer DEUX COMPRIMÉS de Bulgarine ou boire un verre à moitié de BOUILLON de Bulgarine  
une demi-heure avant le repas.**

*Saupoudrer ou insuffler la Poudre de Bulgarine 3 à 4 fois par jour.*

## Phosphates et diastases des Céréales germées

**ENTÉRITES et DYSPEPSIES** *salivaires et  
pancréatiques*  
**PALPITATIONS** *d'origine digestive*

**MATERNISATION** *physiologique du LAIT*

*Préparation des BOUILLIES MALTÉES*

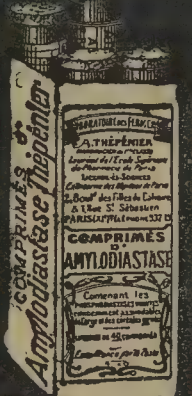
**DIGESTIF PUISSANT** *de tous les FÉCULENTS*

**SURALIMENTATION**

**REPHOSPHATISATION**

**TUBERCULOSES, RACHITISMES**

**NEURASTHÉNIES, CONVALESCENCES**



# Amylodiasase THÉPÉNIER

**Croquer DEUX COMPRIMÉS d'Amylodiasase ou prendre deux cuillerées à café de Sirop Amylodiasase  
après les repas.**

*Préparation des bouillies : délayer une cuillerée à café de Sirop Amylodiasase dans la bouillie très chaude mais non bouillante.*

**Préparés par le « Laboratoire des Ferments » du Docteur THÉPÉNIER, 10 et 12, rue Clapeyron, PARIS**

R. G., 150.854, Seine



*La Lancette Française***GAZETTE DES HOPITAUX****CIVILS ET MILITAIRES****PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI****ADMINISTRATION ET RÉDACTION :****49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6<sup>e</sup>. Tél. : Danton 48-31.****PUBLICITE : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6<sup>e</sup>) - Téléph. : LITRÉ 54-93.****PRIX DE L'ABONNEMENT****FRANCE**

3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.

*Etudiants : 25 francs par an.*

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

**ETRANGER**

Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.

Tous les autres pays : 75 francs.

**SOMMAIRE****TRAVAUX ORIGINAUX***Essai d'interprétation des images radiologiques triangulaires de la base droite (avec 11 fig.), par M. le professeur R. PIERRET et M. A. BRETON.***LES CONGRÈS DU CANADA (1934).** (Fin. Compte rendu, par M. J. HUBER.)**SOCIÉTÉS SAVANTES***Société de biologie.***NÉCROLOGIE***Vailard, par F. L. S.***IL Y A CENT ANS***La mort de Fodéré.***INTÉRÊTS PROFESSIONNELS***Equivalences, par M. Maurice MORDAGNE.***NOTES DE PRATIQUE****NOTES POUR L'INTERNAT***Tumeur blanche du coude.*

bona, 24,77; Yglesias y Betancourt, 26; Boquet, 17,77; Thomas, 22,22.

Séance du 9 février. — Questions données : « Anthrax. — Etude clinique des complications de la rougeole. »

MM. Le Picard, 20,55; Rouzaud, 18,77; Lignières, 18; Laigle, 21,55; M<sup>me</sup> Albou, 15,77; MM. Paugam, 14,22; Zivy, 16,22; Bergeron, 22,66; Vivien, 16,55; Laumonier, 21,33.

— Rappelons la séance du 4 février qui avait été omise par une erreur dont nous nous excusons. — Questions données : « Diagnostic des tumeurs du sein. — Formes cliniques des péritonites tuberculeuses. »

M<sup>lle</sup> d'Aussagnet de Lasbordes, 18,55; MM. Goudot, 12,55; Pierra, 19,66; Tétreau, 18,33; M<sup>lle</sup> Simon, 17,66; MM. Lepintre, 16,33; Schaefer, 17,11; Tran van Con, 16,55; Roux (Maurice), 21,22; Arviset, 23,66.**L'ACCÈS DES ÉTRANGERS AUX CONCOURS HOSPITALIERS.**— Comme suite aux précédents articles parus dans la *Gazette* sur la protestation des étudiants, nous pouvons indiquer que M. MOURIER, directeur général de l'Assistance publique à Paris, a reçu M. Mordagne, délégué permanent de l'Association Corporative.

M. Mourier a déclaré qu'il se propose d'appliquer aux concours de médecin, chirurgien, accoucheurs ou spécialistes des hôpitaux une réglementation conçue dans l'esprit de la loi du 19 juillet 1934, c'est-à-dire que les étrangers seraient admis à ces concours dix ans seulement après leur naturalisation.

Pour l'internat, M. Mourier proposera au Conseil de surveillance de nommer les candidats étrangers en surnombre et sans traitement.

Une décision analogue concernant l'externat est mise à l'étude.

— D'autre part, M. le doyen ROUSSY a reçu les délégués de

**INFORMATIONS****HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX.**

— Jury : MM. Nicaud, Pinard, Pagniez, Cain, Lereboullet, Guillain, Villaret, Marcel Labbé, Lévy-Valensi, Laignel-Lavastine, Tixier, Abrami.

Censeurs : MM. de Brun du Bois-Noir, Pollet, Gutmann, Paraf, Kourilsky, Péron, Célice, Escalier.

— CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX. — Séance du 11 février. — Questions données : « Estomac biloculaire. — Région sous-maxillaire. »

— CONCOURS DE L'INTERNAT. — Oral. — Séance du 7 février. — Questions données : « Mal sous-occipital. Lésions, symptômes et complications. — Signes et diagnostic du cancer de l'œsophage. »

MM. Taveau, 19,44; Maschas, 16,44; Champeau, 19,22; Nardi, 24,44; M<sup>lle</sup> Daubail, 24; MM. Gout (René-Lucien), 14,53; Verstraete, 11,77; Gallant, 11,44; Gout (Lucien-Joseph), 21,44; Buffard, 17,22.

Séance du 8 février. — Questions données : « Signes et diagnostic du cancer du corps utérin. — Symptômes et diagnostic des polynévrites alcooliques. »

MM. Gaumé, 20,77; Castany, 20,55; Rouvillois, 24; M<sup>lles</sup> Lautmann, 23; Eremia, 18,11; MM. Beaufils, 16; In-

La feuille de digitale se prescrit :

**Digi — LANATINE**Extrait total des Glucosides  
de la Feuille de digitale**LABORATOIRE MIALHE, 8, rue Favart — PARIS (2<sup>e</sup>)**

la Corporative, et reconnaissant la justesse de leurs vœux il s'est montré disposé à les faire aboutir.

— Enfin, M. CIBRIE, secrétaire général de la *Confédération des syndicats médicaux*, a réunis représentants des diverses associations d'étudiants. Le cahier des doléances élaboré par l'Union Nationale des Etudiants a été approuvé à l'unanimité.

M. Cibrrie a rendu compte des démarches entreprises. Une autre réunion aura lieu prochainement.

**MÉDECINS ÉTRANGERS.** — Sur les 49 docteurs en médecine ayant fait enregistrer leur diplôme à la Préfecture de police pendant le mois de janvier, 19 sont d'origine étrangère : 1 Géorgien, 3 Polonais naturalisés français, 12 Roumains dont 1 naturalisé français, 2 Russes dont 1 naturalisé français et 1 Syrien.

**FEMMES MÉDECINS.** — Sur les 49 docteurs en médecine ayant fait enregistrer leur diplôme à la Préfecture de police pendant le mois de janvier, on compte 9 femmes.

**DIMINUTION DU NOMBRE DES ÉTUDIANTES EN ALLEMAGNE.** — D'après *Le Temps* la diminution du nombre des étudiantes atteindrait depuis un an 25 p. 100 pour la médecine, 16 p. 100 pour la pharmacie.

Cette diminution serait due à l'augmentation du nombre des mariages, au *numerus clausus* qui fixe à 10 p. 100 du nombre des étudiants celui des étudiantes, enfin à l'exclusion des non aryennes.

**GUERRE.** — Le médecin général inspecteur Rouvillois, directeur du Service de santé au ministère de la Guerre, est nommé président du Comité consultatif de santé et inspecteur général technique du Service de santé, en remplacement du médecin général inspecteur Dopfer, placé dans la section de réserve.

Le médecin général Morvan, directeur de l'Ecole du Service de santé militaire à Lyon, est nommé directeur du Service de santé militaire au ministère de la Guerre.

Le médecin général inspecteur Baron est mis à la disposition du ministre de la Santé publique et de l'Education physique pour présider la Commission permanente des services de santé militaires de la guerre, de la marine et des colonies.

Le médecin général Marland est nommé directeur de l'Ecole du Service de santé militaire de Lyon.

Le médecin colonel Hornus est nommé directeur par intérim du Service de santé militaire de la 6<sup>e</sup> région, à Metz.

**AVIS DE VACANCE.** — La vacance d'un poste de directeur du bureau municipal d'hygiène de Saint-Germain-en-Laye est déclarée ouverte.

Pour inscriptions, s'adresser au ministère de la Santé publique (direction de l'hygiène, 6<sup>e</sup> bureau) dans un délai de vingt jours à dater du 6 février 1935.

**LA GRIPPE DANS L'ARMÉE.** — Les docteurs Péchin, Dasque et Camboulives, membres de la Commission de l'armée, sont partis pour visiter les garnisons où se sont produits les plus nombreux cas de grippe : Angoulême, Bourges et Sens.

**AMPHITHÉÂTRE D'ANATOMIE.** (M. le docteur Maurice Robineau, directeur des travaux scientifiques.) — Un cours hors série d'opérations chirurgicales (chirurgie gynécologique et chirurgie spéciale des voies urinaires chez la femme), en huit leçons, par M. le docteur Pierre Aboulker, prosecteur, commencera le lundi 18 février 1935, à 14 h., et continuera les jours suivants, à la même heure.

Droit d'inscription : 300 fr.

Se faire inscrire : 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (V<sup>e</sup>), jusqu'au samedi 16 février.

Ce cours n'aura lieu que s'il réunit un minimum de six inscriptions.

**NÉCROLOGIE.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Edgar Loubry, ancien interne des hôpitaux de Lille, décédé à Fresnes (Nord), dans sa 59<sup>e</sup> année; Tillmans, ancien directeur de l'Institut de chimie alimentaire de Francfort; M<sup>me</sup> le docteur Madeleine Lorsignol, chirurgien-résident à l'hôpital des enfants de Nottingham (Angleterre); M. le docteur René Kauffmann (d'Asnières); M. Jean-Charles Authie, externe des hôpitaux de Marseille, décédé dans sa 24<sup>e</sup> année d'une maladie contractée dans son service.

## VAILLARD

Avec Vaillard disparaît le doyen respecté du corps de santé militaire et l'un des hommes qui ont le plus honoré la science française.

Louis Vaillard est né à Montauban le 3 octobre 1850, il entra à l'école de Strasbourg en 1867, et sa belle carrière fut couronnée en 1909 par sa promotion au grade de médecin général inspecteur, son accession à la Présidence du Comité consultatif de santé, et son élévation à la dignité de grand officier de la Légion d'honneur.

Cependant sa vie laborieuse de savant se déroulait parallèlement avec éclat. Il devint successivement professeur au Val de Grâce, Directeur de l'Ecole de Lyon, puis du Val de Grâce, membre de l'Académie de médecine, vice-président du conseil d'administration de l'Institut Pasteur.

Il avait eu en effet, l'honneur d'être l'élève de Pasteur, et il était le plus ancien collaborateur d'Emile Roux.

Dans toute l'œuvre de Vaillard, il faut détacher d'abord ses belles recherches avec Roux sur la toxine tétanique et la sérothérapie antitétanique. Il faut mettre aussi en vedette ses travaux sur la dysenterie avec Dopfer.

La plupart des études de Vaillard se portèrent sur l'épidémiologie et l'hygiène. Qu'il s'agisse de vaccination antivariolique, de l'étiologie de la fièvre typhoïde, des porteurs de germes, de l'épuration des eaux, de la désinfection, des conserves alimentaires, etc., on retrouve partout la trace profonde laissée par les travaux de Vaillard.

Jusqu'à la fin de sa vie, Vaillard a conservé une activité et une lucidité d'esprit qui faisaient l'admiration de tous. Elles n'avaient d'égales que son aménité exquise et sa grande bienveillance pour les jeunes. Nous gardons un souvenir ému et reconnaissant de l'amitié qu'il voulut bien nous marquer.

Vaillard aura eu la grande joie de voir son gendre et son disciple Dopfer prendre place à ses côtés à l'Académie de médecine et devenir à son tour le chef éminent du service de santé de l'armée.

F. L. S.

## IL Y A CENT ANS

### MORT DE FODÉRÉ

Le professeur Fodéré (de Strasbourg), l'un des créateurs de la médecine légale, mourut à Strasbourg dans les premiers jours de février 1835. Sa mort fut annoncée à l'Académie de médecine le 10 février, en même temps que celle de Dupuytren.

Toux  
Dyspnée

**IODEINE MONTAGU**

**QUATAPLASME**

du **D' LANGLEBERT**  
PANSEMENT COMPLET  
Phlegmasies, eczémas, brûlures, etc



LABORATOIRE NATIVELLE

27, Rue de la Procession — PARIS (15<sup>e</sup>)

**NATIBAÏNE**

ASSOCIATION

**1/3**

**DIGITALINE NATIVELLE**

**2/3**

**OUABAÏNE ARNAUD**

DU

LABORATOIRE NATIVELLE

La NATIBAÏNE est la seule association des deux glucosides connus et appréciés : la DIGITALINE NATIVELLE, employée par tous les Praticiens, et l'OUABAÏNE ARNAUD, qui est le seul produit extrait du *Strophantus Gratus* ayant servi aux essais cliniques publiés par les Professeurs et les Docteurs : Vaquez et Lutembacher, Laubry, Clerc, Lian, Ribierre, Gallavardin, Laubry, Minet, Legrand, Pagliano, etc.

ÉCHANTILLONS ET LITTÉRATURE ENVOYÉS SUR DEMANDE

**TROUBLES  
DU  
MÉTABOLISME  
PHOSPHO-CALCIQUE**

**CARIES DENTAIRES  
GROSSESSE LACTATION  
CONVALESCENCE**

**OSTÉOMALACIE  
DÉCALCIFICATION  
FRACTURES**

**RACHITISME**

# ERGORONE

**SOLUTION HUILEUSE  
RENFERMANT  
0,6015 POUR 100 DE**

**VITAMINE D CRISTALLISÉE**

*Soit 6000 unités  
internationales par cc  
200 unités interna-  
tionales par goutte*

**MÉDICATION D'UNE POSOLOGIE PRÉCISE**  
CONTRÔLÉE  
PHYSIQUEMENT ET  
BIOLOGIQUEMENT

**SOCIÉTÉ PARISIENNE  
D'EXPANSION CHIMIQUE**  
**SPECIA**  
MARQUES POULENC FRÈRES  
ET USINES DU RHÔNE  
21, RUE JEAN GOUJON-PARIS

## LE SPARTO-CAMPBRE LE SPARTOVAL

Deux nouveaux Sels de la **SPARTÉINE** en thérapeutique cardiovasculaire, nouveaux dérivés où les propriétés de la **Spartéine** sont potentialisées et renforcées :

**le Camphre dans le**

**SPARTO-CAMPBRE**

**CAMPHO-SULFONATES de SPARTÉINE et de SODIUM**

**TONICARDIAQUE**

**ET DIURÉTIQUE**

Synergie médicamenteuse puissante possédant toutes les indications de l'huile camphrée et de la Spartéine.

**FORMES :**

**Ampoules de 2 et 5 c. c.**  
(médicament d'urgence)

**Dragées** (médicament d'entretien)

**l'acide valérianique dans le**

**SPARTOVAL**

**ISOVALÉRIANATE NEUTRE DE LA SPARTÉINE**

**CARDIO RÉGULATEUR**

**ET NEUROSÉDATIF**

Médicament des algies et troubles fonctionnels cardiaques et cardio-vasculaires.

Traitement des arythmies.

**Dragées dosées à 0 gr. 05.**

**Laboratoires CLIN. — COMAR & C<sup>ie</sup>, 20, rue des Fossés-Saint-Jacques, Paris.**



## ESSAI D'INTERPRÉTATION DES IMAGES RADIOLOGIQUES TRIANGULAIRES DE LA BASE DROITE

Par M. R. PIERRET,

Professeur de Clinique médicale infantile,

et M. A. BRETON.

(Université de Lille.)

Il est banal d'observer derrière l'écran radioscopique au niveau de la base pulmonaire droite, des ombres pathologiques qu'il est souvent bien difficile d'interpréter correctement.

Lorsque certaines de ces images anormales dessinent en position frontale un triangle rectangle, sombre, juxta-cardiaque, à sommet hilare, à base diaphragmatique, à hypoténuse rectiligne, on pense de suite se trouver en présence du triangle de « Chauffard-Rist » caractéristique de la pleurésie médiastine postérieure ou de la dilatation des bronches inférieures droites avec pleurite médiastinale adhésive du voisinage et broncho-pneumonie chronique environnante.

Il ne reste plus alors, pour pouvoir confirmer ce diagnostic qu'à s'assurer en position oblique ou transverse, que cette image de Rist appartient bien au lobe inférieur droit, au lobe cardiaque, ou au médiastin postéro-inférieur. Au besoin on s'aide d'un lipiodol bronchique.

Ces notions classiques sont bien connues des cardiographes ; malheureusement on a eu le tort de les généraliser. Le triangle de Chauffard-Rist ne résume pas toute l'histoire des images triangulaires de la base droite.

Si trop souvent on confond entre elles toutes les images triangulaires observées à la base droite ; si trop souvent on commet ainsi des erreurs préjudiciables de diagnostic, c'est parce qu'on se contente d'un examen radioscopique rapide et superficiel. Il faut étudier minutieusement, avec précision la grandeur de tout triangle, ses contours, la hauteur de son sommet, la forme de son hypoténuse, sa plus ou moins grande homogénéité, sa topographie. Ainsi on constatera qu'à côté de l'image de Rist existent d'autres images triangulaires, à contours plus ou moins nets, à hypoténuse convexe ou concave, de signification bien différente.

Toute question devenue délicate à traiter, a besoin d'être l'objet d'une synthèse pour recevoir la clarté indispensable à sa bonne compréhension ; — aussi avons-nous condensé, dans le schéma suivant, les six types d'images triangulaires que l'on peut voir au niveau du tiers inférieur du champ phréno-claviculaire droit (fig. 1).

A quelles affections faut-il rattacher ces différents types ?

Le type I figure le triangle créé par la présence d'une pleurésie séreuse ou purulente dans le médiastin postéro-inférieur. Le sommet remontant jusqu'à la 6<sup>e</sup> côte, la forme légèrement concave de l'hypoténuse, l'intensité de sa coloration en sont les caractéristiques

signalées par Chauffard dès 1902, puis par Devicq et Savy en 1910.

Types II et III. — Triangles rectangles à hypoténuse rectiligne. — Les types II et III correspondent à l'ima-

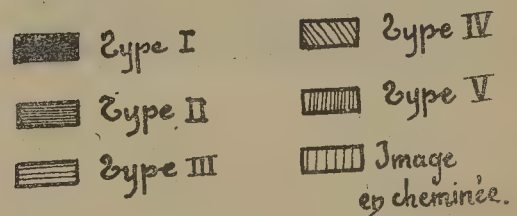
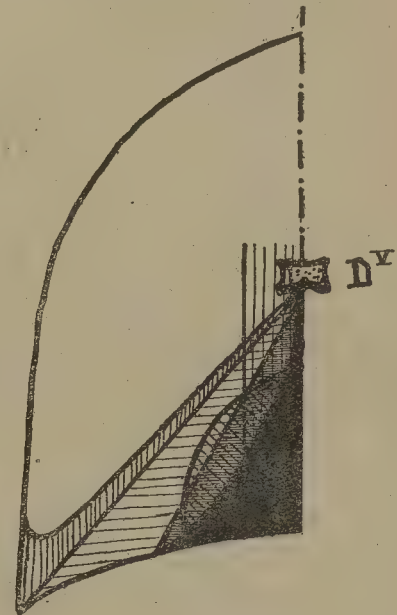


Fig. 1. — Images triangulaires de la base droite.

Type I. — Image sombre, grossièrement triangulaire, juxta-cardiaque en position frontale, localisée dans le médiastin postérieur par des radiographies transverses, à base reposant sur le diaphragme, à sommet rarement hilare, et dont l'hypoténuse affecte souvent la forme d'une hémiparabole de faible courbure dont l'extrémité externe se termine au début de la moitié interne de l'hémidiaphragme.

Type II. — Triangle rectangle juxta-cardiaque à sommet nettement hilare, à base diaphragmatique, à hypoténuse rectiligne. Le bord inférieur de cette hypoténuse rencontre l'hémidiaphragme à la jonction de sa moitié interne et de sa moitié externe. L'intensité de sa grisaille est beaucoup moins forte que celle du type I ; elle n'est pas toujours franchement homogène. Cette image, examinée en position oblique et transverse, semble appartenir au lobe postéro-inférieur ou au lobe cardiaque.

Type III. — Triangle rectangle, à base diaphragmatique, à sommet nettement hilare, c'est-à-dire localisé au niveau du bord inférieur de la cinquième dorsale ou au niveau du disque intervertébral sous-jacent. L'hypoténuse est rectiligne et unit par une ligne nette le hile au cul-de-sac costo-diaphragmatique. Sa teinte est un peu moins foncée que celle du type II. D'ailleurs très variable, cette ombre peut être parfois légère, fasciculée ; parfois même seule l'hypoténuse se dessine nettement ; et, dirons-nous, non sans élégance.

Type IV. — Image grossièrement triangulaire à base diaphragmatique juxta-cardiaque en position frontale, et dont l'hypoténuse étudiée dans ses détails se révèle comme convexe externe. Le sommet de cette ombre est rarement hilare, sa hauteur est variable. Son intensité est généralement assez marquée, mais peut être différente suivant les cas observés. En position oblique ou mieux en position transverse, cette ombre pourra appartenir au médiastin antéro-inférieur droit ou au médiastin postéro-inférieur droit selon les malades et les maladies.

Type V. — Image triangulaire large, occupant tout le tiers inférieur du champ phréno-claviculaire droit. Le bord supérieur est largement concave et unit en vue frontale le hile au grid costal, laissant parfois un peu de clarté au niveau de l'angle costo-diaphragmatique. Une radiographie en transverse montre tout de suite s'il s'agit du lobe moyen ou d'un lobe postéro-inférieur, ou des deux.

Type VI. — Combinaison d'ombre en cheminée médiastinale pouvant s'associer avec les types II et III, la stéréoradiographie montre que les images ne sont pas dans le même plan.

ge de Rist. Cette image peut se présenter sous deux variétés :

*La première* : le triangle est de contours francs, bien dessiné, il apparaît durable, assez foncé.

*La deuxième* : le triangle est à peine visible parce que clair. Plus fasciculé, plus étalé, de teinte généralement non homogène, c'est surtout son hypoténuse qui est nette, souvent tendue comme une corde raide entre le hile et le sinus costo-diaphragmatique. Sa durée est beaucoup plus éphémère — de quelques jours à plusieurs mois. L'interprétation est différente selon la variété que l'on constate derrière l'écran.

Dans la première variété on sera tenté de penser avant tout à une *pleurite médiastinale adhésive*, épi-phénomène de certaines bronchectasies avec bronchopneumonie environnante localisées dans le domaine de la bronche inférieure principale, c'est-à-dire à la partie postéro-interne du lobe inférieur.

Cette pleurite médiastinale comme l'ont montré Rist, Jacob et Trocmé est infiniment plus fréquente que la pleurite médiastine séreuse ou purulente.

Le diagnostic ne peut se faire que par le lipiodol bronchique. Il ne faut compter ici ni sur la ponction exploratrice, ni sur les signes de compression pour établir un diagnostic différentiel.

Viennent ensuite par ordre de fréquence les *lobites inférieures droites partielles* — causées par des processus pneumoniques tuberculeux ayant tendance, on ne sait trop pourquoi, à se localiser eux aussi au niveau du lobe cardiaque ou à la partie postéro-interne du lobe droit inférieur. Puis tous les *processus de condensation de cette même région* : pneumonie chronique, splénopneumonie, atélectasie tuberculeuse ou non avec ou sans dilatation des bronches.

Dans la deuxième variété, malgré les recherches poursuivies, l'on n'est pas encore arrivé à s'expliquer clairement le pourquoi de ces images. Sans vouloir faire preuve d'un mauvais esprit critique, il faut reconnaître que les explications qu'on en donne couramment sont loin d'être satisfaisantes. En voici les principales :

— Processus broncho-pneumonique chronique atténué, séquelle d'affection respiratoire aiguë de l'enfance (R. Méry).

— Dilatation bronchite étalée avec réaction parenchymateuse (Rist).

— Plicature de la plèvre déterminée par la rétraction scléreuse ou l'atélectasie péri-bronchitique des angles costo-médiastinaux de la base, avec attraction en dehors de la partie postéro-inférieure du médiastin (Bernou).

— Lésions des bronches et des bronchioles inférieures droites dans la lumière desquelles existeraient des exsudats muco-purulents plus ou moins épais, assez étendus parfois pour obturer complètement la lumière des bronches et provoquer secondairement des atélectasies plus ou moins transitoires de zones pulmonaires plus ou moins étendues (Feyrter in Foy et M. Lamy, *Revue Tuberculose*, juillet 34).

— Lésions du système lymphatique avec tuméfaction des ganglions péri-hilaires et foyers d'inflammation productive péri-bronchique et péri-vasculaire (Gödtche et Heris).

— Scissurite cardiaque, à différencier des ligaments phréno-péricardiques qui peuvent masquer le sinus cardio-diaphragmatique (Ledoux, Lebard et J. Garcia Calderon).

Toutes ces théories plus ou moins hypothétiques, pour multiples et variables qu'elles soient, mettent simplement en évidence la difficulté du problème. Une seule et unique cause ne peut certes pas être valable pour tous les cas ; c'est un fait indiscutable, mais l'abondance des interprétations laisse à penser que ce problème étiologique a besoin d'études complémentaires pour être clairement élucidé. Nous nous proposons personnellement de lui consacrer dans la thèse de l'un de nos élèves, une série de travaux expérimentaux.

*Les types IV.* — Ce triangle rectangle de hauteur variable, rarement à sommet hilaire, à hypoténuse convexe, n'est presque jamais dû à une affection pulmonaire; il traduit une affection de voisinage que l'on découvre habituellement. En allant d'avant en arrière, on peut rencontrer :

1° La hernie diaphragmatique droite dont le pédicule siège généralement au niveau de la fente de Larrey ;

2° La grosse oreillette droite ;

3° La grosse oreillette gauche ;

4° L'anévrisme rétrocardiaque ;

5° L'abcès aigu du médiastin postérieur ;

6° Le kyste dermoïde du médiastin inférieur ;

7° L'abcès ossifluent — d'origine pottique ;

8° La scoliose.

Les examens dans les différentes positions obliques et transverses, de bonnes radiographies, parfois la ky-mographie ; surtout la clinique et l'auscultation, rarement le laboratoire, dépisteront la maladie en cause.

*Le type V.* — Ne peut être interprété qu'après radioscopie ou radiographie en transverse.

Il s'agit plus souvent d'un lobe moyen que d'une lobite inférieure droite.

Exceptionnellement lorsqu'elle est totale, cette dernière se traduit radiologiquement « par une ombre occupant la partie inférieure de l'Hémithorax, comblant le sinus costo-diaphragmatique, plus nette à l'examen postérieur, à limite supérieure oblique en haut et en dehors vers l'aisselle, de teinte non toujours semblable au lavis homogène des épanchements pleuraux et en transverse n'atteignant qu'à l'extrême base la paroi thoracique antérieure ». Aris. Thèse.

*Le type VI.* — Image en équerre — résulte classiquement de la combinaison d'une ombre en cheminée de pleurésie ou d'adénopathie médiastinale avec l'ombre d'une pleurésie diaphragmatique. Nous croyons qu'il faut réviser cette notion — en ne voyant dans ce type qu'une variante des types II et III avec exagération de la réaction médiastinale de pleurite adhésive.

Tout essai de Synthèse ne vaut que d'après les exemples sur lesquels il se fonde. Aussi fournirons-nous ici toute une série de radiographies, tirées de la collection du Service de l'un de nous et interprétées d'après les notions récentes d'anatomie radiologique. Les radiographies du lobe inférieur droit (Thèse Leleu) seront



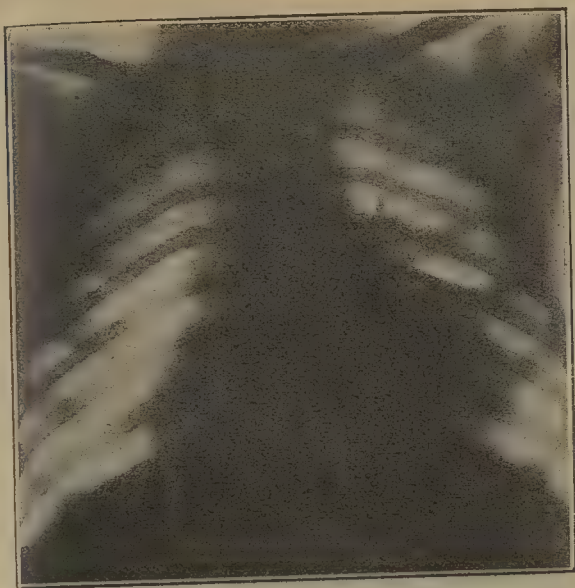


FIG. 2. — Observation II : Absès bronchectasiques.

présentées groupées d'après le type de leurs triangles.

*Type II. — Triangle rectangle à sommet hilair, à hypoténuse rectiligne.* — 1° Absès bronchectasiques localisés au lobe postéro-inférieur droit dans la région paramédiastinale, et secondaires à la pénétration intrabronchique d'un morceau de carton. Mort à la 6<sup>e</sup> semaine. Autopsie (fig. 2).

*Type IV. — Triangle à hypoténuse convexe.* — A. *Hernie diaphragmatique.* — Hernie diaphragmatique droite du côlon chez un enfant de 7 ans présentant des signes cliniques faisant songer à la tubercu-



FIG. 3. — RADIOGRAPHIE I. — Image triangulaire de la base droite (le côlon hernié n'est pas visible). (Cliché inversé.)

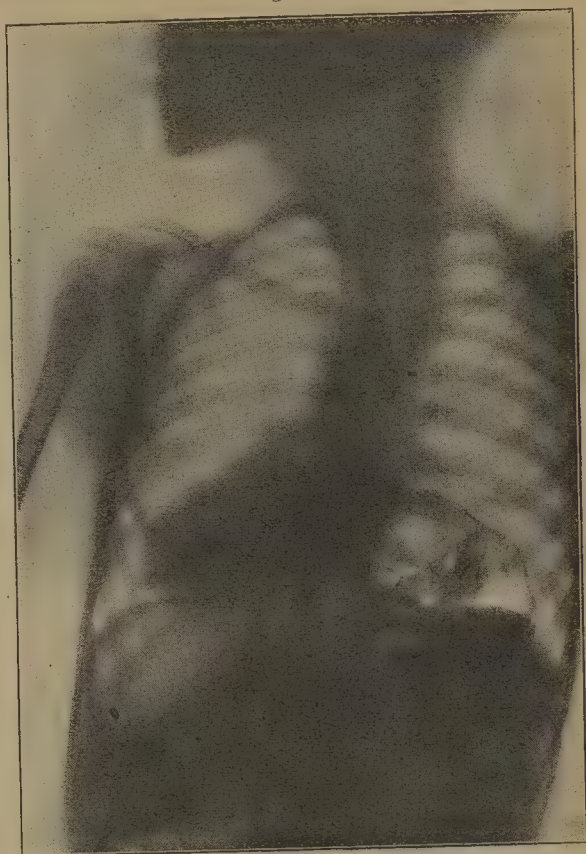


FIG. 4. — RADIOGRAPHIE II. — Image claire faisant penser à la hernie. (Cliché inversé.)

lose. Diagnostic après lavement baryté — opération par voie abdominale après pneumothorax préalable — guérison (fig. 3, 4 et 5).



FIG. 5. — RADIOGRAPHIE III. — Image caractéristique après lavement baryté affirmant le diagnostic. (Cliché inversé.)





FIG. 6. — Observation IV : Scoliose.

B. *Scoliose*. — Scoliose compensatrice de la colonne dorsale chez une ancienne coxalgique âgée de 37 ans (fig. 6).

C. *Abcès du Médiastin postérieur aigu*. — Abcès du médiastin postérieur, à la suite d'une infection respiratoire ayant l'aspect de bronchite fétide aiguë. Pas de troubles cardiaques. Pas d'oppression respiratoire et seulement toux coqueluchoïde pouvant faire penser à l'atteinte du médiastin. A la radiographie, ombre homogène, à contours réguliers en arc de cercle, située du côté droit de l'image du cœur. (D'après Carlos Salazar de Souza, agrégé de pédiatrie à la Faculté de Médecine de Lisbonne, in Archives de Médecine des Enfants, 1932, t. XXXV, p. 33) (fig. 7).

D. *Oreillette gauche*. — Femme de 37 ans présentant une sténose mitrale avec tachyrythmie et hépatomégalie dont le syndrome de stase s'est complété de façon tardive en donnant des œdèmes périphériques.

L'autopsie a montré une sténose serrée et une dilatation énorme de l'oreillette gauche écrasant l'oreil-



FIG. 7. — Schéma de la radiographie d'abcès du médiastin (observation VI d'après Carlos Salazar de Souza). — Ombre homogène, à contours réguliers et circulaires, située à la base droite.



FIG. 8. — Observation VIII : Image convexe d'oreillette gauche.

lette droite qui est restée tout petite. (Observation du Pr. Doumer) (fig. 8).

E. *Abcès ossifluent par Mal de Pott*. — Malade hospitalisé au Sanatorium de Zuydcoote pour ostéites multiples. — Abcès ossifluent par Pott de D.

Type V. — Broncho-pneumonie pseudo-lobaire inférieure droite donnant comme séquelle une image radiographique paracardiacque en croissant à concavité supéro-externe au niveau de la base droite persistant plus de 10 jours après la terminaison clinique de l'affection. Cuti négative (fig. 9).

Image triangulaire de la base droite caractérisée par une ligne scissurale typique et une zone de sclérose péri-bronchitique chez un enfant de 9 ans, au déclin

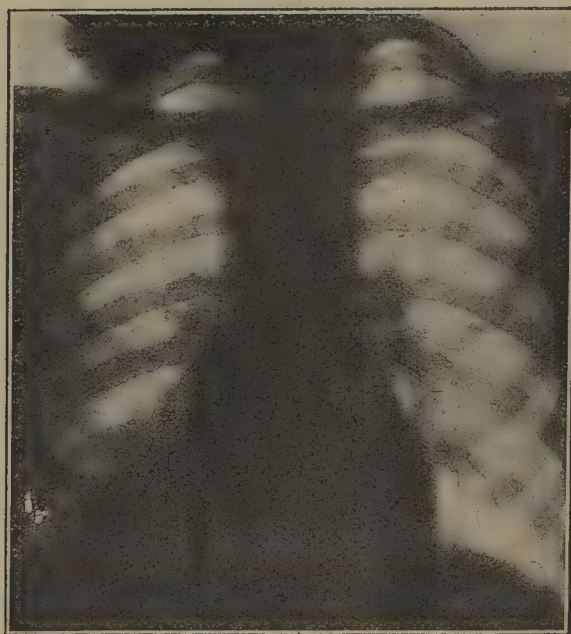


FIG. 9. — Observation III : Image en croissant.



## SOCIÉTÉS SAVANTES

## SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 8 DÉCEMBRE 1934)

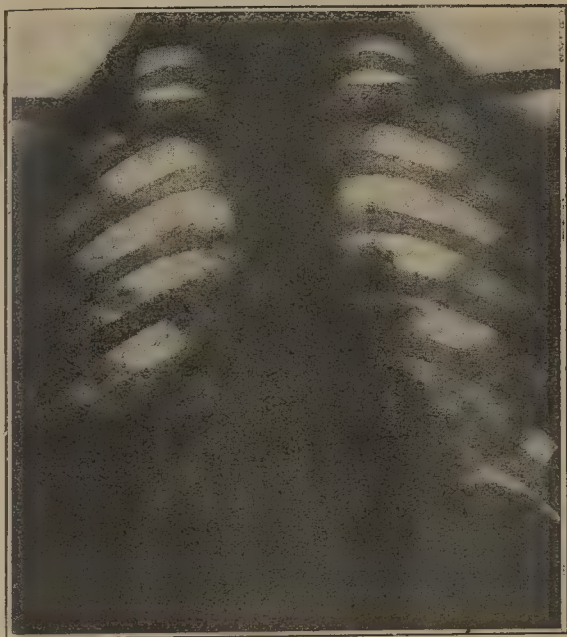


Fig. 10. — Observation VII : Ligne scissurale.

d'un processus pulmonaire grippal. 3. cuti-réactions positives (fig. 10).

Type VI. — Image en équerre droite consécutive à des foyers de broncho-pneumonie après rougeole. Diagnostic : pleurite médiastinale adhésive et dilatation des bronches inférieures droites avec poussée congestive pulmonaire environnante. Cuti-réaction négative. Guérison en 7 mois par simple traitement médical (fig. 11).

L'étude que nous présentons a le mérite d'être claire. Elle a les défauts de tout travail simplifié à l'extrême. Schématique, elle ne peut satisfaire à tous les cas — mais au moins elle délimite le cadre des hypothèses que l'on doit envisager en présence de tout malade ayant une image triangulaire d'une base droite.

La Bibliographie de ce travail est indiquée dans la Thèse de Leleu, Lille, 1934-1935. Nous regrettons de n'avoir pu nous procurer l'étude de Richards, *Americ. J. of Roentgen.*, sept. 1933, p. 289.

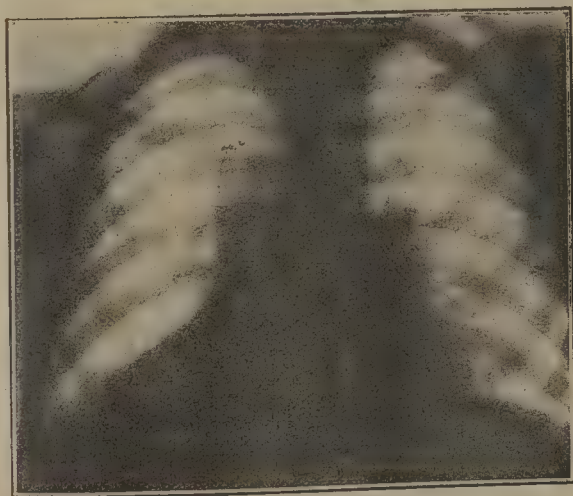


Fig. 11. — Observation V : Image en équerre.

De l'immunisation expérimentale au moyen de bacilles diphtériques vivants. Relation du pouvoir pathogène et du pouvoir immunisant du bacille diphtérique. — M. C. RAMON. Une communication antérieure a fait connaître un procédé très commode d'immunisation antidiphtérique expérimentale au moyen du bacille diphtérique vivant. Les expériences rapportées confirment la valeur de ce procédé, qui consiste à enrober les germes diphtériques vivants et pathogènes dans la lanoline. Elles montrent en outre que le pouvoir immunisant du bacille diphtérique examiné dans ces conditions est en rapport direct avec son pouvoir pathogène essentiel. C'est seulement lorsque le bacille diphtérique doué d'un pouvoir pathogène élevé peut exercer, sans entrave, sous le couvert de l'enrobage dans la lanoline et à la faveur de l'inflammation à la porte d'entrée, sa « virulence locale », qu'il provoque, grâce à sa propriété toxigène, la formation de l'antitoxine spécifique et assure le développement de l'immunité antitoxique.

Cytologie de l'exsudat péritonéal dans l'infection et dans la surinfection tuberculeuse du cobaye. — MM. R. LAPORTE et A. GAIGINSKY étudient les variations de la formule cytologique de l'exsudat péritonéal dans la primo-infection et dans la surinfection de la séreuse. La primo-infection évolue en trois stades : réaction précoce à polynucléaires, période anté-allergique caractérisée par une forte monocytose, stade d'infection constituée marqué par une lymphocytose massive. Dans la surinfection, au contraire, le taux des lymphocytes s'élève dès la 24<sup>e</sup> heure, mais le rapport lymphocytes

monocytes reste beaucoup plus voisin de l'unité que dans la primo-infection. La réponse allergique des premières heures, chez les cobayes surinfectés, se distingue de la réaction précoce de primo-infection par une exsudation plus forte et un afflux cellulaire plus important.

Influence de l'hyperthermie et de l'hypothermie provoquées sur le choc anaphylactique et sur la sensibilisation du lapin. — MM. PASTEUR VALLERY-RADOT, G. MAURIC et Mme A. HUGO. L'injection déclenchante, pratiquée sous le couvert d'une variation thermique, chez le lapin sensibilisé, ne désensibilise pas l'animal, mais elle le protège d'une façon temporaire, comme s'il avait fait un choc anaphylactique apparent.

Réaction d'opacification dans le sérum d'homme sensibilisé mis en contact avec l'extrait sensibilisant. — MM. PASTEUR VALLERY-RADOT, G. MAURIC et Mme A. HUGO. Il peut exister une réaction d'opacification quand on met le sérum d'un homme en état d'hypersensibilité en contact avec l'antigène correspondant. Son étude, faite de façon précise à l'aide du photomètre de Pullfrich, montre que : 1° son apparition n'est pas un test de sensibilisation ; 2° le pouvoir opacifiant d'un sérum vis-à-vis d'un antigène quelconque n'est pas un caractère spécial, appartenant aux seuls sérums d'individus hypersensibles.

Prolongation de la narcose par le piperidinométhyl benzo-dioxane (933 F.) et les dérivés voisins aminocoumaranes et phénoxyéthylamines sympathicolitiques. — M. D. BOVET et Mlle A. SIMON. L'équilibre vagosympathique joue un rôle important dans l'action qu'exercent sur le système nerveux central les hypnotiques et les anesthésiques généraux. Les auteurs se sont adressés aux produits



précités, dont ils avaient précédemment décrit les actions sympathicolytiques et montrent qu'ils favorisent et prolongent la narcose provoquée, sur l'animal, tant par les hypnotiques corticaux (paraldéhyde) que basaux (barbituriques).

**Actions centrales analgésiques et sédatives des aminométhylbenzodioxanes, des aminocoumaranes, et des phénoxyéthylamines sympathicolytiques.** — M. D. BOYER, Mlle A. SIMON et F. DEPIERRE. A côté d'une action périphérique musculaire, antagoniste de l'excitation sympathique nerveuse et hormonale, des aminométhylbenzodioxanes et plusieurs des produits voisins étudiés ont présenté un ensemble de propriétés analgésiques et sédatives auxquelles on a, au moins pour certaines d'entre elles, le droit d'assigner une origine centrale.

**La gomme du Sénégal, substance de déséquilibre.** — M. R. LECOQ. La gomme du Sénégal entraîne le déséquilibre, chez le pigeon, des rations dans lesquelles elle se trouve incorporée en forte proportion. Ce déséquilibre se traduit par l'apparition d'accidents polynévritiques, des doses élevées de vitamines B se montrant alors sans effet.

**L'évacuation inspiratoire du bassinot constatée lors de l'urographie intra-veineuse.** — M. H. PAILLARD. Lorsqu'on pratique successivement plusieurs radiographies en expiration et en inspiration chez les sujets soumis à l'urographie intraveineuse, on observe le plus souvent (trois fois sur quatre) les uretères nettement plus visibles, plus injectés, lors de l'inspiration que lors de l'expiration. L'inspiration brasse le rein et « exprime le bassinot » ; les mouvements respiratoires se montrent utiles à l'excrétion rénale.

**Sur un bacille anaérobie isolé dans deux cas d'érysipèle gangréneux : bacillus terebrans.** — MM. H. BROCARD et H.-C. PHAM rapportent la description d'un germe isolé des foyers gangréneux où il végétait exclusivement avec un streptocoque. Il s'agit d'un bacille anaérobie immobile, ne prenant pas le Gram, ne donnant pas de spores et assez polymorphe dans les cultures. Ce microbe, non encore décrit, est voisin du *b. funduliformis* ; il s'en distingue toutefois par son moindre pléomorphisme et ses propriétés antigéniques. Ces cultures pures ne se sont pas montrées virulentes pour l'animal, mais associées au streptocoque, elles ont déterminé chez le lapin des lésions disséminées, comparables à celles de l'homme.

**Action antirachitique des glycoposphates.** — Mlle Marie-Louise BARBAN. Les glycoposphates de sodium et de magnésium ont une activité très comparable. Le glycoposphate de calcium, quoique un peu moins actif, reste encore un bon calcifiant. Toutefois, il ne semble pas qu'il y ait avantage à utiliser les glycoposphates de préférence aux méthylphosphates correspondants, lesquels assurent une calcification égale pour une quantité de phosphore moindre.

**A propos du titrage physiologique de la folliculine cristallisée. Equivalence entre l'étalon pondéral international (0,1 gamma) et l'unité-rat Allen-Doisy.** — MM. H. HINGLAIS et F. HINGLAIS étudient la valeur physiologique de la folliculine cristallisée. Leurs essais ont porté sur différents échantillons de ce produit, préparé par eux-mêmes, ou d'origines diverses, un échantillon d'origine française, un échantillon d'origine étrangère, enfin ce même échantillon après purification.

Ils définissent leur technique et donnent les chiffres qu'ils ont obtenus. D'autre part, ils rapprochent de leurs propres résultats des chiffres relevés dans la littérature.

Tous les chiffres obtenus ou réunis par eux s'accordent pour établir que la folliculine cristallisée est nettement moins active qu'on n'a semblé l'admettre jusqu'ici.

L'unité internationale définie à Londres représente en moyenne un trentième d'unité-rat d'Allen et Doisy.

Les auteurs attirent donc l'attention sur la nécessité de reprendre avec tout le soin désirable l'étude de ce problème. Ils font remarquer, en outre, qu'il paraît peu justifié de choisir pour étalon de comparaison internationale une quantité de substance active aussi faible, enfin que l'emploi du mot *unité internationale* ne paraît pas heureux. Il crée une confusion avec les *unités physiologiques*, que l'étalon de Londres ne peut pas pratiquement et ne doit pas remplacer. Cet étalon de comparaison, en effet, n'est pas une unité physiologique : *défini* en poids, il ne peut être mieux *exprimé* qu'en poids.

**Influence des ions H et OH sur quelques actions pharmacodynamiques concernant le tonus de l'intestin.** — MM. TIFFENEAU et D. BROWN. Les effets inhibiteurs de l'adrénaline et de l'atropine sur l'intestin isolé de cobaye peuvent être renforcés ou affaiblis en augmentant ou en diminuant le nombre des ions H dans le liquide environnant. Inversement, les effets toniques des poisons parasympathomimétiques (acétylcholine et pilocarpine), ainsi que ceux des poisons stimulants des fibres lisses (histamine, posthypophyse, chlorure de baryum), sont affaiblis ou accrus lorsque le nombre des ions OH diminue ou augmente. L'influence des ions H et OH s'exerce donc surtout sur les éléments musculaires, d'après leur fonction et non d'après leur innervation.

M. LAPICQUE souligne l'intérêt de cette communication, car le but du physiologiste doit toujours être de substituer aux explications empiriques de jadis des explications physico-chimiques.

**Etude de la karyothèse. Nouvel enregistrement cinématographique.** — MM. COMANDON, DE FONTBRUNE et JOLLY. Ce magnifique film provoque les acclamations unanimes.

## LES CONGRÈS DU CANADA (1934)

Québec, 27-30 août 1934 (1).

### QUATRIÈME QUESTION

#### La pyréthérapie

#### QUATRIÈME RAPPORT

**Pyréthérapie par moyens physiques thermogènes.** — MM. A. HALPHEN et J. AUCLAIR (Paris). — Les agents physiques permettent d'isoler du processus complexe de la pyréthérapie le facteur hyperthermie et d'en régler l'intensité, la durée et la répartition. Ils peuvent être rangés en deux catégories : 1° ceux qui chauffent d'abord les légumes, puis secondairement le reste du corps ; 2° ceux qui chauffent globalement l'ensemble des tissus.

On peut utiliser la chaleur externe à l'aide des bains chauds. On utilise maintenant les bains de lumière prolongés, les couvertures électriques chauffantes, les rayons infrarouges.

Tous ces moyens comportent des difficultés pratiques (danger de brûlures) et sont souvent désagréables pour le malade.

Les courants de haute fréquence (diathermie et ondes

(1) Association de la Presse médicale française.

Fin. — Voir *Gaz. des hôp.*, 1934, n° 87, p. 1541 ; n° 88, p. 1557 ; n° 89, p. 1573 ; n° 95, p. 1699 ; 1935, n° 3, p. 40 ; n° 9, p. 146.



courtes), au contraire, assurent un échauffement global de la masse du corps.

La pyrétothérapie physique détermine donc essentiellement des modifications circulatoires, cytologiques et plasmatiques.

Les contre-indications essentielles en sont la tuberculose, les phlébites récentes, les anévrysmes, les cardiopathies mal compensées. Avec de la prudence, on peut traiter tous les autres malades. Ce sont les hémorragies viscérales qu'il faut craindre avant tout. Dans tous les cas d'ailleurs, le traitement peut être interrompu instantanément et la température promptement ramenée à la normale.

Parmi les principales indications se trouve la paralysie générale dans laquelle la pyrétothérapie physique peut donner un pourcentage de rémissions voisin de celui fourni par la malariathérapie. Mais il faut employer des températures élevées et prolongées (au moins quarante heures au-dessus de 40°, en huit à quinze séances), conditions qui rendent le traitement difficile. On a toutefois déjà cité plusieurs cas de paralysie générale où la fièvre diathermique a réussi après échec de la malariathérapie.

On a signalé des résultats encourageants dans la manie aiguë, le tabes, la syphilis nerveuse ou à réactions sérologiques rebelles.

Les syndromes parkinsoniens peuvent être traités avec certains résultats, en produisant des accès fébriles deux ou trois fois par semaine.

La sclérose en plaques peut, dans les mêmes conditions, présenter des rémissions assez importantes. Dans la polio-myélite, de bons résultats fonctionnels sont possibles.

Les myélites, la chorée, l'épilepsie, les polynévrites, la syringomyélie ont été améliorées dans un certain nombre de cas.

Parmi les maladies de la nutrition, les troubles fonctionnels et douloureux du rhumatisme chronique peuvent être considérablement améliorés. Chez les goutteux, cinq à dix séances donnent, dans la majorité des cas, des rémissions à peu près complètes et durables, à la condition expresse de ne pas intervenir pendant les périodes aiguës.

Les affections endocriniennes peuvent être modifiées par les ondes courtes. L'acrocyanose, l'adipose, les troubles ménopausiques peuvent bénéficier largement de la pyrétothérapie générale. Son action vaso-dilatatrice et antispasmodique peut être employée dans le traitement des diverses artérites et de l'hémiplégie.

Dans la blennorrhagie aiguë, on peut obtenir des conditions de développement défavorables au gonocoque par élévation de la température locale. Enfin, de bons résultats ont été signalés dans le traitement de la monoarthrite gonococcique, de l'asthme, de diverses dermatoses, des néphrites et de l'angine de poitrine.

#### CINQUIÈME RAPPORT

**Pyrétothérapie et pyrétoprophyxie anti-syphilitique sous l'action des moyens thermogènes physiques.** — M. A. BESSEMANS (Gand). — Depuis longtemps, on a pensé à traiter la syphilis par la chaleur sèche ou humide. Chambert et Rulle signalèrent, en 1926, l'action prophylactique de l'élévation de température provoquée sur le développement de la syphilis expérimentale du lapin. Bessemans chercha ensuite à déterminer la température atteinte à l'intérieur des lésions traitées par l'emploi d'une aiguille thermo-électrique et montra que la balnéothermothérapie est capable de guérir à coup sûr les manifestations orchitiques de la syphilis primaire du lapin. Ensuite, il appliqua avec succès

## ATONIE INTESTINALE POST - OPÉRATOIRE

# PROSTIGMINE

## " ROCHE "

Une injection de 1<sup>cc</sup> sous-cutanée ou intramusculaire indolore  
déclanche l'évacuation des gaz  
rétablit la paix abdominale

Aucune action secondaire  
aux doses thérapeutiques.

Chaque Ampoule contient 0 Milligr. 5 de l'ester diméthylcarbamique du m-oxyphényl-triméthylammonium-méthyl-sulfate.

Produits F. HOFFMANN - LA ROCHE & C<sup>ie</sup> 10, Rue Crillon - PARIS (1<sup>re</sup>)

la balnéothérapie locale au traitement des accidents primaires et secondaires de l'homme. Il faut augmenter la température locale de la lésion en cours de traitement à 42° pendant une heure ou à 40° pendant deux heures. L'aérothermothérapie, la paraffinothermothérapie donnent des résultats analogues. L'actinothérapie, l'application extérieure de chaleur électrique fournissent d'assez nombreux échecs.

La diathermie a permis d'enregistrer des succès. Bessemans vient de traiter par les ondes amorties trois chancre dont la cicatrisation fut nettement hâtée. Les lésions subirent sans inconvénients, pendant quarante à soixante minutes, des températures intratissulaires allant de 40°7 à 42°57.

On peut donc conclure que *Treponema pallidum* et *Treponema cuniculi* des accidents extérieurs des lapins et de l'homme disparaissent rapidement des tissus lorsqu'ils subissent *in vivo*, sous l'action d'une source de chaleur non lumineuse autre que les infra-rouges, une augmentation de température d'une heure à 42° ou de deux heures à 40° ou de plusieurs heures à quelques dixièmes de moins que 40° ; que la balnéothermothérapie est relativement commode, mais que c'est la diathermie qui se prête particulièrement à cette physiothérapie, sous forme d'ondes entretenues de 200 à 300 mètres.

Enfin, depuis quelque temps, l'électropyrétothérapie, sous la forme d'ondes courtes, a été très employée. Dans l'ordre expérimental, Levaditi a publié à ce sujet de nombreux travaux. Pour lui, l'action parasiticide des ondes courtes n'est pas due au seul fait que le germe pathogène subit une élévation thermique incompatible avec sa vitalité. Ces résultats sont discutés par Bessemans qui considère comme absolument nécessaire le contrôle permanent de la température intratissulaire.

Du point de vue thérapeutique, il faut signaler les brillants résultats enregistrés dès maintenant dans l'application de cette méthode au traitement de la paralysie générale. On a également employé avec succès la thermothérapie contre les localisations ganglionnaires du spirochète.

Les résultats de la thermothérapie antisypilitique varient suivant la sensibilité individuelle, le terrain et le stade lésionnel.

On a enfin cherché à produire une thermoprophylaxie individuelle antisypilitique chez l'animal et chez l'homme avec quelques résultats.

Jusqu'à présent, on n'a pas obtenu d'effet bien net des ondes courtes dans diverses spirochètoses et dans la maladie de Nicolas et Favre.

L'influence favorable de la thermothérapie sur les réactions humorales paraît hors de doute.

Bessemans insiste sur l'importance des mensurations thermiques intratissulaires. La détermination précise du degré de chaleur atteint à l'endroit même où siège l'agent morbide doit dominer l'étude des hyperpyrexies. Elle est devenue possible par l'emploi d'aiguilles thermo-électriques. Bien des facteurs rendent d'ailleurs le problème complexe : différences individuelles, localisation causale, espèce animale considérée. Dans l'ensemble, une part importante revient à la seule hyperthermie, dont l'influence s'exerce sur le terrain ou sur l'activité du tréponème.

Il paraît certain maintenant que, sous l'action de la chaleur, le virus sypilitique peut succomber plus ou moins rapidement au sein des tissus qu'il habite. La syphilis sous tous ses aspects pourrait donc être vaincue si l'on parvenait par un moyen quelconque à porter simultanément aux températures et durant les temps indiqués, non seulement les tissus et organes où l'agent causal est décelé, mais encore les zones apparemment indemnes.

La réalisation pratique de ces desiderata physiologiques très sévères semble devenir moins utopique grâce à l'ap-

plication des ondes courtes. Cette méthode semble constituer à l'heure actuelle le plus commode et le plus efficace des moyens thermogènes physiques. Elle peut contribuer utilement à la lutte contre la syphilis.

JULIEN HUBER.

## INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

### ÉQUIVALENCES

Le groupe des *étudiants primaires* de la Faculté des Lettres a tenu il y a quelques semaines au Palais de la Mutualité, une réunion du plus haut intérêt pour ceux qui, comme nous, ont à cœur la défense de l'Université. La dénomination de ce groupe peut donner lieu à des interprétations diverses, pour les non initiés, car ces « étudiants » sont recrutés parmi les non titulaires du baccalauréat, qui est cependant le premier grade de l'enseignement supérieur. Mais les Facultés des Lettres et des Sciences, plus mal défendues au Conseil Supérieur de l'Instruction publique que nos Facultés, ont accepté depuis longtemps les nombreuses équivalences du baccalauréat imposées par les démagogues et les primaires.

Un décret Honnorat a même autorisé des « étudiants » dénués de tout diplôme, à être inscrits régulièrement à la Faculté des Lettres, qui leur délivre d'authentiques cartes d'étudiants !

Nous avons eu la preuve au Comité de l'Association Corporelle des étudiants en médecine de Paris, qu'on pouvait n'avoir à son actif que des échecs au baccalauréat et posséder une carte d'immatriculation à la Faculté des Lettres. Ces « étudiants » préparent les trois premiers certificats de licence, puis, s'ils sont reçus bacheliers, ils passeront leur quatrième certificat et seront licenciés. Ils auront donc passé une partie de leur licence avant le baccalauréat, ce qui est évidemment un non-sens.

Mais en scrutant les règlements et en interrogeant des personnalités universitaires, nous avons appris que, titulaires d'un de ces certificats, lesdits étudiants peuvent obtenir dans une nation voisine un diplôme équivalent au baccalauréat français. Or s'ils séjournent à l'étranger sans rentrer en France pendant cinq ans, ils pourront faire homologuer lors de leur retour en France, leur diplôme secondaire étranger, ainsi facilement obtenu. Et le tour sera joué !

Je dois signaler d'autre part, que la réunion du Palais de la Mutualité a voté une motion réclamant l'équivalence complète du brevet supérieur et du baccalauréat, et l'accès à la licence ès lettres aux titulaires du brevet supérieur, celui-ci étant obtenu avec la note 12 sur 20 à l'épreuve littéraire. Rappelons que cette épreuve, ne comprenant ni latin ni grec, ne peut donner aucun droit à l'accès d'une licence à base de grec et de latin. Mais si l'équivalence demandée est obtenue — ce sera aussitôt la ruée vers l'or, c'est-à-dire vers la médecine, considérée par les profanes comme la source de toutes les richesses.

Nos informations sont puisées aux meilleures sources, et, ce qui les corrobore, c'est que la session du Conseil supérieur de l'Instruction publique, qui vient d'avoir lieu, avait, dans son ordre du jour, à examiner un projet de décret tendant à autoriser les *capacitaires en droit titulaires* de la carte de combattant, à s'inscrire à la licence en droit, avec dispense du baccalauréat de l'enseignement secondaire.

Avouons que dix-sept ans après l'armistice, ce projet était intolérable. Il a été heureusement repoussé.

Les médecins sont donc alertés, et s'ils veulent se laisser dépasser par les événements en préparation et les offen-



---

OPOTHÉRAPIE CARDIAQUE

la

# **CRINOCARDINE LALEUF**

AMPOULES BUVABLES  
A BASE D'EXTRAITS SPÉCIAUX CONCENTRÉS DE  
**MYOCARDE . PANCRÉAS . FOIE . REIN  
MUSCLE STRIÉ**

RÉALISE

**SANS CONTRE-INDICATIONS**

**L'ORGANOTHÉRAPIE**  
POLYVALENTE ET SYNERGIQUE

DES

**AFFECTIONS CARDIO-VASCULAIRES**

---

ÉCHANTILLONS . LITTÉRATURE  
LABORATOIRES LALEUF  
20, RUE DU LAOS . PARIS-15<sup>e</sup>

---

Nouvelle adresse : 51, rue Nicolo, PARIS (XVI<sup>e</sup>).

sives de toutes sortes contre leurs prérogatives, ils n'ont qu'à prolonger leur inertie actuelle.

MAURICE MORDAGNE,  
Membre d'honneur du Comité  
de l'Association Corporative des étudiants  
en médecine de Paris.

— Nos lecteurs trouveront en première page dans ce numéro l'indication des démarches faites par l'Association Corporative auprès de M. le Directeur de l'Assistance publique et auprès de M. le Doyen, au sujet de la question des médecins étrangers.

## NOTES DE PRATIQUE

### PRESCLEROSE GASTRO-INTESTINALE

Sous cette dénomination est envisagé un état pathologique justiciable des médicaments utilisés contre l'artériosclérose. Chitchoukine n'a eu que des succès avec l'iode comme avec les iodures ainsi qu'avec la théobromine. Par contre, l'Adonis vernalis s'est montrée efficace; il attribue cette supériorité de l'Adonis sur la théobromine à ce que celle-ci ne provoque qu'une dilatation des parois vasculaires, tandis que l'Adonis exerce, en outre, une action stimulante de la circulation, d'où rétablissement d'un équilibre suffisant.

En conséquence, prescrire l'Adonis sous forme de Diurène, deux à trois cuillerées à café en y ajoutant quelques gouttes de teinture de condurango à titre de tonique gastro-intestinal.

### NOTES POUR L'INTERNAT

## TUMEUR BLANCHE DU COUDE

**Définition.** — C'est l'ostéo-arthrite tuberculeuse du coude, la plus fréquente des trois localisations articulaires du membre supérieur, quoique ce ne soit pas l'articulation des épiphyses fertiles.

**Etiologie.** — Elle frappe surtout l'enfance, avec un maximum entre 2 et 4 ans. Comme fréquence, elle arrive après la tumeur blanche du genou, le mal de Pott et la coxalgie.

On la rencontre également chez l'adolescent, l'adulte et le vieillard, mais beaucoup moins fréquemment.

Le coude droit est plus volontiers frappé; parfois lésions bilatérales.

Cette tuberculose peut apparaître comme primitive, mais c'est un caractère très particulier à l'ostéo-arthrite du coude que la coexistence fréquente (60 à 70 % des cas) d'autres lésions tuberculeuses. Ces associations varient suivant l'âge :

Avant 6 ans, l'ostéo-arthrite du coude est associée à de multiples petits foyers (spina des doigts, de la main, du pied, localisations frontales, malaires, calcanéennes, ganglionnaires cervicales. Pour ainsi dire, jamais de tuberculoses viscérales.

Après 6 ans, les associations se font avec de gros foyers Pott, genou, tibio-tarsienne.

Chez l'adulte, elles se font avec des lésions viscérales, rénales et pulmonaires.

En conclusion, il faut devant toute tumeur blanche du coude, rechercher l'existence possible d'une autre localisation tuberculeuse.

**Anatomie pathologique.** — Le point de départ est, huit fois sur dix, osseux.

La lésion initiale est localisée dans la majorité des cas sur le cubitus, dans sa région juxta-épiphysaire, sur sa face externe, près de la petite cavité sigmoïde. Le foyer réalise d'abord une infiltration, il apparaît des séquestres, puis une caverne.

Le cartilage diarthrodial est vite perforé; l'articulation est envahie secondairement.

Chez l'enfant de moins de 7 ans, la lésion initiale est constituée par un spina ventosa du cubitus: le 1/3 supérieur de cet os est soufflé, la coque périphérique résiste, mais le cartilage de conjugaison est perforé: l'arthrite est aussi secondaire.

Exceptionnellement, le point de départ est huméral (siégeant sur la portion articulaire de l'os).

Encore plus rarement, il est radial et toujours très superficiel.

**Lésions articulaires.** — La synoviale est bourrée de fongosités, les ligaments restent longtemps respectés.

**Etude clinique.** — La tumeur blanche du coude de l'enfant.

**PÉRIODE DE DÉBUT.** — L'arthrite se développe insidieusement.

**SIGNES FONCTIONNELS.** — La douleur est un signe de 2<sup>e</sup> ordre, soit une simple lourdeur, soit plus brutale, survenant la nuit par relâchement de la contracture de vigilance.

La gêne fonctionnelle, au contraire, est précoce, se traduisant par de la maladresse du coude, de la fatigue hors de proportion avec l'effort demandé, de la limitation des mouvements.

**SIGNES PHYSIQUES.** — L'attitude est déjà caractéristique: flexion à 135° et demi-pronation.

Gonflement discret du coude à sa face externe et effacement des méplats latéraux bordant le tendon tricipital.

Surtout, atrophie des muscles périarticulaires, le triceps est le plus touché, l'avant-bras est également frappé; parfois aussi, la main; cela, rendant plus apparent le gonflement articulaire.

La palpation met en évidence les symptômes caractéristiques de la tumeur blanche.

Chaleur locale exagérée par examen alternatif des deux coudes.

Empatement frappant tous les plans périarticulaires; la peau se laisse moins facilement pincer.

Augmentation du volume du cubitus.

Épaississement synovial à rechercher de chaque côté de l'olécrane.

Points douloureux localisés: sur le cubitus, face postérieure et près de la surface articulaire radio-cubitale sur le radius, au niveau de la tête; sur l'humérus, la pression en masse de l'extrémité inférieure est peu ou pas douloureuse.

L'adénopathie satellite se recherche surtout dans le creux de l'aisselle; l'atteinte du ganglion épitrochléen est presque constante, mais assez difficile à mettre en évidence. La recherche de mouvements provoqués est la dernière manœuvre d'exploration à exécuter: immobilisant bien le bras, on s'aperçoit que l'hypertension normale a disparu; l'extension est limitée très précocement, la flexion l'est moins et d'une manière moins étendue; la pronosupination est exceptionnellement touchée.

(A suivre.)

Le Directeur-gérant: D<sup>r</sup> François LE SOURD.



# ANGIOLYMPHE

= Principes Actifs d'Orchidées

**Tous ÉTATS DÉFICIENTS - PRÉTUBERCULEUX - TUBERCULOSE**

AUCUNE TOXICITÉ — PAS DE CONTRE INDICATIONS

Injections intra-musculaires indolores — 2 à 5 cc. par séries de 10 à 12 injections

# ARGYCUPROL

= Ag (10 %) + Cu (0,4 %)

Attaque le Gonocoque et les Associations microbiennes

**BLENNORRAGIE** aiguë (traitement abortif) ou Chronique et leurs Complications - **AFFECTIONS GYNÉCOLOGIQUES** : Métrites simples ou gonococciques, Vulvite, Vulvo-Vaginites, etc. - **OPHTALMOLOGIE - DERMATOLOGIE**

Injections urétrales, Vaginales, Grands lavages uréthro-vésicaux

**INDOLORE — NON CAUSTIQUE — NE PROVOQUE PAS DE RÉTRÉCISSEMENTS**

Echantillons et Littérature : LABORATOIRES de l'ANGIOLYMPHE, 4 bis, rue Hébert, COURBEVOIE

## LABORATOIRES CARTERET

LIQUIDE  
et  
COMPRIMES

**ANTISEPTIQUE GÉNÉRAL**

*Sans odeur et non toxique*

# LUSOFORME

*Formol saponiné*

**DÉSINFECTANT -- DÉSODORISANT**

S'EMPLOIE EN SOLUTION AQUEUSE à 1/4 ou 1/2 p. 100 en GYNÉCOLOGIE, OBSTÉTRIQUE, CHIRURGIE

**Échantillon et Littérature : 15, rue d'Argenteuil, PARIS**

LE DIURÉTIQUE RÉNAL PAR EXCELLENCE

# SANTHÉOSE

LE PLUS FIDÈLE, LE PLUS CONSTANT, LE PLUS INOFFENSIF DES DIURÉTIQUES

SES QUATRE FORMES

**PURE**

Le médicament régulateur par excellence, d'une efficacité sans égale dans l'artério-sclérose, la présclérose; l'albuminurie, l'hydropisie, l'urémie.

**PHOSPHATÉE**

L'adjuvant le plus sûr des cures de déchloruration et de désintoxication de l'organisme, dans la neurasthénie, l'anémie et les convalescences.

**CAFÉINÉE**

Le médicament de choix des cardiopathies, fait disparaître les œdèmes et la dyspnée, renforce la systole, régularise le cours du sang.

**LITHINÉE**

Le traitement rationnel de l'arthritisme et de ses manifestations; jügule les crises, enrayer la diathèse urique, solubilise les accidents urinaires.

DOSES : 2 à 4 Cachets par jour. — Ces cachets sont en **FORME DE CŒUR** et se présentent en boîtes de 24.

PRODUIT FRANÇAIS

4, rue du Roi-de-Sicile  
— PARIS —

PRODUIT FRANÇAIS

# SULFOÏDOL ROBIN

Granulé - Capsules - Injectable - Pommades - Ovules

ARTHRITISME CHRONIQUE - ANÉMIE REBELLE

PHARYNGITES - BRONCHITES - FURONCULOSE - ACNÉ - VAGINITES

URÉTRO-VAGINITES - INTOXICATIONS MÉTALLIQUES

R. G., 221.839,  
Seine.

LABORATOIRES ROBIN, 13, Rue de Poissy, PARIS

Hypertensions  
ET TOUS ÉTATS  
SPASMODIQUES  
DE LA MUSCULATURE  
LISSE

BENZOATE DE BENZYLE

# OLETHYLE-BENZYLE

le seul en **GÉLULES**  
**CAPSULES**  
**MOLLES**

Littérature - Echantillons - Posologie  
LABORATOIRE CENTRAL DE PARIS  
122, Rue du Faubourg Saint-Honoré, Paris



*La Lancette Française***GAZETTE DES HOPITAUX****CIVILS ET MILITAIRES****PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI****ADMINISTRATION ET RÉDACTION :****49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6<sup>e</sup>. Tél. : Danton 48-31.****PUBLICITE : M. A. THIOLLIER, 416, boulevard Raspail, PARIS (6<sup>e</sup>) - Téléph. : LITRÉ 54-93.****A. D. R. M.  
FACULTÉ DE MÉDECINE  
PARIS****PRIX DE L'ABONNEMENT****FRANCE**3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.  
*Etudiants : 25 francs par an.*

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

**ETRANGER**Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.  
Tous les autres pays : 75 francs.**SOMMAIRE****REVUE GÉNÉRALE***Le liquide céphalo-rachidien dans la syphilis acquise. Les syphilis nerveuses inapparentes, par M. G. VIAL.***SOCIÉTÉS SAVANTES***Académie des sciences. — Académie de médecine.***PRATIQUE MÉDICALE***La médication lacto-amidopyrique, par M. Marcel Boz.***CHRONIQUE***L'éloge de Pierre Bazy à la Société de chirurgie, par F. L. S.***INTÉRÊTS PROFESSIONNELS***De la patente, par M. A. HERPIN.**La protestation des étudiants.***ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS****MÉDAILLE D'HONNEUR DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE. —**  
*Médaille d'or. — M. le docteur Gouffon (d'Angers).  
Médaille d'argent. — M. le docteur Folie-Desjardins (de Muret), M<sup>lle</sup> le docteur Desbrousses et M. le docteur de Sèze (de Paris).  
Médaille de bronze. — M. le docteur Leforestier (de Péronne).***MARINE. — SERVICE DE SANTÉ. —** M. le médecin principal Masure, spécialiste des hôpitaux maritimes, est désigné pour remplir les fonctions de chef du service de dermato-vénérologie à l'hôpital maritime de Brest, en remplacement de M. Goere.**ASSOCIATION POUR LE DÉVELOPPEMENT DES RELATIONS MÉDICALES (A. D. R. M.). —** L'assemblée générale annuelle de l'A. D. R. M. aura lieu le samedi 23 février, à 17 h., dans la salle du Conseil de la Faculté, sous la présidence de M. Mallarmé, ministre de l'Éducation nationale.**ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS. —** Un concours pour huit emplois de médecin du cadre des asiles publics d'aliénés s'ouvrira à Paris, au ministère de la Santé publique et de l'Éducation physique, le lundi 29 avril 1935.

Les candidatures seront reçues au ministère de la Santé publique et de l'Éducation physique jusqu'au vendredi 29 mars 1935 inclus.

Chaque postulant sera informé par lettre individuelle de la suite donnée à sa demande.

**ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'ÉTUDE DU CANCER. —** M. Waterman, de l'Institut néerlandais pour l'étude du cancer, fera le lundi 18 février, à 17 h., au laboratoire d'anatomie pathologique, 21, rue de l'École-de-Médecine, une conférence sur : « Ce que nous apprend l'étude de l'ascite carcinomateuse transplantable. »**INFORMATIONS****HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX. —** Séance du 11 février. — Questions données : « Estomac biloculaire. — Région sous-maxillaire. »

Questions restées dans l'urne : « Complications de fibromes utérins. — Urètre pelvien chez la femme. — Triangle de Scarpa. — Diagnostic et traitement des artérites des membres. »

**— CONCOURS DE L'INTERNAT. — Oral. —** Séance du 11 février. — Questions données : « Symptômes et diagnostic de la paralysie faciale périphérique. — Signes et diagnostic de l'invagination intestinale aiguë du nourrisson. »MM. Mazingarbe, 22,44 ; Glénard, 18,77 ; Morel-Fatio, 20,11 ; Daverne, 18,22 ; Gerbaux, 18 ; Carniol, 17 ; Tempier, 19,88 ; Raynaud, 20,11 ; M<sup>lle</sup> Barnaud, 25,77 ; M. Lévy (Francois), 16,11.

Séance du 13 février. — Questions données : « Panaris du pouce. — Signes et diagnostic de la cirrhose de Laennec. »

MM. Vialatte, 17,66 ; Martinon, 16,11 ; Vionnet, 18,66 ; Carasso, 17,11 ; Mande, 21 ; Bluet, 15,22 ; Piret, 14,77 ; Ordonneau, 16,44 ; Sézileano, 15,55 ; Cornet, 21,66.

**FACULTÉS DE MÉDECINE. — PARIS. — Nouveau régime 1935. —** La mise en série pour l'examen de thérapeutique sera affichée à l'École pratique le mercredi 27 février.

Écrit : les 6, 7, 8 et 9 mars.

Oral : à partir du 13 mars.

**OUABAÏNE ARNAUD****LABORATOIRE NATIVELLE, 27, Rue de la Procession, PARIS (XV<sup>e</sup>)**

CONSEIL GÉNÉRAL DES SOCIÉTÉS MÉDICALES D'ARRONDISSEMENT DE LA SEINE. — Le bureau pour 1935 est ainsi constitué :

Président : M. Guéniot; vice-présidents : MM. Séjournet et Barbier; secrétaire général : M. d'Ayrenx; secrétaire adjoint : M. Lebègue; trésorier : M. Colanéri; secrétaires annuels : MM. Sénéchal et Troller; comité de publication : MM. Bourguignon, Bruder, Devé, Herpin.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Fernand Bernheim (de Paris), Joseph Bosvieux (de Ville-d'Avray), de Spéville d'Oger (de Paris), Arthur Thomson, professeur d'anatomie à Oxford; le professeur Guillaume Tauffer, ancien professeur de clinique gynécologique à Budapest; le médecin-lieutenant Noguez, du 121<sup>e</sup> RI à Montlignon, décédé victime du devoir professionnel. La médaille d'or des épidémies lui avait été décernée par le ministre.

## CHRONIQUE

### L'ÉLOGE DE PIERRE BAZY A LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

M. Robert Proust, secrétaire général, a prononcé cette année son dernier éloge annuel. Il l'a consacré à Pierre Bazy. Dans ces belles pages nous retrouvons la forme parfaite et l'élégance que Robert Proust apporte dans tous ses écrits. Nous y trouvons encore une note d'émotion. Pourrait-il en être autrement puisqu'il avait à parler d'un maître qui, jusqu'à 80 ans, avait conservé « cette ardeur de conviction qui était un des traits marquants de son caractère, et cette chaleur d'enthousiasme qui allait droit au cœur ».

Proust, en historien averti, parle de la famille Bazy. « Les Bazy » sont connus dans le pays de Foix depuis le xv<sup>e</sup> siècle; ils ont pris part à « l'épopée du Comté de Foix », ils sont bien les dignes représentants de cette belle race connue pour sa fidélité et sa loyauté. En rappelant ces souvenirs, Proust fait « revivre tout un lointain passé » et il nous montre « sur quelles bases solides s'est petit à petit constituée l'unité de notre pays ». Puis il nous décrit l'admirable vie provinciale de cette vieille famille, à l'ombre des remparts de Saint-Lizier, le célèbre évêché voisin de celui de Comminges.

C'est de ce pays si beau et si mouvementé que partit mon maître Pierre Bazy pour aller faire ses études à Toulouse. Reçu à Saint-Cyr, il donna sa démission pour faire ses études de médecine. Un peu plus tard, les hasards du volontariat l'amènèrent à Lyon; il y fit la connaissance d'Ollier et étudia auprès de lui la chirurgie osseuse.

Bazy arrive à Paris, externe de Lancereaux, il est reçu à l'internat le 21 décembre dans la promotion de Barth, Robin, Brissaud, Charles Nélaton, Eugène Monod, Segond et Quénu. Ses chefs d'internat sont Gillette, Le Dentu, Lancereaux et Félix Guyon. Pendant son internat, en 1877, éclate la guerre russo-turque. Bazy est envoyé avec Maunoury dans une ambulance turque. « Mêlé aussi jeune aux horribles spectacles de la guerre et conscient de la gravité des blessures qu'elle entraîne, Bazy devait toujours s'en souvenir, et lorsqu'il se fit le champion, ainsi que nous le verrons, de la sérothérapie préventive du tétanos dans la pratique civile, il montra d'avance l'importance qu'elle aurait en temps de guerre, et, dès le début des hostilités, depuis août 1914, il travailla sans répit à généraliser l'emploi du sérum. » En 1886 Bazy est chirurgien des hôpitaux. Il va d'abord à Bicêtre, puis à Tenon, à Saint-Louis, enfin à Beaujon où il restera définitivement.

Les pages que Robert Proust consacre à l'œuvre de Bazy sont admirables et mériteraient d'être reproduites *in extenso*. Nous ne pouvons malheureusement qu'en indiquer les grandes lignes.

Pour bien situer cette œuvre, il faut se rappeler que Bazy débuta à l'aurore de la chirurgie antiseptique. Avant d'arriver à l'asepsie, il connut, avec mon maître Just-Lucas Championnière, le triomphe de l'acide phénique et des pulvérisations. Il connut aussi les salles d'opérations invraisemblables de l'époque; il eut à lutter contre l'administration, ne pouvant se résoudre « à opérer sous le signe de l'araignée ».

Cela ne l'empêcha pas, avant de se consacrer aux voies urinaires, de faire brillamment de la chirurgie abdominale et de la chirurgie pulmonaire. En pathologie expérimentale, ses recherches de 1892 sur le colibacille gardent aujourd'hui encore toute leur valeur.

« Dans le domaine des voies urinaires, Pierre Bazy fut vraiment un homme épris de nouveautés. Parmi les opérations qu'il créa, régla, ou inaugura, trois constituent des chapitres fondamentaux. Ce sont : 1° l'extirpation des tumeurs de la vessie; 2° l'uretéro-cysto-néostomie; 3° l'uretéro-pyélo-néostomie... »

Il eut la joie d'assister d'une part au cinquantenaire de son opération de première extirpation de tumeur de la vessie, et d'autre part à la glorification de son opération d'uretéro-cysto-néostomie, à l'occasion d'une discussion qui se déroula à la Société de Chirurgie en 1932. »

Mais le chapitre de la vie scientifique de Bazy sur lequel s'arrête, avec raison, Proust, c'est sa campagne en faveur de la sérothérapie préventive contre le tétanos. Elle commença en 1896, elle fut très vive, Bazy eut à lutter longuement contre beaucoup de ses collègues. Il lui fallut treize ans pour convaincre tout le monde, et ce n'est que pendant la guerre qu'il y parvint définitivement.

En 1920, la reconnaissance du pays lui ouvrait les portes de l'Institut, où il devenait le collègue du professeur Vincent qui, lui aussi, par sa vaccination antityphoïdique, méritait d'être considéré comme un des vainqueurs de la guerre.

En terminant, Proust fit un très beau portrait de Bazy, tel que nous pouvions le voir naguère à la célébration du Centenaire de l'Association des Médecins de la Seine, à laquelle se dévoua avec tant de bonté notre regretté maître. Il montra enfin, d'une façon charmante, la ressemblance qui unissait à son père notre collègue Louis Bazy, dont les travaux sur la vaccination antitétanique prolongent ceux de son père sur la sérothérapie antitétanique.

F. L. S.

ANÉMIES  
DYSPEPSIES  
ANTITOXIQUE



DOSE: 4 à 6  
TABLETTES  
PAR JOUR

BIOXYDE DE MANGANESE COLLOÏDAL SELS MAGNÉSIENS  
Laboratoire SCHMIT, 71 Rue Sainte-Anne, PARIS. 2<sup>e</sup>

**PULVEOL**

ANTISEPSIE DU CARREFOUR AÉRO-DIGESTIF

POUDRE et PASTILLES

Laboratoire et Echantillons: 10, Impasse Milord, Paris (18<sup>e</sup>)

Néuralgies  
Névrites

**BROMÉINE MONTAGU**



LABORATOIRES DEGLAUDE  
15, BOUL<sup>g</sup> PASTEUR, PARIS (XV<sup>e</sup>)

MÉDICAMENTS CARDIAQUES  
SPÉCIALISÉS



SPASMOSÉDINE  
SÉDATIF CARDIAQUE

DIGIBAÏNE  
TONIQUE CARDIAQUE

*les 2 médicaments cardiaques essentiels*

# SIROP DU D<sup>R</sup> REINVILLIER

(Lauréat de l'Académie de Médecine de Paris)

au Phosphate de Chaux hydraté  
TUBERCULOSES - RACHITISME - MALADIES DES OS & DU SYSTÈME NERVEUX  
DENTITION DIFFICILE

DOSES : 2 à 4 cuillerées à bouche, à dessert ou à café suivant l'âge

ASSIMILATION  
COMPLÈTE

PRESCRIRE :

SIROP REINVILLIER, un flacon

BERTAUT-BLANCARD FRÈRES

64, Rue de La Rochefoucauld, PARIS (9<sup>e</sup>)

PAS D'ACIDE  
LIBRE

## UROMIL

ÉTHER PHÉNYL CINCHONIQUE - PIPÉRAZINE - HÉXAMÉTHYLÈNE TÉTRAMINE



MOBILISE - DISSOUT  
ÉLIMINE

L'ACIDE URIQUE



ARTHRITISME

DE L. BELIERES - 19, RUE DROUOT - PARIS

POSOMÉTRIE ABSOLUMENT RIGOREUSE

## CALOMEL

## VICARIO

PETITS COMPRIMÉS

Un milligramme, quart et demi-centigramme

un, deux et cinq centigrammes

DÉSAGRÉGATION RAPIDE

NÉURALGIES - GRIPPE - RHUMATISMES

## NOPIRINE

## VICARIO

ASPIRINE RENFORCÉE

Pharmacie VICARIO, 17, boul. Haussmann, PARIS



## REVUE GÉNÉRALE

# LE LIQUIDE CÉPHALO-RACHIDIEN DANS LA SYPHILIS ACQUISE LES SYPHILIS NERVEUSES INAPPARENTES

Par M. GILBERT VIAL,  
Interne des hôpitaux de Paris.

L'étude du liquide céphalo-rachidien des syphilitiques, assez bien mise au point actuellement, ne doit pas être seulement considérée comme la confirmation d'un syndrome clinique ou comme un élément de diagnostic positif.

Elle représente aujourd'hui la nécessité impérieuse d'une mesure de prophylaxie individuelle et sociale. On connaît bien maintenant l'existence de réactions nettes du liquide céphalo-rachidien qu'aucun symptôme ne fait soupçonner ; une ponction va cependant révéler une lésion sournoise, silencieuse, souvent agressive et tenace, et qui fait planer sur l'avenir du malade la menace d'un tabès, d'une paralysie générale, d'une hémiplegie, etc...

Certes, un traitement intensif peut éliminer ces possibilités. Sans contrôle biologique, c'est un traitement aveugle, sans garantie.

La très longue et magistrale étude de ces réactions liquidiennes, faite principalement par Ravaut depuis 1901, a été sanctionnée en 1932 par les conclusions du Congrès international réuni à l'occasion du centenaire de Fournier. Et la mise en applications pratiques des notions que nous allons résumer ici doit faire espérer la disparition des lésions indélébiles ou difficilement curables dont sont menacés tous les syphilitiques.

## Première partie : DONNÉES PRATIQUES

**I. Le prélèvement du liquide.** — La conduite d'une telle prophylaxie se heurte en pratique à la mauvaise réputation de la ponction lombaire. Douleuruse, presque toujours suivie d'incidents désagréables, elle est difficilement acceptée, sa répétition est presque toujours refusée.

**La ponction sous-occipitale.** — C'est pourquoi la technique des rachicentèses sous-occipitales est appelée à une généralisation certaine. Pratiquement exempte de symptômes douloureux consécutifs, ne demandant aucune précaution ni avant, ni après, laissant au malade la possibilité de vaquer à ses occupations dès l'examen pratiqué, elle permet au médecin et au malade une répétition facile, indispensable à la conduite d'un traitement surveillé conditionnant un pronostic heureux.

D'une étude qui résulte actuellement de près de 750 cas observés à Saint-Louis, on peut dire qu'il s'agit là d'une méthode sûre, inoffensive, bien acceptée et bien tolérée. Alors que souvent, des sujets soumis à une ponction lombaire souffrent de céphalée ou même doivent s'aliter quelques heures, jamais aucun de ces 750 malades ne s'est plaint de troubles gênants.

La très faible pression des espaces sous-arachnoïdiens, à la partie toute supérieure du rachis, ne favorise pas l'écoulement consécutif du liquide par l'orifice duremérien de ponction. A la partie lombaire par contre, la colonne de pression qui domine cet orifice peut être responsable des pertes de liquide et des troubles observés.

Les deux méthodes fournissent des liquides dans lesquels les résultats cherchés sont comparables.

**II. L'examen du liquide.** — Le nombre des réactions faites depuis 1900 sur le liquide céphalo-rachidien en vue de dépister la syphilis des centres nerveux, est considérable.

Les unes, très nombreuses, sont abandonnées.

D'autres, en petit nombre, sont discutées.

Quelques-unes, enfin, demeurent parce que relativement sûres et d'un emploi assez facile. Ce sont celles-ci que j'étudierai en détail, sans en exposer cependant les techniques.

Ces réactions peuvent être groupées en cinq chapitres :

- A. Les réactions physiques.
- B. Les réactions cytologiques.
- C. Les réactions chimiques.
- D. Les réactions physico-chimiques.
- E. Les réactions microbiologiques.

**A. RÉACTIONS PHYSIQUES.** — Ces réactions sont de peu d'intérêt. Toutefois, dans quelques cas exceptionnels, on constate des modifications :

1) *Le liquide peut être trouble* si le nombre des éléments cellulaires est très élevé. Nous verrons tout à l'heure le peu d'importance pratique de ce fait.

2) *Le liquide peut être jaune*, xanthochromie passagère, observée au cours de toutes les formes de syphilis nerveuse.

3) *La pression du liquide*, mesurée au manomètre de Claude, fournit des résultats plus intéressants. Elle est parfois élevée au cours de la syphilis et s'accompagne souvent alors de céphalée. Ce signe peut être précoce, aussi d'aucuns lui ont accordé la valeur d'un symptôme prémonitoire. Ces faits sont en réalité inconstants et discutés.

4) On ne peut encore tenir compte des autres méthodes d'examen physique : viscosité, tension superficielle, cryoscopie, coagulation par la chaleur. Ces procédés n'ont encore donné aucun résultat pratique.

**B. RÉACTIONS CYTOLOGIQUES.** — Connue depuis 1900, l'étude des éléments cellulaires du liquide rachidien est encore l'une des plus sûres et des plus employées.

1) *Numération des cellules.* — Pour conserver sa valeur, cet examen ne sera pratiqué qu'en dehors d'une poussée même discrète, d'herpès ou de zona dont on connaît les grosses lymphocytoses rachidiennes. A plus forte raison, une hémorragie accidentelle fera retarder la numération cellulaire.

On met dans la cellule de Nageotte ou dans tout autre élément gradué une goutte du liquide non centrifugé. Mais le nombre des cellules n'est pas en rapport constant avec la gravité des réactions méningées. La syphilis donne parfois des réactions aux cellules

nombreuses, troublant le liquide, mais qui pourtant s'effaceront d'elles-mêmes. Et d'autre part, un tabétique, un paralytique général peuvent ne présenter que quelques éléments dans leur liquide rachidien.

Un chiffre ne peut donc renseigner avec exactitude, ni sur le degré d'extension, ni sur la durée probable du processus inflammatoire.

Cependant on a pu décrire divers types de leucocytes.

Discrète de 2 à 4 cellules par mm<sup>3</sup>, elle devient faible de 4 à 7, moyenne de 7 à 20, forte de 20 à 30, intense au-dessus de 30 éléments par millimètre cube.

2. *Qualité des cellules.* — Cette étude est beaucoup plus importante. Elle est couramment pratiquée aujourd'hui et sa signification a pu être comparée à celle d'une véritable biopsie. La coloration vitale est la méthode de choix par sa simplicité ; le colorant employé est la Pyronine-vert de méthyle de Unna-Papenheim.

*Technique.* — Le liquide céphalo-rachidien est recueilli dans un tube à centrifuger bien effilé et tourné à grande vitesse pendant dix minutes environ. Le liquide est décanté en retournant le tube, pointe toujours en haut, on le secoue légèrement pour achever l'écoulement du liquide. Puis, le tube étant maintenu renversé, on en gratte le fond avec une pipette effilée ; le culot de centrifugation vient par capillarité dans la pipette, puis est projeté sur une lame. On ajoute une goutte de pyronine fraîche, on mélange liquide et réactif avec un angle de la lamelle couvre-objets dont on recouvre ensuite. On lute à la cire et on porte sous le microscope.

*Résultats.* — Les cellules se colorent plus ou moins vite. Les cellules mortes se colorent aussitôt. Les cellules vivantes, par contre, refusent le colorant au début et ne se teintent progressivement qu'en plusieurs heures, lorsque leur vitalité décroît.

Cette notion de *cellules vivantes* est capitale, car elle témoigne d'un processus actif, alors que les lésions anciennes à tendances scléreuses n'offrent à l'examen que des cellules mortes.

C'est dire que l'examen microscopique des liquides rachidiens ne sera définitif que six à huit heures après la coloration. Voici les différents types de cellules que l'on peut y observer. Ils se ramènent à six aspects principaux, d'importance et de fréquence d'ailleurs inégales.

a) Des *hématies*, des débris cellulaires, des noyaux nus provenant de cellules vieilles ou mortes.

b) Des *leucocytes polynucléaires* que l'on rencontre sur un assez grand nombre de lames, où ils sont toujours très peu nombreux.

c) Des *lymphocytes banaux*, éléments de 3 à 8  $\mu$ , dont le noyau bleu nucléolé occupe presque toute la cellule, ne laissant libre qu'une mince bande de protoplasme rose pâle. Ces éléments peuvent être morts ou, bien au contraire, en pleine activité vitale.

d) Des *moynes mononucléaires*, cellules à peu près circulaires de 8 à 12  $\mu$ , à noyau bleu, à protoplasme rose ; elles revêtent plusieurs aspects :

Cellules à petit noyau ;

Éléments polygonaux, irréguliers ;

Éléments multinucléés ou dont les noyaux revêtent des formes curieuses : en boudin, en quenouille.

e) Des *grands mononucléaires* de 15 à 25  $\mu$  et dont le noyau occupe le 1/4 de la cellule. Parmi ces aspects on a décrit des éléments très volumineux, irréguliers, à protoplasme rose clair et d'aspect souvent fragmenté. Ce sont probablement des cellules endothéliales.

f) Des *plasmazellen* enfin. Ces cellules, encore appelées plasmocytes, de dimensions variables, sont caractérisées par un noyau bleu à nucléole constant et surtout par un protoplasme rouge vif et granuleux. Ce sont des cellules absolument typiques, que l'on retrouve dans les coupes histologiques d'un tissu syphilitique et qui témoignent d'un processus aigu et même agressif. Elles ressemblent à des éosinophiles ; mais ceux-ci ne se colorent pas par la pyronine.

L'étude extrêmement détaillée de cette cytologie particulière est faite dans un long mémoire de Ravaut et Boulin paru en 1927 dans les Annales de Dermato-Syphiligraphie.

3. *Valeur des réactions cytologiques.* — L'étude qualitative des cellules du liquide céphalo-rachidien des syphilitiques est extrêmement importante car ces mêmes cellules se retrouvent dans le liquide comme dans les méninges ou le parenchyme de ces malades.

Une syphilis active, en évolution, qu'elle soit clinique ou silencieuse, se caractérise par une abondance nette de *cellules vivantes*, avec prédominance de moynes mononucléaires et de lymphocytes, tous éléments très polymorphes. Moins nombreux sont dans ce cas les grands mononucléaires et les plasmazellen. Ces réactions lymphocytiques et mononucléées, même abondantes au point de troubler le liquide, comportent un pronostic favorable car elles disparaissent souvent très vite et même sans traitement.

Voit-on prédominer au contraire les grandes cellules mononucléées, polymorphes, les plasmazellen surtout, alors le pronostic est plus sévère, même si la réaction est numériquement discrète. Ces éléments vont refléter des processus agressifs et mordants, souvent terriblement tenaces, ne cédant qu'à de longs traitements. Et c'est prouver encore l'absolue nécessité d'un contrôle biologique suivi.

C. RÉACTIONS CHIMIQUES. — 1. *Le pH.* — L'étude du pH des liquides rachidiens syphilitiques est actuellement en cours. Un fait semble cependant ressortir : chez les paralytiques généraux, le pH est élevé, tendant vers l'alcalose alors que la malaria abaisse ce pH vers l'acidose. Or les spirochètes se conservent plus longtemps dans un liquide à pH plus élevé. A 7,60 par exemple on a pu conserver 14 jours des spirochètes vivants. Ces constatations ont fourni à Marinesco l'occasion d'essais pathogéniques et pronostiques sur la teneur en ions H de l'écorce cérébrale des syphilitiques et sur les considérations thérapeutiques qui en découlent.

2. *Le sucre.* — L'étude du dosage des sucres n'a pas été l'objet de recherches systématiques. Néanmoins dans certains cas, l'hyperglycorrhachie a fait pencher un diagnostic en faveur d'une encéphalite léthargique, alors qu'on hésitait entre elle et la syphilis.



3. *Les albumines.* — La recherche des albumines totales ou des globulines isolées a une tout autre importance et est un procédé de pratique courante.

a) *Les albumines globales.* — Plusieurs techniques sont employées pour doser les albumines rachidiennes dont la teneur normale est de 0,15 0/00 environ. Les albumimètres les plus employés sont ceux :

De *Sicard et Cantaloube* où l'albumine est précipitée par l'acide trichloracétique ; on laisse le dépôt s'effectuer de lui-même comme dans un tube d'Esbach. Le procédé est précis, mais demande 24 heures.

De *Ravaut et Boyer* où, dans un premier tube, on précipite les albumines par l'acide sulfosalicylique ; une opalescence se produit. On la compare aussitôt avec une opalescence variable, réalisée dans un second tube par l'inter réaction de solutions titrées de nitrate d'argent et de chlorure de sodium. Les tubes étant gradués, on obtient immédiatement un chiffre approximatif et cependant suffisant.

b) *Les globulines.* — Elles peuvent être recherchées isolément par les procédés de Nonne, de Pandy avec l'acide phénique, de Weichbrodt avec le bichlorure de mercure.

Les renseignements fournis ne sont nullement spécifiques. En effet une réaction des globulines nettement positive s'accompagne toujours d'une hyperalbuminose globale ; l'inverse n'est pas constamment vrai.

c) *Origine des albumines rachidiennes.* — Ce problème n'est pas encore élucidé. Dujardin pense que les albumines passent du sang dans le liquide par suite d'un trouble de la perméabilité méningée.

Certains l'attribuent à une leucolyse locale.

D'autres (*Ravaut, Rabeau et Bocage*) supposent que ces albumines proviennent de la désintégration locale du parenchyme nerveux attaqué par le tréponème.

Nous verrons plus loin comment ces faits se discutent actuellement et l'importance pronostique qu'on y attache.

4. *Diastases.* — Signalons simplement des recherches en cours sur la présence et le dosage des différentes diastases rachidiennes chez les syphilitiques. Ceci pour distinguer entre elles les formes de syphilis nerveuses cliniques.

D. *RÉACTIONS COLLOÏDALES OU PHYSICO-CHIMIQUES.* — On groupe sous ce nom une série de réactions sur la nature intime desquelles la précision n'est pas encore fournie. Elles permettent de déceler, par des procédés différents, des substances d'ordre lipoïdique contenues en grande abondance dans les humeurs des syphilitiques ; et leur constatation, en usant de techniques rigoureuses appliquées par un personnel entraîné, en appréciant judicieusement leur seuil, peut être considérée comme quasi-spécifique.

C'est dire l'énorme importance de ces réactions dans le domaine de la syphilis nerveuse.

I. *Les réactions de fixation du complément.* — 1. *La réaction de Bordet-Wassermann.* — Elle reste la méthode la plus sûre et l'une des plus employées pour déceler l'infection syphilitique du système nerveux. Elle est exceptionnellement isolée et a été rarement

trouvée positive en dehors de la syphilis — tumeurs cérébrales ou médullaires, méningite tuberculeuse, encéphalites.

Elle devient positive de bonne heure, à condition d'employer des doses suffisantes de liquide (de 0 cc. 3 à 1 cc.), et le reste tant que le processus évolue. Mais elle peut être négative dans les processus méningés purs, car elle représente bien souvent l'attaque du parenchyme nerveux.

C'est pourquoi on ne peut toutefois lui accorder de valeur véritablement spécifique, car les résultats varient, non seulement suivant les malades, mais également suivant le choix de l'antigène employé, suivant la quantité de liquide et même suivant la façon dont elle est faite.

2. *La réaction des hémolysines.* — Citons à côté de la réaction de Wassermann, celle des hémolysines de Weill et Kafka. Ces substances, venant du sang, apparaîtraient dans le liquide rachidien des spécifiques à la faveur de troubles de la perméabilité méningée. Cette réaction serait parallèle à la précédente.

3. *L'index de perméabilité de Dujardin.* — De ces réactions, Dujardin a tiré la notion d'index de la perméabilité méningée, qu'il détermine avec précision par la méthode des dilutions. On sait qu'à l'état normal les méninges sont imperméables aux anticorps, quelle que soit la concentration de ceux-ci dans le sang. Les méninges enflammées deviennent perméables, le degré de cette perméabilité étant proportionnel à l'intensité de l'inflammation. Le rapport

$$\frac{\text{anticorps du liquide}}{\text{anticorps du sang}}$$

est donc d'autant plus élevé que la méninge est plus lésée et Dujardin a tiré des déductions pronostiques des variations de ce rapport.

Cette opinion est très critiquée et l'un des principaux arguments des contradicteurs réside dans le fait, bien connu, que la réaction de Wassermann du liquide est indépendante de celle du sang, et nombreuses sont les observations où un liquide positif s'oppose à un sang négatif.

II. *LES RÉACTIONS DE FLOCCULATION.* — Les réactions flocculantes possibles sont multiples depuis la réaction de Lange à l'or colloïdal, proposée en 1912. Elles sont actuellement simplifiées et leur technique est d'un usage courant.

Elles sont basées sur le fait suivant : Le liquide rachidien (ou le sérum) d'un syphilitique floccule des suspensions colloïdales comme un liquide (ou un sérum) normal ; mais les humeurs des spécifiques manifestent leur pouvoir flocculant à des doses différentes que les humeurs normales. En comparant ces différences, on voit qu'il existe un moment où, pour une même dilution de colloïde, le liquide syphilitique floccule complètement alors que le liquide normal reste sans effet ; c'est le phénomène de la « surflocculation ».

Le choix des antigènes colloïdaux est très important et les techniques proposées diffèrent selon l'antigène employé.

1. *La réaction de Guillaumin, G. Laroche et Léchelle.* — Cette méthode, l'une des plus employées en France,

parce que d'un usage facile et sûr, permet d'obtenir rapidement de bons résultats.

Elle consiste à observer la floculation d'une solution colloïdale titrée de résine de benjoin par des dilutions progressives de liquide céphalo-rachidien.

Les auteurs en ont décrit deux techniques :

L'une, simplifiée, portant sur quatre tubes et un tube témoin ;

L'autre, complète, portant sur quinze tubes et un tube témoin.

L'usage de la réaction simplifiée doit être exceptionnel. On la fera surtout à titre de pré réaction pour juger si un liquide est ou n'est pas pathologique.

D'après son intensité, la floculation du benjoin se chiffre de 0 à 2. Le liquide normal précipite le benjoin dans les tubes 7 et 8. Sa formule est :

000 000 220 000 000 O.

Dans une syphilis cérébro-spinale diffuse la formule est : 222 211 222 100 000 O.

Dans une paralysie générale : 222 222 222 000 000 O.

Dans une méningite tuberculeuse :

000 000 222 222 222 O.

En règle générale le liquide syphilitique précipite le benjoin dans les premiers tubes.

D'après les auteurs, cette réaction, parallèle au B. W. dans la majorité des cas, possède également une valeur pronostique, l'intensité de la floculation se poursuivant dans les tubes en rapport avec la gravité et l'intensité des lésions évolutives.

Cependant, cette méthode peut donner des résultats positifs ou subpositifs dans les cas de méningite tuberculeuse, de tumeurs cérébrales et surtout de sclérose en plaques. Elle est négative, par contre, dans des processus syphilitiques de faible intensité ou en voie de décroissance.

2. *La réaction de Vernes.* — L'antigène employé est ici le *péréthynol*. C'est une dilution en sérum physiologique d'une solution alcoolique de myocarde de cheval broyé, séché et dégraissé par le perchlorure d'éthylène. La suspension colloïdale est ici aisément réglable (au 1/4 en l'espèce) pour qu'elle flocule en présence d'un liquide syphilitique et non en présence d'un liquide normal.

Cette réaction, très utilisée en France, offre l'avantage d'être standardisée et d'éviter tout coefficient d'appréciation individuelle ; ses résultats sont donc comparables entre eux, le *péréthynol* étant stable et se conservant bien. Malheureusement sa sensibilité est parfois inférieure à celle des autres réactions.

3. *La réaction de Kahn.* — Très employée aux Etats-Unis, elle pénètre de plus en plus en France. C'est une réaction sûre, facile et sensible.

Elle est basée sur le principe suivant : un sérum ou un liquide syphilitique agglutine des granules colloïdaux lipoidiques riches en cholestérol, comme un bacille d'Eberth est agglutiné par un sérum de typhique.

L'antigène est un extrait alcoolique au 1/6 de myocarde de bœuf, épuisé par l'éther, et dont la teneur en cholestérol est de 0,6 %. La réaction se pratique en milieu salin de densité élevée où l'extrait commence déjà à floculer, si bien que l'antigène définitif n'est pas une

suspension colloïdale, mais une émulsion de fines particules.

Il faut employer au moins de 0 cc. 3 à 1 cc. de liquide céphalo-rachidien et agiter le mélange avec un agitateur spécial. L'anticorps syphilitique agglutine les particules en gros flocons alors que les humeurs normales, au contraire, exercent sur cet antigène une action dispersante et recréent une suspension colloïdale. Ce principe habile permet une marge différentielle plus étendue et plus facile à apprécier.

On pourra, en outre, déterminer dans des tubes différents, la quantité minima de liquide pour laquelle la positivité apparaît. C'est dire la sensibilité de cette réaction de plus en plus employée aujourd'hui.

4. *La réaction de Hecht.* — Cette réaction, différente de la technique de Hecht, Levaditi, Latapie, applicable au sérum sanguin, repose sur un principe nouveau. Les antigènes colloïdaux sont précipités par le chlorure de calcium. Les liquides rachidiens et les sérums, normaux ou non, s'opposent à cette précipitation, « protègent » en quelque sorte le colloïde. Mais les humeurs normales ont un pouvoir protecteur nettement plus élevé que les humeurs des syphilitiques.

L'antigène est un extrait au 1/5 de cœur de bœuf que l'on mélange au chlorure de calcium. Les tubes où sont les anticorps spécifiques floculent donc plus tôt et beaucoup plus nettement que ceux où se trouvent les humeurs normales.

E. RÉACTIONS MICROBIOLOGIQUES. — Celles-ci n'ont, à l'heure actuelle, donné aucun résultat pratique applicable au diagnostic de la syphilis nerveuse.

### III. Association et valeur des réactions liquidiennes.

— *En résumé*, voici en quelques mots comment on peut pratiquer, dans tout laboratoire, l'examen du liquide céphalo-rachidien en usant de techniques simples et sûres dont les résultats sont très appréciables.

— Prélèvement de 4 à 5 cc. de liquide par ponction lombaire ou mieux encore sous-occipitale. Le liquide est recueilli directement dans le tube à centrifuger.

— On en dépose aussitôt deux à trois gouttes sur la cellule graduée, en vue de la numération.

— Centrifugation à grande vitesse en dix minutes.

— Décanter le liquide en retournant le tube.

— Prélèvement du culot et coloration vitale à la pyronine fraîche.

— Doser l'albumine avec le liquide décanté.

— Le reste est conservé pour les réactions de fixation et de floculation.

— En quelques heures tous les résultats sont fournis avec un minimum de chances d'erreurs.

A. GROUPEMENT DES RÉACTIONS. — Selon la façon dont se présentent les éléments constituant ces réactions, on a pu schématiquement décrire deux grands groupes : les réactions complètes et les réactions partielles.

Cependant il faut discuter également, et c'est important, la valeur des réactions faibles, peu intenses, subnormales qui ont pu faire croire à des syphilis inexistantes.



1. *Réactions complètes.* — Elles sont caractérisées par la présence de cellules, d'hyperalbuminose et par la positivité des réactions lipoidiques. Les réactions sanguines qui les accompagnent sont souvent positives, mais ne le sont pas toujours obligatoirement.

Le nombre des cellules est variable et peut changer rapidement d'une ponction à l'autre. Il n'est pas rare d'y voir quelques globules rouges provenant de petites hémorragies méningées ou même parenchymateuses. La formule cellulaire peut représenter tous les types cellulaires. Répétons que la qualité des cellules, leur *vitalité* surtout, doivent être déterminées avec le plus grand soin.

L'hyperalbuminose est très nette allant de 0,40 à deux grammes et même plus. Les diverses réactions des globulines sont également positives.

Les réactions de fixation et de floculation sont nettement positives.

Ces réactions complètes sont, comme nous le reverrons, l'indice de lésions méningo-parenchymateuses plus ou moins intenses selon la prédominance de tel ou tel de leurs éléments.

2). *Réactions partielles.* — Elles sont formées par la présence d'un seul de ces éléments ou de plusieurs, différemment associés. Mais ils n'y sont jamais tous.

a) *La réaction cellulaire* peut être absolument isolée ou s'accompagner d'un chiffre d'albumine à 0,40-0,50. Elle est le témoin d'une lésion méningo-vasculaire et peut disparaître en quelques mois sans signes cliniques et sans laisser de traces. Mais si elle persiste, les autres réactions apparaîtront peu à peu.

Les cas discrets se limitent à une simple lymphocytose ; les cas plus graves sont représentés par des réactions panachées de polynucléaires, de mononucléaires, et surtout de plasmazellen variés.

b) *La réaction albumineuse* peut être pure, bien qu'en général le taux de l'albumine augmente parallèlement à l'intensité des autres réactions, surtout celles de fixation et de floculation.

Elle traduit le plus souvent des lésions parenchymateuses sans participation de la méninge : celle-ci a pu être lésée et guérie, ou bien elle n'a jamais été touchée, comme dans certaines formes d'encéphalites, de gommages, de foyers de ramollissement, de tumeurs même, répondant alors à la classique dissociation albumino-cytologique de Sicard.

Elle peut également n'être qu'une albuminose résiduelle, témoin d'un processus déjà ancien et très amélioré, sinon guéri.

c) *Les réactions de fixation et de floculation* peuvent être isolées, sans cellules et sans albuminose ; ces cas sont très rares.

3) *Réactions limites.* — Il est cependant nécessaire de discuter également la valeur de certaines réactions minimales, subnormales et par là même difficiles à interpréter.

Ces faits groupent les très légères réactions cellulaires, avec un chiffre d'albumine très peu supérieur au chiffre normal et où les réactions lipoidiques sont négatives.

Trop souvent l'on a pu avoir tendance à considérer les sujets porteurs de telles réactions comme des sy-

philitiques, car ces épreuves de laboratoire ne sont pas pathognomoniques ; et c'est faire preuve de bon sens que de déterminer avec tact le seuil de leur importance. Il est en effet des sujets présentant 8-10 lymphocytes et 0,30 d'albumine et qui n'ont jamais été des spécifiques. Tout dépend des circonstances et une limite mathématique peut être arbitraire et même dangereuse.

Dans ce cas il faut reponctionner le malade quelques mois après et ne juger qu'après ce second examen. S'il s'agit d'une syphilis évolutive la réaction aura augmenté. Si elle reste stationnaire ou si elle décroît, il est inutile de traiter.

B) *EVOLUTION DES RÉACTIONS.* — Ces réactions n'apparaissent pas au hasard et présentent en général une évolution assez régulière.

*Augmentation.* — La première en date est l'*hypertension*, mais elle est très inconstante.

Ordinairement la *réaction cellulaire* apparaît la première. Elle peut être fugace, isolée et serait alors, pour certains, comparable aux manifestations cutanées de la syphilis secondaire.

Lorsqu'elle s'accroît, la formule change et nous n'y reviendrons pas.

Mais alors apparaît l'*albuminose*. Le pronostic est déjà plus sérieux. Mais tout peut encore guérir sous l'influence du traitement.

L'évolution se poursuit ; les plasmazellen augmentent, le taux de l'albumine augmente à 0 gr. 70-1 gr. et plus ; alors apparaissent les *réactions lipoidiques*.

Dans les formes de syphilis sérieuse ces réactions peuvent atteindre très vite leur acmé et sont constatées au complet souvent dès la première ponction.

*Régression.* — Lorsque le maximum réactionnel est observé les ponctions suivantes en montreront la régression sous l'influence du traitement.

La *réaction cellulaire* diminue la première ; les plasmazellen sont moins nombreux et la prédominance lymphocytaire est nettement progressive.

Les réactions *albumineuses* et *lipoidiques* faiblissent ensuite, puis ces dernières disparaissent et il ne reste plus qu'une albuminose légère, avec quelques lymphocytes comme on en constate dans les syphilis cicatrisées, spontanément ou après traitement.

On voit donc les combinaisons possibles de réactions partielles suivant le moment des examens. Tout peut guérir complètement, mais dans les processus qui ont duré longtemps, ce retour à la complète intégrité est rare et presque toujours vont persister de très légères réactions cellulaires et surtout un léger degré d'hyperalbuminose résiduelle.

C. *VALEUR ANATOMIQUE DES RÉACTIONS.* — La signification anatomique des réactions du liquide céphalo-rachidien au cours de la syphilis nerveuse n'est pas encore définitivement élucidée. Nous avons vu en cours de route les opinions de Ravaut et de Dujardin sur ces questions. Résumons schématiquement ici les opinions données par Ravaut, bien qu'elles soient loin d'être admises par tous les auteurs. Nous ne donnerons ici que les résultats de la longue étude critique qu'il a consacrée à ces opinions, mais nous verrons

plus tard combien ces notions sont importantes dans l'étude des syphilis nerveuses inapparentes.

Les *réactions cytologiques* appartiennent aux processus inflammatoires méningo-vasculaires.

Les *réactions albumineuses et lipoidiques* sont le résultat d'une désintégration du parenchyme nerveux. Elles comportent donc un pronostic plus sérieux que les premières.

Les *réactions complètes* sont plus sévères encore, puisque témoignant d'une atteinte globale méningo-parenchymateuse. (A suivre.)

## SOCIÉTÉS SAVANTES

### ACADEMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 28 JANVIER 1935)

Géification des protides par les acides. — M. W. KOPACZEWSKI.

Sur la composition chimique des os : cas du fémur de cheval. — M. LAZARE SILBERSTEIN. La partie minérale du fémur de cheval est surtout formée de phosphate et de carbonate de calcium auxquels s'ajoutent de l'hydrate de calcium et de petites quantités d'autres sels.

Action de l'eau dense (oxyde de deuto hydrogène) sur la germination d'un pollen. — MM. LUCIEN PLANTEFOL et GEORGES CHAMPETIER.

(SÉANCE DU 4 FÉVRIER 1935)

Etudes sur les effets biologiques des ultrapressions. Modification de la spécificité antigénique des sérums sous l'influence des pressions très élevées. — MM. JAMES BASSET, MICHEL MACHEBOEUFEE et JEAN-JACQUES PEREZ.

Etude photométrique de la multiplication microbienne. — M. MICHEL FAGUET.

(SÉANCE DU 11 FÉVRIER 1935)

Etiologie des oreillons. — MM. C. LEVADITI, René MARTIN, BONNEFOI et Mlle A. SCHOEN soumettent au contrôle expérimental les récentes affirmations de Johnson et Goodpasture, concernant l'étiologie des oreillons. Ils inoculent à des singes (*Macacus rhesus* et anthropoïdes), par cathétérisme du canal de Sténon, de la salive de sujets atteints d'oreillons, au début de l'infection ourlienne. Les simiens, et en particulier le chimpanzé, réagissent par une parotidite fébrile, due à une inflammation monocytaire du tissu interstitiel de la glande, comparable à celle que l'on constate chez l'homme. Les oreillons paraissent attribuables à une infection provoquée par un ultravirus spécifique.

Sur l'action immunisante de la toxine tétanique enrobée dans la lanoline, chez l'animal d'expériences. — MM. G. RAMON et E. LEMÉTAYER font connaître le principe d'un nouveau mode d'immunisation expérimentale contre le tétanos. Ils ont en effet réussi à conférer un degré d'immunité antitétanique relativement élevé au lapin, en lui injectant une seule dose de toxine tétanique très active simplement enrobée dans la lanoline.

Réséction et suture de la veine cave. — M. A. GOSSET relate l'observation d'une malade atteinte de tumeur para-

réale droite adhérent intimement à la veine cave inférieure. Il fut obligé, pour enlever la tumeur dans sa totalité, de réséquer un segment longitudinal de la veine cave. Une suture avec un surjet de soie très fine permit d'oblitérer la brèche du vaisseau veineux et la circulation se rétablit parfaitement, sans aucun trouble. De telles observations sont intéressantes par leur rareté.

### ACADEMIE DE MEDECINE

(SÉANCE DU 12 FÉVRIER 1935)

Notice. — M. BROCC-ROUSSEU donne lecture d'une notice sur les travaux de M. PIOT, correspondant national, récemment décédé.

A propos de la maladie de Nicolas-Favre. — M. DARIER estime que la notice historique lue par M. Brumpt dans la dernière séance, appelle une réponse. MM. Nicolas et Favre, dans l'étude de la maladie qui porte leur nom, ont toujours, depuis le début de leurs travaux, mentionné les noms des auteurs qui les ont précédés.

La lymphogranulomatose inguinale ou poradénite est non une manifestation locale, mais une grande maladie infectieuse et contagieuse d'origine vénérienne, — on a pu l'appeler aussi la 4<sup>e</sup> maladie vénérienne. — De nos jours, cette maladie est universellement connue sous le nom de Nicolas-Favre, à la suite des recherches et des publications de ces auteurs depuis 1913.

La maladie de Nicolas et Favre, déclare M. Darier, mérite pleinement de porter le nom de ces auteurs.

La natalité en France et dans les autres pays de l'Europe. — MM. RICHEL et RIST s'élèvent contre l'expression de « prétendue dépopulation en France », employée par M. Roubakine, dans l'avant-dernière séance.

M. Richet oppose des chiffres angoissants se rapportant aux naissances. Un peuple, dit-il, qui ne croît pas parmi des peuples qui s'accroissent puissamment, dont les populations ont presque doublé depuis 1870, est une nation qui s'affaiblit, qui se dépeuple.

M. Roubakine avait avancé que le remède était surtout dans une lutte contre la mortalité et surtout contre la tuberculose.

M. RIST proteste et apporte des statistiques montrant l'effort considérable fait en France au point de vue de la prophylaxie de la tuberculose.

Cet effort semble singulièrement méconnu par certains étrangers, à qui la France donne l'hospitalité.

Statistique des maladies rhumatismales traitées à la clinique infantile de Lyon de 1925 à 1934. — M. G. MOURIQUAND et Mlle WEILL, en publiant cette statistique, appellent l'attention sur les particularités suivantes :

1<sup>o</sup> Augmentation de la fréquence des cas de rhumatismes. Depuis 1929, les affections rhumatismales augmentent progressivement et de façon inquiétante ; 12 cas par an pendant les années 1928 et 1929, 37 en 1934.

La gravité de ces affections a augmenté parallèlement et la mortalité est plus fréquente.

2<sup>o</sup> La chorée se rencontre plus souvent chez les filles que le rhumatisme vrai.

3<sup>o</sup> Ces affections rhumatismales paraissent avoir un *rythme saisonnier*, éclosion au début du printemps, fréquence au milieu de l'été, nouvelle éclosion en novembre. Les chorées, et par cela même, la courbe des filles étant souvent un peu en retard sur le rhumatisme de Bouillaud et la courbe des garçons.

L'examen obligatoire des étudiants pour le diagnostic de la tuberculose. — M. SAYE (de Barcelone), expose les résul-



tats obtenus la première année d'examen obligatoire des élèves de l'Université de Barcelone, pour le diagnostic de la tuberculose.

Il a examiné 637 étudiants de première année, appartenant aux différentes facultés : 584 hommes et 53 femmes.

Cet examen a permis de déceler des cas positifs et des cas douteux. Il s'agit là d'une œuvre prophylactique très importante.

**La choline et l'adrénaline dans l'organisme : leur rôle dans la transmission humorale de l'excitation nerveuse limitée aux vertébrés.** — M. J. GAUTRELET. Si l'auteur a pu dès 1909 déceler la choline dans nombre d'organes chez les mammifères, les oiseaux, les poissons, les Vertébrés en général, il n'a pu le faire chez nombre d'invertébrés marins en particulier. Il a pu affirmer que, d'une manière générale, la choline était absente là où était absente l'adrénaline et il insiste sur leur rôle antagoniste. La notion est d'importance quand il s'agit de fixer la nature des produits libérés dans la transmission de l'excitation nerveuse. L'auteur, émettant une théorie homo hormonale, imagine que dans la transmission de l'excitation du nerf au muscle, l'acétylcholine du muscle joue un rôle au même titre que l'acétylcholine libérée par le nerf parasympathique. L'adrénaline jouerait un rôle analogue, et dans le nerf sympathique excité et dans les organes innervés par le système. Cela seulement chez les Vertébrés.

**Election.** — L'Académie procède à l'élection d'un membre titulaire dans la V<sup>e</sup> section (médecine vétérinaire), en remplacement de M. Cadiot, décédé.

Les candidats étaient ainsi classés : en première ligne, M. Roussel, en seconde ligne ex aequo et par ordre alphabétique : MM. Bourdelle, Guérin, Henry, Panisset et Piettre. Au premier tour de scrutin, M. Guérin obtient 49 voix sur 76 votants ; M. Roussel 19 ; M. Piettre 5 et M. Bourdelle 3.

M. GUÉRIN est élu. Chef de service à l'Institut Pasteur, il a été à Lille et à Paris le collaborateur de Calmette. C'est de cette collaboration qu'est sortie la vaccination par le BCG-bilié (Calmette-Guérin).

M. Guérin s'est cantonné dans les recherches concernant la vaccination jennérienne et la tuberculose. Il est correspondant de l'Académie vétérinaire.

## PRATIQUE MÉDICALE

### LA MÉDICATION LACTO-AMIDOPYRIQUE

Le professeur Tiffeneau, Mlle J. Lévy et M. Droun ont démontré que l'abidose provoquée par divers agents renforçait l'action des substances neurotropes. C'est en application de ces données pharmacodynamiques que Naquet, voulant expérimenter dans la rougeole la médication amidopyrique, qui venait de donner d'intéressants résultats aux cliniciens anglais, utilisa, au lieu de l'amidopyrine-base, une solution de lactate d'amidopyrine, en solution lactique, à pH=3,2. Cette même forme médicamenteuse fut employée dans toutes les recherches ultérieures faites sur le même sujet, recherches auxquelles nous avons apporté notre contribution par une étude clinique récente (1) et dont une mise au point ne nous semble pas dénuée d'intérêt.

1<sup>o</sup> *Le traitement de la rougeole par l'amidopyrine.* — Les premiers essais de cette médication furent faits en 1924, en Angleterre, par Loewenthal, dans les formes hyperpyrétiques de la rougeole. Malgré les heureux résultats obtenus, la

(1) Cf. Dr Marcel Boz. Les rougeoles atténuées, Th. de Paris, 1933.

# DINITRA

alpha-dinitrophénol 1.2.4

## OBÉSITÉ

HYPOTHERMIES — HYPOSPHYXIES  
HYPOTHYROÏDIES

HYPOMÉTABOLISMES

RALENTISSEMENTS

de la NUTRITION



SOCIÉTÉ D'APPLICATIONS PHARMACODYNAMIQUES, 5 & 7, rue Claude Decaen - PARIS 12<sup>e</sup>

DREVILL • grav.



communication de cet auteur passa à peu près inaperçue. Il en fut de même d'un travail de Hoyne (de Chicago), publié en 1929, dans lequel était signalée la supériorité de l'amidopyrine sur le salicylate, si largement utilisé aux Etats-Unis dans le traitement de la rougeole.

La question a été reprise en Angleterre, en 1930, par Collier, qui expérimenta l'amidopyrine sur une grande échelle, à l'occasion d'une grave épidémie de rougeole. Cette médication, appliquée à 27 cas, à des phases diverses de la maladie, donna des résultats des plus satisfaisants, ses effets étant d'autant plus rapides que le traitement était plus précoce. Quelques rougeoles, où l'amidopyrine avait été donnée à la période pré-éruptive, avortèrent. L'administration du médicament en plein exanthème eut pour résultat de raccourcir la durée de l'affection.

Ces résultats furent confirmés, la même année, par Ronaldson, médecin-chef de l'Eastern Fever Hospital de Londres, et, ultérieurement, par Gladstone, Urquhart et Winchester.

Vers la même époque, l'efficacité de cette thérapeutique était également reconnue en Espagne et en Argentine (Iribarne).

En 1931, pour la première fois en France, Naquet s'est servi d'une solution dosée à 0,01 cgr. de lactate d'amidopyrine par goutte, dont il donnait 4 gouttes par année d'âge, régulièrement toutes les 4 heures, sans aucune interruption (avec cette seule restriction que la première prise du médicament pouvait utilement être diminuée de moitié pour tâter la susceptibilité du petit malade). Chez l'adulte, Naquet préconise 60 à 80 gouttes toutes les 4 heures. Cette question de posologie est de toute importance, des doses trop faibles ou trop espacées se montrant relativement inopérantes.

L'expérimentation de Naquet porte sur 21 cas de rougeole. Les résultats obtenus sont des plus satisfaisants et tout à fait comparables à ceux de Collier et Ronaldson. Dans 7 cas où l'amidopyrine lactique put être administrée dès l'apparition des taches de Koplik, la maladie fut enrayée en deux jours : baisse de la température, disparition de la toux, exanthème nul ou discret. Dans 11 cas, où le traitement fut institué au début de l'éruption, la fièvre tomba en quelques heures et l'éruption disparut au bout d'un jour ou deux. Dans trois cas, où le médicament ne fut donné que vers la fin de la période éruptive, il n'eut d'autre effet que de provoquer la chute thermique et d'accélérer la convalescence. Chez tous ces malades, aucune complication respiratoire ne fut observée.

Nous avons nous-même expérimenté récemment l'amidopyrine lactique pendant 2 ans, à l'hôpital général de Nevers, dans le service du Dr Louis Tixier.

Nous avons utilisé une solution identique à celle dont s'était servi Naquet et nous avons très exactement suivi, en ce qui concerne la posologie et la conduite du traitement, les recommandations de cet auteur : 4 gouttes par année d'âge chez les enfants, 60 à 80 gouttes chez l'adulte, répétées toutes les 4 heures, pendant 3 à 4 jours de suite.

Notre expérimentation qui porte sur 200 cas de rougeole, a pleinement confirmé les excellents résultats signalés par les cliniciens anglais et par Naquet. Nous répétons, avec eux, que l'amidopyrine lactique, très bien supportée par les jeunes malades, atténue considérablement tous les symptômes de la rougeole, à la condition que soient bien observées les règles fixées pour la posologie et l'administration du médicament. Si cette thérapeutique ne paraît pas avoir d'action sur les broncho-pneumonies secondaires, elle améliore, par contre, très nettement les symptômes pulmonaires du début de la maladie.

Nous n'avons jamais observé d'incidents chez les malades traités sous notre surveillance. Les vomissements signalés chez quelques enfants, sont dus ordinairement à la

trop forte concentration du médicament, administré dans une cuillère à café ; nous recommandons, pour éviter cette intolérance gastrique, de diluer les gouttes dans un demi-verre d'eau gazeuse.

Les adultes ont toujours parfaitement supporté les fortes doses que nous leur avons données.

Nous avons réuni dans notre thèse un choix d'observations, que le cadre limité de cet article ne nous permet pas de reproduire.

Quelque temps avant la parution de notre travail, Martinaud avait publié une quarantaine d'observations analogues prises à l'hôpital militaire de Rochefort (1).

Plus récemment, MM. Andrieu, médecin-capitaine, professeur agrégé au Val de Grâce, et Henri, médecin-capitaine, assistant des hôpitaux militaires, ont communiqué à la Société de médecine militaire française (séance du 12 juillet 1934), des résultats de leur expérimentation portant sur 261 rougeoleux adultes, répartis au point de vue du traitement en 3 groupes : 1° malades traités par l'amidopyrine lactique (0,60 gr. toutes les 4 heures) ; 2° malades traités par le chlorhydrate de quinine ; 3° malades soignés uniquement par la désinfection rhino-pharyngée et la révulsion thoracique. Nous retiendrons de cette communication les chiffres suivants :

Dans le groupe des malades traités par l'amidopyrine, ont été notés : 1 complication pleuro-pulmonaire, 1 otite, aucun décès ; tandis que pour l'ensemble des deux autres groupes, le chiffre des complications pleuro-pulmonaires a été de 24, celui des complications suppuratives locales de 13, et celui des décès de 2.

Aucun malade n'a présenté de signes d'intolérance à l'amidopyrine.

Il nous est donc permis de conclure, tant de l'expérimentation faite en Angleterre que des divers travaux publiés en France, que la médication amidopyrique, à la condition que soit observée la règle de Naquet, « quatre gouttes par année d'âge toutes les 4 heures », constitue une véritable méthode thérapeutique élective de l'infection morbillieuse, méritant de prendre place à côté de la sérothérapie et de la séroprévention, encore difficilement applicables en clientèle et qui restent des traitements d'hôpital.

Certains auteurs préconisent des doses inférieures de moitié à celles de Naquet. Il ne faut, bien entendu, attendre de ces doses faibles qu'un effet purement antithermique, non négligeable toutefois dans les formes hyperpyrétiques de la rougeole.

2° *Les autres indications de l'amidopyrine.* — A côté de la rougeole, un certain nombre d'autres affections sont justiciables de la médication amidopyrique.

En tant qu'analgésique, le lactate d'amidopyrine se montre trois fois plus actif que l'antipyrine. Il s'élimine plus rapidement que les autres dérivés de la pyrazolone, ne bloquant ainsi jamais le rein. Par suite de sa grande solubilité permettant son administration en gouttes, il est mieux toléré par l'estomac que l'amidopyrine-base, les préparations sous forme de cachets ou comprimés apportant au contact de la muqueuse gastrique une concentration trop forte du médicament.

La médication amidopyrique est ainsi justifiée dans le traitement :

1° Des diverses algies : migraines, névralgies faciales et intercostales, lumbagos, douleurs du tabès et du zona ;

2° Des pyrexies : fièvres éruptives autres que la rougeole, fièvres de croissance ;

3° De la grippe, où l'on a intérêt à administrer le médicament dès les premières heures de l'élévation thermique ; ce traitement précoce se montre d'une puissante et rapide

(1) MARTINAUD. A propos du traitement de la rougeole par l'amidopyrine lactique, *L'Hôpital*, 1<sup>er</sup> oct. 1933, p. 600.



La plupart des états de carence

sont des carences complexes.

Les quatre vitamines sont nécessaires.

Les troubles d'hypo-calcémie qui conduisent au rachitisme et pour lesquels l'ergostérol irradié (Vitamine D) donne de si beaux résultats ne sont presque jamais purs. Les troubles de l'appétit, l'anémie, les troubles du développement indiquent que le sujet souffre aussi du manque des facteurs de croissance et d'utilisation nutritive qu'apportent les autres vitamines.

Il existe des vitamines dans les végétaux frais, mais l'expérience prouve qu'elles y sont en quantités trop faibles pour réduire les états de carence déjà caractérisés. Ceux-ci ne cèdent qu'aux vitamines offertes en abondance sous forme concentrée.

# Le Vitamyl Irradié

apporte de l'Ergostérol irradié en solution huileuse finement émulsionné dans un extrait concentré de Vitamines A. B. et C. et permet de réaliser cette médication poly-vitaminique.  
sous sa forme la plus active,

car l'Ergostérol irradié s'y trouve en solution huileuse, condition nécessaire pour lui permettre de garder son efficacité,  
sous une forme agréable,

en solution, le goût de l'émulsion huileuse est complètement masqué par la saveur légèrement sucrée du milieu glyciné; en dragée le médicament est un véritable bonbon.

**RACHITISME — CARENCES et PRÉ-CARENCES  
TROUBLES de CROISSANCE — DÉMINÉRALISATION**

Solution : 2 à 3 cuill. à café par jour — Dragées : 4 à 6 par jour. — Demi-dose chez l'Enfant.

Laboratoires AMIDO, 4, Place des Vosges, PARIS-IV<sup>e</sup>

**ESTOMAC INTES**

**DYSPEPSIE**

**GASTRALGIE**

**ENTÉRITE**

**CHEZ L'ENFANT  
CHEZ L'ADULTE**

**VALS-SAINT-JEAN**

**EAU de RÉGIME, FAIBLEMENT MINÉRALISÉE et GAZEUSE**

Envoi gratuit d'Echantillons et de Notices à MM. les Docteurs sur demande adressée  
DIRECTION-VALS-GÉNÉRALE: 53, Boul' Haussmann, Paris (9<sup>e</sup>). Tél. 227-76.

**ANÉMIE PALUDEENNE.** — Source Dominique.  
VALS-LES-BAINS. — Saison du 1<sup>er</sup> juin au 1<sup>er</sup> octobre.

**RHIZOTANIN CHAPOTOT**

Tanin de Fraisier - Sels de chaux et de magnésie

**Tonique -- Reconstituant -- Recalcifiant**

Anémies — Bronchites chroniques — Prétuberculos.  
Amélioration rapide des Accidents Diarrhéiques  
et des Néphrites Albuminuriques.

**Cachets pour adultes -- Poudre pour enfants  
Granulé pour adultes et enfants**

Éch. Méd. grat. P. AUERLOT, Ph. 56, bd Ornano, PARIS-18<sup>e</sup>

**OLÉTHYLE-BENZYLE**

BENZOATE DE BENZYLE

LABORATOIRE CENTRAL DE PARIS  
122, [rue] du [Faubourg Saint-Honoré]

activité : diminution de la fièvre, disparition de la céphalée et de la courbature en 24 heures, régression des signes pulmonaires dès le second jour.

Le Dr G. Petrány (Arch. für Kinderheil, 13 déc. 1932) a ainsi traité une centaine de cas de grippe chez des nourrissons et des jeunes enfants, auxquels il n'a pas craint de donner des doses fortes, sans avoir jamais noté d'incidents. Il conseille toutefois d'être très prudent chez les tuberculeux, qui réagissent fortement même aux doses minimales. Les meilleurs résultats obtenus l'ont été dans les cas graves traités précocement.

En outre de son action élective sur l'infection morbilieuse, l'amidopyrine lactique, par la facilité de son administration et de sa parfaite tolérance, est bien, par excellence, l'antithermique des enfants.

Dr MARCEL BOZ.

## INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

### DE LA PATENTE

Notre patente subit une nouvelle modification précisée dans un rectificatif paru au *Journal officiel* du 13 janvier 1935 : le droit proportionnel est réduit au vingtième de la valeur locative pour la fraction de cette valeur n'excédant pas 4.000 francs à Paris, 3.000 francs dans les villes de plus de 100.000 habitants et 2.400 francs dans les autres communes.

Cette modification est heureuse, car elle atténue les effets du droit fixe pour les petits loyers qui étaient taxés au quinzième de la valeur locative avant la réforme précédente qui avait porté ce taux au dixième.

Cette disposition antérieure, comme nous l'avons indiqué, avait pour effet de diminuer progressivement le montant de cet impôt à partir de la valeur locative de 4.500 francs et à mesure de son augmentation, et, par contre, d'augmenter les sommes perçues antérieurement, et cela progressivement, au-dessous de ce chiffre de 4.500 francs.

D'après le rectificatif, le chiffre limite de 4.500 francs se trouve, en pratique, abaissé à 3.000 francs. Actuellement, un médecin imposé autrefois sur une valeur locative de 3.000 francs, compte tenu que la taxe nouvelle ne portera que sur les locaux professionnels, paiera sensiblement la même patente. Au-dessous de 3.000 francs, il subira, du fait du droit fixe, une augmentation progressive sur ce qu'il payait antérieurement ; au-dessus de ce chiffre, il bénéficiera d'une diminution progressive, qui sera encore plus importante du fait que la fraction jusqu'à 4.000 fr. de la valeur locative imposée ne sera taxée qu'au vingtième.

A. HERPIN.

### LA PROTESTATION DES ÉTUDIANTS

Les délégués des associations suivantes : MM. Laffitte, président de l'Union nationale ; Domard, Mordagne et Brunhes, de l'Association corporative des Étudiants en médecine de Paris ; Gleiner, de l'Amicale des Étudiants en médecine de Paris, se sont réunis au siège de l'Union nationale, 44, rue de Bellechasse, à Paris.

Ils se sont mis d'accord sur les points suivants :

1° Que la loi du 19 juillet 1934 élargie soit appliquée aux fonctions publiques, rétribuées non seulement par l'État mais aussi par les départements et les communes ; qu'elle soit également applicable aux fonctions publiques dites auxiliaires, c'est-à-dire qui donnent droit au traitement sans retenue ;

2° Que les étrangers naturalisés soient astreints au service militaire, quel que soit leur âge ;

3° Que l'examen des cas particuliers soulevés par l'application de la prochaine loi (étrangers installés non naturalisés) soit fait par une commission large groupant des représentants des pouvoirs publics, de l'Université, des syndicats professionnels et des étudiants, qui statuerait en dernier ressort et sans appel après examen de chaque situation particulière avec tous dossiers nécessaires ;

4° Qu'en ce qui concerne les équivalences et l'inscription au diplôme d'université, un premier principe de base soit acquis, à savoir : qu'il soit exigé de tout étranger s'inscrivant à ce diplôme les mêmes titres initiaux qui sont requis dans son pays d'origine pour l'inscription dans ce pays au diplôme de médecin ;

5° Que toutes ces dispositions soient appliquées aux chirurgiens-dentistes.

Les délégués de l'Union nationale et de l'Association corporative continueront officiellement leurs démarches et pourparlers.

Enfin, les délégués des associations représentées à la réunion assisteront à une consultation large des étudiants en médecine de Paris qui se réunira incessamment.

— Le Conseil général des Sociétés médicales d'arrondissement, réuni à la Mairie de Saint-Germain-l'Auxerrois, a voté un ordre du jour de félicitations aux étudiants « pour leur courage et leur ténacité dans leurs revendications ».

— Enfin, MM. Laffitte et Mordagne ont été reçus par les membres de la commission d'hygiène de la Chambre.

## ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Lundi 18 février. — Jury : MM. Brumpt, président ; Fiessinger, Grégoire, Ombredanne. — M. BLAIZOT. Vaccination contre le typhus exanthématique par virus vivant bilité. — M. BEAUMANOIR. Étude sur les accidents mortels consécutifs à une injection préventive de sérum antiléptanique. — M. VIALENT. Contribution à l'étude clinique et au traitement de la torsion du testicule.

Mardi 19 février. — Jury : MM. Bezançon, président ; Lemierre, Et. Bernard, Donzelot. — M. COUSIN. Contribution à l'étude d'ensemble des granulies pulmonaires froides.

Jeudi 21 février. — Jury : MM. Carnot, président ; Le-reboullet, Boulon, Philibert. — M. ASSAILLY. Action de quelques extraits endocriniens sur le développement d'un sarcome chez des rats mâles. — M. BONHOMME. La migraine duodénale. — M. CAILLE. Considérations sur la poliomyélite dans le département de la Sarthe.

Jury : MM. Guillaïn, président ; Rathery, Huguenin, Richet. — Mlle CLÉMENTI. Effets physiopathologiques de la navigation aérienne. Déductions pratiques. — M. GAUTHIER. Contribution à l'étude des néphrites apparues au cours du purpura.

Samedi 23 février. — Jury : MM. Cunéo, président ; Jean-nin, Lenormant, Terrien. — M. DELECLUSE. Contribution à l'étude des septicémies veineuses streptococciques. — M. DU LAC. Avantages et inconvénients de la césarienne suprasymphysaire itérative. — M. BOBKIEWICZ. Contribution à l'étude du cancer du sein chez l'homme. — M. GOULET. Contribution à l'étude des myosites staphylococcémiques. — M. CARZ. Contribution à l'étude de l'amblyopie par le sulfure de carbone.

Jeudi 21 février (Thèse vétérinaire). — Jury : MM. Brumpt, président ; Henry, Lesbouyriès. — M. LÉVI. Coccidiose intestinale du mouton et du lapin. Son traitement par le lait.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.



# TRAITEMENT DES AFFECTIONS PULMONAIRES AIGUES ET CHRONIQUES

## DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE

PAR LES VACCINS du Professeur MINET

(ASTHME — EMPHYSEME — PNEUMONIE, BRONCHO-PNEUMONIE — GRIPPE  
et COMPLICATIONS GRIPPALES : Otites, Mastoïdites, Sinusites)

Ces vaccins établis sur des données scientifiques nouvelles sont des vaccins adaptés, c'est-à-dire des vaccins qui ont été créés à l'aide de souches microbiennes multiples provenant de l'expectoration de nombreux malades. Ils sont par conséquent polyvalents. D'autre part, ils doivent une activité toute particulière à leur mode de préparation qui est tout à fait spécial.

Le vaccin antigrippal donne des résultats heureux dans toutes les formes de la grippe, qu'elle soit grave ou bénigne; le pourcentage des guérisons dépasse 90 p. 100. Le vaccin antigrippal MINET est employé à titre préventif de la grippe : une injection répétée pendant deux ou trois jours consécutifs évite la contagion.

En présence d'une grippe sérieuse avec ou sans localisations pulmonaires, injecter une à deux ampoules par jour en se guidant sur la courbe de température. Le vaccin antigrippal jugule très rapidement les complications grippales suppuratives : otites, sinusites, mastoïdites, pleurésies, etc.; il agit même quand de la purulence s'est manifestée. Nous insistons tout particulièrement sur les traite-

ments des otites inflammatoires ou purulentes, dont l'injection sous-cutanée du vaccin arrête complètement l'évolution en empêchant la production de leurs complications habituelles.

Le vaccin antipneumonique donne dans tous les cas de pneumonie, aussi bien dans la broncho-pneumonie infantile que dans la pneumonie franche de l'adulte et dans la broncho-pneumonie des vieillards, la guérison dans la presque totalité des cas.

Le vaccin antiasthmatic, préparé selon les mêmes méthodes, amène d'après le professeur MINET, la guérison dans le tiers des cas traités et une très grande amélioration dans un autre tiers. Son emploi est donc des plus intéressants.

Tous ces résultats ont été consignés dans une série de communications faites par le professeur MINET à la Société médicale des hôpitaux de Paris et ont été vérifiés en France depuis plus de cinq ans par un bon nombre de cliniciens français.

Ces vaccins présentent le grand avantage de ne jamais amener d'accidents. Leur conservation est indéfinie.

MAISON DE VENTE :

Laboratoires STÉNÉ, 2, Place des Vosges, à PARIS (4<sup>e</sup>)

# FARINES MALTÉES JAMMET

de la Société d'Alimentation diététique

## RÉGIME DES MALADES, CONVALESCENTS, VIEILLARDS

Farines très légères

**RIZINE**

Crème de riz maltée

**ARISTOSE**

à base de farine maltée de blé et d'avoine

**CÉRÉMALTINE**

(Arrow-root, orge, blé, maïs)

Farines légères

**ORGÉOSE**

Crème d'orge maltée

**GRAMENOSE**

(Avoine, blé, orge, maïs)

**BLÉOSE**

Blé préparé et malté

Farines plus substantielles

**AVENOSE**

Farine d'avoine maltée

**CASTANOSE**

à base de farine de châtaignes maltée

**LENTILOSE**

Farine de lentilles maltée

*Alimentation  
des Enfants*

**CACAOS, MALTS, SEMOULES, CÉRÉALES** spécialement préparées pour **DÉCOCTIONS**

Usine et Laboratoires à LEVALLOIS-PERRET. — Brochure et Échantillons sur demande.

ETABLISSEMENTS **JAMMET** Rue de Miromesnil, 47, Paris



## TRAITEMENT DE L'ALCALOSE

# GÉNACIDE

LABORATOIRE  
MONTAGU

49, Bd de PORT-ROYAL

PARIS

# LE VALÉRIANATE DE PIERLOT

est NEUROTROPE

*Il se fixe de préférence sur la surface extérieure de la Cellule Nerveuse.*

Il reste toujours et malgré tout  
l'unique préparation efficace et inoffensive pour le cerveau et le cœur,  
résumant tous les principes sédatifs et névrosthéniques de la  
**VALÉRIANE officinale.**

H. RIVIER, Ph<sup>ien</sup>, Succ<sup>r</sup> de LANCELOT & C<sup>ie</sup>, 26 et 28, Rue Saint-Claude -:- PARIS

Granules de **CATILLON**

à 0,001 Extrait Titré de

C'est avec ces granules qu'ont été faites les observations discutées à l'Académie de Médecine en 1889,  
elles prouvent que 2 à 4 par jour donnent une diurèse rapide, relèvent vite le cœur affaibli, dissipent  
**ASYSTOLIE, DYSPNÉE, OPPRESSION, ŒDÈMES, Affections MITRALES, CARDIOPATHIES des ENFANTS et VIEILLARDS**

Granules de **CATILLON** 0,0001

# STROPHANTUS

# STROPHANTINE

GR.

TONIQUE du CŒUR par EXCELLENCE — TOLÉRANCE INDÉFINIE

Ordx de l'Académie de Médecine pour "Strophantus et Strophantine", Médaille d'Or Expos. Univ. 1900

PARIS, 3, Boulevard St-Martin. — R. C. Seine 48283



*La Lancette Française***GAZETTE DES HOPITAUX****CIVILS ET MILITAIRES****PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI****ADMINISTRATION ET RÉDACTION :****49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6<sup>e</sup>. Tél. : Danton 48-31.****PUBLICITE : M. A. THIOLLIER, 416, boulevard Raspail, PARIS (6<sup>e</sup>) - Téléph. : LITRÉ 54-93.****PRIX DE L'ABONNEMENT****FRANCE**

3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.

*Etudiants : 25 francs par an.**On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.***ETRANGER***Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.**Tous les autres pays : 75 francs.***SOMMAIRE****TRAVAUX ORIGINAUX***Action de la malarithérapie sur le liquide céphalo-rachidien des paralytiques généraux (avec 1 schéma), par MM. P. MASQUIN et J.-O. TRELLES.***SOCIÉTÉS SAVANTES***Société de chirurgie. — Société médicale et anatomo-clinique de Lille.***INTÉRÊTS PROFESSIONNELS***La protestation des étudiants.**L'Ordre des médecins.***LIVRES NOUVEAUX****NOTES POUR L'INTERNAT***Tumeur blanche du coude (suite).***INFORMATIONS**

**HOPITAUX DE PARIS.** — Sont nommés : médecins honoraires, M. le professeur Achard et M. Georges Brouardel; chirurgiens honoraires, M. le professeur J.-L. Faure, MM. A. Schwartz et Chifoliau; stomatologiste honoraire, M. Mahé; électro-radiologistes honoraires, MM. Barret et Mahar.

— **CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HOPITAUX.** — *Médecine opératoire.* — Séance du 16 février. — Questions données : « Ligature de l'artère axillaire dans l'aisselle. — Désarticulation du coude. »

MM. Blondin et Chabrut, 10; Gosset et Mouchet, 7; Longuet, 6; Patel, 7; Gérard-Marchant, 6; Dufour, 4; Dreyfus Le Foyer, 3; Cordier, 7.

— **CONCOURS DE L'INTERNAT.** — *Oral.* — Séance du 14 février. — Questions données : « Causes, signes et diagnostic de l'anévrisme artério-veineux. — Signes et diagnostic des hémoptysies tuberculeuses. »

MM. Rybinski, 10,55; Walther, 17; Denoix, 22; Denizet, 16,11; Bouvier, 16,66; Philippe, 19,55; Billard, 20,11; Cahuet, 20; Beauchef, 29; Lewi (Samuel), 23,66.

Séance du 16 février. — Questions données : « Causes, signes et évolution de la pleurésie séro-fibrineuse aiguë. — Signes et évolution de la coxalgie tuberculeuse. »

MM. Streusand, 22,11; Magder, 18; Martinot, 22,33; Le Roy, 18,88; Morichau-Beauchant, 24,66; Vialard, 18,11; Debouvry, 11,44; Gras, 22,33; M<sup>lle</sup> Lotte, 18,33; M. Combes, 19.

— Le nouvel hôpital Beaujon de Clichy a ouvert ses portes. Les premiers malades venant du vieil hôpital Beaujon ont été installés dans le nouvel établissement.

Rappelons que le vieil hôpital du faubourg Saint-Honoré ne sera complètement fermé qu'après l'ouverture de l'hôpital Marmottan, situé rue d'Armaillé. Cet établissement sera réservé aux secours d'urgence des 16<sup>e</sup>, 17<sup>e</sup> et 8<sup>e</sup> arrondissements.

**FACULTÉS DE MÉDECINE.** — PARIS. — *Congés des Jours Gras.* — A l'occasion des Jours Gras, la Faculté sera fermée les lundi 4 et mardi 5 mars (cours, travaux pratiques, examens et bibliothèque).

Le secrétariat sera ouvert les lundi 4 et mardi 5 mars, de midi à 15 h.

**GUERRE.** — M. le médecin général inspecteur Dopter, président du Comité consultatif de santé, inspecteur des écoles du Service de santé, membre de l'Académie de médecine, a été placé à dater du 12 février 1935 dans la 2<sup>e</sup> section (réserve) du cadre du Corps de santé militaire.

**ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS.** — M. le docteur Perret, médecin directeur de l'asile public d'aliénés de Vauclaire (Dordogne), est nommé médecin chef de service à l'asile public d'aliénés de Braqueville-Toulouse (Haute-Garonne), en remplacement de M. le docteur Gimbal, admis à faire valoir ses droits à la retraite.

**ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DE L'UNION MÉDICALE LATINE OU UMFIA.** — L'assemblée générale annuelle de l'Union médicale latine ou Umfia s'est tenue dans les salons de l'Academia Gaya, 2, rue des Italiens, salons gracieusement mis à la disposition de notre Société.

La feuille de digitale se prescrit :

**Digi — LANATINE**

Extrait total des Glucosides  
de la Feuille de digitale

LABORATOIRE MIALHE, 8, rue Favart — PARIS (2<sup>e</sup>)

Étaient présents : docteurs Dartigues, Bandelac de Pariente, Gaullieur l'Hardy, Rivière, Noir, Molinéry, Cambiès, Berty-Maurel, Armengaud, Jodin, Chauvois, Gardette, Buizard, Thépenier, Hahn, de Courtry, Perpère. Héli Ucedo, Faulong, Cohen, Pecker, Fabre, Contiadès, Gaucher, professeur Nicolau, M<sup>mes</sup> Lévy, Galland, MM. Boudreaux, Brun-Buisson.

M. le docteur Dartigues, président-fondateur, ouvrit la séance en une allocution où il remercia tous ceux qui, si nombreux, malgré la rigueur de la température, n'avaient pas hésité à se rendre à son appel. M. Dartigues se félicita de la marche croissante de la Société et donna la parole au docteur Molinéry, secrétaire général, pour la lecture de son procès-verbal ; celui-ci mis aux voix fut adopté à l'unanimité.

M. le docteur Cambiès, trésorier général de l'Umfia, présenta un exposé du bilan de la Société, et ses comptes furent approuvés également à l'unanimité.

M. Jacques Boudreaux, interne des hôpitaux de Paris, rendit hommage à M<sup>lle</sup> S. Roule qui, pendant six années, a assumé la charge de secrétaire générale de la jeune Umfia, et lui a adressé tous ses vœux de succès à Rabat, sa résidence nouvelle.

M. Dartigues expose le but des conférences des « Voix latines » et insiste sur le succès qu'elles ont obtenu grâce aux hautes personnalités qui se sont rendues à notre appel : depuis le début, MM. les professeurs Forgue, Sergent, Legueu, J.-L. Faure, Lutrario, Roule, Léon Bernard, Lépine, Daniel, Charcot ont été parmi ceux-là.

Enfin, l'Union médicale latine ou Umfia en relations constantes — aussi amicales que scientifiques — avec le Comité France-Italie a patronné de nouvelles conférences que S. Ex. le Comte Pignatti Morano di Custozza, ambassadeur de Rome à Paris, a bien voulu présider personnellement ; en particulier celles du professeur Pende (de Gênes) et du professeur Donati (de Milan).

M. Dartigues rappelle que la remise de l'épée d'honneur offerte au professeur J.-L. Faure à l'occasion de sa nomination à l'Institut aura lieu à la Fondation Marcelin Berthelot, 28 bis, rue Saint-Dominique, le 24 février, à 11 h. précises.

L'Umfia se propose également de fêter, assez prochainement, le mémoire de Roux et Calmette au cours d'une grandiose cérémonie.

Le secrétaire général expose ensuite où en sont les démarches en vue de la Reconnaissance d'utilité publique et assure l'assemblée que la chose ne saurait tarder.

M. Nicolau, professeur en Sorbonne, expose avec sa maîtrise habituelle la question du Latin, langue médicale scientifique universelle, et aux applaudissements de tous nous fait connaître que son Dictionnaire médical français-latin va être achevé.

A la demande générale, le prochain dîner de printemps aura lieu dans le courant du mois de mars ; tous nos amis sont priés d'ores et déjà d'y assister.

Statutairement, le renouvellement du bureau aurait dû avoir lieu au bulletin secret, mais par dérogation de l'assemblée générale le vote a eu lieu à mains levées, et le bureau a été renouvelé à l'unanimité.

## RENSEIGNEMENTS

A VENDRE par adjudication,  
à Amiens, 18, rue Ernest Cauvin,  
mardi 26 février, à 13 h. 30,  
quelques objets mobiliers, et  
IMPORTANT MATÉRIEL provenant  
d'une installation d'octozone.

(361)

## INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

### LA PROTESTATION DES ÉTUDIANTS

Les étudiants continuent avec beaucoup de calme et de méthode leur campagne. On peut enregistrer un important résultat au Sénat.

Une proposition de loi signée de 156 sénateurs et tendant à modifier la loi du 21 avril 1933 sur l'exercice de la médecine a été, en effet, déposée sur le bureau du Sénat.

Les signataires demandent notamment que soit inséré dans cette loi, qui régit l'exercice de la médecine en France par les médecins d'origine étrangère, naturalisés français, un article 6 bis ainsi conçu :

« Les médecins d'origine étrangère ne pourront exercer la médecine en France aussitôt après leur naturalisation que s'ils ont satisfait aux obligations de la loi sur le recrutement de l'armée.

Quand ces médecins n'auront pas accompli de service dans l'armée active, ils ne pourront exercer la médecine que cinq ans après leur naturalisation.

Les dispositions du présent article s'appliquent aux chirurgiens-dentistes. »

D'autre part, le conseil de la faculté de médecine de l'université de Nancy vient de voter la motion suivante :

« A l'unanimité le conseil de la faculté de médecine de Nancy regrette les manifestations hostiles dirigées contre les étudiants étrangers et blâme toute action qui aurait pour effet de semer la division entre camarades d'une même faculté ; demande l'application stricte des lois et décrets réglementant l'exercice de la médecine en France ; attire l'attention des pouvoirs publics sur l'urgence de l'organisation d'un contrôle sévère des naturalisations comportant notamment une enquête dans la faculté où l'étudiant a poursuivi ses études et déclare qu'aucune raison ne paraît pouvoir interdire aux étudiants en médecine étrangers de se présenter aux concours de l'externat et de l'internat des hôpitaux. »

### L'ORDRE DES MÉDECINS

Le Sénat a repris la suite de la discussion de la proposition de loi tendant à modifier et à compléter la loi du 30 novembre 1892 concernant l'exercice de la médecine.

La proposition traînait depuis de longs mois à l'ordre du jour ; elle avait été plusieurs fois renvoyée pour plus ample étude à la commission de l'hygiène. Enfin, les articles vinrent en discussion le 16 mars 1934. Plusieurs séances furent consacrées au vote des quarante-cinq premiers articles.

L'article 46 crée un droit d'appel en faveur des médecins frappés par le conseil de discipline de leur ordre institué par les articles précédents.

Après une discussion à laquelle ont pris part MM. Gadaud, rapporteur, Gasnier-Duparc et Labrousse, le Sénat adopte, alinéa par alinéa, l'article 46 amendé suivant les suggestions de M. Labrousse.

Il résulte des votes émis que le tribunal d'appel comprendra : trois conseillers à la cour d'appel, en exercice ou honoraires, ayant voix délibérative et dont l'un fera fonction de président avec voix prépondérante en cas de partage, et quatre médecins élus pour six ans.

Comptes rendus du premier Congrès français de Thérapeutique 1933. Grand in-8° de 464 pages. — Paris, G. Doin.

Insomnies  
Toux nerveuse.

**BROMÉINE** MONTAGU

**OUATAPLASME**

du **D<sup>r</sup> LANGLEBERT**  
PANSEMENT COMPLET  
Phlogosin, oxydase, brésilien, etc





*La combinaison phosphorée  
organique la plus assimilable  
est celle des réserves végétales.*

*Le phosphore organique des plantes  
à chlorophylle se trouve intégralement  
transposé dans la PHYTINE  
forme naturelle, assimilable, du  
—— phosphore végétal ——*

# PHYTINE

PHOSPHORE

CALCIUM

MAGNÉSIE

# FERROPHYTINE

PHOSPHORE

FER

# QUININO-PHYTINE

PHOSPHORE

QUININE

Ces médicaments se présentent sous forme de :

**CACHETS****GRANULÉ****COMPRIMÉS**

Phytine

Phytine

Phytine

Ferrophytine

Ferrophytine

Quinino-phytine

LABORATOIRES CIBA — O. ROLLAND — 109-113, BOUL<sup>e</sup> DE LA PART-DIEU, LYON

# CONSTIPATION

AUCUNE ACCOUTUMANCE

ACTION RÉGULIÈRE  
ET CONSTANTE

1 à 6 comprimés par jour  
aux repas ou au coucher  
Commencer par deux comprimés

LABORATOIRES  
LOBICA  
46, AVENUE DES TERNES, PARIS



# TAXOL

à base de :

- POUDRE DE MUQUEUSE INTESTINALE
- EXTRAIT BILIAIRE
- FERMENTS LACTIQUES
- AGAR-AGAR

## Traitement du Parasitisme intestinal par les Pyréthrinés (du *Pyrèthre*)

- { C. R. Acad. Sciences, p. 1847, 1923
- { C. R. Acad. Médecine, 24-4 1928
- { C. R. Soc. Thérapeutique, 9-5 1928

# CHRYSEMINE

Pyréthrinés Carteret

AUCUNE TOXICITÉ

SANS CONTRE-INDICATION

**PERLES**

**GOUTTES**

ASCARIS, OXYURES ET TOUS HELMINTHES OU PROTOZOAIRES = cent cinquante gouttes ou trois perles glutinisées par jour.  
TRICHOCEPHALES ET TĒNIAS = trois cents gouttes ou douze perles glutinisées par jour.

Pour les enfants, abaisser ses doses suivant l'âge en commençant par cinquante gouttes.

Echantillons et Littérature : LABORATOIRES CARTERET, 15, rue d'Argenteuil, PARIS.



# ACTION DE LA MALARIATHÉRAPIE SUR LE LIQUIDE CÉPHALO-RACHIDIEN DES PARALYTIQUES GÉNÉRAUX

PAR MM.

PIERRE MASQUIN,

et

J.-O. TRELLES,

Ancien chef de clinique  
à la Faculté de médecine  
de Paris.Ancien interne des Asiles  
de la Seine.

Rappelons d'abord les réactions humérales caractéristiques de la paralysie générale afin d'en mieux suivre l'évolution après malarithérapie :

1° L'examen du liquide céphalo-rachidien de ces malades doit classiquement montrer :

- 1) Une hyperalbuminose variable, allant de 0 gr. 40. à plus de 1 gramme par litre ;
- 2) Une augmentation des globulines ;
- 3) Une hypercytose : parfois minime (4 ou 5 lymphocytes) ; mais dans d'autres cas tellement abondante qu'elle rend la numération à la cellule de Nageotte particulièrement malaisée ;
- 4) Un B.-W., un Meinicke, un Vernes positifs ;
- 5) Des réactions colloïdales (or, benjoin) positives.

La courbe de ces dernières est typique, la réaction de benjoin de type paralytique se caractérisant par une précipitation totale dans la zone syphilitique, et souvent dans les tubes suivants jusqu'au 9<sup>e</sup>, 10<sup>e</sup> et 11<sup>e</sup> tube.

2° Les réactions de B.-W., de Meinicke, de Vernes, etc., sont aussi positives dans le sang, mais la négativité de ces réactions peut s'observer chez le paralytique général avant le traitement. Dans ces cas-là nous les avons vues parfois réapparaître après impaludation.

En ce qui concerne les réactions du sérum sanguin, signalons que c'est la thérapeutique anti-spécifique, associée à la malaria, qui nous paraît surtout agir sur leur transformation ultérieure. Leur évolution est alors à peu près parallèle aux modifications du liquide, la négativation pouvant d'ailleurs se faire plus tard ou plus tôt. Nous avons observé ces deux modalités de régression.

Nous nous attacherons surtout ici à l'étude des modifications du liquide céphalo-rachidien et verrons ce qu'on peut en attendre pour le pronostic lointain des rémissions obtenues.

Qui voudra parcourir, comme nous l'avons fait, quelques centaines de formules de liquide céphalo-rachidien prélevé sur des P. G. avant toute thérapeutique verra combien sont variables ces formules. Cette variabilité porte sur ses différentes composantes et tout particulièrement sur la cytose et le taux de l'albumine ; beaucoup moins sur le benjoin, à condition cependant qu'un traitement anti-spécifique n'ait pas été amorcé auparavant ; presque jamais sur le B.-W.

Pour expliquer la mobilité extrême de certaines réactions et la fixité relative des autres, on a voulu, entre autres hypothèses, affecter à chacune d'elles une origine différente.

Pour de nombreux auteurs, la réaction cellulaire serait le témoin de l'atteinte méningée ; le taux de l'albumine, des globulines, le B.-W. et les réactions de floculation traduiraient surtout les lésions parenchymateuses. L'intensité de ces dernières serait seule un élément de mauvais pronostic. Telle était du moins, jusqu'à ces dernières années, la théorie classique à laquelle nous ne saurions souscrire.

La réaction cellulaire, en rapport avec les lésions méningées serait, dans la majorité des cas, primitive mais très variable comme intensité et dans le temps, répondant à un processus inflammatoire évoluant par poussées, facilement jugulé d'ailleurs et pouvant même régresser spontanément.

Les réactions de fixation et jusqu'à un certain point, les réactions albumineuses, témoins des lésions parenchymateuses seraient moins mobiles et de ce fait plus tenaces et moins accessibles aux traitements.

En ce qui concerne l'hyperalbuminose, nombreux sont ceux qui, lui reconnaissant aussi un élément de constance et de fixité dans sa précocité d'apparition, ont voulu voir dans l'albumino-réaction un témoin fidèle de l'atteinte du névraxe et de ses enveloppes.

Achard et Demanche, H. Claude au Congrès des Aliénistes de Lille, citent des cas de forte albuminose pouvant exister sans autres caractères de la série habituelle qu'une augmentation des globulines. Nous n'en avons pour notre part observé qu'un exemple sur plus de trois cents paralytiques généraux plusieurs fois ponctionnés. Nous reproduisons ici cette observation.

Obs. I. — Du... Jules, 49 ans (cas 83). P. G. tabès à liquide atypique. Les premiers signes de P. G. remonteraient à trois ans. Internement de quelques mois pour surexcitation psycho-motrice. Une P. L. alors pratiquée à l'hôpital Henri-Rousselle, aurait été négative, un B.-W. sanguin positif. Traitement énergique au stovarsol. A l'entrée dans notre service, en novembre 1929, affaiblissement intellectuel, troubles du jugement, euphorie malgré une conscience relative de la situation. Dysarthrie légère. Signes de tabès. Inertie pupillaire totale. L. C. R. : ALBUM. : 0,70 ; Pandé : + + + ; Cytol. : 1,8 ; B.-W. : 0 ; Benjoin : 00002.22221.00000.

Impaludé le 21 novembre. Abattement. Bavardage monotone. P. L. (8 janvier 1930) : Album. : 0,50 ; Pandé : + ; Cytol. : 0,8 ; B. W. : 0 ; Benjoin : 00000.01220.00000. Sort le 13 janvier très amélioré, mais persistance d'un léger affaiblissement avec indifférence euphorique. Reprend son travail et s'occupe régulièrement, l'amélioration s'accroissant jusqu'au milieu de juillet. Puis réapparaissent de la fatigabilité, des fautes d'attention. Il travaille néanmoins jusqu'en juin 1931. Rechute nécessitant le réinternement le 15 juillet (dix-huit mois après la première impaludation). Affaiblissement intellectuel plus marqué, surtout dysmnésie et fautes d'attention, conscience vague de l'état morbide. Dysarthrie légère. La P. L. restant négative, on injecte le 23 juillet 5 centimètres cubes d'eau distillée dans l'espace sous-arachnoïdien. Le 14 août, la P. L. Album. : 1,40 ; Pandé : + + ; Weichbrodt : 0 ; Leucoc. : 14 ; Benjoin : 00000.02221.00000 ; B.-W. : 0 ; Meinicke : +.

Réimpaludé le 9 octobre sans aucun résultat. L'affaiblissement intellectuel va progressant, inertie totale.

P. L. (18 novembre 1931). Albumine : 2 grammes ; Pandé : + + + ; Cytol. : 1,4 ; B.-W. : 0 ; Benjoin : 00000.22222.22100.

P. L. (2 mars 1932) : Album. : 0,70 ; Pandé : + + + ; Cytol. : 1,6 ; B.-W. : négatif ; Benjoin : 00000.12200.00000. Pas de tension au manomètre de Claude.

Actuellement : démence globale, inactivité, indifférence, euphorie.

Nous avons aussi, bien souvent, remarqué la variabilité de l'albumine au cours de l'évolution de la ma-

ladié ; ses variations, souvent parallèles à la cytologie, pouvant se faire spontanément en dehors de toute thérapeutique. Nous avons même relevé des cas de paralysie générale, rares il est vrai, où elle était d'une discrétion remarquable. Nous en rapporterons deux cas :

Obs. II. — An... Jean, 47 ans (cas 119). Syphilis ancienne. P. G. Etat dépressif. Affaiblissement global. Signes physiques habituels. L. C. R. : *Album.* : 0,30; *Pandy* : +; *B.-W.* : +; *Leucoc.* : 5,6; *Benjoin* : 12221.12210.00000.

Impaludé le 25 février 1926. Sorti en très légère amélioration au mois d'avril. Sa femme nous écrit : Depuis huit ans que je soigne mon mari, je le trouve beaucoup mieux : la mémoire lui est bien revenue, il se rappelle tout, mais ne travaille jamais, ne fait que se promener, est par moments nerveux. Je lui fais des piqûres régulièrement, etc... »

L. C. R. en mai 1931 : *Album.* : 0,40; *Pandy* : 0; *Cytol.* : 1; *B.-W.* : 0; *Benjoin* : 00000.22221.00000.

Obs. III. — Jo... Edouard, 27 ans. (Cas 144). Syphilis à 18 ans, traitée deux mois seulement. P. G. à évolution lente. Début progressif par indifférence, apathie, dysmnésie, incapacité professionnelle. Interné le 27 octobre 1928. Simple affaiblissement intellectuel global, non démentiel, sans idées délirantes. Signes neurologiques classiques.

L. C. R. : *Album.* : 0,30; *Pandy* et *Weichbrodt* : +; *Cytol.* : 2,4; *B.-W.* : +; *Benjoin* : 12221.12222.20000.

Impaludé le 15 novembre 1928. Sort par la suite légèrement amélioré.

Est ramené en janvier 1930 pour réimpaludation. Même niveau mental qu'à la sortie, mais inactivité, indifférence.

L. C. R. : *Alb.* : 0,40; *Pandy* : +; *Cytol.* : 0,2; *B.-W.* : +; *Benjoin* : 12100.00221.00000.

Réimpaludation et deuxième sortie deux mois après, même résultat médiocre permettant de petites occupations de ménage et de jardinage. Calme, docile, travaille régulièrement.

Réinterné en septembre 1932 : Niveau mental de débile, orientation imprécise, dysmnésie, euphorie; disparition de l'autocritique. S'occupe dans le service.

P. L. : (26.9.32) *Album.* : 0,30; *Glob.* : +; *Leuco.* : 0,2; *Benjoin* : 22210.02211.00000; *B.-W.* : + partiel. *Meincke* : 0. *Sang.* : *B.-W.* et Kahn positifs.

Le *B.-W.* s'est au contraire montré dans toutes nos observations d'une constance rigoureuse (si l'on en excepte notre cas 83 rapporté plus haut) (obs. 1) et d'une ténacité particulièrement marquée dans le L.C.R. On peut alors le voir résister à une chimiothérapie vigoureuse, même lorsque sa négativité a pu être obtenue dans le sang, phénomène que nous avons observé chez trois malades.

On a voulu aussi dans chacune des réactions différentes du liquide, trouver des éléments de pronostic. C'est ainsi que Targowla distingue dans la courbe du *benjoin colloïdal* trois principales formes de réactions : « Les formes intenses correspondraient à la paralysie générale à marche rapide et aux accélérations évolutives ; les formes moyennes à la maladie de Bayle commune, les formes atténuées aux cas faiblement évolutifs et aux rémissions ». En réalité, ce schéma se trouve souvent en contradiction avec les faits.

Particulièrement intéressante nous paraît être au contraire l'étude de la cytologie du liquide céphalo-rachidien par la coloration vitale, telle que l'ont entreprise MM. Claude et Dimolesco (*Encéphale*, juin 1929). Nous rapportons ici les conclusions de cet im-

portant travail. Par ce procédé ces auteurs ont constaté :

A. Une grande résistance des éléments cellulaires vis-à-vis du colorant employé. Cette résistance indique que la cellule est récemment arrivée dans le liquide rachidien et qu'en même temps elle est douée de vitalité, pour employer une expression de Ravaut.

B. Un polymorphisme accentué, c'est-à-dire une grande variété des éléments, ce qui constitue, on peut l'affirmer avec Ravaut, un véritable diagnostic cytologique de la paralysie générale.

C. D'une manière générale, la grande variété cellulaire peut cependant être réduite à deux formules typiques qu'on rencontre presque de règle et qui se distinguent entre elles d'après la prédominance de lymphocytes ou de mononucléaires. Les autres éléments, presque toujours présents, sont en moindre quantité.

D. Les accès malariques contribuent à faire diminuer ces éléments cellulaires de plus en plus, de sorte que dès les premiers jours après l'interruption des accès, on ne trouve guère dans le liquide que quelques rares éléments et des cellules mortes.

E. A ce stade, polymorphisme et vitalité cellulaire ont disparu. Du point de vue morphologique (coloration, structure) les cellules sont tout à fait en état de dégénérescence.

Il en est de même pour les réactions à type colloïdal ou à type Bordet-Wassermann, considérablement réduites ou négatives.

Pendant plusieurs mois après les accès de malaria, on n'observe pas d'augmentation du nombre des cellules, ni de leur polymorphisme, ni de leur vitalité ; au contraire, à partir du 3<sup>e</sup> mois tous nos sujets examinés (8) présentent une cytologie rachidienne tout à fait normale. Quant aux réactions humores, quoique encore partiellement positives, elles sont considérablement réduites.

Il est clair que ce sont là des conditions qui ne se trouvent réalisées que lorsque les sujets restent en rémission. Quand des phénomènes de récurrence réapparaissent, la cytologie rachidienne est complètement changée. C'est ainsi qu'une malade examinée six mois après la malariathérapie présente un liquide céphalo-rachidien dont la formule traduit un processus d'inflammation méningée en pleine activité.

Ce cas prouve d'une façon très nette que la réapparition des éléments cellulaires nouveaux dans le liquide céphalo-rachidien, éléments doués de vitalité et de polymorphisme ainsi qu'en nombre plus ou moins considérable, traduit une récurrence de la paralysie générale.

Cependant l'inverse ne se rencontre pas d'une façon constante, c'est-à-dire que la négativation cytologique et même humorale du liquide céphalo-rachidien n'est pas l'expression fidèle d'une rémission clinique.

\*\*

Avant de soumettre à nos lecteurs notre opinion personnelle, nous ne ferons qu'évoquer les nombreux



travaux qu'a suscités l'étude des modifications humorales au cours du traitement de la paralysie générale. Seuls, jusqu'ici, croyons-nous, MM. Claude et Dimolesco se sont attaqués au point de vue très particulier de l'étude qualitative des éléments cytologiques. Tous les autres travaux n'envisagent que les réactions courantes (Bordet-Wassermann, benjoin, albumine, globulines, cytologie banale). C'est d'ailleurs à elles seules que se sont bornées nos propres recherches.

Citons parmi les articles les plus marquants, ceux de Ferraro et Fong (1), Bunker (2), B. Wilson (3).

Ferraro et Fong ont mis en évidence le rôle extrêmement important du temps dans l'interprétation des résultats. Ils trouvent six mois après le traitement, 15 % seulement d'améliorations humorales pour 86 % d'améliorations trois ans plus tard.

D'après eux, au bout de trois années le liquide céphalo-rachidien montre dans 68 % des cas un Bordet-Wassermann négatif. Bunker sur 90 cas de paralysie générale, signale dans 72 % une chute immédiate de la lymphocytose. Dans le reste des cas, la diminution des lymphocytes se prolonge jusqu'à six mois. L'albumine subit la même variation. En ce qui concerne la réaction de Bordet-Wassermann, il donne 10 % de négativation et 40 % de résistance absolue. Il conclut qu'il n'y a pas en général un rapport constant et étroit entre les modifications humorales et l'état clinique, constatation admise par tous les auteurs.

B. Wilson étudie 38 cas, tant du point de vue de l'évolution clinique que du point de vue anatomo-pathologique. Ce travail est particulièrement intéressant parce que l'auteur a longuement suivi les cas et qu'il a, en outre, pratiqué des examens histologiques de cerveaux à des périodes variables, à savoir pendant le traitement, après deux et six semaines, après trois, cinq et neuf mois et enfin après un an et un an et demi.

Au début, 4 à 14 jours après le commencement du traitement, il trouve un abaissement de la lymphocytose, de l'albuminose et de la réaction du mastic, abaissement qui s'accroît et atteint à peu près le taux normal entre trois et cinq mois ; puis à partir du sixième au neuvième mois, les réactions ont de nouveau une tendance à reparaître. Il emploie pour ses études les trois variétés de malaria.

Rappelons, en France, les communications de MM. Leroy et Medakowitch sur la question et à Buenos-Aires l'intéressante étude de José Pereyra Käfer.

\*\*\*

Nous avons, au cours d'une première rédaction, disposé dans plusieurs tableaux une centaine de for-

mules liquidiennes, de façon à illustrer l'importance et la nature des modifications biologiques par rapport à deux facteurs principaux : 1) le temps écoulé ; 2) l'état mental postérieur à l'impaludation. Mais ceci sortait du cadre forcément restreint du travail que nous envisagions. Aussi y avons-nous renoncé.

Notre effort, malgré tout, ne fut pas inutile, car c'est grâce à lui que nous sommes arrivés à nous persuader que plusieurs opinions couramment admises ne correspondaient pas à la généralité des faits. Ainsi en sommes-nous arrivés à conclure :

1) *La malariathérapie modifie, dans tous les cas, et immédiatement, la formule du liquide céphalo-rachidien.*

2) *Il n'existe aucun parallélisme entre le degré de rémission des troubles psychiques et le degré des modifications humorales. On ne saurait donc trouver dans cette modification un élément de pronostic sûr.*

Au deuxième point, d'ailleurs admis par tous les auteurs qui se sont occupés de cette question, nous ne voyons à signaler que deux exceptions :

1) Les cas où le résultat thérapeutique fut nul à tous égards ; cas dans lesquels l'affection, particulièrement grave, emportait le malade peu après la période thérapeutique ;

2) Quelques cas de rechutes à mécanisme très spécial sur lequel nous reviendrons.

Voyons d'abord les modifications apportées à chaque réaction, en les envisageant une à une :

Pour cette étude, il nous paraît utile de considérer séparément, et suivant le plan que nous avons nous-mêmes adopté lorsque, dans un précédent travail (1) nous avons étudié les conséquences cliniques de la malariathérapie : la période récente, qui suit l'impaludation, puis la période tardive, pendant laquelle le sujet, même remis en liberté, devrait rester sous surveillance médicale, et se soumettre à un traitement anti-spécifique régulier. Malheureusement il est souvent malaisé de faire admettre cette précaution aux malades qui ont tendance, en raison d'une euphorie souvent persistante, à négliger les avis médicaux ; malaisé également de la faire admettre aux familles. C'est d'ailleurs grâce à cette négligence que nous avons pu nous assurer de la possibilité de rémissions cliniques et humorales malgré l'abstention de tout traitement anti-spécifique postérieur à la malariathérapie.

\*\*\*

**Evolution des réactions biologiques au cours de la période thérapeutique.** — Les paralytiques généraux placés dans le service de la Clinique des maladies mentales de la Faculté de Paris, pour y subir la malariathérapie, sont systématiquement ponctionnés : une première fois à leur entrée, une deuxième fois quinze jours environ après l'arrêt des accès, puis à leur sortie. Ceux que l'on peut ensuite suivre comme malades externes le sont en moyenne deux fois par an, pendant les deux premières années tout au moins.

(1) FERRARO A. and FONG. The malaria Treatment of general Paresis. *Journ. of Nervous, and Mental Disease*, vol. 65, 1927, p. 244.

(2) BUNKER (H.). — Influence de la malariathérapie sur le liquide céphalo-rachidien dans la paralysie générale. *Arch. of Neur. and psych.*, n° 3, 1928.

(3) WILSON (B.-R.). Histopathological Changes following Malaria treatment of general Paralysis. *Brain*, déc. 1928, p. 440.

(1) P. MASQUIN. *Provence médico-chirurgicale*, 1934, numéros 6, 7, 9, et 1935, n° 1.

Nous ne pouvons, évidemment, dans un tel travail, rapporter ces examens biologiques, dont l'énumération serait en outre particulièrement fastidieuse. D'une façon générale, leur révision nous a montré au cours de cette première période thérapeutique :

1) Une réduction d'emblée de l'hyperalbuminose et de l'hypercytose, réduction tellement marquée que ces deux réactions ne se modifieront plus après que très lentement. Souvent même, nous les avons vues, par la suite, rester stationnaires pendant des mois et des années ;

2) Une ébauche de transformation de la courbe du benjoin, qui du type paralytique tend à évoluer vers une courbe de syphilis cérébrale, ce qui a contribué à faire penser que l'action de la malarithérapie favorisait un retour à la période tertiaire ;

3) Une fixité remarquable du B.-W., tant dans le L.C.R. que dans le sang. Dans certaines observations où le B.-W. s'était, à l'entrée, montré négatif soit dans le sang, soit plus rarement dans le liquide, nous l'avons vu réapparaître à la suite de la malaria associée aux premières injections de sulfarsénol.

Insistons maintenant sur le fait qu'à cette période particulièrement intéressante du point de vue pronostic ultérieur, les modifications que nous venons d'énumérer ne sont d'aucune utilité pour le clinicien appelé à envisager l'avenir. La même régression tant qualitative que quantitative, se retrouve, quelles que soient les modifications psychiques présentées par le malade. Nous avons même observé de nombreux malarisés en parfaite rémission mentale, que nous laissons sortir et reprendre leurs occupations antérieures, alors que leur liquide ne s'était qu'à peine amélioré. Dans d'autres cas, au contraire, malgré une négativation liquidienne remarquable, la démence restait stationnaire. Retenons cependant que l'immobilité du tableau humoral, voire même son aggravation après la malarithérapie, reste le triste privilège de ces cas à évolution suraiguë dans lesquels aucune tentative thérapeutique n'arrive à enrayer l'évolution fatale, immuable et particulièrement rapide de l'affection.

\*  
\*\*

**Évolution des réactions biologiques au cours de la période tardive.** — Nous l'avons dit, l'hyperalbuminose, après avoir régressé brusquement dans des proportions étonnantes, va désormais garder un taux presque immuable. En général, la régression se poursuit, mais bien lentement, et vers un chiffre qui, dans la grosse majorité des cas, va malgré tout rester supérieur à la normale, oscillant autour de 0 gr. 35, 0 gr. 40 par litre. C'est là « l'hyperalbuminose résiduelle » dont la pathogénie est encore discutée. Nous avons, avec Dublineau, dans un travail à paraître, voulu voir s'il existait un rapport entre les modifications du taux de l'albumine et la polypeptidorachie, témoin assez sensible du processus de désintégration. Or, dans la très grande majorité des cas de P.G. fixées, quel qu'en soit l'état mental, le taux des polypeptides s'est révélé nul et sans aucun parallélisme avec l'hyperalbuminose.

La même fixité se remarque dans la réaction des globulines.

La cytologie par contre continue à se rapprocher de la normale, peu à peu, quoique plus lentement que dans la période post-malarique. C'est, dans la règle, la réaction qui disparaît le plus tôt et le plus fréquemment.

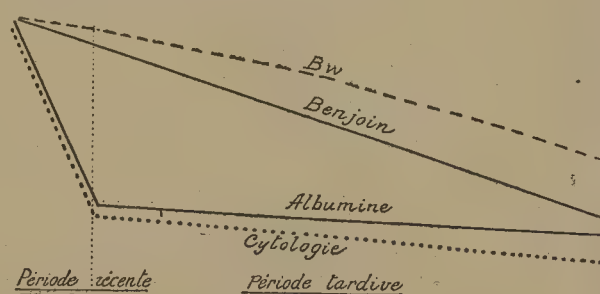
Les réactions colloïdales, au contraire, continuent leur marche régressive, mais n'atteignent la courbe normale que dans un nombre de cas beaucoup plus restreint et après des années d'évolution fixée.

Le B.-W. est encore plus rebelle, du moins dans le L.C.R.

Si l'on représente par un diagramme les différences d'évolution de chacune de ces réactions au cours des deux périodes, en tenant compte de leur fixité respective et de l'époque plus ou moins tardive de leur disparition, on remarque :

1) Dans la période fébrile l'hyperalbuminose et l'hypercytose diminuer brusquement et parallèlement jusqu'à des taux à peine supérieurs à la normale. Le benjoin est au contraire moins influencé, le B.-W. ne se modifie pour ainsi dire jamais.

2) Dans la période tardive l'inclinaison de notre courbe représentant la cytologie entraîne celle-ci vers la normale en premier lieu. L'hyperalbuminose par contre reste dorénavant et pour longtemps stationnaire. Les modifications de la courbe du benjoin sont plus marquées qu'au cours de la première période : néanmoins sa réduction se fait tardivement. Plus tenace encore se montre le B.-W.



M. le Professeur Claude, au Congrès de Lille, 1930, a envisagé sous un autre jour ces modifications apportées par la malarithérapie dans la formule liquidienne des paralytiques généraux.

Les ayants étudiées sur une cinquantaine de cas, sans tenir compte des modifications mentales, il trouve :

Albumine	
Devenue normale .....	28
Diminuée .....	21
Demeurée au même taux .....	3
Augmentée .....	3
Cytologie	
Devenue normale .....	19
Diminuée .....	34
Demeurée au même taux .....	2
Augmentée .....	1
Pandy	
Devenu négatif .....	7
Devenu subpositif .....	2
Demeuré positif .....	12



## B. W.

Devenu négatif .....	10
Devenu subpositif .....	9
Demeuré positif .....	29

## Benjoin

Négatif .....	7
Devenu subpositif .....	23
Demeuré positif .....	4

\* \*

Nous devons maintenant développer plusieurs considérations qui nous paraissent importantes à signaler au cours de cette période tardive.

Tout d'abord il est à remarquer que, pas plus que dans la période récente, il n'existe ici de parallélisme entre l'état mental et les formules humorales.

Si l'on juxtapose, comme nous l'avons fait, de multiples dossiers, on verra que les formules que l'on trouve au cours de la période tardive se trouvent calquées sur le même schéma et que la régression a subi exactement la même évolution, qu'il s'agisse de bonnes ou d'assez bonnes rémissions psychiques, de résultats médiocres ou nuls.

Ce fait tient, nous semble-t-il, à l'effet stabilisateur de la malariathérapie. *Seules les lésions évolutives paraissent influencer la formule humorale, les lésions éteintes, par contre, cicatricielles, ne l'imprègnent que si peu qu'elles la laissent se négativer totalement, même chez des « déments fixés ».* D'où ce manque de parallélisme entre les réactions humorales et l'état mental qui, lui, reste sous la dépendance des lésions anatomiques définitives. Mais que survienne une nouvelle poussée évolutive de la maladie et le syndrome humoral réapparaît, phénomène que nous avons pu observer au cours de certaines rechutes, ou même à l'occasion d'épisodes d'excitation de courte durée ayant la valeur symptomatique d'un réveil momentané d'une affection mal éteinte.

Laissons ces rechutes de côté, qui ne comportent qu'une exagération des troubles du caractère, comme cela se produit par exemple chez certains déments stabilisés et n'envisageons que celles dans lesquelles se montre une véritable réapparition des mêmes désordres psychiques et moteurs, caractéristiques de la phase initiale de la maladie. C'est à cet ordre de faits que se rapporte la recrudescence des signes liquidien enregistree au cours d'une période d'excitation passagère avec désordre des actes, au cours de laquelle un de nos malades, S... (cas 30), actuellement en parfaite amélioration, nous avait été ramené en consultation. Alors qu'il était sorti avec un liquide très faiblement positif (alb. = 0,35; globul. : +; lymph. : 0,8; B.-W. : 0; benjoin : 01110. 02222. 00000. Il revenait 17 mois après avec cette formule : alb. : 0,40; glob. +; lymph. : 2,2; B.-W. : + parties; benjoin : 22210. 02221. 0000. Cette rechute a d'ailleurs cédé à un traitement arsenico-bismuthique intensifié. A côté de cet exemple, nous donnons encore trois résumés d'observations afin d'illustrer cette façon de voir.

Obs. IV. — Mar... Célestin, 53 ans (cas 189). Syphilis ancienne. P. G. avec affaiblissement intellectuel intense et global. Euphorie

niaise. Idées délirantes de puissance. Syndrome neurologique classique. L. C. R. : Album. : 1,25; Pandy : + + + ; Cytol. : 118; B.-W. +; Benjoin : 22222.22222.00000; B.-W. sang : +.

Impaludé le 20 mars 1931. Sorti un mois après légèrement amélioré. L. C. R. : Album. : 0,40; Pandy : +; Cytol. : 8; B.-W. : +; Benjoin : 00000.02200.00000. Du point de vue mental, dysmnésie, viscosité psychique, grosses erreurs de calcul, épreuves d'attention et de raisonnement défectueuses. Légère dysarthrie, mâchonnement. Par la suite, s'occupe chez lui à de petits travaux, mais activité sociale nulle. En somme, P. G. fixée L. C. R. (25 novembre 1932) : Album. : 0,60; Pandy : + + +; Cytol. : 2,6; B.-W. : +; Benjoin : 01220.02222.20000. La ponction a coïncidé avec une courte phase d'obtusion plus marquée et de recrudescence des symptômes moteurs : dysarthrie, tremblement, fibrillations péri-buccales.

Obs. V. — Mau... Charles, 44 ans (cas 194). P. G.-tabès avancée, traitée depuis trois ans par divers antispécifiques. Démence globale. Syndrome neurologique classique. L. C. R. : Album. : 0,60 Pandry : + + +; B.-W. : +; Cytol. : 9; Benjoin : 22222.22222.20000.

Impaludé le 31 octobre 1931. Rendu à sa femme un mois après, en amélioration suffisante pour vivre en milieu familial. Toujours très affaibli, mais état général meilleur. Traitement régulier. Réactions humorales négatives en avril 1932 (Alb. : 0,25; Pandy : 0; Cytol. : 0,8; Benjoin : 00000.02210.00000).

Nous est ramené en novembre 1932, au cours, semble-t-il, d'une poussée évolutive : mâchonnement, augmentation de la dysarthrie et du tremblement. Amaigrissement. Troubles du caractère.

P. L. : Alb. : 0,40; Pandy : + + +; B.-W. : +; Cytol. : 0; Benjoin : 12220.02200.00000. Le traitement est repris plus énergiquement.

Depuis, ce malade vit tranquille, se promène et lit un peu, mais reste très affaibli au point de vue psychique. Alternatives d'excitation avec logorrhée et de dépression avec semi-mutisme, inertie.

Obs. VI. — Mais... Jean, 36 ans (cas 197). P. G. typique à tous points de vue. Agitation. P. L. (26.6-31) : Alb. : 0,50; Leuco. : 19,4; Pandy : +; Benjoin : 12221.22210.00000 ; B.-W. : +.

Impaludé le 9 juillet 1931. Sort, deux mois après, amélioré, encore un peu euphorique. S'occupe au dehors, mais rechute au mois de mai suivant à la suite d'un ictus. La P. L. donnait alors : Alb. : 0,60; Glob. : +; Leuco. : 8,2; Benjoin : 22222.22222.11000; B.-W. : Meinicke : +; Evolution très rapide.

Décès en août par ictus. N'avait subi aucun traitement depuis sa sortie.

\* \*

Il paraît donc intéressant de suivre régulièrement par des ponctions lombaires échelonnées tous les trois mois, au cours de la première année, puis tous les six mois, puis tous les ans, l'évolution des réactions humorales. *Leur fixité, leur régression lente restent malgré tout un bon élément de pronostic, surtout lorsqu'elles coïncident avec une amélioration psychique, puisqu'elles marquent l'arrêt du processus évolutif. Leur réapparition, au contraire, pouvant faire craindre une rechute, doit faire intensifier le traitement et peut même motiver une deuxième impaludation.*

A ce propos se pose l'intérêt de la thérapeutique antispécifique à laquelle on doit soumettre tous les paralytiques généraux après malariathérapie; thérapeutique que nous leur conseillons de poursuivre lors de leur sortie du service. Elle consiste en séries ultérieures de sels arsenicaux (sulfarsénol et stovarsol sodique) bismuthiques et mercuriels. Quelle est au juste l'action de ce traitement? Il semble favoriser une négativation plus rapide de la formule humorale et permettre de stabiliser les rémissions.

La plupart des bons résultats que nous voyons se maintenir, quelquefois depuis des années, se comptent parmi les malades qui veulent bien continuer à s'y soumettre régulièrement. Cette évolution favorable est-elle *seulement* due à l'action de cette médication suivie ? A vrai dire nous n'osons pas l'affirmer catégoriquement. Quelle n'a pas été notre stupéfaction lorsque nous avons revu après plusieurs années quelques malades sortis en bonne rémission, mais avec un liquide céphalo-rachidien encore positif et même quelques autres qui n'avaient été tout d'abord que peu modifiés par la malaria, nous avouer qu'ils ne s'étaient soumis par la suite à aucune médication antispécifique ! Or leur liquide s'était négativé, leur amélioration maintenue ou même accentuée ! Nous ne pouvons nous étendre sur ces points qui ouvrent un jour quelque peu troublant sur l'action biologique et toute personnelle que paraît posséder la malariathérapie. Mais, dans le doute, et devant l'innocuité absolue d'un traitement chimique prolongé, nous ne saurions en conseiller l'abstention.

**Les liquides négatifs.** — Il nous reste, pour compléter cette étude, à dire quelques mots sur des formes particulièrement atypiques de réactions humores, rarement observées chez des paralytiques généraux avant tout traitement : *les liquides céphalo-rachidiens négatifs*.

Ce que nous venons de dire concernant l'action de la malaria sur les formules humores prouve que l'on peut obtenir, grâce à elle, des négativations absolument complètes du liquide. Le même résultat peut d'ailleurs s'observer, quoique beaucoup plus rarement, à la suite d'un traitement antispécifique banal. Rapportons, à ce sujet, l'observation de notre cas 275 :

Dul... Paul, 35 ans (cas 275). Syphilis en 1914 ? Consultation pour dysarthrie à Saint-Antoine en 1923. On constate des signes neurologiques de P. G.-tabès. L. C. R. : *Hyperalbuminose, Cytose de 12 éléments*; traitement par cyanure et novarsénobenzol.

Deuxième séjour en 1926 : *réactions humores négatives*.

Entre dans notre service en mars 1930. Démence avancée. Dysarthrie considérable. Gâtisme. Signes neurologiques et psychiques de P. G. nets. *Liquide céphalo-rachidien rigoureusement négatif* : Alb. : 0,20; Pandy : 0; Cytol. : 0; B.-W. : 0; Benjoin : 00000.00220.00000.

Impaludé le 28 avril 1930. Est transféré deux mois après dans le même état qu'à l'entrée. Puis par la suite se produit une amélioration progressive qui permet de l'occuper à différents travaux à l'intérieur de l'asile. Actuellement, D... est très calme, docile, s'occupe au jardin, voudrait sortir. Le médecin dans le service duquel il se trouve, nous écrit : « Ce malade envoyé ici comme P. G. est actuellement en pleine rémission du point de vue mental. Il pourrait sortir si sa femme voulait le recevoir. Grosse dysarthrie persistante. »

Ces cas restent toutefois assez rares à côté des modifications plus discrètes, couramment observées chez les paralytiques généraux ayant subi différentes cures anti-spécifiques avant de recourir à l'impaludation.

Autrefois, déjà, des négativations ont été signalées en dehors de tout traitement. C'est ainsi que les réactions humores du liquide céphalo-rachidien peuvent quelquefois s'améliorer spontanément et même rétrocéder dans les rémissions dites spontanées. Toutefois, cas cas sont exceptionnels et se présentent surtout dans les paralysies générales à évolution très lente.

Nous en avons publié un cas, en collaboration avec MM. Leroy et Médakowitch (1).

Nous connaissons, depuis Baillarger, l'influence des infections sur l'évolution clinique de la paralysie générale et par ailleurs sur les réactions humores. Rappelons l'observation suivante :

(Dr Truelle). — D... Eugène, 52 ans, entre à Sainte-Anne le 13 février 1928, pour une paralysie générale classique. Réactions humores (20 février 1928) : *Liquide céphalo-rachidien* : lympho. : 41; Pandy : positif; benjoin : 22222.20000.00000; pas de dosage d'albumine, en raison de la présence de sang; Bordet-Wassermann positif.

En mars, volumineux anthrax du cou, 40°, état grave. Un mois après, amélioration progressive. Sorti en rémission complète, le 10 juillet 1928, avec persistance des symptômes neurologiques. *Liquide céphalo-rachidien* (8 juin 1928) : lympho. : 4; albumine : 0,32; Bordet-Wassermann : positif; benjoin : 00000.00000.00000. Aucun traitement, sauf trois injections de propidon du 22 au 25 mars.

Mais à côté de tous ces P. G. chez lesquels un liquide céphalo-rachidien antérieurement prélevé s'était montré positif pour se négativer par la suite, peut-on admettre l'existence de paralysies générales évoluant d'emblée sans réactions liquidiennes ? Le problème est impossible à résoudre, car la période humore précède souvent de longtemps la période clinique qui seule détermine le médecin à pratiquer une ponction lombaire. Or, surtout lorsqu'il s'agit de formes à évolution particulièrement lente, que de temps ne s'écoulera-t-il pas entre le vrai début de l'affection et le jour du diagnostic ? Il sera toujours facile d'alléguer alors un processus de négativation hypothétique déterminé par une infection restée inconnue, voire par une rémission spontanée pour affirmer qu'à un moment donné le liquide aurait été nécessairement trouvé positif si le malade avait été ponctionné au bon moment. Nous préférons nous en tenir à des faits. Or, il nous a été donné d'observer deux cas de paralysie générale typique du point de vue clinique et qui paraissent l'une et l'autre au début de leur évolution. Dans les deux cas, le liquide céphalo-rachidien était rigoureusement négatif. Chez l'un (cas 93) la formule était la suivante : Alb. : 0,25; Pandy négatif; Cytol. : 0,2; B.-W. négatif; Benjoin : 00000.02220.00000. Ce malade fut impaludé après un mois d'observation, pendant lequel aucune modification du fonds mental ne se produisit malgré un nouvel ictus. Il sortait peu après le traitement malarique suffisamment amélioré pour reprendre son travail. Le second cas est celui d'une femme, dont notre Maître, M. Claude, a publié l'observation. Après décès, l'examen histologique a montré qu'il s'agissait incontestablement de paralysie générale et non de syndrome paralytique d'autre origine.

\* \* \*

Ces faits restent encore inexplicables. La plus satisfaisante hypothèse nous paraît être celle qu'en a donnée R. Anglade dans sa thèse sur les paralysies générales sans méningite, où il invoque un processus lésionnel

(1) Réactions humores atypiques du liquide céphalo-rachidien au cours de la paralysie générale. — Congrès des Médecins aliénistes et neurologistes, Lille, 21-26 juillet 1930.



uniquement parenchymateux. Quoi qu'il en soit, force nous est d'admettre que dans des cas tout à fait exceptionnels, le diagnostic de paralysie générale, à cause des décisions thérapeutiques qu'il entraîne, doit se poser malgré la négativité des réactions biologiques. Enfin, cette négativité, par le fait même qu'on peut l'observer en dehors de tout traitement, de toute « guérison clinique », est une raison de plus pour affirmer combien plus important que l'état du liquide nous apparaît l'examen clinique dans l'estimation du pronostic ultérieur.

## SOCIÉTÉS SAVANTES

### SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 19 DÉCEMBRE 1934)

**Infarctus de l'intestin.** — M. GRÉGOIRE rapporte une observation d'infarctus intestinal inexplicable. Dans ce cas, l'auteur a sauvé un malade moribond par une simple injection d'adrénaline, la laparotomie étant restée purement exploratrice.

Il s'agit peut-être d'une « asystolie » du cœur périphérique, qui n'est pas sans analogie avec un choc anaphylactique localisé.

M. GOSSET a observé un cas comparable, s'accompagnant de très gros ganglions.

**Désarticulation temporaire dans le traitement des ostéoarthrites tuberculeuses du pied.** — MM. CLAVELIN et SAR-

ROSTE ont traité de la sorte six cas d'ostéoarthrite médiotarsienne. Ils ont obtenu quatre fois la réunion par première intention. Immobilisation pendant 4 à 6 mois. Il est indispensable de conserver rigoureusement la concavité de la voûte plantaire.

M. SORREL défend aussi la désarticulation temporaire avec résection à la demande.

M. HUET a pratiqué, après incision transversale, l'ablation de toute la zone malade entre deux traits de scie.

**Kyste hydatique calcifié de la rate.** — M. LEVEUF rapporte cette observation de M. Goinard (d'Alger).

**Anesthésie par injection intra-artérielle.** — M. WILMOTH rapporte un travail de M. Goinard sur plusieurs centaines d'observations.

**Kyste vrai du pancréas.** — M. BROCC analyse cette observation de MM. Delannoy et Driessens.

**Arthroplastie du genou.** — M. MATHIEU analyse une observation de M. Redon. Il insiste sur la nécessité absolue de pratiquer systématiquement l'allongement du quadriceps, même dans l'ankylose en flexion.

M. SORREL est du même avis.

**Radiographie de l'iléus.** — MM. MOULONGUET et ROUSSET montrent les avantages de la méthode et présentent de belles radiographies.

(SÉANCE DU 9 JANVIER 1935)

**Septicémies chirurgicales.** — M. L. BAZY expose ses idées sur l'action des vaccins dans les septicémies, sur la mise en

**sirop<sup>®</sup> roche<sup>®</sup>**  
au thiocol

toutes les  
affections  
des voies  
respiratoires

Produits F. HOFFMANN-LA ROCHE & C<sup>ie</sup>  
10, Rue Crillon — PARIS

évidence de certaines septicémies par l'examen des leucocytes, et sur la virulence des germes en cause.

**Dangers de l'artériographie.** — M. LEVEUF, après artériographie pour un syndrome de Volkmann, a observé une gangrène ischémique de tout le bras et dut désarticuler le membre.

MM. DESPLAS et REBOUL ont observé deux fois des accidents. Dans le premier cas, après injection dans la fémorale, apparurent des plaques brunâtres sur la cuisse, avec hydarthrose bilatérale, et la malade mourut subitement le huitième jour. Dans le deuxième cas, une injection de thorostat détermina au bout de quelques jours une induration péri-fémorale et péri-iliaque et de vives douleurs. L'injection avait été faite en réalité dans la gaine péri-artérielle.

MM. SÉNÈQUE et BENOIT, chez une diabétique avec gangrène du gros orteil, virent une injection de ténébryl déterminer une aggravation rapide de la gangrène, suivie de mort malgré l'amputation.

M. BAZY, après injection pour artérite du membre supérieur, dut amputer après momification du membre. L'artériographie paraît pouvoir être utilisée dans les affections vasculaires, mais non dans celles de la vaso-motricité.

M. MONDOR n'a eu qu'un renseignement précis pour une dizaine d'artériographies.

M. Robert MONOD a observé, après injection de ténébryl au cours d'une artérite, une extension de la gangrène. Une résection poplitée a sauvé le membre.

MM. ROUX-BERGER et SORREL remarquent que les accidents signalés sont tous survenus à la suite d'injection de ténébryl.

M. MATHIEU connaît un cas de mort après artériographie au collator.

M. HUET a observé après injection de chlorure de sodium hypertonique faite par erreur dans l'artère humérale, une thrombose artérielle. L'artériectomie ne put empêcher la gangrène, et le malade finit par succomber. L'endothélium vasculaire paraît donc être très sensible.

M. LEVEUF : procédé opératoire pour les hypospadias en prenant la peau du scrotum.

M. SORREL : résection pour tumeur blanche du poignet.

#### SOCIÉTÉ MÉDICALE ET ANATOMO-CLINIQUE DE LILLE

(SÉANCE DU 6 NOVEMBRE 1934)

**Rétraction ischémique de Volkmann, chez un hémophile** (Présentation de malade.) — M. BILLET.

**Ectasie aortique, ouverte dans l'œsophage. Hémorragie abondante, suivie d'hémiplégie.** (Présentation de pièce.) — MM. LANGERON, LEDIEU et DESORGER.

**Sur l'emploi d'un nouvel agent de défécation du sang : application à l'étude de la glycémie.** — M. PAGET et Mlle DUPONT.

**Diagnostic radiologique de l'ulcère du duodénum : avantages respectifs des positions debout et couchée.** (Avec présentation de radiographie.) — M. DANÈS.

**Tuberculose laryngée et son traitement radiothérapique.** — MM. BELLE et LAVRAND.

**Pancréatite hémorragique aiguë avec hépatite ; difficulté du diagnostic différentiel.** — MM. BERNARD et DANDOIS.

**Les localisations prémonitoires de la fièvre typhoïde.** — M. BERNARD.

(SÉANCE DU 20 NOVEMBRE 1934)

**A propos du traitement de l'obésité par le Dinitrophénol.** — M. DANÈS.

**Torsion de l'hydrotide pédiculée de Morgagni.** — M. FLON.

**Chloro-anémie du nourrisson (oligo-sidérémie).** — M. BERNARD.

## LIVRES NOUVEAUX

**Conférences cliniques de médecine infantile. Troisième série (1), par H. GRENET.**

Dans cette nouvelle série, l'excellent médecin de l'hôpital Bretonneau a rassemblé un certain nombre de leçons, dont chacune offre un intérêt évident : *tuberculose congénitale*, au sujet de laquelle ont eu lieu de tout temps, mais surtout récemment, tant de discussions passionnantes, et qui est trop exceptionnelle pour qu'en pratique, il y ait à compter avec elle, si bien qu'on peut, à coup sûr, protéger le nouveau-né par la séparation immédiate ; *anorexie des nourrissons*, qui pose, en clientèle courante, des problèmes délicats, et qui, presque toujours, relève de la psychothérapie, celle-ci devant s'appliquer autant à l'enfouage qu'au petit malade ; *vomissements des nourrissons*, tantôt accidentels et tantôt habituels, ceux-ci rattachés, selon les auteurs, à l'état névropathique, à l'anaphylaxie, au neuro-arthritis, à l'hérédosyphilis, et qui, parfois, sont en rapport avec une affection organique : appendicite chronique, hernie ombilicale ; *sténose congénitale du pylore*, dont le diagnostic doit se fonder sur un ensemble d'éléments : antécédents, signes cliniques, examen radioscopique montrant, d'une part, des contractions péristaltiques violentes et, de l'autre, l'absence d'évacuation gastrique trois heures après le repas, réactions humérales, dont la chloropénie et l'augmentation de la réserve alcaline, et qui est justiciable d'un seul traitement : la pylorotomie extra-muqueuse, ou opération de Fredet-Ramstedt ; *vomissements cycliques de l'enfance*, d'allures si particulières, bien que leur pathogénie soit encore obscure, et qui, en tout cas, bénéficient du traitement de l'acidose ; *mégacolon et dolichocolon*, dont le diagnostic est facilité par les examens radiologiques et au sujet desquels on peut être amené à discuter de l'opportunité d'une intervention chirurgicale ; *pyuries du nourrisson*, habituellement dues au colibacille, au traitement long et décevant ; *la famille syphilitique*, dont M. H. Grenet a depuis longtemps entrepris l'étude, et chez qui l'infection évolue de façon si variable, qu'on envisage l'entrée de la syphilis dans la famille, la transmission aux enfants, son dépistage, son évolution chez les descendants, sans oublier ni la syphilis héréditaire lointaine, ni l'influence de cette infection sur les mutations ; *maladie de Parrot*, dont les travaux des auteurs lyonnais ont renouvelé la description anatomique et radiologique ; *ostéarthropathies de la syphilis congénitale*, qui, méconnues, peuvent aboutir à des impotences et à des déformations des membres ; *rhumatismes chroniques dans l'enfance*, les uns généralisés, les autres partiels ; *rhumatisme cardiaque évolutif*, qui s'oppose à l'endocardite maligne, due à une infection surajoutée, greffée sur un cœur déjà touché par le rhumatisme ; *chorée de*





# Hirudinase

(DRAGÉES)

Le premier produit spécialisé à base d'Extrait de Sangsues

**INSUFFISANCES VEINEUSES**  
**INFECTIONS VASCULO-SANGUINES**

**PHLÉBITES - SEPTICÉMIES**  
**AMÉNORRHÉES**

DOSE MOYENNE  
4 à 6 DRAGÉES  
PAR JOUR



LABORATOIRES "ANA", 18, Av<sup>UE</sup> DAUMESNIL - PARIS. XII<sup>e</sup>

CHOC PUBLICITÉ - FONTENAY s/s BOIS

Sydenham, à l'origine de laquelle on invoque, selon les cas, le rhumatisme, l'héredo-syphilis ou l'encéphalite léthargique ; et, enfin, *diagnostic de la diphtérie*, généralement aisé, mais qui, parfois, offre assez de difficultés pour qu'on doive y regarder de très près.

Une leçon sur les *rapports des médecins entre eux*, où sont traitées, avec une grande hauteur de vues, les questions déontologiques les plus courantes, complète ce beau volume où l'on retrouve les qualités propres à l'auteur : sens clinique, érudition, esprit critique, notion des nécessités pratiques, élégance de l'exposition, et dont la lecture, instructive autant qu'attrayante, mérite d'être conseillée à tous ceux que passionne la médecine d'enfants.

L. BABONNEIX.

## NOTES POUR L'INTERNAT

### TUMEUR BLANCHE DU COUDE<sup>1</sup>

**EXAMEN RADIOGRAPHIQUE.** — On prendra un cliché des deux coudes en position symétrique, de face et de profil.

Le cliché de profil est le plus instructif :

**Cubitus :** *spina*, marqué par un bulbe, dont la coque claire engaine le centre de l'os plus ou moins foncé et séquestré ; apparition des points osseux secondaires olécraniens qui n'existent pas encore sur le côté sain. Diaphyse décalcifiée.

**Humérus :** il est plus transparent que du côté normal ; de même, points secondaires apparus du côté malade, alors qu'inexistants de l'autre.

**Radius :** il est moins dense, le point céphalique est en avance.

**Interligne articulaire,** flou, manque de netteté ; il est rarement élargi ; plus souvent, il existe du pincement articulaire.

**SIGNES GÉNÉRAUX.** — Parfois, on est en présence d'un malade n'ayant que cette localisation ; dans d'autres cas, il existe d'autres foyers tuberculeux, l'état général est touché : le pronostic est plus sérieux.

**PÉRIODE D'ÉTAT.** — Elle commence vers le 6<sup>e</sup> ou 8<sup>e</sup> mois de l'évolution et le diagnostic est alors facile.

**SIGNES FONCTIONNELS.** — Le coude est immobile ; il est bloqué.

La douleur est particulièrement vive, atteignant une grande intensité à la moindre tentative de mobilisation volontaire ou passive.

**Signes physiques.** — L'attitude vicieuse est fixée par la contracture musculaire : avant-bras à 130°, main en pronation, pouce en l'air, soutenue de la main saine.

La tuméfaction est considérable ; la peau est blafarde, lisse, sillonnée de veinosités, infiltrée de cellulite et d'œdème. Le coude prend l'aspect d'un fuseau, s'amincissant sur le bras et l'avant-bras, dont l'atrophie est massive.

La chaleur locale est très augmentée.

Un empatement dur, douloureux, gêne l'appréciation du volume des os, surtout celui du cubitus.

Des fongosités molles, pseudo-fluctuantes remplissent les culs-de-sac synoviaux dans les gouttières latéro-tricipitales.

Les points douloureux sont surtout marqués à la face externe de la console cubitale.

L'adénopathie axillaire est manifeste ; parfois, on sent le ganglion sus-épitrochléen bomber à deux travers de doigts au-dessus de l'épitrochlée couché sur la cloison intermusculaire interne comme un petit fuseau.

**Examen radiographique.** — Il révèle des lésions très particulières : le *spina du cubitus* s'est ouvert dans l'articulation.

L'humérus est translucide.

L'interligne articulaire est pincé.

La cavité articulaire est marquée d'une ombre dessinant vaguement les contours synoviaux.

**SIGNES GÉNÉRAUX.** — Presque toujours présents, mais leur intensité dépend de l'existence ou non d'autres foyers tuberculeux.

A ce moment de l'évolution, l'arthrite peut évoluer vers la guérison ou se complique d'abcès ou de luxations pathologiques.

**Les abcès.** — Ils surviennent, plus souvent chez les malades non traités, entre le 6<sup>e</sup> ou 12<sup>e</sup> mois.

De l'amaigrissement, de l'anémie, un peu d'élévation thermique, des douleurs malgré l'immobilisation, une sensation d'empatement profond peuvent faire prévoir leur apparition. Rapidement, les abcès se collectent et fluctuent.

Les plus fréquents sont de siège postéro-externe ; parmi eux, certains sont ossifluents, s'épanouissant sous la peau et migrant vers la face postéro-externe de l'avant-bras ; d'autres sont arthrifluents, plus tardifs d'extériorisation, apparaissent dans la gouttière épicondylo-olécranienne.

Les abcès postérieurs internes sont peu volumineux et remontent au-dessus et en arrière de l'épitrochlée, voisinant avec le nerf cubital.

Ils ont de grandes chances, même bien traités, de se fistuliser.

Les fistules partageant le siège des abcès ; certaines d'entre elles n'ont aucun caractère de gravité : le trajet est court et s'assèche rapidement ; parfois, une suppuration prolongée est entretenue par un petit séquestre. Mais certaines fistules, au trajet long, compliqué, ont un pronostic sérieux ; de grands décollements de la peau des clapiers s'installent : il survient une infection secondaire ; l'état général fléchit et le pronostic est très aggravé.

Les déplacements pathologiques réalisent exceptionnellement de véritables luxations. On trouve plus volontiers une subluxation en haut et en arrière du cubitus avec luxation du radius, tous déplacements mis en évidence par le repérage des éminences latérales de l'humérus, par rapport à l'olécrane.

(A suivre.)

ROGER-JEAN CHEVALLIER.

### Un Manuel pratique et indispensable

La *Technique moderne de la propagande d'hygiène sociale* est le manuel éducatif, unique et indispensable à tous ceux qui se consacrent à la protection de la santé publique. C'est un important ouvrage (736 pages et 200 illustrations), qui apporte l'enseignement pratique et un choix de précieux documents à tous ceux qui veulent assurer le succès d'une organisation sanitaire.

S'adresser au Bureau de propagande du Comité national de défense contre la tuberculose, 66, boulevard Saint-Michel, Paris 6<sup>e</sup>.

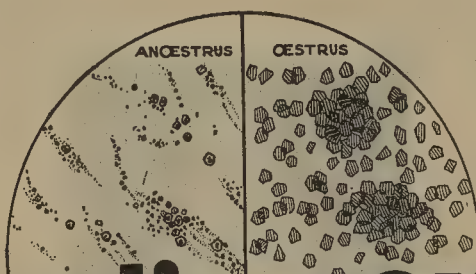
**L'anesthésie épidurale en chirurgie générale. Technique, indications, résultats** (d'après 265 observations inédites), par le docteur Robert DRAILLARD. Grand in-8° de 140 pages. — Paris, Louis Arnette.

Le Directeur-gérant : D<sup>r</sup> François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôp.*, 1935, n° 43, p. 248.





**Folliculine CHOAY**  
Hormone sexuelle femelle

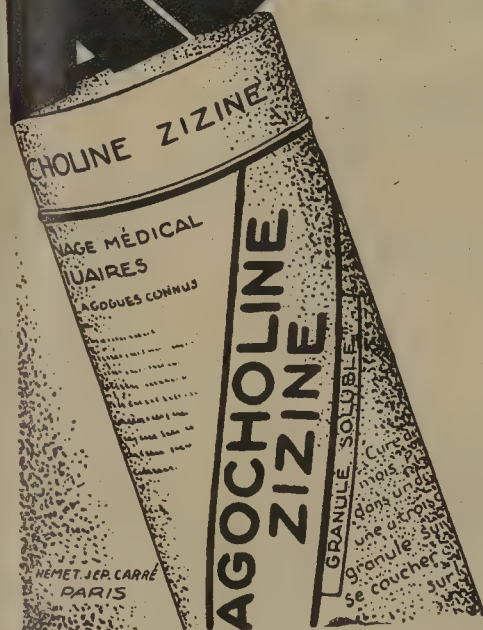
En ampoules stérilisées de 1<sup>cc</sup> et 2<sup>cc</sup>  
titrées respectivement à 250 et 500 unités internationales

**CHOAY**

**LABORATOIRES CHOAY** - 48, rue Théophile Gautier - PARIS (XVI<sup>e</sup>)

# AGOCHOLINE

(GRANULÉ SOLUBLE)



## CHOLECYSTITES CHRONIQUES CONGESTION DU FOIE

Lithiase biliaire - Ictère et Cholémie  
Dyspepsies réflexes - Constipation  
Migraines, Vertiges, Eczéma, Prurit

d'origine  
hépato biliaire

**Posologie** : 1 à 3 cuillerées à café le matin à jeun, dans un demi verre d'eau chaude.

**LABORATOIRES DU D<sup>r</sup> ZIZINE**  
24, 26, Rue de Fécamp - Paris (XII<sup>e</sup>)



# LORAGA

Emulsion originale d'huile de paraffine  
et d'agar-agar avec phénolphtaléine

## RÉGULATEUR PHYSIOLOGIQUE DE L'INTESTIN

S'incorpore intimement au contenu intestinal.  
Donne au bol fécal la consistance et la  
plasticité normales. Stimule doucement le  
péristaltisme sans provoquer de spasmes.

**INDICATIONS :** Toutes formes de constipation  
et à tout âge. — Paresse intestinale au cours  
de la grossesse et pendant la période de  
lactation. — Atonie intestinale des vieillards.

*Tolérance parfaite. Aucune action secondaire.  
Pas d'accoutumance ni de suintement huileux.*

*Littérature et échantillons sur demande à MM. les Médecins*

**LABORATOIRES SUBSTANTIA**

*F. Guillemoteau, Pharmacien - 13, rue Pagès, Suresnes (Seine)*



*La Lancette Française***GAZETTE DES HOPITAUX****CIVILS ET MILITAIRES****PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI****ADMINISTRATION ET RÉDACTION :****49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6°. Tél. : Danton 48-31.****PUBLICITE : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6°) - Téléph. : Littré 54-93.****PRIX DE L'ABONNEMENT****FRANCE**

3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.

*Etudiants : 25 francs par an.*

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

**ETRANGER**

Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.

Tous les autres pays : 75 francs.

**SOMMAIRE****REVUE GÉNÉRALE***Le liquide céphalo-rachidien dans la syphilis acquise. Les syphilis nerveuses inapparentes (fin), par M. G. VIAL.***SOCIÉTÉS SAVANTES***Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société médicale des hôpitaux. — Société de biologie. — Société de thérapeutique.***CHRONIQUE***Conférence du professeur Mario Donati.***INTÉRÊTS PROFESSIONNELS***Secret professionnel et fiscalité, par M. A. HERPIN.***PRATIQUE MÉDICALE. — HYGIÈNE****ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS****INFORMATIONS**

**HÔPITAUX DE PARIS. — MUTATIONS DES MÉDECINS AU 1<sup>ER</sup> MARS 1935.** — 1° A l'hôpital Laennec (remplacement de M. le professeur L. Bernard, décédé), M. le professeur Bezançon, de Saint-Antoine; à Saint-Antoine, M. Loeper, de la Pitié; à la Pitié, M. Harvier, de Beaujon; à Beaujon (Clichy), M. Donzelot, de la Maison de santé; à la Maison de santé, M. Nicaud, de Sainte-Périne; à Sainte-Périne, M. Mouquin, de Debrousse; à Debrousse, M. Debray, de Bicêtre (service fermé).

2° A l'hôpital Saint-Antoine, service de tuberculeux (service créé), M. Jacob, de la Salpêtrière; à la Salpêtrière, M. Etienne Bernard, de Beaujon (Paris); à Beaujon (Paris) (service temporaire), M. Jacquelin, de Bicêtre (service fermé).

— **CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX.** — Candidats : MM. Albot, Benoist, Bernal, Bize, Blondel, Busson, Cachera, Cahen, Cattan, Chabrun, Degos, Derot, Desoille, Ducas, Even, Fouquet, Froment, Goldberg, Gouyen, Guillaïn, Horowitz, Launay, Lenègre, Lereboullet, Lièvre, Mamou, Mauric, Merklen, Michaux, Mollaret, Moussour, Oumansky, Perris, Perrault, Poumailloux, Pomeau-Delille, M<sup>me</sup> Roudinesco, MM. Rouquès, Schwob, Sèze (de), Sigwald, Soulié, Thiébaud, Thiroloix, Thoyer, Uhry, Wallich, Weill, Worms.

— **CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX. — Médecine opératoire.** — Séance du 19 février. — Questions données : « Ligature de l'artère fémorale à la pointe du triangle de Scarpa. — Désarticulation du genou. »

MM. Sicard, 10; Lecœur, 8; Guillot, 5; Sauvage, 7; Au rousseau, 9; Couvelaire et Padovani, 7; Audouin, 3; Vuillième, 7; Hepp, 6.

— **CONCOURS DE L'INTERNAT. — Oral.** — Séance du 18 février. — Questions données : « Symptômes et diagnostic de la grossesse normale au troisième mois. — Diagnostic des hématomés. »

MM. Borde, 17,66; Wolinetz, 19; Debost, 15,66; Thomet, 25,44; Fischer, 15,77; Luteraan, 13,44; M<sup>lle</sup> Damiens, 20; MM. Depaillot, 16,88; Desfosses, 15,44.

**HÔPITAUX DE PROVINCE. — VERSAILLES.** — Un concours public pour la nomination de dix internes en médecine (quatre titulaires et six provisoires) aura lieu aux hospices civils de Versailles le lundi 25 mars 1935, à 9 h. du matin.

Les candidats au concours devront se faire inscrire au secrétariat, à l'hôpital civil. Le registre d'inscription sera clos le 15 mars 1935.

**HÔPITAL-HOSPICE SAINT-FRANÇOIS DE SAINT-NICOLAS-DE-PORT (MEURTHE-ET-MOSELLE).** — M. le docteur Courtier (Marie-Jean), ancien interne des asiles publics d'aliénés, est agréé comme médecin aliéniste de la maison de santé annexée à l'hôpital-hospice communal Saint-François de Saint-Nicolas-de-Port (Meurthe-et-Moselle).

**LÉGION D'HONNEUR.** — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

**GRANDE CHANCELLERIE.** — *Au grade de commandeur.* — M. le docteur Dufour, médecin honoraire des hôpitaux.

**AFFAIRES ÉTRANGÈRES.** — *Au grade de chevalier.* — M. le docteur Béchamp, chef de la mission médicale française et gérant du Consulat de France à Tchenton.

(Au titre étranger.) *Au grade de commandeur.* — M. Tauerelli-Salimbéni, Italien, chef de service à l'Institut Pasteur.

**DIGITALINE NATIVELLE**LABORATOIRE NATIVELLE, 27, Rue de la Procession, PARIS (XV<sup>e</sup>)

*Au grade d'officier.* — M. Plotz, Américain, chef de laboratoire à l'Institut Pasteur et à l'Institut Pierre Curie.

*Au grade de chevalier.* — MM. Bove, Américain, chirurgien de l'hôpital américain, à Paris; Bechamp, chef de la mission médicale française à Tchentou.

**DISTINCTIONS HONORIFIQUES.** — Sont nommés :

*Officiers de l'Instruction publique.* — MM. les docteurs Martin (de Laon), Cony (de Paris), Dulout (de Vaussais).

**MINISTÈRE DE LA MARINE MARCHANDE.** — Ont été promus ou nommés dans l'ordre du Mérite maritime :

*Au grade d'officier.* — M. le médecin sanitaire maritime Bohec.

*Au grade de chevalier.* — M. le médecin principal Degoul, M. le médecin agrégé de la marine marchande Fourmentin.

**ASSOCIATION PROFESSIONNELLE DES JOURNALISTES MÉDICAUX FRANÇAIS.** — L'Association professionnelle des journalistes médicaux français, au cours de sa récente assemblée générale, a modifié comme suit son bureau pour 1935 : président, M. J. Minet; vice-présidents, MM. R. Molinéry et F. Larrieu; secrétaire, M. Albert Garrigues; secrétaire adjoint, M. J. Crouzat; trésorier, M. L. Mathé; Conseil d'administration, MM. Paul Boudin, Camescasse, Loir et Noir.

**CAISSE MUTUELLE DE RETRAITES DES JOURNALISTES MÉDICAUX FRANÇAIS.** — La caisse mutuelle de retraites des journalistes médicaux français a son bureau ainsi constitué pour 1935 : président, M. J. Minet; vice-président, M. R. Molinéry; secrétaire, M. P. Labignette; secrétaire adjoint, M. J. Crouzat; trésorier, M. Albert Garrigues; administrateurs : MM. Signoret, Paul-Manceau et Bouland.

**GROUPEMENT DES SYNDICATS NATIONAUX DE MÉDECINS SPÉCIALISÉS.** — Le bureau pour l'année 1935 est ainsi composé :

Président d'honneur : M. Renon; président : M. Caillaud; vice-présidents : MM. Marquis et Dubar; secrétaire général : M. Fernet; secrétaire général adjoint : M. Moutard; trésorier : M. Eber; archiviste : M. Sureau.

**CENTENAIRE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DE L'OPÉRA.** — La Société médicale de l'Opéra (9<sup>e</sup> arrondissement de Paris), doyenne des sociétés d'arrondissement, célébrera son centenaire le samedi 11 mai 1935.

**COLLÈGE DE FRANCE.** (Chaire de médecine. Professeur suppléant : M. Etienne Burnet.) — Depuis le 18 février, les leçons ont lieu les lundis et jeudis, à 17 h., salle 5 (au lieu des mercredis et samedis, à 18 h., salle 8).

Sujet du cours : La lèpre, médecine expérimentale et médecine sociale.

Prochaines leçons : Inoculations expérimentales de lèpre; infection; voies d'accès et d'élimination; contagion et hérédité; résistance et allergie, réactions de Mitsuda, Bargheer, etc.; hypothèse de l'inframicrobe.

Histoire et géographie de la lèpre. Traitement : traitement général et traitement spécial; l'huile de chaulmoogra et ses dérivés. Résultats du traitement : discussion. La lèpre et l'enfance. Les principes de la prophylaxie. Lutte contre la lèpre dans le monde, en particulier dans les colonies françaises.

**CONFÉRENCE.** — M. le professeur Mathieu, chirurgien de l'hôpital Cochin, fera, le samedi 9 mars 1935, à 17 h. 15, au Cercle militaire, sous les auspices de la Société « les assistantes du devoir national », une conférence sur le « Traitement des plaies dans la pratique militaire et dans la pratique civile ».

**LA NATALITÉ EN ALLEMAGNE ET LA DÉNATALITÉ EN FRANCE.** — L'office de statistique du Reich vient de faire connaître le mouvement de la population de l'Allemagne (sans la Sarre) pendant les neuf premiers mois de 1934, et ses prévisions pour l'ensemble de l'année.

L'augmentation du nombre des naissances, par rapport à 1933, a été de 34.000 pour le premier trimestre, de 52.000 pour le second, de 62.000 pour le troisième, soit 148.000 au total. Pour toute l'année une augmentation de 215.000 est prévue, d'après les chiffres partiels déjà connus.

Le nombre des naissances a donc atteint, pour 1934, environ 1.170.000, celui des décès 720.000 (10.000 de moins que l'année précédente). L'excédent des naissances sur les décès a été de 450.000 environ, c'est-à-dire double de celui de 1933.

L'Alliance nationale contre la dépopulation (26, rue du 4-Septembre, Paris), qui transmet ces chiffres, signale qu'en France le nombre des naissances, qui avait diminué de 40.000 de 1932 à 1933, a décliné encore de près de 10.000 de 1933 à 1934, tombant au-dessous de 675.000. Le nombre des naissances françaises n'a donc atteint l'an dernier que 57 p. 100 du nombre des naissances allemandes, alors qu'il avait atteint 73 p. 100 en 1932.

**NÉCROLOGIE.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Amédée Tarrade, conseiller général, maire de Châteauneuf-la-Forêt, victime du devoir professionnel; de Saint-Fustien, conseiller général de l'Oise, à Grandvilliers, victime du devoir professionnel; Paul Josset, ancien maire du XVIII<sup>e</sup> arrondissement de Paris, décédé à Neuilly-Plaisance; Alexandre Chadefaux (de la Bourboule); Uribe, professeur de dermatologie à la Faculté de Bogota (Colombie), décédé à Paris; le général médecin Butoianu, de l'armée roumaine, professeur de médecine opératoire à la Faculté de médecine de Jassy; le médecin commandant Dumas, décédé aux suites de la grippe, à Bourges, victime du devoir professionnel.

## RENSEIGNEMENTS

**ERRATUM.** — La vente par adjudication, 18, rue Ernest Cauvin, à Amiens, de quelques objets mobiliers, et d'un important matériel provenant d'une installation d'octozone, étant retardée, la date exacte sera indiquée dans un prochain numéro.

ANÉMIES  
DYSPEPSIES  
ANTITOXIQUE



DOSE: 4 à 6  
TABLETTES  
PAR JOUR

BIOXYDE DE MANGANESE COLLOÏDAL SELS MAGNÉSIENS  
Laboratoire SCHMIT, 71 Rue Sainte-Anne, PARIS. 2

**PULVEOL**  
ANTISEPSIE DU CARREFOUR AÉRO-DIGESTIF  
POUDRE et PASTILLES  
Literature et Echantillons : 10, Impasse Milord, Paris (18<sup>e</sup>)

Sirup  
Granules

**CROSNIER**

Cure  
sulfureuse

Toux  
Dyspnée

**IODEINE MONTAGU**



Par l'Extrait hépatique foetal  
les Tréphones embryonnaires  
le Sérum hémopoïétique

# le Tréphonyl

**SOUS SES TROIS FORMES**

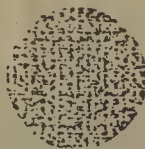
- 1°. Boîte de 6 ampoules de 10 cc.
- 2°. Boîte de 10 ampoules de 5 cc.
- 3°. Flacon de Sirop de 300 grammes

*constitue le traitement spécifique*

de  
**TOUTES les ANÉMIES**

de **TOUTES les**  
**DÉFICIENCES ORGANIQUES**

Prix : 18 Frs.



Par **VOIE BUCCALE** Exclusivement

UN à DEUX FLACONS-AMPOULES DE 10 cc.

DEUX à QUATRE FLACONS-AMPOULES DE 5 cc.

DEUX à TROIS CUILLERÉES DE SIROP **PAR JOUR**

*Echantillons et Littérature*

Laboratoires du D<sup>r</sup> ROUSSEL

**97, r. de Vaugirard, PARIS-6°**

TÉLÉPHONE : LITRÉ 68-24



ASSOCIATION PLURIGLANDULAIRE

# COLLOÏDINE. LALEUF

DRAGÉES

## OBÉSITÉ ET MALADIES PAR CARENCE DIASTASIQUE

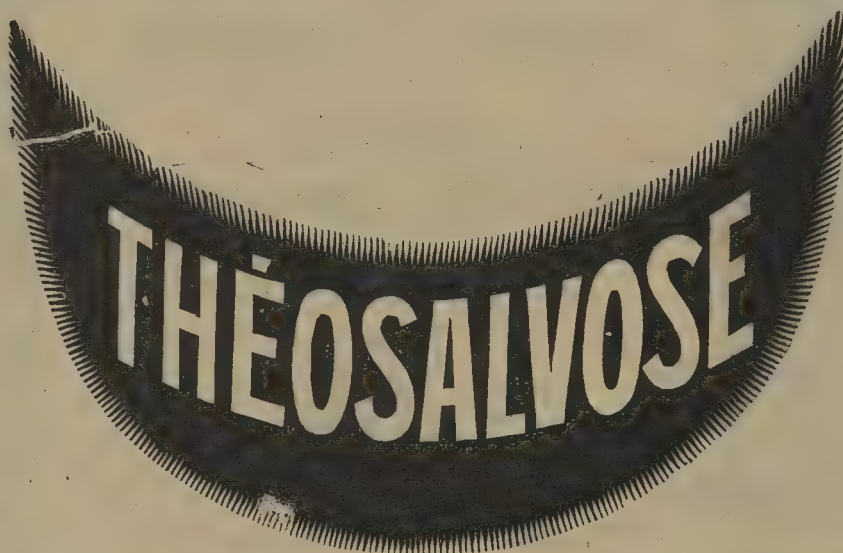
DE 2 A 8 DRAGÉES PAR JOUR  
SUIVANT PRESCRIPTION MÉDICALEÉCHANTILLONS - LITTÉRATURE  
LABORATOIRES LALEUF  
20, RUE DU LAOS - PARIS - 15<sup>e</sup>Nouvelle adresse : 51, rue Nicolo, PARIS (XVI<sup>e</sup>).

## DIURÉTIQUE ( D'UN POUVOIR REMARQUABLE D'UNE FIDÉLITÉ CONSTANTE

Pure  
Digitalique  
Strophantique  
Sparléinée  
Scillitique  
Barbiturique

Phosphatée  
Lithinée  
Caféinée

Ne se délivrent  
qu'en cachets



Cachets dosés

0 gramme 15

et 30

0 gramme 60

de Théosalvose

DOSE MOYENNE :

1 à 2 grammes

par jour.

## THÉOBROMINE FRANÇAISE garantie chimiquement pure

Artériosclérose — Affections cardiaques et rénales — Albuminuries — Intoxications  
Urémie — Uricémie — Goutte — Rhumatismes — Hydropisie — Maladies infectieuses

Laboratoires André GUILLAUMIN

PARIS — 13, rue du Cherche-Midi, 13 — PARIS

E. G., 4, r. Saine.



## CHRONIQUE

CONFÉRENCE DU PROFESSEUR MARIO DONATI  
*Les orientations nouvelles de la chirurgie.*

La conférence du professeur Donati a eu lieu le 2 février à la Sorbonne sous les auspices du Comité France-Italie et de l'UMFIA ou Union Médicale Latine, sous la présidence d'honneur de l'ambassadeur d'Italie à Paris, S. Exc. Pignatti Morano di Custoza, et la présidence médicale du docteur Dartigues, président-fondateur de l'UMFIA. Celui-ci a présenté le conférencier en termes éloquents exaltant la grande personnalité chirurgicale du conférencier, « un des plus grands chirurgiens de l'Italie et même du monde ». Il rendit un bel hommage à notre noble sœur intellectuelle l'Italie, qui « a su toujours produire, au cours de son histoire, des surhommes comme Benito Mussolini, que tout le monde en France admire ».

Après son allocution, couverte d'applaudissements, le docteur Dartigues donna la parole au Maître italien.

Le professeur Donati salua S. Exc. le comte Pignatti Morano di Custoza, ambassadeur de Rome à Paris, et les hautes personnalités qui se trouvaient dans l'assemblée. Il dit combien il était fier d'apporter en France sa contribution personnelle au très noble but « de consolider de plus en plus et de rendre de plus en plus étroits les liens spirituels et matériels qui unissent les deux grandes nations latines, sœurs par origine, par coutumes et par culture ».

M. Donati a exalté les directives que doit suivre « la magnifique et sainte chirurgie » comme l'a dénommée le professeur J.-L. Faure, démontrant comment le cœur et le cerveau doivent guider la main. La directive qu'il importe toujours de suivre est la directive biologique.

Clinique et thérapeutique doivent ici aller de pair, mais le mode d'exécution de l'opération chirurgicale appartient étroitement à la science. La personnalité du chirurgien doit se faire jour au cours de l'opération, voilà pourquoi le chirurgien doit être constamment au courant de tout ce que produit la science universelle, et M. Donati insiste sur ce qu'il appelle la chirurgie physiologique et fonctionnelle ; celle-ci apparaît magnifique de promesses.

Le chirurgien doit être un constructeur et non un démonstrateur, et, après avoir consacré quelques minutes à la grandeur et la difficulté de la chirurgie du sympathique, M. Donati demande aux chirurgiens d'opérer avant que les lésions soient irréparables et, dans une magnifique envolée oratoire, plaçant la chirurgie dans une sphère de profonde humanité, M. Donati ajoute : « La Science nous dirige au moment où l'acte salutaire s'élève à une grandeur et à une puissance presque divines. »

De chaleureux applaudissements saluèrent la splendide péroraison de ce maître de la parole qui est au même titre un maître de la clinique, et chacun voulut serrer la main de celui qui, non seulement a sauvé un si grand nombre de vies humaines, mais veut élever l'âme de ses auditeurs vers le bien par le beau et le juste.

Parmi les personnalités présentes, nous avons remarqué le Commandeur Camerani, le baron Scamacca, Comm. Donati, marquis Fontana di Pavera, marquis Gonzaga, Mmes Carraro, Peytavi de Faugères, M. de Zara, MM. le professeur Cunéo, les docteurs Dartigues, Bandelac de Pariente, Molinéry, Vaccaro, Desfosses, Dausset, Noir, Cambiès, Martiny, Trèves, de Courty, Dupuy de Frenelle, Zarzycki, Mmes les doctresses Mircouche, Lévy, etc...

Le dualisme de la contraction cardiaque, par F. HENRI JEAN. Grand in-8° de 350 pages, avec 89 figures. — Prix : 50 fr. — Paris, Masson et Cie.

## PRATIQUE MÉDICALE

## A PROPOS DE L'ACTION DE L'ERGOSTÉRINE IRRADIÉE PLUS PARTICULIÈREMENT AU POINT DE VUE DE LA DENTITION (1).

Par le docteur PIERRON,

Professeur suppléant à l'Ecole de chirurgie dentaire et de stomatologie de Paris.

Pour obtenir une bonne calcification dentaire, il est nécessaire d'ajouter à l'ergostérine irradiée une ration suffisamment riche en phosphore. Cela peut être considéré comme un dogme thérapeutique solidement établi, ainsi que le démontre l'auteur. Notre intention n'est pas, dit-il, de reprendre la question par son côté théorique ou bibliographique, mais de signaler les résultats d'un grand nombre d'observations d'enfants de trois à douze ans suivis longtemps en raison des troubles dentaires qu'ils présentaient.

La ration d'équilibre calcique chez l'enfant peut s'établir entre 0 gr. 10 et 0 gr. 15 pour le nourrisson ; 0 gr. 20 à 0 gr. 60 pour l'enfant de 6 à 14 ans. Cette dose de calcium se trouve facilement dans l'alimentation normale, seule son assimilation peut être déficitaire et elle se traduit alors, en premier lieu, par des troubles du système dentaire. Pour cette raison l'étude de la dentition peut être considérée comme un test de l'état de calcification de l'organisme, et comme un excellent test aussi de l'action recalcificatrice d'une médication donnée. Par ses sujets d'observation, enfants présentant des retards dans l'évolution dentaire ou des caries multiples, l'auteur a pu se convaincre de l'action recalcificatrice de l'ergostérine irradiée, laquelle est encore beaucoup augmentée par l'adjonction d'un phosphate organique, comme cela est réalisé dans le Fortossan irradié. On sait que cette préparation est à base d'inosito-hexaphosphate (principe phospho-organique de la Phytine) et d'ergostérol irradié, ce dernier adsorbé par les particules du premier, ce qui permet, tout en assurant la stabilité du produit, d'éviter complètement les inconvénients des solutions huileuses d'ergostérol parfois mal tolérées.

Les résultats de cette médication peuvent se résumer ainsi : *du point de vue dentaire*, éruption rapide des dents en retard ; absence de récurrence des caries après traitement de celles qui préexistaient ; *du point de vue état général*, appétit augmenté, croissance activée, augmentation de poids, plus de vivacité physique et intellectuelle, faciès plus coloré et plus animé, plus grande propension au jeu, toutes manifestations qui témoignent de l'amélioration de la nutrition intime.

## HYGIÈNE

L'OXYDE DE CARBONE PEUT-IL PÉNÉTRER  
DANS LES CARLINGUES D'AÉRONEFS ?

MM. BEYNE et GOETT (*Archives de méd. et de pharm. navales*, 1934, N° 4) n'ont pu déceler qu'en proportion infinitésimale la présence de l'oxyde de carbone dans les carlingues ouvertes. En revanche, sur certains avions à cabine fermée, ils ont pu trouver un taux d'oxyde de carbone de 7/10 000<sup>e</sup>, taux extrêmement dangereux. Cette constatation nous prouve qu'il serait intéressant de mettre l'atmosphère des carlingues fermées en surpression pour empêcher la pénétration des gaz d'échappement.

(1) *Paris méd.*, 4 août 1934, n° 31.

**TONIQUE GÉNÉRAL  
RECALCIFIANT**



*Gaurool*

**CALCIUM ASSIMILABLE**

**AMPOULES  
COMPRIMÉS  
GRANULÉ**

**GAUROL INTRAVEINEUX** (Ampoules de 5 cc.)

**HÉMORRAGIES, TUBERCULOSE**



LABORATOIRES PÉPIN & LÉBOUCQ — 30, Rue Armand-Sylvestre - COURBEVOIE (Seine)



## REVUE GÉNÉRALE

# LE LIQUIDE CÉPHALO-RACHIDIEN DANS LA SYPHILIS ACQUISE LES SYPHILIS NERVEUSES INAPPARENTES<sup>1</sup>

Par M. GILBERT VIAL,  
Interne des hôpitaux de Paris.

## Deuxième partie : LES RÉSULTATS EN CLINIQUE.

**A. Au cours de la syphilis nerveuse clinique.** — Chaque fois qu'un signe clinique nerveux est constaté au cours de la syphilis, une réaction plus ou moins intense du liquide céphalo-rachidien l'accompagne.

Le signe biologique est d'autant plus net et plus intense qu'il est constaté le plus près possible de l'apparition des symptômes cliniques. Le maximum d'intensité réactionnelle coïncide avec l'acmé des lésions anatomiques et va décliner avec elle.

Mais à cette règle il est des exceptions que nous signalerons dès maintenant.

a) Des réactions faibles ou nulles se voient au cours d'une syphilis nerveuse.

a) Elles correspondent à des lésions en voie de guérison ou même éteintes et dont les signes cliniques persistants ne constituent qu'une cicatrice.

β) Elles peuvent aussi ne pas extérioriser des lésions enfouies au sein du parenchyme nerveux, sans contacts avec les méninges ou le liquide.

b) Des réactions négatives, globales ou partielles peuvent accompagner des lésions évolutives quelconques : syphilis cérébro-médullaire, tabès, paralysie générale.

Dans ce cas on peut tenter :

α) De reponctionner quelques mois après et à un niveau différent ;

β) De faire une réactivation rachidienne. Dans ce cas on fait une ou deux injections intraveineuses de novarsénobenzol ou une injection intrarachidienne d'eau distillée (Dujardin).

c) Enfin il existe des cas, rares et inexplicables, où le désaccord entre la clinique et le laboratoire reste flagrant en dépit des méthodes employées. Existe-t-il des cloisonnements des particularités anatomiques gênant la circulation normale du liquide ? Ce n'est pas impossible.

Enfin il est un autre point dont nous avons déjà parlé et qu'il convient de souligner : c'est l'indépendance parfois constatée entre les réactions sanguines et rachidiennes. Un liquide peut être franchement positif alors que le sang est négatif, soit au début de la maladie, avant les réactions sanguines (avant 45 jours), soit plus tard alors que le sang est redevenu négatif.

Nous ne verrons pas en détail les réactions liquidiennes au cours des différents syndromes cliniques de la syphilis nerveuse, ce serait trop répéter. Les règles énumérées, les exceptions envisagées sont vala-

bles dans tous les cas. Certaines particularités seront cependant mises en valeur.

1) *Au cours des méningites secondaires.* — Ces réactions vont accompagner des méningites avérées ou des formes plus frustes. Elles sont même bien souvent asymptomatiques, comme nous le reverrons.

Les signes biologiques peuvent être très intenses et la lymphocytose a pu troubler le liquide. Bien souvent ce sont là des manifestations fugaces, septicémiques parallèles aux signes cutané-muqueux et qui disparaissent très vite, soit spontanément, soit surtout après le traitement.

2) *Au cours des méningites tertiaires.* — Elles sont plus rares et les signes biologiques accompagnent des méningites cliniques.

3) *Au cours des syphilis cérébro-spinales.* — Nous parlerons ici des lésions en foyer, telles que artérites, gommès, etc... Schématiquement on en distinguera deux formes :

a) *Formes aiguës à réactions intenses.* — Dans ces cas le liquide céphalo-rachidien est trouble et coagule facilement, il est hypertendu. Les lymphocytes sont très nombreux, au-dessus de 200. Le chiffre d'albumines est élevé, le B.W. est positif dans 90 % des cas et les réactions des colloïdes sont franchement positives.

b) *Formes chroniques à réactions frustes.* — Le liquide est le plus souvent clair et contient peu de lymphocytes. Le B.W. n'est positif que dans 15 à 20 % des cas et les réactions colloïdales sont bien souvent positives ou subpositives.

Dans ce cadre rentrent les *artérites cérébrales* dont le syndrome humoral, extrêmement réduit, permet de les séparer de la paralysie générale qu'elles simulent souvent.

4) *Au cours du tabès.* — La lymphocytose rachidienne du tabès, souvent nette, manque par contre dans certains cas et ces faits ont été différemment interprétés ; il s'agit probablement de tabès guéris, arrêtés, localisés au système nerveux, ou encore protégés par des adhérences isolant la gaine de la grande cavité sous-arachnoïdienne.

Au moment des poussées aiguës apparaissent plasmazellen et polynucléaires.

L'hyperalbuminose ne dépasse guère 0,60 et est toujours moindre que dans la paralysie générale.

Le B.W. est positif dans 70 % des cas et surtout dans les tabès évolutifs ou combinés, soit avec une syphilis tertiaire nerveuse, soit avec une paralysie générale.

Les réactions colloïdales sont positives et il existe un certain parallélisme entre l'intensité de la réaction au benjoin et l'allure évolutive du tabès.

Peu sujettes aux variations, ces réactions peuvent manquer au début ou lorsque le tabès est cicatrisé. Dans ce dernier cas par contre leur persistance résiduelle peut être indéfinie.

5) *Au cours de la paralysie générale.* — Le liquide est clair, la leucocytose peut y varier du simple au décuple dans des cas analogues (Sézary), les albumines sont notablement augmentées, le B.W. est positif dans

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôp.*, 1935, n° 44, p. 225.

100 % des cas et les réactions colloïdales sont extrêmement nettes.

Cependant il faut savoir que ces réactions peuvent manquer, au moins temporairement et les « réactions à éclipses » rapportées doivent rendre prudent dans l'appréciation des effets du traitement.

Pour Dujardin, l'index de perméabilité est très élevé et non influençable par la thérapeutique.

**B. Les syphilis nerveuses inapparentes.** — Depuis longtemps déjà les réactions isolées du liquide rachidien, sans signes cliniques, ont été décrites et étudiées. Leur intérêt réside dans le fait qu'elles représentent à elles seules des atteintes nerveuses sournoises et susceptibles de se développer par la suite.

Or ces signes biologiques représentent pour certains des dégâts anatomiques, méningés et parenchymateux.

On conçoit qu'à l'intérêt clinique de telles notions se superpose un intérêt pronostique autrement important.

C'est pourquoi, tant dans son enseignement oral que dans un livre paru juste avant sa mort, Rayaut s'est attaché à faire une étude complète de cette syphilis nerveuse inapparente, de ses formes, et de son pronostic évolutif.

**I. FORMES CLINIQUES DES SYPHILIS NERVEUSES INAPPARENTES.** — 1) *A la période du chancre.* — Dès ce moment peuvent exister des atteintes nerveuses absolument latentes. Le liquide, dans ces cas, est d'abord hypertendu, puis on y observe une leucocytose discrète. Enfin, chez quelques malades peuvent apparaître des réactions lipoïdiques. Ces faits existent dans 5 à 40 % des cas. Ces réactions et surtout celles des lipoïdes sont nettement plus fréquentes au cours des syphilis primaires à sérologie positive, mais elles peuvent parfois même précéder les signes humoraux sanguins.

Dès le chancre peut donc apparaître une syphilis nerveuse précoce, attaquant d'emblée méninges et parenchyme, sans aucun symptôme apparent.

2) *En période secondaire.* — Dès 1903 l'existence des syphilis nerveuses inapparentes de la période secondaire est connue, mais depuis cette époque le perfectionnement des méthodes de réaction a permis d'élargir considérablement la question.

Assez fréquemment, à la période septicémique de la syphilis, on peut voir dans le liquide, et sans le moindre signe clinique, les réactions de fixation et de flocculation positives. Elles y sont certes moins souvent positives que les réactions cellulaires et albumineuses. L'intérêt de ces faits est l'étude de leur évolution.

3) *En période tertiaire.* — La constatation initiale des réactions liquidiennes, marquant le début des syphilis nerveuses latentes, est très fréquente pendant la première année, beaucoup moins pendant les deuxième et troisième années et, à partir de cette date, diminue très sensiblement.

C'est vers cette date que commencent les accidents localisés de la période tertiaire, qui s'opposent à la septicémie secondaire.

Pendant cette période tertiaire, ce sont les réactions complètes, vestiges des atteintes plus profondes, qui persistent, reflétant en général des lésions méningo-parenchymateuses d'un pronostic plus sérieux.

En dehors de ces cas on peut trouver aussi des réactions lymphocytaires discrètes avec éléments rabougris, presque morts et une légère albuminose, toutes manifestations résiduelles.

*En résumé,* ces formes nous montrent la très grande fréquence des infections du système nerveux dès les premiers stades de la syphilis.

Dans quelques cas, l'infection du système nerveux peut se réaliser plus tard, au cours de l'évolution de la syphilis. Ces atteintes tardives sont presque exceptionnelles par rapport à celles qui se font au début de la maladie.

C'est dans les premiers mois que se décide l'avenir du système nerveux.

## II. EVOLUTION DES SYPHILIS NERVEUSES INAPPARENTES.

— D'après les faits observés, on a pu décrire deux grandes formes évolutives de la syphilis inapparente : les formes curables et les formes précliniques.

1) *Formes curables.* — Dans ces cas, il s'agit de malades chez lesquels, à différentes étapes de la syphilis, ont été constatées des réactions liquidiennes complètes ou partielles. Ces anomalies se sont complètement effacées en des temps variables et dans quelques cas longtemps suivis, aucune récidive ne fut observée, aucun signe clinique ne s'est manifesté par la suite. Ces réactions se constituent en général dans les quinze à dix-huit premiers mois de la syphilis, exceptionnellement après.

Souvent, au début, apparaît un petit signe nerveux (parésie oculaire par exemple) qui disparaît très vite avant les réactions liquidiennes. Ces formes représentent les stades intermédiaires entre les syphilis nerveuses inapparentes et cliniques.

2) *Formes précliniques.* — Elles sont caractérisées par les réactions liquidiennes qui, après une phase latente plus ou moins longue, ont continué une évolution progressive jusqu'à l'apparition d'un signe clinique.

Aucun aspect, aucun caractère différentiel ne permettent de séparer les formes curables ou précliniques. Dans les deux cas on peut observer des réactions partielles ou complètes. Le temps seul permet de juger de leur évolution ; et devant chaque malade, il faut agir pour éviter les évolutions sérieuses possibles, toujours menaçantes, qui peuvent aboutir au tabès ou à la paralysie générale après plusieurs années d'incubation silencieuse.

## III. DIAGNOSTIC DES SYPHILIS NERVEUSES INAPPARENTES.

— Nous ne reviendrons pas sur l'étude critique des diverses réactions du liquide céphalo-rachidien. Deux cas s'observent, schématiquement.

1) *Une réaction complète* permet presque à coup sûr d'affirmer qu'il s'agit d'une atteinte spécifique. Dans quelques cas cependant un B.W. positif peut être observé dans le Pian, la maladie du sommeil, la lèpre et quelques cas exceptionnels de tumeurs cérébrales.



De même une méningite aiguë non syphilitique survenant chez un syphilitique peut être une cause d'erreur.

2) Une réaction partielle cellulaire ou albumineuse ne permet que beaucoup plus difficilement d'établir la preuve de sa nature spécifique.

La réaction cellulaire est banale au cours du zona, de l'herpès, de certaines maladies infectieuses (typhoïde) ou parasitaires (méningite vermineuse) et même après de simples troubles circulatoires.

L'hyperalbuminose isolée est tout aussi banale. Elle peut survenir chez des syphilitiques ayant reçu de fortes doses d'arsenic. On peut alors observer parfois quelques signes faisant craindre l'apparition d'un tabès, d'une paralysie générale ; mais la ponction montre une simple hyperalbuminose, d'ailleurs peu élevée. Elle peut être en rapports avec une polynévrite ou une encéphalite arsenicales, troubles lentement curables, améliorés par l'hyposulfite de soude.

Les réactions de floculation sont parfois positives ou subpositives chez des malades non syphilitiques.

Une courbe de floculation de l'or colloïdal, ressemblant à celle de la syphilis peut être accompagnée d'hypercytose et d'un chiffre élevé d'albumines au cours d'une encéphalite léthargique. Mais alors le B.W. est souvent négatif et le benjoin l'est toujours.

L'opposition entre un benjoin positif et un B.W. négatif se voit, non seulement dans le syndrome humoral de la sclérose en plaques, mais encore dans la méningite tuberculeuse, certaines tumeurs cérébrales, des syringomyélies, au cours de compressions médullaires ou de myélites infectieuses.

Dans tous les cas l'examen isolé du liquide rachidien ne permet pas de conclure et le contexte clinique est indispensable pour éviter parfois des erreurs. Et l'on pourra toujours reponctionner plus tard, ou tenter une réactivation, comme nous l'avons déjà vu.

C. Le pronostic des réactions liquidiennes. — I. A quelle date faire l'examen. — Pour établir avec un maximum de précision un pronostic qui engage l'avenir du malade, indépendamment de l'étude minutieuse des réactions elles-mêmes, il convient encore de préciser la date à laquelle les examens doivent être faits.

Pour Ravaut c'est la fin de la troisième année de la syphilis qui est la période optima, car à cette époque :

Les réactions curables et précoces ont disparu et semblent ne pas engager l'avenir ;

Les réactions tenaces persistent encore ;

Les réactions tardives ont eu le temps d'acquiescer leur développement.

Ainsi s'effectue une sélection dont l'importance est grande dans la conduite du traitement.

Pour Sézary, il faut faire une ponction à la fin de la première année pour faire dès cette époque un bilan nerveux. Une seconde ponction plus tardive est nécessaire dans les cas douteux.

Le pronostic des réactions spécifiques ne comporte pas seulement celui des réactions positives, mais encore celui des réactions négatives. Les premières, nous l'avons vu, peuvent guérir ou n'être au contraire

qu'un symptôme prémonitoire ; et cette distinction est difficile à établir.

Et affirmer devant une réaction négative qu'il n'y a pas de lésions nerveuses en évolution est plus délicat encore. D'autre part, il convient de rechercher si une réaction négative constatée une première fois reste toujours négative et ne peut devenir positive plus tard.

II. Le pronostic des réactions positives. — Il est intéressant de déterminer d'abord les proportions suivant lesquelles les réactions positives évoluent, soit vers la bénignité, soit vers la gravité.

Les résultats des diverses statistiques montrent que, pendant les trois premières années de la syphilis, 20 à 30 % des malades présentent des réactions positives du liquide céphalo-rachidien. La moitié de ces réactions correspond à des formes curables, la seconde moitié à des formes précliniques, donc graves, puisqu'elles aboutissent à des syphilis nerveuses cliniques. Ces chiffres sont certainement un maximum, car ils sont moins élevés avec les progrès de la thérapeutique. Et bien entendu, nous ne parlons pas des malades régulièrement traités depuis leur chancre ou leur roséole et chez qui ces faits sont alors beaucoup plus rares.

Le problème ne consiste qu'à savoir quelle est la réaction bénigne curable et quelle est la réaction évolutive sérieuse. Les diverses méthodes jusqu'ici proposées n'ont fourni à cette question que des réponses aléatoires. Demanche, Marchionini, recherchent dans le liquide des albumines, des lipoides, des ferments issus du cerveau, en employant des antigènes extraits du cerveau de paralytiques généraux. Les résultats, qui s'avèrent intéressants, ne sont pas encore entrés dans la pratique.

En général les solutions données sont encore plus aléatoires si une seule ponction a été faite ; et, reponctionner à intervalles réguliers, c'est attendre l'épreuve du temps. Une réaction positive appelle toujours un traitement immédiat et énergique.

En réalité le problème peut être posé un peu différemment et les réponses obtenues sont alors plus intéressantes. Les réactions observées représentent-elles des lésions agressives, en évolution, ou bien au contraire des lésions régressives ?

1) Une réaction complète peut nous renseigner par l'analyse de chacun des éléments qui la composent.

La formule leucocytaire est à cet égard pleine d'enseignements et nous savons maintenant l'importance des cellules vivantes, des plasmazellen, des polynucléaires et des macrophages. En règle générale, plus le processus est actif et plus la formule est bigarrée.

Le taux des albumines de 0,60 à 1,50 et plus représente une lésion évolutive, quelle que soit l'origine réelle de ces albumines (troubles de la perméabilité méningée ou destruction du parenchyme nerveux).

Un Bordet-Wassermann fortement positif avec tous les antigènes et sur de minimes quantités de liquide, une courbe de floculation fortement positive, sont autant d'indices de gravité.

L'examen du sang doit lui-même entrer en ligne de compte ; une sérologie positive confirme la totale infection syphilitique.

Nous avons déjà vu plus haut comment évoluaient ces diverses réactions au cours d'une *régression* et nous n'y reviendrons pas.

Ainsi donc le pronostic d'une réaction complète peut être fixé en partie et c'est déjà un important résultat pratique.

2) Une *réaction partielle* est bien plus difficile à interpréter. S'il est rare, même lors d'une première ponction, d'observer une réaction partielle qui va se compléter par la suite, il est plus fréquent de rencontrer le reliquat d'une réaction complète en voie d'extinction spontanée ou thérapeutique. Selon la date d'examen le groupement des réactions est très variable.

Et il convient de se méfier des dissociations réactionnelles, connues au cours de la syphilis nerveuse clinique et identiquement possibles lors des atteintes inapparentes. Et encore ces dissociations s'expliquent mieux par la diversité des lésions anatomiques que par une passagère exception.

En résumé une réaction positive ne s'interprétera pas isolément. Les circonstances cliniques, l'âge de la syphilis, les réactions sanguines concomitantes, les traitements effectués sont autant de variantes à faire entrer en ligne de compte. Le point capital est de bien préciser l'époque de la ponction et de *bien situer la réaction par rapport à l'évolution de la syphilis*.

III. *Le pronostic des réactions négatives.* — Cette étude présente un double intérêt pratique :

— Savoir si, en réalité, derrière un liquide en apparence normal ne se cachent pas des lésions particulièrement silencieuses, mais graves par leur existence même.

— Savoir si la réaction négative ne va pas devenir ultérieurement positive.

1) *Les syphilis nerveuses sans réactions liquidienne.* — Nous avons vu plus haut qu'il existait des exceptions à la règle qui veut qu'une syphilis nerveuse clinique s'accompagne de réactions parallèles du liquide céphalo-rachidien.

a) Dans ce groupe rentrent les réactions négatives correspondant à des lésions en voie de cicatrisation ou même complètement éteintes et dont les signes cliniques constituent d'indélébiles cicatrices.

b) Certaines lésions profondes, enfouies dans le parenchyme peuvent ne pas perturber le liquide.

c) Enfin il existe des sujets présentant des signes cliniques de tabès, de paralysie générale, de syphilis nerveuse en évolution, et chez lesquels les réactions habituelles manquent, en totalité ou en partie. Nous avons vu plus haut quelles explications on pouvait donner de ces faits paradoxaux.

2) *L'évolution d'une réaction négative.* — Certaines observations ont montré qu'une première ponction négative est suivie plus ou moins longtemps après de réactions positives. Ces faits s'expliquent car nous avons déjà vu que l'apparition de réactions positives était possible à une époque tardive de la syphilis. Ces faits sont très rares et si l'on tente de chiffrer aussi largement que possible, on peut dire qu'une réaction négative, observée après les deux ou trois premières années de la maladie, reste négative, cliniquement et

biologiquement dans 93,2 % des cas *au minimum*. Cette proportion tombe notablement si l'on s'adresse à des spécifiques bien traités, ayant dépassé la troisième année et dont le sang est négatif.

La négativité des réactions liquidienne et sanguines montre en effet l'absence de syphilis nerveuse en évolution ou la guérison d'une lésion antérieure.

Et si le sang reste négatif dans la suite il y a peu de chances pour que le spirochète ne puisse venir plus tard coloniser le système nerveux, danger moindre, semble-t-il, que les possibilités d'une réinfection exogène.

D. *Action du traitement sur les réactions liquidienne.* — Cette étude ne saurait actuellement être terminée, car si tous les médicaments chimiques courants ont été essayés et étudiés, les méthodes biothérapeutiques récentes sont encore à l'essai, surtout sur les syphilis latentes.

Avant d'exposer les résultats trouvés et leurs conséquences pratiques, il faut reproduire ici quatre principes formels, énoncés déjà depuis longtemps par Ravaut, et qui sont particulièrement applicables au traitement des syphilis nerveuses inapparentes, en raison de la fragilité et de l'importance des tissus nerveux atteints par le spirochète.

a) Plus l'infection est récente et plus il est facile de réduire les réactions et les lésions dont elles ne sont que le reflet.

b) En raison de la fragilité du tissu nerveux, de l'absence des suppléances fonctionnelles, il faut éviter les traitements d'emblée trop violents. On provoque ainsi des neuro-réactions, cliniques ou latentes, dont on ne peut prévoir ni la gravité, ni l'étendue.

c) Un traitement commencé doit être mené jusqu'au bout, car insuffisant ou incomplet il peut être plus nuisible qu'utile.

d) Si une réaction semble difficile à interpréter, n'attendez pas ; traitez comme si vous deviez la prendre dans son plus mauvais sens. Il est toujours facile de faire le point un an après et de voir ce que la réaction est devenue.

I. *Méthodes chimiques.* — De plus en plus le bismuth tend à remplacer le mercure dans le traitement des syphilis nerveuses. Citons une statistique de R. Bernard (1928) qui juge les résultats des traitements d'après les réactions du liquide rachidien chez 200 malades.

Une partie fut traitée à l'arsenic seul. 68 % conservaient un liquide pathologique.

Le reste reçut un traitement arsenico-bismuthique. 14 % seulement présentaient un liquide anormal.

Et les résultats sont meilleurs après des cures mixtes conjuguées qu'après les cures mixtes alternées.

En cas de syphilis nerveuse inapparente, où seules les réactions liquidienne permettent de juger un traitement, les faits ont confirmé les notions connues pour les autres formes de syphilis. Les réactions, même complètes, peuvent s'effacer entièrement sous l'influence de traitements chimiques prolongés le temps nécessaire ; leur résistance est d'autant moins grande que l'attaque thérapeutique a été plus précoce.



Récemment, à Saint-Louis, sur 300 malades traités pendant trois ans par cures mixtes conjuguées arsenico-bismuthiques, on a observé les faits suivants :

289 malades n'avaient aucun signe clinique, aucune réaction sérologique ou liquidienne.

8 possédaient des réactions partielles du liquide avec B.W. négatif dans le sang et le liquide.

1 présentait un liquide partiellement anormal avec B.W. négatif, mais B.W. positif dans le sang.

2 enfin opposaient une réaction liquidienne complète à une sérologie négative.

Ces onze malades portaient vraisemblablement tous des lésions en voie de décroissance. Ils n'avaient pas de signes nerveux cliniques et la persistance du traitement leur permettra, semble-t-il, d'échapper tous à une syphilis nerveuse ultérieure.

D'autres procédés chimiques sont actuellement à l'étude :

L'or colloïdal ;

La chimiothérapie intrarachidienne par le 914 ou le bismuth colloïdal.

Mais ces méthodes s'adressent aux réactions tenaces et anciennes. Il semble en fait que la classique association arsenic-bismuth puisse faire le mieux à condition :

- D'être appliquée à temps,
- Et poursuivie avec méthode.

II. *Méthodes biologiques.* — En 1923 et 1924, Kyrle appliqua le paludisme aux réactions liquidienues tenaces ayant résisté à d'énormes doses de médicaments chimiques (il est vrai que les indications du traitement bismuthique étaient encore imprécises). Les résultats furent très encourageants car ces réactions tombèrent assez vite.

D'autres méthodes biologiques sont actuellement essayées dans le même but et principalement la diathermie à ondes courtes.

III. *Associations bio-chimiques.* — Les essais tentés furent très prometteurs et confirmèrent que les réactions précoces étaient sensibles aux traitements chimiques simples et que l'association bio-chimique convenait parfaitement aux réactions tenaces et anciennes.

En résumé, la chimiothérapie peut, à elle seule, amener la disparition des réactions liquidienues si elle est correctement mise en œuvre au début de la syphilis.

Un déchet existe, bien minime, auquel on pourrait appliquer la malariathérapie ou d'autres méthodes biologiques.

Dans la suite, les réactions devenant plus anciennes sont aussi plus résistantes et c'est à celles-là que s'applique au mieux l'association bio-chimique, continuée le temps nécessaire pour obtenir définitivement la disparition des réactions sanguines et de celles du liquide céphalo-rachidien.

#### BIBLIOGRAPHIE

- DEMANCHE (R.). La sérologie dans la syphilis. *Traité de Jeanselme*, t. II.  
 PRUVOST. Examens de laboratoire. *Traité de Sergent, Ribadeau-Dumas, Babonneix*.

BABONNEIX. Syphilis nerveuse. *Traité de Sergent, Ribadeau-Dumas, Babonneix*.

KIRCHBERG. Le liquide céphalo-rachidien dans les divers stades de la syphilis nerveuse. *Annales des malad. vénér.*, avril, juin, août 1928.

RAVAUT. Les indications cliniques et thérapeutiques fournies par la P.L. au cours de la syphilis. *Monde méd.*, oct. 1911 ; — Quand doit-on analyser le liquide céphalo-rachidien d'un syphilitique ? *Presse méd.*, 8 oct. 1919.

RAVAUT et BOULIOR. La cytologie du liquide c.-r. des syphilitiques. *Annales de Dermato-Syphiligraphie*, déc. 1927.

RAVAUT. Syphilis. Paludisme. Amibiase, 3<sup>e</sup> éd., Masson, 1927 ; — Les conséquences d'une réaction positive ou négative du liquide céphalo-rachidien, d'après trente années d'observations. *Monde méd.*, juin 1930.

RAVAUT et DUJARDIN. Rapports au Centenaire de Fournier, 1932.

RAVAUT. Le diagnostic précoce de la syphilis nerveuse par l'analyse du liquide céphalo-rachidien. *Monde méd.*, juill. 1932 ; — Le traitement de la syphilis nerveuse. *Monde méd.*, déc. 1932.

RAVAUT, RICHON, BOCAGE. La sous-occipito-centèse en syphiligraphie. *Vie méd.*, janv. 1933.

RAVAUT. Une nouvelle syphilis nerveuse ; ses formes cliniquement inapparentes. Masson, 1934.

RABEAU (H.). Contribution à l'étude des albumines du liquide c.-r. en particulier dans la syphilis. *Th. de Paris*, 1921.

BOCAGE. Les albumines rachidiennes d'origine parenchymateuse. *Th. de Paris*, 1924.

## SOCIÉTÉS SAVANTES

### ACADEMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 18 FÉVRIER 1935)

**Thérapeutique antivenimeuse.** — M. MESNIL transmet une note de M. Etienne Sergent, chef de service à l'Institut Pasteur d'Alger, qui a procédé à des essais thérapeutiques vis-à-vis de l'envenimation par les vipères de l'Afrique du Nord. Etant donnée une dose de venin mortelle pour tous les animaux témoins non traités, l'emploi du sérum spécifique fait décroître les cas de mort dans une grande proportion ; celui d'un sérum antivenimeux, non spécial aux envenimations africaines, les abaisse dans une proportion un peu moindre et, fait inattendu et encore mal expliqué, les injections d'eau physiologique abaissent également la mortalité de façon très appréciable.

### ACADEMIE DE MEDECINE

(SÉANCE DU 19 FÉVRIER 1935)

**Pronostic de l'infection tuberculeuse primitive de la conjonctive.** — MM. V. MORAX et E. RIST. La primo infection tuberculeuse de la conjonctive oculaire offre un intérêt tout particulier, parce qu'elle permet de suivre, pour ainsi dire à livre ouvert, les étapes de l'infection, à partir de cette porte d'entrée. La lésion ulcéreuse ou végétante est contrôlable par l'examen bactériologique et la biopsie. Elle se développe après une incubation de quinze jours environ, qui n'a pu être appréciée d'ailleurs que dans les très rares cas où la date de contamination a été établie. Ce qui différencie la primo infection, c'est l'adénopathie prétragienne, satellite toujours présente, le plus souvent volumineuse.



S'appuyant sur quelques cas qu'ils ont pu suivre pendant des périodes allant de 15 mois à 20 ans, MM. Morax et Rist pensent que le pronostic de la primo infection tuberculeuse de la conjonctive, qui n'atteint que l'enfant et l'adolescent, est à tout prendre plus favorable qu'on n'a coutume de le dire. La gravité de la primo infection préputiale, tient sans doute à ce qu'elle atteint les nouveau-nés.

**Au sujet de la vaccination contre la fièvre jaune.** — M. Charles NICOLLE. La méthode de vaccination par le virus vivant et atténué a été appliquée déjà, en Afrique occidentale française, à 3.000 personnes complètement vaccinées, c'est-à-dire ayant reçu les trois inoculations du vaccin. Un nombre, au moins égal, de coloniaux, la plupart récemment débarqués, est en cours de vaccination, c'est-à-dire a reçu une ou deux inoculations qui seront complétées dans les délais fixés. La preuve est totalement faite de l'innocuité et de l'activité de la méthode. Nulle objection, tirée de l'expérimentation sur les animaux, n'est plus de saison. L'expérience sur l'homme a prononcé. C'est la seule intéressante, la seule valable.

Devant ces résultats, on se demande la portée des objections à cette méthode.

Et après avoir examiné ces objections, M. Charles Nicolle termine par la conclusion suivante :

« Tant qu'on ne peut, sans danger, employer le virus seul, la séro-vaccination rend des services. Dès qu'une méthode, utilisant le virus seul, se montre inoffensive, la séro-vaccination lui cède sa place. La séro-vaccination de la fièvre jaune aurait pu rendre des services si un procédé plus simple et plus efficace, celui du vaccin vivant et atténué, ne s'était imposé. Il s'est imposé ; la séro-vaccination n'a droit qu'à un éloge posthume. Elle le mérite. Nous devons être reconnaissants envers ceux qui, par ce moyen provisoire, ont commencé la lutte contre la fièvre jaune.

« Etranger aux recherches de Sellards et Laigret, à Tunis, mais les ayant suivies de près, responsable de leurs premières applications, j'ai cru devoir présenter à l'Académie ces réflexions qui ont pour base, autant que la connaissance, une vue pratique. »

**Le silicium et l'immunité contre la tuberculose pulmonaire.** — M. H. VINCENT présente une note de MM. le professeur R. Royo Villanova et J. Pardo Canalis (de Saragosse). Dans une communication antérieure, ces auteurs ont étudié l'influence du silicium sur la biologie du bacille de Koch et son action empêchante possible dans les lésions pulmonaires. Ils signalent aujourd'hui l'influence de métalloïde tétravalent sur la culture du même bacille.

Les recherches faites sur deux séries parallèles de cultures, l'une avec le bacille bovin, l'autre avec le bacille humain, ont montré qu'en présence de l'acide silicique, les cultures se développent mal ou pas.

**Dissociation auriculo-ventriculaire.** — MM. A. CLERC, ZADOC-KAHN et R. ANDRÉ présentent l'observation d'une malade âgée de 76 ans, chez laquelle se développa une dissociation auriculo-ventriculaire complète avec troubles fonctionnels d'intensité progressive. Le 20 mars 1934 se produisit une crise type Stokes-Adams particulièrement grave puisqu'elle aboutit à une syncope avec arrêt complet de la respiration, et même du cœur, arrêt vérifié à l'électrocardiogramme, après une phase de flutter ventriculaire. Une injection intracardiaque de 1 cc. d'adrénaline à 1/1000 amène la reprise des battements d'abord tumultueux, puis réguliers, et au bout de quelques minutes, tout se rétablit comme avant la crise. Du mois de mars au mois d'août, il ne persiste que quelques vertiges ; à ce moment, sans raison apparente, la dissociation se supprime et le pouls se met à battre à raison de 60 à la minute. A part une reprise passagère au début d'octobre, cette situation ne s'est

plus modifiée et la malade va et vient dans la salle, en évitant seulement toute fatigue.

**Contribution à la pathogénie de l'épilepsie.** — MM. Ph. PAGNIEZ et P. SALLES. Parmi les nombreuses hypothèses envisagées pour expliquer l'apparition des paroxysmes convulsifs des épileptiques, celle de l'hydratation a dans ces dernières années occupé une place importante, tout particulièrement aux Etats-Unis.

Les travaux de Mc Quarrie et de Temple Fay ont montré que chez un certain nombre d'épileptiques, une très forte réduction des boissons, réalisant ce que ces auteurs ont appelé la déshydratation, avait pour effet de diminuer d'une façon considérable la fréquence des crises d'épilepsie.

Ces faits et d'autres encore ont amené les auteurs à penser qu'il pourrait y avoir intérêt à étudier l'effet sur les épileptiques des cures d'insuline. Celles-ci, en effet, sont utilisées souvent en dehors du diabète comme un procédé d'engraissement et on sait que chez certains sujets jeunes, l'augmentation du poids est, sous l'influence de l'insuline, quelquefois au début extrêmement rapide, si rapide même qu'elle ne peut s'interpréter que comme la traduction d'une hydratation de l'organisme. On pouvait dès lors se demander si les épileptiques qui paraissent des sujets à métabolisme hydrique assez spécial présenteraient communément cette augmentation rapide par hydratation, et si cette modification aurait sur la répétition des crises une influence analogue à celle de l'ingestion d'eau accompagnée d'injection d'extrait pituitaire.

Les malades observés n'ont présenté aucune augmentation des crises, du fait de la cure insulinaire. Dans trois cas, on n'a observé aucun accident comitial pendant la durée des injections. Dans deux cas, on a enregistré quelques accidents de petit ou de grand mal, mais qui n'ont pas été en nombre plus fréquent qu'avant ou après l'épreuve. Celle-ci permet donc de penser qu'il ne suffit pas d'élever temporairement l'hydratation de l'organisme de l'épileptique pour provoquer l'apparition d'une crise.

Ces résultats sont par ailleurs à rapprocher de ceux qu'on fait connaître MM. Beaudouin, Azerad et Lewin.

**Sur les érythroblastoses infantiles à type familial ou racial.** — MM. PÉNU et R. NOËL (de Lyon) tracent un schéma nosologique des érythroblastoses, maladies caractérisées par la présence permanente, dans le sang circulant, de nombreuses hématies nucléées, à une époque de la vie infantile où, normalement, elles n'existent plus. Physiologiquement, les globules rouges « non mûrs » disparaissent de la circulation générale à partir du sixième mois de la vie intra-utérine. Certes, des formes anormales peuvent réapparaître dans le sang au cours d'états pathologiques divers, accompagnés d'une régénération sanguine (anémies parasitaires) ou causés par une néoplasie (leucémies). Mais la modification sanguine survient alors comme conséquence de la maladie et son existence est transitoire. Dans les érythroblastoses au contraire, cette perturbation forme le substratum permanent de l'affection.

Les érythroblastoses comprennent deux groupes de maladies. Le premier est constitué par : l'anasarque foeto-placentaire (type Schridde), — l'ictère grave du nouveau-né, — l'anémie grave du nouveau-né. L'autre est représenté par l'anémie type Cooley encore appelée thalassanémie ou anémie méditerranéenne. Elle frappe la première et la deuxième enfances. Elle est observée uniquement sur des sujets habitant les régions situées au nord-est de la Méditerranée : italiens, grecs, syriens et arméniens. Dans nos régions, on n'observe que la première variété.

Les érythroblastoses sont familiales ou raciales. L'évolution du globule rouge ne s'effectue pas dans un sens normal : il demeure une cellule nucléée.



Election de 2 correspondants étrangers dans la 3<sup>e</sup> division (hygiène).

M. Gengou (de Bruxelles) et M. Doerr (de Bâle) sont élus.

### SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 11 JANVIER 1935)

**Néphrite chronique avec atrophie rénale chez un nourrisson.** — MM. RIBADEAU-DUMAS, MAX-LEVY, GAUCHER et Mlle MIGNON. Observation d'un nourrisson ayant présenté :

- 1<sup>o</sup> Une infection pulmonaire récidivante à poussées prolongées ;
- 2<sup>o</sup> Néphrite azotémique suivie pendant 11 mois, avec hypertension ;
- 3<sup>o</sup> Equilibre acide-base normal, malgré l'insuffisance rénale ;
- 4<sup>o</sup> Hyperchlorémie pouvant être attribuée à l'infection pulmonaire concomitante ;
- 5<sup>o</sup> Aucun signe de rachitisme.

**Kala-azar stibio-résistant. Guérison après deux ans et demi de traitement.** — M. GIRAUD (Marseille). Enfant deux ans et demi amélioré après 7 mois de néostibosane. Guérison apparente. Rechute ayant résisté à de nombreuses séries du même médicament. Après radiothérapie de la rate, une reprise du traitement par l'uréastibamine permit d'obtenir une guérison définitive.

**Kala-azar très grave guéri par l'uréastibamine.** — M. GIRAUD (Marseille). Enfant de 2 ans 1/2 atteint d'une forme grave de kala-azar avec syndrome hémorragique. Diagnostic fait par ponction du tibia. Transfusions répétées et trois séries d'uréastibamine. Guérison en 4 mois. L'uréastibamine a été bien supportée.

**Histopathologie de la méningite tuberculeuse.** — MM. LAIGNEL-LAVASTINE et AMOUR-F. LIBER ont trouvé dans trois cas à évolution clinique aiguë des lésions anciennes, et en particulier une sclérose des zones nécrotiques. Réaction cellulaire complexe. Parmi les cellules libres se trouvent des éléments qui proviennent du revêtement de la méninge molle. La structure des amas bacillifères et les rapports histo-bacillaires varient suivant l'espèce cellulaire.

**Deux cas de brucellose observés à Paris. Emploi thérapeutique de la mélitine.** — M. DECOURT. Deux cas de brucellose observés l'un à Paris, l'autre à Meaux. Ce dernier cas contracté au contact des bovidés : celui-ci semble confirmer que la différence du pouvoir pathogénique entre le *Brucellus melitensis* et le *Br. abortus* tient sans doute à une adaptation occasionnelle du même germe à des espèces animales différentes. Les deux malades ont été traités par des injections de mélitine, à effet favorable.

**Kala-azar avec volumineuses adénopathies épitrochléennes chez un adolescent.** — MM. D'OELNITZ, BONNET et RAYBAUT (Nice). Nouveau cas de kala-azar de l'adolescent avec volumineuses adénopathies épitrochléennes, ayant régressé sous l'influence du traitement stibié. Grande utilité des traitements stibiés énergiques d'emblée.

**Accident mortel de la chrysothérapie. Syndrome de Landry associé à une érythrodermie aurique. Discussion de la valeur thérapeutique de la notion d'intolérance.** — MM. P. BOURGEOIS, THIEL et BROUTMAN. Tuberculeux traité par les sels d'or qui, dès la première injection, fit une poussée d'urticaire. Traitement continué jusqu'à la dose de 5 gr. 40. Alors, apparition d'aurides papuleuses, prurigineuses localisées à l'épaule et apparition d'un syndrome de Landry,

polynévritique sans manifestations douloureuses, à marche ascendante terminée par la mort (atteinte bulbaire). Les auteurs estiment que les accidents thérapeutiques, qu'ils participent ou non de l'intolérance ou de l'intoxication, sont toujours un avertissement sérieux.

**Valeur diagnostique de l'interférométrie dans le diagnostic du diabète sucré.** — MM. RATHERY et Laurent GÉRARD estiment que la recherche dans le sérum de ferments capables d'agir sur les albumines tissulaires spécifiques retirées des glandes par la méthode interférométrique ne saurait être considérée comme à l'abri de toute critique. Les résultats en sont très décevants. Parmi les cas relatifs au diabète, un seul donnait une déficience nette du pancréas, un autre une déficience légère, tous les autres un état non déficient en ce qui concerne le pancréas. Tous ces malades étaient atteints de formes graves avec glycémie élevée, glycosurie et acétonémie. Ces cas vont à l'encontre des idées acceptées sur la physiologie pathologique du diabète.

**Maladie d'Addison guérie après usage de l'opothérapie surrénalienne classique.** — MM. R. MERKLEN et GOUNELLE (Strasbourg). Amélioration sensible d'un syndrome addisonien après opothérapie en injections et ingestions soutenues pouvant permettre d'escompter la guérison. La tension est redevenue normale et de la mélanodermie il ne subsiste que de légères séquelles.

**Syndrome myoclonique unilatéral vélo-pharyngo-laryngé chez un pseudo-bulbaire.** — MM. MOLLARET, DESOILLE et PERREAU. Syndrome typique de paralysie pseudo-bulbaire d'origine vasculaire et peut-être syphilitique. Apparition de paralysie unilatérale du voile du palais et d'un hémisindrome myoclonique. On doit attribuer ces phénomènes à l'atteinte de l'olive bulbaire et des fibres olivo-dentellées du côté opposé, donc à un ramollissement de l'hémi-bulbe droit.

**Paralysie diphtérique à forme cochléaire.** — MM. DUVOIR, POLLET, KREIS et GREENE. Paralysie unilatérale de la VIII<sup>e</sup> paire avec atteinte cochléaire prédominante. Il y a dans la science peu d'observations de lésion diphtérique du nerf auditif.

**Polynévrite diphtérique avec atteinte tardive du nerf auditif droit. Action du sérum antidiphtérique associé à l'anesthésie générale.** — MM. MARCHAL, SOULIÉ et GRUPPER. Paralysie diphtérique consécutive à angine méconne. La sérothérapie appliquée tardivement est restée sans effet sur l'évolution de cette polynévrite atypique et traînante, l'adjonction de quatre séances d'anesthésie à l'éther a permis d'activer les résultats cliniques.

**Valeur clinique de l'interférométrie.** — MM. Guy LAROCHE et GRIGAUT. 1<sup>o</sup> Chez des sujets d'apparence normale il suffit de troubles très légers de santé pour perturber les réponses interférométriques.

2<sup>o</sup> Sur 7 examens de sang de myxoedémateux, 3 seulement ont été en faveur de la méthode.

3<sup>o</sup> Dans la maladie de Basedow, réponses favorables dans 65 % des cas.

4<sup>o</sup> Réponses très irrégulières dans la maladie d'Addison et l'insuffisance génitale masculine.

5<sup>o</sup> Réponses positives dans 70 % des cas de femmes atteintes de troubles ovariens variés.

En résumé, les réponses interférométriques sont très souvent en désaccord avec les faits cliniques.

**Diabète grave insulino-résistant. Réduction brusque et massive de l'insulino-résistance par irradiations de la région hypophysaire.** — M. MERLE (Clermont-Ferrand). Malade de 32 ans, atteinte de diabète consommeur grave avec acétonu-



rie, pour lequel l'insulinothérapie intensive n'a jamais pu faire diminuer le taux de la glycosurie. L'irradiation de la région hypophysaire provoque une réduction immédiate de l'insulino-résistance qui s'est montrée durable.

**Bronchectasie avec thrombose de l'artère bronchique.** — M. LÉON KINDBERG et Mlle DREYFUS-SÉE. Garçon de 9 ans, qui au cours d'une tuberculose ulcéreuse, caséuse grave hémoptoïque, fit une surinfection putride du lobe atteint et fut rapidement emporté avec le diagnostic de gangrène pulmonaire massive du poumon gauche. A l'autopsie, bronchectasies diffuses, aux divers stades de leur développement. Au niveau du hile, thrombose organisée des artères bronchiques.

#### SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 15 DÉCEMBRE 1934)

**La traversée comparée des hexoses avant et après blocage du système réticulo-endothélial.** — MM. N. FRIESSINGER et R. MARTINETTI. Le blocage du tissu réticulo-endothélial ne modifie pas sensiblement la courbe du glucose, tandis qu'il élève et étale celles du lévulose et surtout du galactose.

Comme il réduit considérablement la fonction glycopexique du foie sans modifier la glycopexie musculaire, on doit donc conclure à l'absence de glycopexie musculaire du lévulose et surtout du galactose.

**Réaction d'opacification dans le sérum des lapins sensibilisés.** — MM. PASTEUR VALLERY-RADOT, G. MAURIC et Mme A. HUGO ont recherché si, expérimentalement, on pouvait suivre l'apparition de l'opacification chez les lapins ayant reçu un antigène et si, chez ces lapins, la présence de cette opacification était un test de sensibilisation.

Ayant mesuré le pouvoir opacifiant du sérum des lapins avant qu'ils aient reçu le sérum de cheval, puis étudié l'apparition de l'opacification après l'injection sensibilisante, ils concluent qu'une opacification dans le sérum des lapins sensibilisés n'est pas un test de sensibilisation. Elle peut s'observer même sans qu'il y ait eu pénétration d'un antigène dans l'organisme. Elle n'indique qu'une modification de l'équilibre du sérum.

**Etude de la toxicité comparée des solutions d'acide sulfurique et d'acide acétique pour les variétés R et S des bacilles tuberculeux d'origine aviaire.** — MM. A. SAENZ, M. SADETTIN et L. COSTIL. On sait l'action toxique de l'acide acétique, contrastant avec la tolérance de l'acide sulfurique, pour les bacilles tuberculeux aviaires. Ces auteurs ont donc cherché à déterminer l'action de ces deux acides sur les colonies dissociées R et S des souches de même origine.

Les variétés R et S des souches d'origine aviaire se comportent envers les acides sulfurique et acétique comme les souches de bacilles aviaires non dissociées ; même toxicité de l'acide acétique, même tolérance pour l'acide sulfurique.

**Le pigment jaune dans la région thalamo-sous-thalamique.** — MM. G. ROUSSY et M. MOSINGER. 1° Le pigment jaune ne s'observe, dans la région thalamo-sous-thalamique, que chez l'homme adulte ; 2° il est peu développé dans les formations végétatives de l'hypothalamus et du thalamus, exception faite des noyaux propres du tuber, qui se rapprochent ainsi des formations extrapyramidales ; 3° il est plus abondant et apparaît plus précocement dans la substance innommée, formation végétativo-motrice, les noyaux réticulaires, sauf le locus niger et la zone pallidale ; 4° il est très abondant dans le néo-thalamus qui présente son maximum de développement chez l'homme.

**De l'immunité obtenue par instillations d'abrine dans le sac conjonctival chez le lapin. Immunité antitoxique « locale » ou « générale » ?** — MM. G. RAMON et R. RICHOU. La résistance à l'intoxication par l'abrine que l'on constate, au même moment, soit pour l'œil préalablement traité par les instillations de cette toxine végétale, soit pour l'œil non traité, n'est pas, contrairement à la conception d'Ehrlich qui a encore cours à l'heure actuelle, d'ordre exclusivement local, elle est sous l'étroite dépendance de l'immunité antitoxique « générale » due à la présence dans le sang de l'animal, de l'anti-abrine.

**Production de l'immunité chez le lapin, au moyen d'instillations de toxine diphtérique dans le sac conjonctival. Immunité antitoxique « locale » ou « générale » ?** — MM. G. RAMON et R. RICHOU. Il n'y a pas d'immunité strictement locale primitive. La résistance à l'intoxication que nous décelons localement n'est que l'une des nombreuses manifestations de l'immunité antitoxique générale. L'action toxique qui s'exerce sur la conjonctive ouvre cette porte d'entrée à l'antigène ; grâce aux phénomènes inflammatoires qu'elle provoque à cet endroit, elle favorise la pénétration de l'antigène dans l'organisme où il va pouvoir jouer, dans des conditions peut-être meilleures encore que s'il était introduit par une autre voie, son rôle générateur de l'antitoxine et de l'immunité antitoxique générale et spécifique.

**Contribution à l'étude de l'assimilation de l'albumine chez le chien normal et chez le chien porteur d'une fistule d'Eck.** — MM. S. LIVIERATO, M. VAGLIANO et A. DERVENAGE ont étudié les variations des différents produits de la dégradation albuminurique dans le sang, au cours de la digestion d'un repas d'albumine d'œuf, chez des chiens normaux et chez des chiens porteurs d'une fistule d'Eck.

L'établissement de la fistule d'Eck détermine, par rapport aux valeurs trouvées chez les animaux normaux, une augmentation sensible de l'azote des acides aminés, de l'azote ammoniacal et de l'azote total non protéique ; en outre, le retour aux taux trouvés avant le repas d'épreuve se fait plus lentement que chez les animaux normaux.

**Action de certains extraits glandulaires ou liquides biologiques sur la motilité de l'uretère isolé.** — MM. M. VILARET, L. JUSTIN-BESANÇON, X. J. CONTIADÈS et I. JANCU mettent en évidence l'action de la folliculine, de l'extrait de corps jaune et du liquide amniotique sur l'uretère isolé. Par comparaison, ils ont étudié l'action, sur l'uretère isolé, du diéthyl-amino-éthyléther du 2-méthoxy-6-allylphénol.

**Technique de prélèvement et caractères normaux du liquide céphalo-rachidien lombaire et sous-occipital de quelques espèces de singes.** — M. P. MOLLARET précise les techniques permettant le prélèvement en série du liquide lombaire et sous-occipital de différentes espèces de singes, et apporte la synthèse de 200 analyses de liquides normaux et pathologiques. La pression du liquide est très faible et n'augmente guère par la compression des jugulaires. Les différences de composition des liquides lombaire et sous-occipital sont plus marquées que chez l'homme (différence du simple au triple). La ponction lombaire ou sous-occipitale doit être systématiquement pratiquée chez les singes destinés aux inoculations ; elle a permis de déceler à plusieurs reprises, chez des animaux en apparence sains, un état pathologique des méninges, source évidente d'erreurs.

**Le liquide céphalo-rachidien lombaire et sous-occipital dans la poliomyélite expérimentale du singe.** — M. P. MOLLARET et Mlle Berthe ERBER mettent en évidence, dans les formes de poliomyélite typique, des modifications du



liquide céphalo-rachidien, constantes et considérables, consistant en leucocytose (à formule mixte), hyperalbuminose, réaction de Pandy positive et courbe de précipitation du benjoin colloïdal élargie. De telles modifications précèdent les signes cliniques de 48 heures et, dans les formes curables, ne s'atténuent qu'après plusieurs mois. Les formes frustes de poliomyélite s'accompagnent de réactions analogues; il en est de même chez les animaux vaccinés, fait tendant à prouver que la vaccination est fonction d'une forme inapparente de la maladie. L'étude de la virulence ou des propriétés neutralisantes, dans la poliomyélite expérimentale, doit être effectuée parallèlement avec la recherche des modifications du liquide céphalorachidien.

Le liquide céphalo-rachidien lombaire et sous-occipital dans la fièvre jaune expérimentale du *Macacus Rhesus*. — MM. P. MOLLARET et G. J. STEFANOPOULO montrent l'existence d'une réaction lymphocytaire dans neuf cas de fièvre jaune typique du macaque inoculé sous la peau avec le virus « viscérotrope ». Les modifications sont beaucoup plus marquées en cas de forme nerveuse ou après inoculation intracérébrale ou sous-arachnoïdienne. On les observe encore dans les formes inapparentes et chez les animaux immunisés. La virulence du liquide a pu être constatée non seulement après inoculation intracérébrale, mais également après inoculation sous-cutanée. Chez les animaux immunisés, le liquide céphalo-rachidien avait acquis 4 fois sur 5 un pouvoir neutralisant élevé. De tels faits confirment l'existence d'un certain neurotropisme du virus amaril même dans les cas où l'inoculation a été faite sous la peau.

M. L. LAPICQUE, président, rappelle qu'il a été nommé il y a aujourd'hui quarante ans, et adresse ses remerciements à la fois à ceux qui l'ont nommé, et dont il ne reste plus que six, et aux jeunes dont l'activité contribue tant au rayonnement scientifique de la Société.

(SÉANCE DU 22 DÉCEMBRE 1934)

**Action toxique et immunisante de la toxine diphtérique appliquée sur la peau rasée ou épilée du lapin.** — MM. G. RAMON et M. DJOURICHITCH. Le poison diphtérique appliqué sous forme de pommade composée de lanoline, de vaseline et de toxine exercé sur la peau fraîchement rasée ou épilée, une action toxique manifeste, qui se traduit par l'apparition sur le territoire cutané ainsi traité, d'un œdème inflammatoire diffus, puis de petites escarres caractéristiques. Le fait de raser la peau ou de l'épiler, immédiatement avant l'application de la pommade contenant la toxine, favorise l'action de celle-ci et cela vraisemblablement grâce aux petites érosions cutanées dues au rasoir ou à l'épilation. A mesure que le tégument recouvre son intégrité, la sensibilité disparaît. La disparition dans ces conditions de la sensibilité de la peau rasée à la toxine ne doit pas être interprétée comme le résultat d'une « immunité locale », mais comme le retour à la résistance normale que la peau intacte possède.

Chez certains animaux soumis, à différentes reprises, à l'application de la pommade renfermant de la toxine diphtérique, on peut enregistrer, à un moment donné, à la fois l'absence de phénomènes inflammatoires locaux et la présence dans le sérum des mêmes animaux de l'antitoxine spécifique en proportion relativement forte. Ainsi la résistance locale et la résistance générale à l'intoxication, acquises à la suite de l'application répétée de la toxine diphtérique sur la peau du lapin, sont liées, d'après nos expériences, à la présence dans le sang de l'animal de l'antitoxine spécifique.

Sur le mécanisme de l'action immunisante de la toxine diphtérique appliquée sur la peau de l'animal d'expérience. MM. G. RAMON, M. DJOURICHITCH et R. RICHOU. L'immunité qui résulte de l'action, sur l'organisme du lapin, de

# DINITRA

alpha-dinitrophénol 1.2.4

## OBÉSITÉ

HYPOTHERMIES — HYPOSPHYXIES  
HYPOTHYROÏDIES

HYPOMÉTABOLISMES

RALENTISSEMENTS

de la NUTRITION



SOCIÉTÉ D'APPLICATIONS PHARMACODYNAMIQUES, 5 & 7, rue Claude Decaen — PARIS 12<sup>e</sup>

DREVILL • grav.



l'un ou l'autre des antigènes utilisés, par exemple l'antigène diphtérique, n'est pas d'ordre local, mais d'essence générale. En effet, quelle que soit sa voie d'accès — transcutanée, cutanée, sous-cutanée, conjonctivale, etc... — quelle que soit la forme qu'il revêt — qu'il s'agisse du bacille lui-même — l'antigène diphtérique parvenant au sein de l'organisme y provoque la formation de l'antitoxine spécifique. L'antitoxine contenue dans le sang, véhiculée par lui, pénétrant partout où il pénètre, réalise ainsi l'immunité antitoxique générale. Sans doute l'immunité antitoxique offre une pluralité de manifestations : absence de réaction de la peau, de la conjonctive, etc..., protection de l'organisme tout entier vis-à-vis de l'intoxication spécifique, elle n'en est pas moins « une » dans son essence. Les phénomènes locaux, inflammatoires ou autres, que provoque à la porte d'entrée soit l'antigène lui-même grâce à sa toxicité propre, soit les substances qu'on lui ajoute (tapioca, chlorure de calcium, lanoline, etc...), peuvent avoir de l'influence sur le développement de l'immunité toxique et sur son degré, mais non sur sa nature.

**A propos de la pluralité des souches de virus poliomyélitique.** — Mlle Berthe ERBER et M. Auguste PETTIT. Le pouvoir thérapeutique du sérum antipoliomyélitique de valeur neutralisante certaine ne se manifeste pas de façon comparable chez tous les poliomyélitiques ; ce fait devait conduire à rechercher l'existence de souches différentes de virus poliomyélitique. Les auteurs ont expérimenté sur quatre souches (S, HP, B et C) d'origine parisienne, tchécoslovaque, canadienne. Le sérum anti-S neutralise le virus HP, il neutralise le virus S à volumes égaux, il ne neutralise pas le virus C, incomplètement le virus B. Le sérum anti-B neutralise à volumes égaux les virus B et C, il neutralise le virus S à la dose de 0,1 cc. de sérum pour 0,2 cc. de virus. Le sérum anti-C neutralise les virus B, C et S à la dose de 0,1 cc. pour 0,2 cc. de virus. Ces données ont conduit à la préparation, pour l'usage thérapeutique, d'un sérum polyvalent par mélange de sérums d'animaux préparés avec du virus d'origine différente.

**Action de l'urine de femme enceinte sur la motilité de l'uretère isolé.** — MM. Maurice VILLARET, L. JUSTIN-BESANÇON, X. J. CONTIADÈS et I. JANCU ont étudié comparativement, sur l'uretère isolé du chien, l'effet de l'urine d'homme et celui de l'urine de femme enceinte.

Ils mettent en évidence les différences révélées, par les tracés, dans les contractions de l'uretère isolé.

**Un cas de « réaction dissociée » au filtrat de voiles jeunes de B. K. chez un enfant de 8 ans.** — M. H.-D. BOER relate le cas d'un enfant de 8 ans, chez lequel toutes les réactions à la tuberculine, même à 1/100 par voie intradermiques sont restées négatives, et qui présente une très forte réaction positive au filtrat de voiles jeunes de B.K. Le sang citraté de cet enfant, ensemencé dans le milieu à l'œuf liquide de Besredka, a donné par trois fois une culture de bacilles acido-résistants typiques non repiquables et avirulents pour le cobaye. Les ensemencements de ce sang sur milieu de Löwenstein restèrent sans résultat.

#### SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

(SÉANCE DU 12 DÉCEMBRE 1934)

**Titration biologique de la sécrétine, étude de quelques propriétés pharmacodynamiques de cette hormone.** — M. H. SIMONNET présente un travail dans lequel il a précisé les conditions expérimentales permettant de réaliser l'identification et le dosage de la sécrétine. Il a montré que ce dosage devait être effectué, non pas en valeur absolue, mais par rapport à un étalon de référence.

Il propose une définition de l'unité d'activité de sécrétine.

Il a exposé également quelques résultats concernant le pouvoir hypoglycémiant de la sécrétine et les rapports entre cette hormone et l'état fonctionnel du système nerveux végétatif.

**Exercice et cholestérolémie.** — M. Maurice BOIGEY. L'élimination du cholestérol par les glandes sébacées est normale chez l'homme et chez certains animaux (mouton). L'exercice physique mesuré et thérapeutiquement appliqué accélère considérablement cette élimination. L'exercice apparaît comme l'un des moyens les plus efficaces de faire baisser le taux de cholestérol dans le sang.

Il agit, d'une part, en provoquant une triple hypersécrétion biliaire, intestinale et cutanée. Ces effets résultent de l'irrigation des glandes éliminatrices, par un sang particulièrement oxygéné, au cours de l'exercice. L'oxygène joue ici le rôle d'excitant électif des diverses glandes.

D'autre part, l'exercice active très notablement la lipolyse, la cholestérololyse, dont les éthers du cholestérol font surtout les frais, chez les hypercholestérolémiques.

**Cancer et exercice.** — M. Maurice BOIGEY. Certaines conditions particulières de la vie tissulaire créent la prédisposition au cancer. Dans tout processus de cancérisation, l'importance de l'irritation locale qui détermine le point de départ du cancer est sans doute importante, mais elle n'aboutit à la cancérisation que si le terrain où se passe cette irritation s'y prête et est préparé à l'évolution cancéreuse par l'hypophyxiologie cellulaire préalable. Toutefois celle-ci peut exister sans que le mal se déclare si les causes secondes d'irritation locale sont absentes.

L'exercice est le meilleur antidote du cancer, en ce qu'il combat efficacement l'état d'hypophyxiologie préalable, indispensable à la germination cancéreuse.

De plus, l'exercice détermine un ralentissement de l'accroissement des tumeurs déclarées et peut même suspendre l'évolution de certaines d'entre elles.

Enfin, il combat efficacement l'état de dénutrition et l'insuffisance de l'hématose chez les cancéreux.

Pour exercer de tels malades, il faut employer un fauteuil exerciseur à siège mobile et pivotant, qui leur permet de mobiliser leurs membres, leurs muscles et surtout leur sang abdominal sans fatigue, sans essoufflement et sans palpitations.

Assis, soutenus de toutes parts, appuyés aux bras de ce fauteuil et supportés par lui, ils peuvent ainsi faire fonctionner par un effort très léger leurs muscles abdominaux rotateurs du tronc et ceux des membres.

**De l'action de l'huile soufrée injectable sur l'équilibre protéique du sang des rhumatisants chroniques et des paralytiques généraux.** — M. J. TONNET. L'huile soufrée injectable apporte des améliorations indiscutables chez les rhumatisants chroniques et chez les paralytiques généraux. Elle ne paraît pourtant pas agir d'une façon identique sur l'équilibre protéique du sang de ces divers malades.

D'une façon générale chez les rhumatisants, les protéines qui sont d'habitude élevées, sont toutes abaissées et ramenées à un chiffre plus voisin de la normale. Chez les paralytiques généraux l'albumine acéto-précipitable est abaissée ainsi que le rapport sérine/globuline. Peut-être le soufre agit-il chez les premiers comme élément soufré, et chez les seconds seulement comme élément pyrétogène.

**Les sources de la vie**, par le docteur Serge VORONOFF. In-8° de 187 pages, avec 8 planches hors texte en héliogravure, dont le portrait de l'auteur. — Prix : 15 fr. — Paris, Fasquelle.



**DERMATOSES  
PRURITS**

3 CACHETS PAR JOUR

**EUPHORYL**

CAS AIGUS. INTRAVEINEUSES

**ANAPHYLAXIES**

LABORATOIRES "ANA" 18, AVENUE DAUMESNIL, PARIS. XII<sup>e</sup>

TOUTES les Affections du **FOIE** et du **REIN** :  
1 à 2 capsulines à chacun des deux principaux repas de :

**CAPARLEM**

HUILE DE HAARLEM (au Juniperus Oxycedrus)

QUALITÉ INCOMPARABLE ET ACTIVITÉ INSOUÇONNÉE

Laboratoire Lorrain de Produits Synthétiques purs — **ETAIN** (Meuse)

*avec-vous lui :*

LES APPLICATIONS CLINIQUES DE L'INSULINE EN DEHORS DU DIABÈTE

L'ATHÉRAPEUTIQUE DU DIABÈTE PAR L'INSULINE

LE LABORATOIRE D'ENDOPANCRIINE est à votre disposition pour vous envoyer ces deux brochures

48, RUE DE LA PROCESSION — PARIS-15<sup>e</sup>

**Épilepsie!!**

dans l'état actuel de la Science, les

**Dragées Gelineau**

(Bromure de potassium arsenical et Picrotoxine) demeurent toujours

le remède le plus actif, le plus puissant à combattre l'Épilepsie

J. Mousnier, Sceaux (Seine) près Paris.

CURE DE  
**DIURESE**

**EVIAN**  
SOURCE  
**CACHAT**

VOIES URINAIRES, FOIE  
GOUTTE GRAVELLE  
ARTÉRIO-SCLÉROSE



## INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

### SECRÉT PROFESSIONNEL ET FISCALITÉ

Le Code général des impôts directs et taxes assimilées, paru au *Journal officiel* du 29 décembre 1934, précise, dans son article 92, les obligations résultant de l'institution du Livre-Journal :

« Les contribuables soumis à l'impôt sur les bénéfices des professions non commerciales sont tenus d'avoir un livre-journal qui présente, jour par jour, le détail de leurs recettes professionnelles. Ce livre est tenu par ordre de dates, sans blancs, lacunes, ni transports en marge.

« Pour les professions assujetties au secret professionnel, le livre-journal ne comporte, en regard de la date, que le détail des sommes encaissées.

« Le contrôleur peut demander communication des livres et de toutes pièces justificatives. »

Telle est la loi, et il convient d'en envisager les conséquences pratiques. Nous ne doutons pas qu'elles n'aient été envisagées par la Confédération des Syndicats médicaux, qui a accepté l'institution du livre-journal.

Ce livre-journal constitue une comptabilité : or, tout le monde sait qu'une comptabilité, quelle qu'elle soit, n'a aucune valeur en soi ; elle n'en a que si sa vérification fait ressortir son exactitude absolue. Il en découle deux conséquences également importantes : la première est que les médecins doivent se garder de considérer, comme il a été dit inexactement, que leur livre-journal pourrait servir de preuve, vis-à-vis du contrôleur, du bien-fondé de leur déclaration. Une telle affirmation est au moins imprudente, car elle risque de mettre dans un mauvais cas ceux qui la prendraient au pied de la lettre. Ce livre-journal ne peut constituer une preuve, et c'est la seconde conséquence, qu'à la condition expresse de pouvoir être vérifié et que cette vérification établisse sa parfaite exactitude.

La loi précise les conditions de cette vérification qui consiste en la « communication des livres et de toutes pièces justificatives ».

En ce qui concerne ces dernières, nous avons eu l'occasion de lire qu'elles ne pouvaient se rapporter qu'aux dépenses professionnelles. Pour émettre une telle assertion, il faut véritablement ne pas avoir lu le texte même de la loi, et c'est pourquoi nous avons cru devoir le rappeler plus haut. Le livre-journal ne se rapportant qu'aux « recettes professionnelles », il est bien évident que le paragraphe 3 du dit article ne peut se rapporter qu'aux pièces justificatives relatives à ces « recettes professionnelles ».

C'est à leur sujet qu'intervient l'article 378 du Code pénal et la question du secret professionnel.

Nous avons déjà indiqué, mais on ne saurait trop le répéter, qu'une circulaire de la Direction générale des Contributions directes du 1<sup>er</sup> février 1934 avait bien précisé que le secret professionnel devait être respecté :

« Toutefois, s'il s'agit d'une profession astreinte au secret professionnel, le contrôleur ne pourra pas exiger la production de pièces susceptibles de révéler la personnalité du client qui a versé les fonds. En cas de contestation sur le caractère secret de la pièce demandée, le redevable pourra, s'il appartient à une profession comportant un organisme de discipline, provoquer l'avis de cet organisme dans les conditions prévues par la note commune du 31 juillet 1933, n° 1349, relative à la procédure officieuse de préconciliation. »

Pour être importantes, ces dispositions n'ont que la valeur d'une circulaire. Or nous en trouvons la confirmation dans le *Journal officiel* du 3 février 1935.

Les lois fiscales, pour être applicables à l'Algérie, sont soumises à la décision de l'assemblée plénière des déléga-

tions financières algériennes ». Or, cette décision vient d'être homologuée par un décret du ministère de l'Intérieur en date du 21 décembre 1934, et ce décret, dans son article 74, dit expressément ceci :

« Les contribuables soumis à l'impôt sur les bénéfices des professions non commerciales sont tenus d'avoir un livre-journal qui présente, jour par jour, le détail de leurs recettes professionnelles. Ce livre est tenu par ordre de dates, sans blancs, lacunes, ni transports en marge.

« Pour les professions assujetties au secret professionnel, le livre-journal ne comporte, en regard de la date, que le détail des sommes encaissées.

« Le contrôleur peut demander communication des livres et de toutes pièces justificatives, à condition que ces pièces ne portent pas atteinte au secret professionnel. »

Nous avons reproduit le texte même de cet article, parce qu'il reproduit, mot pour mot, l'article 92 que nous donnons en tête de cette note. Comme il s'agit d'un texte officiel, ayant force de loi en Algérie, il y a là une interprétation également officielle de cet article 92 ; et le respect du secret professionnel, au point de vue fiscal, jusqu'ici seulement indiqué dans le texte, parfois éphémère, d'une circulaire administrative, est proclamé officiellement comme légal : il serait difficile de ne pas étendre à la France ce qui est légal en Algérie, surtout lorsqu'il s'agit de l'application d'un même texte de loi.

Pour être intéressantes au point de vue du secret professionnel, ces précisions n'en laissent pas moins subsister la valeur relative des vérifications du livre-journal et, par le fait, comme nous l'avons toujours dit, la valeur relative de ce livre-journal lui-même. Et il n'était peut-être pas inutile de le rappeler au moment où ce livre-journal va faire apparaître les inconvénients que nous vaudra son acceptation.

A. HERPIN.

Avis. — Un de nos abonnés de province, qui a oublié de signer, a bien voulu nous adresser des notes d'intérêts professionnels. Nous lui serions reconnaissants de bien vouloir se faire connaître. — N. D. L. R.

## ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Mardi 26 février. — Jury : MM. Tanon, président ; Joannon, Mouquin, Philibert. — M. CUNER : Les méthodes de la lutte contre les maladies vénériennes. — M. GHENDLER : Etude du typhus exanthématique en Roumanie. — M. WOLF : Controverse autour de la prostitution. Réglementation ou abolition. — M. TÉRIFE : Sur l'étiologie de la prophylaxie du Bérubéri.

Mercredi 27 février. — Jury : MM. Clerc, président ; Grégoire, Loeper, Proust. — M. STERNE : Essai sur l'étude de la tension superficielle en médecine. — M. ANVAR HANANIA : Indications et traitement opératoire des kystes hydatiques du poumon. — M. LÉVÊQUE : Etude du traitement de l'épilepsie par la U-méthyléthylphénylmalonylurée. — M. AKHAIR (MORTEYA) : Etude de la salpingite tuberculeuse forme calcifiée et forme suppurée par infection secondaire.

Samedi 2 mars. — Jury : MM. Gougerot, président ; Nobécourt, Boulin, Gastinel. — M. RIZOFF : Recherches sur le traitement du cancer cutané par certaines léiothines. — M. MATCOVICI : Les formes frustes de la maladie de Basedow à la puberté. — M. MOREAU : La Rougeole. Etude statistique de l'hôpital Hérold en 1932-33 et 1934.


Le Directeur-gérant : D<sup>r</sup> François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.



# UROMIL

ETHER PHÉNYL CINCHONIQUE — PIPÉRAZINE — HÉXAMÉTHYLÈNE TÉTRAMINE




**MOBILISE — DISSOUT  
ÉLIMINE**

**L'ACIDE URIQUE**

**ARTHRITISME**

DE L. BELIERES - 19, RUE DROUOT - PARIS



## LIPIODOL

### LAFAY

Huile iodée à 40 %

### THÉRAPEUTIQUE IODORGANIQUE & RADIODIAGNOSTIC

**Pour combattre**

- Asthme
- Artériosclérose
- Lymphatisme
- Rhumatisme
- Algies diverses
- Sciatique
- Syphilis

**Pour Explorer**

- Système Nerveux
- Voies respiratoires
- Utérus et trompes
- Voies urinaires
- Sinus nasaux
- Voies lacrymales
- Abcès et fistules

Ampoules, Capsules, Emulsion, Comprimés

**A. GUERBET & C<sup>ie</sup>, Pharmacien, 22, Rue du Landy — S'-OUEEN, près Paris.**

VÉNET-JEP-CARRÉ

# "CALCIUM-SANDOZ"

Injectable, sans inconvénients, par la voie intramusculaire et la voie veineuse

**Ampoules de 5 cc. et 10 cc.**  
(solutions à 10 % et à 20 %)

**Ampoules de 2 cc.,**  
(solution à 10 %)

Une ampoule tous les jours  
ou tous les 2 à 3 jours.

**Tablettes chocolatées**

3 à 6 par jour.

**Comprimés effervescents**

2 par jour.

**Poudre granulée**

3 cuillerées à café par jour.

**FORME NOUVELLE : "Calcium-Sandoz" Sirop.**

**PRODUITS SANDOZ, 20, rue Vernier. — PARIS-17<sup>e</sup>**

**B. JOYEUX, Pharmacien de 1<sup>re</sup> classe**

**DÉSINFECTION  
INTESTINALE**

**= CHLORAMINE  
FREYSSINGE**

1 à 3 pilules à chaque repas. - 6, Rue Aber, PARIS - Aucune contrindication

**CHARBON DE PEUPLIER** sous forme de **GRAINS ANISÉS** de **CHARBON TISSOT**  
Humectent, divisent, aseptisent, expulsent.  
et conséquences : MAUVAISES DIGESTIONS, MIGRAINES, LOURDEURS de TÊTE  
DIVISION du BOL ALIMENTAIRE  
**CONSTIPATION** HÉMORROÏDES, etc. — Une cuillerée à café avalée comme des graines de lin, après chaque repas.  
Toutes Pharmacies. — Échantillons : PARIS 34, BOULEVARD DE CLICHY (Service 2)

**ESTOMAC**

# **SEL DE HUNT**

**HYPERCHLORHYDRIE  
FERMENTATIONS ACIDES  
GASTRALGIES**

**LABORATOIRES ALPH. BRUNOT  
16, Rue de Boulainvilliers, PARIS**



# **NESTLÉ**

## **FARINE LACTÉE**

Aliment scientifiquement complet  
contenant par kilo les éléments  
utiles de 2 litres du meilleur  
lait frais, parfaitement homogène,  
inalterable, complètement assimilable,  
soigneusement malté à l'avance.

**S<sup>e</sup> NESTLÉ (FRANCE)  
6, Av. Portalis,  
PARIS (8<sup>e</sup>)**



*La Lancette Française***GAZETTE DES HOPITAUX**

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6°. Tél. : Danton 48-31.

PUBLICITE : M. A. THIOILLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6°) - Téléph. : LUTRÉ 54-93.

## PRIX DE L'ABONNEMENT

## FRANCE

3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.

*Etudiants* : 25 francs par an.

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

## ETRANGER

Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.  
Tous les autres pays : 75 francs.

## SOMMAIRE

## ANALYSES ET INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

*L'électrologie en 1934*, par MM. Louis DELHERM et Jean LOUBIER.

## NOTES DE MÉDECINE PRATIQUE

*Le nem-system dans l'alimentation du nourrisson*, par M. L. B. BONNEIX.

## SOCIÉTÉS SAVANTES

*Société de chirurgie.*

## LIVRES NOUVEAUX

## NOTES POUR L'INTERNAT

*Tumeur blanche du coude* (fin).

## ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

## INFORMATIONS

## HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX.

— Jury : M. Lereboullet s'étant récusé a été remplacé au tirage au sort par M. Ch. Richet.

— CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Oral.* — Séance du 21 février.

— Questions données : « Signes et complications des hernies ombilicales de l'adulte. — Symptômes et diagnostic de la méningite cérébro-spinale à méningocoques. »

MM. Vincent (Philippe), 20; Schapira, 18,11; Oger, 17,55; Leboff, 18; Doukan, 21; Vincent (Max), 16,11; M<sup>lle</sup> Wirz, 18,22; MM. Laurence, 28,22; Teyssier, 17,33; Horeau, 16,88.

Séance du 22 février. — Questions données : « Causes, signes et diagnostic de l'hémo-hydarthrose traumatique récente du genou. — Signes, diagnostic et traitement des abcès dysentériques du foie. »

MM. Debelut, 12,88; Logeais, 23,55; de Rocca Serra, 11,55; Mathieu, 13,22; Verne, 16,55; Gaignerot, 18; Canetti, 16,66; Rudaux, 21; Falin, 20; Welti, 22.

— Le concours de l'internat s'est terminé par les nominations suivantes :

*Internes titulaires.* — MM. Hofmann, 81,10; Yglésias y Bétancourt, 71 (E.); Mande, 70,50; Streusand, 70,11 (E.); Dreyfus, 69,80; L'Hirondel, 69,50; Thomeret, 68,94; Raynaud, 68,61; M<sup>lle</sup> Bonnenfant, MM. Guny, 68; Claisse, 66; M<sup>lle</sup> Oehmichen, 65,10; MM. Soullard, Piton, 65; Bergeron, Vionnet, 64,16; Pertus, 63,83; M<sup>lle</sup> Cauchy, 63,20; MM. Lewi (Samuel), 63,16 (E.); Le Picard (Jean), 63,05; Vincent(Ph.), 62,50; Gout (Lucien-J.), 62,44; Basset, 62,16; Nardi, 61,94; Vendryes, 61,50; Fischer, 61,27 (E.); Arviset, 61,16; Mazingarbe, 60,94; Cauvy, 60,88; Laurence (Gabriel), Thomas (Henri), 60,72; Morichau-Beauchant, 60,66; M<sup>lle</sup> Com-merson, 60,44; MM. Champeau, 60,22; Chassagne, 59,60; M<sup>lle</sup> d'Aussagnet de Lasborde, 59,55; MM. Ghosland, Grèze, 59,40; Paillas, 59,16; Logeais, 59,05; M<sup>lle</sup> Lautmann, MM. Wolinetz, Denois, M<sup>lle</sup> Daubail, 59; MM. Le Roy (François), Giraud, 58,88; Brégeat, 58,77; Tiffeneau, 58,44; Gras, 58,33; Camus (Pierre), 58,20; Rouvillois, 58; M<sup>lle</sup> Seiffert, 57,83; Barnaud, 57,77; Haguenauer, 57,66; MM. Bellin, 57,60; Beauchef, Welti, 57,50; Debouvry, 57,44; Nastorg, 57,33; Gerbaux, Roche (Camille), 57; Teyssier, 56,83; Molinéry, Roux (Maurice), 56,72; Zarachovitch, Billard (Jacques), 56,61; Laigle, 56,55; Hanoun, Horeau, 56,38; M<sup>lle</sup> Rotté, MM. Goutner, 56,30; Inbona, 56,27; Morel Fatio, 56,11; Reigner, 56; Depaillat, 55,88; M<sup>lle</sup> Picard (Suz.), 55,77; Wirz, 55,72; MM. Seguin (Marcel), Pierra, 55,66; Verne, 55,55; Nordman, 55,50; Salvanet, 55,38; Drain, 55,30; Cler (René), 55,20.*Externes en premier.* — MM. Debost, 55,16; Cahuet (Robert), Dubois (Jacques), 55; Morhange, 54,90; M<sup>lle</sup> Olivier, 54,83; Adda, 54,77; MM. Pinet, 54,72; Zwillinger, 54,70; Schaefer, 54,61; Castany, 54,55; Allilaire, Ebstein (Pierre), 54,50; Canetti, 54,16; Philippe, 54,05; Kaufmann, 54; Gaquière, 53,94; Gaumé, 53,77; Lefebvre, de Montis, 53,72; M<sup>lle</sup> Sachnine, MM. Vialatte, 53,66; Droguet, 53,33; Rodde, 53,30; Guillemain (Georges), 53,20; Mozzinonacci, 53,16; Vincent (Max), 53,11.

— Répartition dans les services hospitaliers de MM. les élèves internes et externes en médecine pour l'année 1935-1936. — MM. les élèves internes et externes en médecine actuellement en fonctions et ceux qui ont été nommés à la suite des derniers concours sont prévenus qu'il sera

**NATIBAÏNE**

ASSOCIATION DIGITALE NATIVELLE ET OUABAÏNE ARNAUD

LABORATOIRE NATIVELLE, 27, Rue de la Procession, PARIS (XV<sup>e</sup>)

procédé, aux jours et heures fixés ci-après, dans la salle des concours de l'administration, rue des Saints-Pères, n° 49, à leur répartition dans les établissements de l'administration pour l'année 1935-1936, savoir :

MM. les élèves internes (pour entrer en fonctions le 8 avril 1935) : internes entrant effectivement en 4<sup>e</sup> et en 3<sup>e</sup> année, le lundi 18 mars 1935, à 15 h. ; internes entrant effectivement en 2<sup>e</sup> année, le mardi 19 mars 1935, à 15 h. ; internes entrant effectivement en 1<sup>re</sup> année, le mercredi 20 mars 1935, à 15 h.

MM. les élèves externes (pour entrer en fonctions le 1<sup>er</sup> mai 1935) : ceux de 6<sup>e</sup> année (externes ayant concouru en 1929), le mercredi 3 avril 1935, à 15 h. ; ceux de 5<sup>e</sup> année (externes ayant concouru en 1930), le vendredi 5 avril, à 15 h. ; ceux de 4<sup>e</sup> année (externes ayant concouru en 1931), le samedi 6 avril, à 15 h. ; ceux de 3<sup>e</sup> année (externes ayant concouru en 1932), le mardi 9 avril, à 15 h. ; ceux de 2<sup>e</sup> année (externes ayant concouru en 1933), le vendredi 12 avril, à 15 h. ; ceux de 1<sup>re</sup> année (externes ayant concouru en 1934), du n° 1 au n° 200 (rang de classement au concours), le lundi 15 avril, à 15 h. ; du n° 201 à la fin, le mardi 16 avril, à 15 h.

N. B. — MM. les élèves seront appelés suivant leur numéro de classement aux concours.

**HÔPITAL SAINT-MICHEL.** — Un concours pour deux places d'interne de gastro-entérologie (docteurs M. Delort et Renaudeaux) s'ouvrira en avril. — Inscriptions du 15 au 31 mars, à l'hôpital Saint-Michel, 33, rue Olivier-de-Serres.

**LÉGION D'HONNEUR.** — Sont promus dans l'ordre de la Légion d'honneur :

**SANTÉ PUBLIQUE.** — *Au grade d'officier.* — MM. les docteurs Rafinesque, Rémy-Néris et Vincent (de Paris).

**GUERRE.** (Active.) — *Au grade d'officier.* — M. le médecin commandant Dumas.

**MÉDAILLE D'HONNEUR DES ÉPIDÉMIES.** — La médaille d'honneur des épidémies en or est décernée, à titre posthume, à M. le docteur de Saint-Fuscien (de Granvilliers), conseiller général de l'Oise, mort victime de son dévouement.

**GUERRE.** — M. le médecin général des troupes coloniales Mul, inspecteur de l'hygiène en A. O. F., a été placé dans la 2<sup>e</sup> section (réserve) du Corps de santé militaire des troupes coloniales.

— L'indemnité de fonctions des professeurs au Val-de-Grâce est fixée à 12.000 fr. par an, celle de professeur agrégé à 7.200. (*J. O.*, 20 fév. 1935.)

Le même taux a été appliqué aux fonctions de professeur et d'agrégé à l'Ecole d'application du Service de santé des troupes coloniales. (*J. O.*, 19 fév. 1935.)

**MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE.** — M. Desmars, préfet honoraire, ancien directeur de l'assistance et de l'hygiène publique, a été nommé directeur honoraire au ministère de la Santé publique et de l'Éducation physique.

**AVIS DE VACANCE.** — Le poste de médecin directeur de l'asile public d'aliénés de Vauclaire (Dordogne) est vacant, par suite du départ de M. le docteur Perret, appelé à un autre poste.

**AVIS DE CONCOURS.** — Un concours sur titres est ouvert en vue de la désignation d'un médecin spécialisé, chargé du service des dispensaires du département du Puy-de-Dôme.

Les conditions de nomination et de traitement sont celles prévues au règlement-type des dispensaires antituberculeux.

Les demandes de candidature doivent être adressées, avant

le 15 mars 1935, au Comité national de défense contre la tuberculose, 66, boulevard Saint-Michel, Paris (VI<sup>e</sup>).

**IX<sup>e</sup> BAL DE LA MÉDECINE FRANÇAISE.** — Le IX<sup>e</sup> bal de la médecine française aura lieu avec un éclat tout particulier, dans les vastes salons du Centre Marcelin Berthelot, 28 bis, rue Saint-Dominique, le Lundi Gras 4 mars 1935.

Le Président de la République honorera de sa présence cette soirée de bienfaisance organisée chaque année par la Société F. E. M. au profit des veuves et orphelins de médecins.

La détresse est grande parfois dans certains foyers du Corps médical, et il est du devoir de chaque médecin de faire une active propagande pour amener le plus grand nombre possible d'invités.

A 22 h. 30, soirée artistique avec le concours de nombreuses vedettes parisiennes.

Au programme de la soirée artistique : Serge Lifar, Mi-reille, Edmée Favart, Lyse Berty, Jean Marsac, Paul Castan.

Au bal : Fernand Bouillon et son jazz ; M<sup>me</sup> Blanche Orion, la chiromancienne bien connue.

Vente d'enveloppes : 10 fr. Une surprise par enveloppe.

A minuit, souper par petites tables, servi par des jeunes filles du monde médical, sous la direction du docteur Edouard de Pomiane et de M<sup>me</sup> Henri Labbé.

Prix des cartes : 50 fr. pour bal et soirée artistique ; 30 fr. pour bal seul ; 65 fr. pour souper (Champagne compris).

Aux étudiants en médecine, sur présentation de leur carte, il sera fait une réduction sur le prix d'entrée.

Pour tous renseignements, s'adresser Société F. E. M., 95, rue du Cherche-Midi (VI<sup>e</sup>). Tél. Littré 48-12.

**COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.** — CLINIQUE MÉDICALE PROPÉDEUTIQUE. (Hôpital Broussais. Fondation de la Ville de Paris. Professeur : M. Emile SERGENT.) — *Cours de perfectionnement sur l'exploration radiologique de l'appareil respiratoire*, du lundi 1<sup>er</sup> avril au samedi 6 avril 1935 inclus, par MM. Sergent, Benda, Francis Bordet, Cottenot, Couvreur, Henri Durand, Kourilsky, Mignot, Pruvost et Turpin.

Ce cours comprendra des leçons théoriques et des exercices pratiques qui auront lieu tous les matins et tous les après-midi.

Les exercices pratiques seront réservés aux assistants qui auront versé un droit d'inscription de 250 fr.

Les bulletins de versement sont délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 h.

## ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

### THESES

*Mercredi 27 février.* (Thèses vétérinaires.) — Jury : MM. Couvelaire, président ; Lesbouyriès, Robin. — M. FORTERRE : Embryotomie et extraction chez les grandes femelles domestiques.

*Jeudi 28 février.* (Thèse vétérinaire.) — Jury : MM. Tannon, président ; Lesbouyriès, Létard. — M. LE BIGOT : La race Maine-Anjou dans le Maine-et-Loire.

**OUATAPLASME** du D<sup>r</sup> LANGLEBERT  
PANSEMENT COMPLET  
Phlegmasi. e., eczémas, brûlures, etc

**PULVEOL**  
ANTISEPTIC DU CARREFOUR AÉRO-DIGESTIF  
POUDRE et PASTILLES  
Lettre et Echantillon : 10, Impasse Milord, Paris (18<sup>e</sup>)

Néuralgies  
Névrites

**BROMÉINE MONTAGU**



# LENIFORME



## 2.5 et 10%

HUILE ANTISEPTIQUE NON IRRITANTE

est indiqué dans le

## CORYZA

PUISQUE

l'agent pathogène  
est un virus filtrant  
**qui ne permet pas**  
de fabriquer un vaccin  
prophylactique ni curatif.

Échantillon :  
26, rue Pétrelle, 26  
PARIS (9<sup>e</sup>)

SE VEND EN FLACON OU EN RHINO-CAPSULES

# THÉRAPEUTIQUE SALICYLÉE

SOUS FORME D'ASSOCIATION

CAFÉINÉE

**RHOFÉINE**ASPIRINE: 0,GR.50  
CAFÉINE: 0,GR.05*Comprimés et cachets*MÉDICATION SALICYLÉE  
DES DÉPRIMÉS  
ET DES GRIPPÉS*Toujours bien tolérée par  
l'estomac et le rein*ODETTE  
ZÉAU

ÉPHÉDRINÉE

**CORYPHÉDRINE**ASPIRINE: 0,GR.50  
SANÉDRINE: 0,GR.015*Tube de 20 comprimés*MÉDICATION EUPNÉIQUE  
DES ÉTATS D'HYPERSÉCRÉTION  
DES VOIES RESPIRATOIRES  
SUPÉRIEURESSOCIÉTÉ PARISIENNE  
D'EXPANSION CHIMIQUE  
**SPÉCIA**MARQUES POULENC FRÈRES & USINES DU RHÔNE  
21, RUE JEAN GOUJON · PARIS · 8<sup>e</sup>Hypertensions  
ET TOUS ÉTATS  
SPASMODIQUES  
DE LA MUSCULATURE  
LISSE

BENZOATE DE BENZYLE

 **OLÉTHYLE-BENZYLE**Le seul en **GÉLULES**  
**CAPSULES**  
**MOLLES***Littérature - Echantillons - Posologie*  
LABORATOIRE CENTRAL DE PARIS  
122, Rue du Faubourg Saint-Honoré, Paris



## ANALYSES ET INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

## L'ÉLECTROLOGIE EN 1934

PAR

Louis DELHERM

et

Jean LOUBIER

Chef du Service central d'Electro-Radiologie  
de l'hôpital de la Pitié.Chef du service d'Electrologie de l'Hôpital  
Américain.

## I. — GENERALITES

Sur une nouvelle forme d'ondulations de basse fréquence. (PIERRE-P. BERNARD, *Bull. off. de la Soc. Franç. d'Electroth. et de Radiol.*, mai 1934.) — Après avoir rappelé les diverses communications qu'il a faites à la Société sur la haute fréquence, l'auteur étudie une nouvelle forme d'ondulations dissymétriques à effet diadynamique. Ce courant est particulièrement indiqué dans les algies traumatiques (entorses, luxations), les algies musculaires (crampes, lumbago, torticolis), où il produit une sédation rapide de la douleur et la résorption des œdèmes.

Le courant faradique redressé. (PASTEUR, *Bull. off. de la Soc. Franç. d'Electroth. et de Radiol.*, mai 1934.) — L'auteur rappelle les nombreuses indications du courant faradique. Parfois, il est mal supporté par certains sujets irritables ou pusillanimes. Il est au contraire rendu très tolérable quand il est redressé par une simple valve. On peut ainsi utiliser l'une ou l'autre ou les deux alternances avec leurs qualités particulières, doubler l'intensité ou la tension. Il a aussi l'avantage d'être mesurable par un milliampère-mètre. Ce courant discontinu, interrompu, redressé, non seulement conserve ses propriétés physiologiques et thérapeutiques, mais elles paraissent encore accrues au point qu'il y aurait intérêt à le substituer au courant faradique.

Définition des ondes courtes. (DELHERM et FISCHGOLD, *Journ. de Radiol. et d'Electrol.*, t. XVIII, n° 11, nov. 1934.) — La d'Arsonvalisation comprend toutes les applications des courants de haute fréquence, quelle que soit leur intensité et quelle que soit leur tension. Aussi les auteurs pensent qu'il faut regarder les ondes courtes comme une des formes de la d'Arsonvalisation, et « il importe que nos Congrès de langue française adoptent immédiatement cette manière de voir ».

La clinique physiothérapique. (PASTEUR, Réunion annuelle des médecins électroradiologistes de langue française, Paris, in *Bull. off. de la Soc. franç. d'Electroth. et de Radiol.*, oct. 1934.) — Communication qui a pour but de montrer que la clinique et la physiothérapie sont étroitement unies et nécessitent une intime collaboration entre tous les médecins et les spécialistes.

Nouvelle méthode d'application d'ondes courtes. (CHENAILLE, *Bull. off. de la Soc. franç. d'Electroth. et de Radiol.*, nov. 1934.)

La diathermo-coagulation, l'opérateur dans le circuit (D.O.C.). (V. PASCHETTA, *Bull. de la Soc. de Radiol. méd. de France*, déc. 1934.) — Ce procédé est aussi peu douloureux que la diathermo-coagulation sans fil et la coagulation est plus profonde.

Les courants exponentiels de basse fréquence. Bases physiologiques. (LE GO, *Bull. off. de la Soc. franç. d'Electroth. et de Radiol.*, déc. 1934.) — Dans le but de réaliser une électrothérapie de similitude, l'auteur propose de reproduire, sous le nom de courants exponentiels de basse fréquence, des pulsations de caractéristiques analogues à celles des courants d'action du nerf, définies par leur forme de double exponentielle, leur durée égale à 6 chronaxies et leur fréquence variant de 50 à 120 par seconde.

Production des courants électroniques. (STROHL, *Bull. off. de la Société franç. d'Electroth. et de Radiol.*, déc. 1934.)

A propos des ondes alternatives à longues périodes. (BEAU et FOURNIER, *Bull. off. de la Soc. franç. d'Electroth. et de Radiol.*, déc. 1934.) — Les auteurs ont modifié le montage du polyflux, générateur statique d'ondes alternatives à longues périodes, de façon à obtenir d'une façon isolée la contraction des fibres les plus dégénérées d'un muscle en état d'hétérochronisme.

Etude clinique et expérimentale de l'intensité et du potentiel en électrothérapie. (F. PASTEUR, *Journ. de Radiol. et d'Electrol.*, t. XVIII, n° 12, déc. 1934, p. 615.)

## II. — APPAREILS ET TECHNIQUE

Deux années d'expérimentation des appareils pour courants continu et faradique fonctionnant directement sur le secteur. (A. LAQUERRIÈRE, *Bull. off. de la Soc. franç. d'Electroth. et de Radiol.*, janv. 1934.) — L'auteur tire de cette expérimentation cette conclusion que non seulement ces appareils sont un important progrès par les qualités des courants fournis et la commodité de leurs manipulations, mais encore par leur solidité et leur régularité. Il convient donc de féliciter les constructeurs français.

Diathermie et électro-chirurgie en ondes courtes. (CHENAILLE, *Bull. off. de la Soc. franç. d'Electroth. et de Radiol.*, juin 1934.) — L'auteur démontre que, grâce à l'adaptation aux appareils à ondes courtes d'un condensateur, il est possible d'appliquer les électrodes et méthodes habituelles en diathermie, cavitaire ou non, et en chirurgie, coupes et coagulations.

Influence de la haute fréquence de tension sur les corps métalliques inclus dans les tissus. Autoconduction. (F. PASTEUR, *Bull. off. de la Soc. franç. d'Electroth. et de Radiol.*, févr. 1934.)

Nouvel appareillage faradique transportable à rythme respiratoire. (MARCEL JOLY, *Bull. off. de la Soc. franç. d'Electroth. et de Radiol.*, févr. 1934.) — Présentation d'un

---

**NÉVROSES  
INSOMNIES**

**LOBÉLIANE  
LALEUF**

**ANTISPASMODIQUE PUISSANT  
EXCLUSIVEMENT VÉGÉTAL  
GOÛT ET ODEUR AGRÉABLES  
ATOXIQUE**

DOSE CALMANTE : 2 à 5 cuillerées à café par jour  
DOSE HYPNOTIQUE : 1 à 3 cuillerées à café le soir

**ÉCHANTILLONS ET LITTÉRATURE  
LABORATOIRES LALEUF  
20, RUE DU LAOS — PARIS (XV<sup>e</sup>)**

---

Nouvelle adresse : 51, rue Nicolo, PARIS (XVI<sup>e</sup>).



appareil faradique si réduit qu'il peut être mis dans la poche. Suppression du trembleur remplacé par un interrupteur actionné par la respiration du malade.

Manche d'Apostoli transformé en manche universel. (L. DELHERM et MME FAINSILBER, *Bull. off. de la Soc. franç. d'Electroth. et de Radiol.*, avril 1934.)

Sur la standardisation des prises de courant sur divers appareils médicaux. (MOREL-KAHN, *Bull. off. de la Soc. franç. d'Electroth. et de Radiol.*, mars 1934.) — Présentation d'une borne standard simple et pratique.

Les fausses sécurités en électricité. (PASTEUR, *Bull. off. de la Soc. franç. d'Electroth. et de Radiol.*, mars 1934.) — L'auteur insiste avec raison sur la fréquence des dispositifs qui restent dangereux malgré une sécurité apparente.

Alimentation directe sur le secteur des appareils à courant continu et faradique. (PASTEUR, *Bull. off. de la Soc. franç. d'Electroth. et de Radiol.*, mars 1934.) — L'auteur se déclare satisfait de ces appareils.

Présentation d'un appareil destiné à l'utilisation pratique des courants progressifs de Lapicque. (DUBEM, *Bull. off. de la Soc. franç. d'Electroth. et de Radiol.*, avril 1934.)

Sur les possibilités de mesure de la puissance au cours des applications de thermothérapie par ondes courtes. (POITEVIN, *Bull. off. de la Soc. franç. d'Electroth. et de Radiol.*, mars 1934.)

Résultats de mesures faites en cours d'applications d'ondes courtes à faible puissance. (POITEVIN, *Bull. off. de la Soc. franç. d'Electroth. et de Radiol.*, mai 1934.) — L'auteur complète ses communications précédentes. Il résulte de ces mesures : 1° que l'élévation de température non perceptible par le patient peut atteindre 0°5 ; 2° que la puissance correspondant à cette élévation de température est comprise entre 10 et 120 watts suivant les régions traitées et les sujets. Cette puissance appliquée pendant 15 minutes correspond exactement à l'énergie calculable d'après la masse calorifique de la région traitée et l'élévation de température.

Il est nécessaire de faire des mesures de puissance au cours de ces applications, puisque le sujet n'éprouve aucune sensation et qu'il ne peut pas renseigner le praticien sur la dose appliquée.

De l'influence de la position des électrodes sur l'échauffement par les ondes courtes. (AMOT, *Bull. off. de la Soc. franç. d'Electroth. et de Radiol.*, juillet 1934.) — Au cours des applications, le sol et les parois peuvent dériver une notable partie du champ. Pour y remédier, l'auteur propose d'utiliser le tabouret isolant employé pour les « bains statiques ».

Auto-électrodes galvaniques. (FRANQUET, *Bull. off. de la Soc. franç. d'Electroth. et de Radiol.*, juillet 1934.)

Mesure de la puissance en ondes courtes. (WALTER, Réunion annuelle des médecins électro-radiologistes de langue française, in *Bull. off. de la Soc. franç. d'Electroth. et de Radiol.*, octobre 1934.) — M. Walter fait une étude systématique de l'utilisation de la puissance appliquée aux lampes dans un appareil à ondes courtes. Il indique successivement les différentes causes de perte de puissance dans les appareils producteurs, les manières de mesurer ces pertes. La différence entre la puissance fournie au transformateur et l'ensemble de ces pertes constitue la puissance utile. Celle-ci ne peut être obtenue par mesures

directes, mais peut être estimée en faisant la différence entre les watts fournis et les watts mesurés.

Instrumentation simplifiée d'oscillogramme. (WALTER, Réunion annuelle des médecins électro-radiologistes de langue française, in *Bull. off. de la Soc. franç. d'Electroth. et de Radiol.*, oct. 1934.)

Présentation d'un appareil à ondes courtes à éclateur. (DAUSSET et CARPENTIER, *Bull. off. de la Soc. franç. d'Electroth. et de Radiol.*, nov. 1934.) — Appareil destiné à fournir des petites doses et jusqu'ici le seul en France qui fonctionne sur éclateur. Il produit des longueurs d'onde très courtes : 3 à 10 mètres.

Présentation d'un appareil producteur de courants exponentiels de basse fréquence. (DUFLOR, *Bull. off. de la Soc. franç. d'Electroth. et de Radiol.*, déc. 1934.) Ce générateur, breveté, donne six impulsions de la forme de la courbe et de durées respectives de 1, 2, 4, 6, 8, 10 sigmas.

Présentation d'appareils à ondes courtes de petites puissances. (WALTER, *Bull. off. de la Soc. franç. d'Electroth. et de Radiol.*, déc. 1934.) — Présentation de deux appareils, l'un, modèle OA, permet d'appliquer une centaine de watts au malade ; l'autre, modèle OB, 200 watts. L'appareil OA, pesant 12 kilogr., est transportable.

### III. — PHYSIOBIOLOGIE

Action de l'infradiathermie à ondes courtes sur l'organisme animal. (NICOLAU, KRAINIK, KOPCOWSKA et BALMUS, *Ann. de l'Institut d'Actinologie*, sept. 1934.) — Long mémoire qui relate de nombreuses expériences intéressantes.

Les ultra-sons et leurs actions biologiques. (E. et H. BIANCANI et A. DOGNON, *Rev. d'Actinol. et de Physiol.*, juin 1934.)

Action des sécrétions thyroïdiennes sur la chronaxie du système nerveux périphérique. (LE GRAND, AUJOLAT et GARMELIN, *Journ. des Sciences méd. de Lille*, 18 nov. 1934.) — Résultats de nombreuses expériences sur le chat, le chien et la grenouille.

L'extrait thyroïdien et la thyroxine augmentent le degré d'excitabilité du système nerveux périphérique. Inversement, la suppression de la fonction thyroïdienne entraîne une diminution du degré d'excitabilité.

L'ésérine augmente l'excitabilité par activation de la sécrétion thyroïdienne.

L'excitation des nerfs vagues augmente également l'excitabilité, mais à condition que l'appareil thyroïdien soit intact.

L'échauffement des tissus organiques dans les champs alternatifs de très haute fréquence. (RÉCHOU et WANGERMEZ, *Bull. de la Soc. de Radiol. méd. de France*, janv. 1934, p. 74-77.) — Les ondes courtes chauffent rapidement les os, le foie, les muscles ; elles chauffent peu les corps gras et la peau.

Action de l'électropyrexie par les radiations à ondes courtes sur le cobaye infecté par un virus de typhus exanthématique. (P. GIROUD et P. HALIER, *Soc. de Biol.*, t. XCVII, 1934, p. 407.) — L'électropyrexie n'influe pas manifestement sur la réaction thermique particulière au cobaye contaminé par le virus du typhus exanthématique.

Sur certaines réactions paradoxales en biologie. (H. BORDIER, *Presse méd.*, 15 déc. 1934.) — L'auteur cite deux exemples. Celui qui se rapporte à l'électrologie est fourni par l'action des courants de haute fréquence sur la tension

# sédormid "roche"

sédatif hypnogène  
doux



comprimés: 2 à 3 par jour

Produits F. HOFFMANN-LA ROCHE & C<sup>ie</sup>  
10, Rue Crillon - PARIS

le grand médicament  
des petits insomniaques  
et des petits anxieux.

## RECENSEMENT MÉDICAL ANNUEL

Insertion entièrement gratuite dans la prochaine édition du ROSENWALD

Le Guide ROSENWALD 1935-36, qui paraîtra au cours de l'été 1935, sera remis gratuitement au Signataire, sur présentation de sa carte, 99, rue d'Aboukir, Paris (2<sup>e</sup>), jusqu'au 31 Décembre 1935.

Port à domicile par poste recommandée : FRANCE, 5 frs (timbres ou versement au C. C. P. PARIS 40575).  
ÉTRANGER, 10 francs (coupons réponse ou mandat international).

Nom et Prénom usuel : .....

Faculté et date de la thèse : ..... Décorations .....

Titres universitaires, hospitaliers, etc. : .....

Spécialité : .....

Adresse complète : .....

Jours et heures de consultations : ..... N° téléphone .....

Domicile précédent (en cas de changement d'adresse) <sup>(1)</sup> .....

Nom et adresse du prédécesseur <sup>(1)</sup> .....

Date .....

SIGNATURE :

<sup>(1)</sup> Ces deux renseignements utiles au contrôle ne sont pas publiés.



artérielle des hypertendus. Après une séance de 30 minutes, on constate une chute de tension plus ou moins forte. Mais, si l'on mesure la tension dans les premières minutes, on trouve une augmentation de cette tension. C'est une réaction paradoxale de l'organisme dont l'équilibre circulatoire et vaso-moteur a été troublé brusquement.

Rôle de la structure des tissus dans leur échauffement par ondes courtes. (JELLINEK, G. R. Acad. des Sc., 7 mai 1934.)

Résultats acquis en électrophysiologie par l'utilisation des courants progressifs à pente constante (courants linéaires). (Ph. FABRE, Bull. off. de la Soc. franç. d'Electroth. et de Radiol., juin 1934.) — Aperçu des recherches personnelles de l'auteur sur cette question.

Sur la tension électrique du corps humain. (DENIER, Arch. d'Electr. méd. et de Physioth. du Cancer, janv. 1934.)

Action des ondes courtes sur les propriétés alexiques du sérum de cobayes irradiés ; le facteur actif de ces ondes. (P. HABER, Soc. de Biol., t. CXV, p. 1501, 1934.)

Sur le potentiel d'action des fibres nerveuses les plus rapides chez quelques crustacés marins. (D. AUGER et A. FESSARD, Soc. de Biol., t. CXVI, p. 98, 1934.)

#### IV. — ACCIDENTS

Un cas d'électrocution par la basse tension. (THIBON-NEAU, Bull. off. de la Soc. franç. d'Electroth. et de Radiol., févr. 1934.) — Rapportant le cas d'une femme électrocutée dans son bain en manipulant un radiateur, l'auteur pense qu'il faudrait faire l'éducation du public et placer bien en évidence cet avis dans les lavabos, cuisines, etc. : « Ne jamais toucher un appareil électrique quand les pieds ou les mains sont mouillés. »

Un cas de brûlure au cours d'une ondulation permanente. (GAUDUCHEAU et DESCLAUX, Bull. off. de la Soc. franç. d'Electroth. et de Radiol., févr. 1934.) — Il s'agissait dans ce cas non pas de brûlures électriques, thermiques ou chimiques, mais d'accidents pouvant être attribués à l'émission exagérée de vapeurs par suite de l'emploi incorrect de l'appareil par une personne encore inexpérimentée.

#### V. — ELECTRODIAGNOSTIC

Laryngologie et chronaxie. (Etude de l'image laryngologique). (Jean TARNEAUD, Ann. d'Oto-Laryngol., mai 1934.) — L'auteur montre l'utilité de la notion de chronaxie dans l'interprétation des images laryngologiques et rappelle les travaux de L. et M. Lapicque et de Bourguignon.

Sur une expérience donnée comme démonstration d'hétérochronisme neuro-musculaire. (L. LAPICQUE, Soc. de Biol., t. CXV, 1934, p. 477.)

Coefficient thermique de la chronaxie musculaire sous des électrodes de grandeurs diverses. (Paul-H. BENOIT, Soc. de Biol., t. CXV, 1934, p. 374.)

Sur l'utilisation des courants progressifs. (DELHERM, FRISCHGOLD et STROUZER, Journ. de Radiol. et d'Electrol., t. NVIII, août 1934, p. 427 et suiv., avec fig.) — Les auteurs envisagent les courants progressifs au point de vue diagnostique et au point de vue thérapeutique. Ils concluent :

« On pourrait classer les indications des courants excito-moteurs de la manière suivante :

« a) Courant galvanique rythmé associé ou non au fara-

dique dans les atteintes légères sans R.D. (type atrophie réflexe) ou avec R.D. très partielle ;

« b) Courants ondulés de Laquerrière dans les états de R.D. franche, touchant les groupes musculaires d'une manière systématique (type paralysie saturnine, polynévrite éthylique) ;

« c) Courant de Lapicque pour les états de R.D. ayant atteint des muscles isolés (type poliomyélite) ou les états de R.D. très avancée d'un groupe musculaire (type section nerveuse). »

Utilisation pratique des courants progressifs. (DUHEM, Bull. off. de la Soc. franç. d'Electroth. et de Radiol., mars 1934.) — En électrodiagnostic, les courants de Lapicque permettent de fixer exactement la valeur des muscles à traiter en déterminant la capacité nécessaire pour les éliminer de la contraction. On évite ainsi tous les phénomènes de diffusion.

En électrothérapie, les courants progressifs permettent de localiser exactement l'action excito-motrice sur les muscles malades.

Sur la comparaison des potentiels d'action nerveux et musculaires. (D. AUGER et A. FESSARD, Soc. de Biol., t. CXV, 1934, p. 1073.)

Etude chronaxique de la poliomyélite expérimentale du singe après inoculation intra-péritonéale. (A. et B. CHAUCHARD, B. ERBER et MOLLARET, Soc. de Biol., t. CXV, 1934, p. 1030.)

Sur la forme de la courbure quantimétrique d'excitabilité du sciatique gastrocnémien par courants rectangulaires : existence de trois courbures successives. (Philippe FABRE, Pierre QUESNOY et Jacques BERTEAUX, Soc. de Biol., t. CXV, p. 1431, 1934.)

Explication des résultats d'excitabilité du sciatique gastrocnémien par la cinétique de réactions chimiques successives. (Ph. FABRE, Soc. de Biol., t. CXV, 1934, p. 1434.) — Considérations théoriques suivant lesquelles il est nécessaire de recourir à trois processus au moins pour expliquer l'ensemble des résultats expérimentaux.

Ces processus peuvent varier dans leur qualité ou leurs vitesses respectives d'un organisme à un autre, ou bien sous l'action des divers agents spécifiques ; la courbe d'excitabilité peut n'être point d'un type universel.

Utilité de la recherche de la chronaxie dans certains états spasmodiques. (LAQUERRIÈRE et DORÉ, Bull. de la Soc. franç. d'Electroth. et de Radiol., avril 1934.) — Chez une goitreuse présentant des crises convulsives, l'examen électrique classique et la chronaxie ne montrent aucune anomalie en dehors des crises ; pendant les crises, l'électro-diagnostic classique reste normal alors que la chronaxie est très augmentée.

Variation de la chronaxie du biceps pendant la contraction volontaire de son antagoniste. (BOURGUIGNON, Réunion annuelle des médecins électro-radiologistes de langue française, in Bull. off. de la Soc. franç. d'Electroth. et de Radiol., oct. 1934.)

Les courants progressifs en électro-diagnostic. Chronaxie d'élimination. (DUHEM, Réunion annuelle des médecins électro-radiologistes de langue française, in Bull. off. de la Soc. franç. d'Electroth. et de Radiol., oct. 1934.)

Les courants progressifs et l'électrodiagnostic (LAPICQUE, Bull. off. de la Soc. franç. d'Electroth. et de Radiol., nov. 1934.) — Conférence du professeur Lapicque sur les cou-

rants qui portent son nom. On peut appliquer ces courants à l'électro-diagnostic, comme la méthode classique et la chronaxie.

A propos des diverses formes de courants électriques provoquant la contraction musculaire. (BESSE et MITTEN-DORFF (de Genève), Réunion annuelle des médecins électro-radiologistes de langue française, in *Bull. off. de la Soc. franç. d'Electroth. et de Radiol.*, oct. 1934.)

Les réactions électriques dans les syndromes neuro-anémiques. (DELHERM et FR. CHARLES, *Bull. off. de la Soc. franç. d'Electroth. et de Radiol.*, nov. 1934.) — A propos de deux observations, les auteurs montrent l'intérêt de la recherche systématique des réactions électriques surtout dans les périodes pré-paralytiques de ces syndromes.

Les modifications des chronaxies permettent de dépister des atteintes médullaires avant toute manifestation clinique, de mesurer leur étendue, de suivre leur évolution.

Réflexes conditionnés et chronaxie. (W. DRABOWITCH et A. et B. CHAUCHARD, *C. R. Ac. des Sciences*, 7 mai 1934.)

Exploration électrique des fonctions motrices du diaphragme et phrénicectomie. (D. DOUADY et Roger MICHEL, *Arch. méd.-chir. de l'app. respiratoire*, n° 6, 1934.) — Les auteurs se sont efforcés d'apporter une contribution à la mesure de la chronaxie et à la séméiologie du diaphragme en utilisant les excitations électriques du « système » phrénique sous écran radioscopique ; ils rapportent leurs résultats.

Etude sur les applications pratiques des courants progressifs de Lapique en électrodiagnostic et en électrothérapie. (P. DUHEM, *Journ. de Radiol. et d'Electrol.*, t. XVIII, n° 12, déc. 1934.)

Contribution expérimentale à l'étude de l'excitabilité. Nouvel essai de traduction mathématique des faits. (R. BONNARDEL, *Th. de sciences*, Lyon, 1934, Imprimerie Chantenay, Paris.)

Test électrique pour l'identification du nerf phrénique pendant l'intervention chirurgicale. (POPPER, GOTTLIEB et A. TEITEL-BERNARD, *Revue de la Tubercul.*, mai 1934.)

Les courants progressifs de Lapique en électrologie. (MOREL KAHN, *La Pratique Méd. franç.*, août 1934.) — L'auteur, après avoir passé en revue les procédés qui permettent de faire contracter un muscle en état de dégénérescence, expose les raisons qui ont amené Duhem à introduire en thérapeutique les courants progressifs.

Sur la loi d'excitation électrique par décharges de condensateurs dans les temps courts. (B. BONNARDEL et S. GOUDCHAUX, *Soc. de Biol.*, t. CXVI, p. 103, 1934.)

Vérification expérimentale de l'égalité des quantités nécessaire à l'excitation liminaire par ondes rectangulaires et par décharge de condensateurs. (Ph. FABRE, P. QUESNOY et J. BERTEAUX, *Soc. de Biol.*, t. CXVI, 1934, p. 179.)

## VI. — SYSTEME NERVEUX

Contribution à l'étude thérapeutique des névrites irradiantes des membres par blessure. Les remarquables effets de la diélectrolyse calcique dans certains cas. (R. GARCIN et P. MATHIEU, *Revue d'Actinol. et de Physioth.*, mars-avr. 1934.) — La diélectrolyse calcique de Bourguignon a donné aux auteurs des résultats appréciables. Un sujet, qui avait subi sans résultat le hersage des nerfs et l'ionisation iodée, fut guéri par le calcium.

L'intensité galvanique dans le traitement de la paralysie faciale ; étude expérimentale et clinique. (PASTEUR, *Bull. off. de la Soc. franç. d'Electroth. et de Radiol.*, avril 1934.) — L'auteur pense qu'il est préférable, même avec de grandes électrodes, de ne pas dépasser 2 m.a., séance de 30 minutes. De nombreux faits cliniques montrent les bons résultats de cette technique.

Traitement de la sciatique par la diélectrolyse du calcium (avec ou sans ingestion) (G. BOURGUIGNON et R. HUMBERT, *Journ. de Radiol. et d'Electrol.*, t. XVIII, n° 10, oct. 1934.) — Résultats de 13 années d'expérience dans les sciatiques funiculaires, radiculaires et tronculaires. Les auteurs considèrent la diélectrolyse du calcium, de préférence après ingestion, comme le traitement de choix de la sciatique.

Intoxication saturnine par une balle de plomb. (GENIVAL LONDRES, *Presse Méd.*, 21 mars 1934, p. 465, avec fig.) — Le blessé avait refusé l'extraction d'une balle de la cuisse. A la suite : paralysie radiale bilatérale type anti-brachial de Remak.

L'électro-diagnostic montrait : inexcitabilité galvanique et faradique des nerfs radiaux ; hypo-excitabilité aux deux modes avec inversion polaire pour les muscles radiaux, extenseur commun et cubital postérieur.

Sur un nouveau cas de paralysie réflexe avec modifications des réactions électriques. (SIROL, *Bull. off. de la Soc. fr. d'Electroth. et de Radiol.*, avril 1934.) — Homme qui tombe sur la main et heurte le coude et l'épaule. Aucune fracture. En peu de jours s'établit une grosse impotence qui dure maintenant depuis plusieurs mois. On ne trouve que de l'hypo-excitabilité et pour un seul muscle inversion à distance avec légère lenteur. Il ne peut s'agir ni de simulation ni de pithiatisme.

A propos du traitement de la névralgie faciale par les agents physiques. (DELHERM, MOREL-KAHN et BOUCHARD, Réunion annuelle des médecins électro-radiologistes de langue française, in *Bull. de la Soc. d'Electroth. et de Radiol.*, oct. 1934.) — Les agents physiques donnent d'excellents résultats souvent méconnus. Les auteurs passent en revue les différents traitements, tant médicaux que chirurgicaux (ces derniers ne sont pas sans danger), et citent ensuite les principaux agents physiques qui ont été employés, souvent avec succès : chaleur sous toutes ses formes, diathermie, roentgen et curiethérapie, courant continu ; ils insistent particulièrement sur les résultats excellents que permet d'obtenir l'ionothérapie en particulier par l'emploi de l'azotate d'aconitine et l'histamine, deux produits qu'ils utilisent de manière courante dans leur service de la Pitié. Ils rappellent qu'il s'agit là d'un mode de traitement facile, ambulatoire, inoffensif et efficace, qui leur a permis d'obtenir des guérisons cliniques durables.

Sur le traitement de la paralysie infantile. (FORMIGAL LUZÈS (de Lisbonne), *Bull. off. de la Soc. franç. d'Electrothér. et de Radiol.*, nov. 1934.) — L'auteur associe les ondes courtes à la thérapeutique employée jusqu'à présent et rapporte 10 observations.

Recherches sur les myopathies. (D. PAULIAU (de Bucarest), *Presse Méd.*, 22 déc. 1934, p. 2067-2071, avec fig.) — L'auteur passe en revue les caractères essentiels et communs des myopathies. Les troubles de la contractilité électrique sont constants et en rapport avec l'évolution de l'atrophie musculaire.

Traitement des névralgies faciales essentielles. (P. SCHMITE, *Bull. et Mém. de la Soc. Méd. de l'Elysée*, déc. 1934.) — L'ionisation paraît actuellement la méthode phy-



siothérapique de choix. L'ionisation transcérébrale au chlorure de calcium peut donner des résultats. L'ionisation à l'azotate d'aconit et plus récemment l'ionisation à l'histamine ont donné à Delherm des guérisons rapides et complètes.

La névralgie essentielle du trijumeau et son traitement actuel. (BOUCHARD, *La Pratique Méd. franç.* août 1934.) — Bouchard passe en revue les différents procédés physiothérapiques, un peu trop oubliés. Il donne la préférence à l'ionisation d'aconitine et d'histamine.

Action de la diélectrolyse d'iode sur la contracture réflexe dans deux cas de trismus. (HUMBERT, *Revue d'Actinol. et de Physioth.*, juin 1934.) — Dans les deux cas la diélectrolyse a amené la guérison.

## VII. — APPAREIL CIRCULATOIRE

La d'Arsonvalisation à ondes courtes dans certains syndromes circulatoires. (HERZFELD, *Ann. de l'Institut. d'Actinol.*, févr. 1934.) — L'angine de poitrine, avec tension maxima relativement stable, est justiciable des ondes courtes.

Les artérites réliniennes ont pu être enrayées par ce procédé.

Certaines artérites sylviennes ont donné de bons résultats.

La maladie de Reynaud est améliorée par des séances fortes localisées aux mains.

L'oscillogramme cathodique du cœur humain (P. RIJLANT, *Soc. de Biol.*, CXIV, 546, 1933.)

Courants d'action du cœur humain enregistrés à l'oscillographe cathodique. (RIJLANT, *Gaz. méd. de France*, 15 févr. 1934.) — L'oscillographe cathodique, qui présente une grande résistance électrique, ne laisse pas échapper une quantité de petites variations ; les tracés qu'il fournit sont beaucoup plus complexes que ceux du galvanomètre à corde. Il permet donc beaucoup mieux l'exploration physiologique et pathologique du cœur.

## VIII. — APPAREIL GENITO-URINAIRE

Notes comparatives sur les méthodes « anciennes » et les méthodes « modernes » d'électrothérapie gynécologique. (L. DELHERM et Mme FAINSILBER, *Journ. de Radiol. et d'Electrol.*, t. XVIII, n° 7, juill. 1934, p. 376 avec fig.)

Les méthodes anciennes et modernes en électrothérapie gynécologique. (DELHERM et Mme FAINSILBER, *Bull. off. de la Soc. franç. d'Electroth. et de Radiol.*, avril 1934.) — Les auteurs rappellent les résultats remarquables obtenus par les méthodes anciennes, mises au point par Tripier, Apostoli et leurs élèves : l'application intra-utérine de courant continu amène la cessation rapide des hémorragies ; la faradisation bipolaire guérit le vaginisme ; les courants sinusoïdal et ondulatoire ont une action marquée sur la douleur. Enfin les auteurs passent en revue les diverses affections gynécologiques et montrent le rôle des méthodes anciennes appliquées seules ou associées aux méthodes modernes.

Les ondes courtes en applications vaginales et rectales. (DELHERM et Mme FAINSILBER, *Bull. off. de la Soc. franç. d'Electroth. et de Radiol.*, avril 1934.) — Grâce à l'interposition d'un condensateur entre le générateur et l'électrode, cette dernière peut être placée dans le vagin ou le rectum. Un milliampèremètre thermique peut être placé sur le manche de l'électrode.

Etude des effets anatomiques de la diathermo-coagulation sur les métrites cervicales chroniques. (J. CHOSSON et E. CASALTA, *Gynéc. et Obstétrique*, févr. 1934, n° 2, p. 97.)

L'électrothérapie gynécologique conservatrice. (E. MARQUÈS, *Bull. off. de la Soc. franç. d'Electroth. et de Radiol.*, juin 1934.) — L'électrolyse intra-utérine du zinc guérit des métrorragies rebelles en quatre ou cinq séances.

Dans les leucorrhées d'origine cervicale, l'auteur pratique l'électro-coagulation monopolaire.

La dysménorrhée et la stérilité seront traitées par le courant ondulatoire et l'électrolyse intra-utérine négative.

La physiothérapie endocrinienne. (DAUSSET et FERRIER, *Réunion annuelle des médecins électro-radiologistes de langue française*, in *Bull. off. de la Soc. franç. d'Electroth. et de Radiol.*, oct. 1934.) — La d'Arsonvalisation appliquée tantôt sur la thyroïde, la mamelle, l'ovaire, est destinée à régulariser les fonctions endocriniennes.

On arrête l'hémorragie utérine, fait disparaître la congestion englobant les fibromes ; on a une action très nette sur les troubles de syndromes adipo-génitaux, sur la dysthyroïdie, sur le test des seins, sur la coagulation sanguine.

La physiothérapie endocrinienne paraît plus efficace et plus maniable que l'opothérapie.

Diathermie d'urgence dans les anuries. (BESSE et EURLICH (de Genève), *Réunion annuelle des médecins électro-radiologistes de langue française*, Paris, oct. 1934.) — Les auteurs ont obtenu, dans 18 cas d'anuries très graves, résultant soit d'intoxications mercurielles, soit de grands traumatismes, soit d'interventions locales et chirurgicales, environ 90 p. 100, soit une énorme proportion, de résultats fonctionnels immédiatement favorables ; plusieurs de ces malades accidentés ou opérés pour lesquels le barrage rénal avait pu être apparemment levé, ont cependant succombé ultérieurement.

Si, théoriquement, l'indication n'est pas plus facile à poser sûrement que le succès à interpréter, du moins pratiquement il semble bien qu'on doive recourir dans des cas analogues à la diathermie ou éventuellement aux ondes courtes.

L'électrothérapie dans les hémorragies utérines. (DELHERM et Mme FAINSILBER, *La Pratique méd. franç.*, août 1934.) — Dans les hémorragies virginales, hémorragies de la ménopause, sub-involution, même dans certaines hémorragies dues au fibrome, etc., la galvanocaustie intra-utérine positive permet des résultats rapides. Les auteurs déplorent qu'on oublie actuellement non seulement le courant continu, mais également le faradique.

## IX. — AFFECTIONS CHIRURGICALES

Le traitement du xanthélasma. (A. SÉZARY, *La Presse médicale*, 24 janvier 1934.) — Le meilleur procédé (Ducourtieux) paraît être la résection aux ciseaux suivie de suture et d'électrocoagulation, avec anesthésie locale à l'alcofine en solution à 1 %. L'électrolyse est à peu près abandonnée à cause de la douleur qu'elle provoque et des nombreuses piqûres qu'il faut pratiquer.

L'électricité statique en pathologie oculaire. (TISSIER et LENOIR, *Concours Médical*, 29 avril 1934.) — Les auteurs, grâce au pouvoir antispasmodique de l'effluve, ont obtenu de bons résultats dans divers spasmes de la convergence et de l'accommodation.

Le lavement électrique. (LAQUERRIÈRE, *Union méd. du Canada*, 5 mai 1934.) — Revue d'ensemble de la technique, des indications et des résultats.

# Traitement du Parasitisme intestinal

## par les Pyréthrine (du Pyrèthre)

C. R. Acad. Sciences, p. 1847, 1923

C. R. Acad. Médecine, 24-4 1928

C. R. Soc. Thérapeutique, 9-5 1928

# CHRYSÉMINE

## Pyréthrine Carteret

Sans contre-indications

Aucune toxicité

Dose quotidienne pour adultes :

**Ascaris, Oxyures, tous helminthes et protozoaires** = 5 Perles ou 150 Gouttes

Cure de 5 jours consécutifs à renouveler après 8 jours de repos (plusieurs dans le cas des oxyures).

**Trichocéphales et Tœnias** = 12 Perles ou 300 Gouttes

Cure de 2 jours consécutifs — diète préalable la veille du début de la cure.

Pour les enfants, abaisser ces doses suivant l'âge en commençant par 50 gouttes.

Perles glutinisées et gouttes — Prescrire { **CHRYSEMINE PERLES**  
**CHRYSEMINE GOUTTES**

---

Echantillons et Littérature :

Laboratoires CARTERET, 15, rue d'Argenteuil, PARIS (1<sup>er</sup>)



Traitement par la diathermo-coagulation du décollement rétinien sans déchirure visible ou avec déchirure incertaine. (P. JEANDELIZE, R. BAUDOT et A. GAULT, *Arch. d'ophtalmologie*, août 1934, 16 fig.) — Les auteurs, après avoir publié dix observations, conseillent la diathermo-coagulation qui leur paraît le procédé de choix.

Traitement des petites tumeurs de la peau par la cryothérapie et la diathermie systématiquement associées. (M. DURAND, *Bull. de la Soc. de dermat. et de syphil.*, mars 1934.) — Cette méthode est indiquée dans les angiomes stellaires, les angiomes plans ou tubéreux, les verrues molles, etc.

Sténoses rectales et périrectales après traitement par les agents physiques du cancer du col utérin. (P. TISON, *Les Cahiers de Radiologie*, oct. 1934.) — Sur les sténoses anciennes, consécutives au traitement curiethérapique, on pratiquera la dilatation avec la bougie de Hégar qui servira d'électrode pour les applications de diathermie. Séances trihebdomadaires, 1.500 m. a., 30 à 45 minutes; résultat en quinze séances.

Le traitement médical des cholécystites chroniques. (M. CHIRAY, A. MARCOTTE et R. LE CANNET, *La Presse Méd.*, 16 juin 1934.) — En ce qui concerne l'électrothérapie, la diathermie semble le traitement de choix. Les auteurs citent les travaux de Delherm, Laquerière, Aimard, etc. et terminent par une bibliographie très complète.

La ténobursite de la longue portion du biceps. (F. PASTEUR, *Gaz. des Hôp.*, 4 avril 1934.) — Ce qu'il faut éviter c'est l'ankylose et pour cela recourir aux agents physiques : kinésithérapie, radiothérapie, diathermie, courant galvanique simple ou ionisation iodurée ou salicylée. Dans trois cas, l'auteur a obtenu des succès très rapides avec le courant galvanique à haute tension.

Technique de l'épilation diathermique. (DUCOURTIOUX, *Revue d'actinol. et de Physioth.*, janvier-février, 1934.) — Ducourtieux pense que la diathermie est bien supérieure à l'électrolyse pour l'épilation et en donne la technique.

Constipation et dolichocôlon du sigmoïde. (AMIOT, *Bull. off. de la Soc. franç. d'Electroth. et de Radiol.*, mai 1934.) — Dans le traitement des constipations par le courant de haute fréquence variable, les insuccès se sont toujours révélés être des dolichocôlons.

D'Arsonvalisation coagulante dans les radiodermites. (PASTEUR, *Bull. off. de la Soc. franç. d'Electroth. et de Radiol.*, juill. 1934.)

Electro-section sous-cutanée des verrues plantaires. (GRAUDEAU, *Réunion annuelle des médecins électro-radiologistes de langue française*, in *Bull. off. de la Soc. franç. d'Electroth. et de Radiol.*, oct. 1934.) — L'auteur préconise la technique suivante : après anesthésie locale, une petite anse métallique en forme de raquette, réunie au bistouri électrique, est introduite perpendiculairement dans la verrue, puis tournée d'un demi-tour sur elle-même et extraite dans son plan d'introduction. Le corps de la verrue se trouve ainsi séparé par électrosection des tissus voisins et se nécrose en 15 jours sans plaie extérieure autre qu'une petite fente linéaire. Ce traitement simple n'empêche pas la marche immédiate.

Lupus végétant de la région anale chez un syphilitique. Diathermo-coagulation. (DURAND-DASTES, *Bull. off. de la Soc. franç. d'Electroth. et de Radiol.*, nov. 1934.)

Du traitement des entorses et arthrites traumatiques par les ondes courtes. (V. PASCHETTA, *Bull. de la Soc. de Ra-*

*diol. méd. de France*, déc. 1934.) — Les résultats sont d'autant meilleurs que le sujet a été traité plus précocement.

Le traitement électrique des laryngites catarrhales chroniques. (R. GRAIN, *Monde Méd.*, 1<sup>er</sup> oct., 1934.) — Ce traitement comprend : 1° l'ionisation iodée, l'électrode active au-devant du larynx, l'indifférente à la nuque ; 2° la faradisation qui se fait en trois temps de 10 minutes chaque : interruptions lentes, interruptions semi-rapides, tétanisation jusqu'à une sensation de fourmillement.

Sur la diathermie transabdominale dans le traitement des ascites cirrhotiques. (STUHL, *La Pratique Méd. franç.*, août 1934.) — L'auteur pense que, dans ces cas, on peut, à cause de son innocuité, essayer la diathermie avant la ponction.

Méthodes actuelles de traitement des affections de la région ano-rectale. (DURAND-BOISLEARD, *Concours Méd.*, 5 août 1934.) — Résumé de la pratique de l'auteur dans les hémorroïdes, les fistules, les tumeurs bénignes, les végétations, etc., et enfin les rétrécissements du rectum, justiciables de la diathermie avec électrodes de calibre croissant. La diathermo-coagulation peut soulager momentanément certains cancers inopérables, en détruisant les bourgeons hémorragiques.

Quelques applications simples de diathermo-coagulation; le traitement de l'œil-de-perdrix et de la fissure à l'anus. (MARUANI, *Bull. de la Soc. de Radiol. méd. de France*, juin 1934.) — L'auteur a observé de bons résultats dans ces deux affections.

## NOTES DE MÉDECINE PRATIQUE

### LE NEM-SYSTEM DANS L'ALIMENTATION DU NOURRISSON<sup>1</sup>

Par M. L. BABONNEIX,

Médecin de l'hôpital Saint-Louis (Annexe Grancher).

Le Nem-System est un moyen scientifique, imaginé par von Pirquet, pour calculer la ration alimentaire, en se rappelant qu'elle est, à tout âge, fonction de la « hauteur assise » (hauteur du corps dans la position assise (Sitzhöhe), ou Ha, puisque cette valeur est proportionnelle, d'une part, au poids du Corps P, de l'autre, à la surface d'absorption intestinale S, ainsi qu'en témoignent les deux formules suivantes :

$$(a) \sqrt{\frac{3}{10} \frac{40 P}{Ha \text{ ou } Si}} = \text{constante (0,95 à 1,09 pour un individu de taille moyenne).}$$

Ce rapport est dit, par von Pirquet, *Pelidisi* (Pe : poids  $\times 10$  ; li indique qu'on prend la fonction linéaire de cette quantité ; *disi* montre qu'il faut le diviser par Si).

$$(b) S = Ha^2.$$

Si l'on adopte comme unité de mesure la quantité de calories dégagée par la combustion d'un gramme de lait, ou *Nem* (Nährungs Einheit Mittel), ou N, avec ses multiples : Hecto, Décanem, et ses fractions, dont surtout le décinem et le centinem, la ration alimentaire normale doit donc être calculée en fonction du carré de la hauteur assise, ou *Siqua* (Sitzhöhe Quadrat). En théorie, le chiffre est d'un Nem par

(1) D'après G. PATEY. *Archives de médecine des enfants*, 1931, p. 645-655, et G. BANU. *L'hygiène sociale de l'enfance*. Paris et Bruxelles, 1933, t. II. L'ouvrage fondamental est celui de von PIRQUET : *System der Ernährung von Dr. Pirquet*, 4 vol., Springer, Berlin.



**Granules de CATILLON**

à 0,001 Extrait Titré de

**STROPHANTUS**

C'est avec ces granules qu'ont été faites les observations discutées à l'Académie de Médecine en 1889, elles prouvent que 2 à 4 par jour donnent une diurèse rapide, relèvent vite le cœur affaibli, dissipent ASYSTOLIE, DYSPNÉE, OPPRESSION, ŒDÈMES, Affections MITRALES, GARDIOPATHIES des ENFANTS et VIEILLARDS

**Granules de CATILLON 0,0001****STROPHANTINE**

CR.

TONIQUE du CŒUR par EXCELLENCE — TOLÉRANCE INDÉFINIE

Prix de l'Académie de Médecine pour "Strophantus et Strophantine", Médaille d'Or Expos. Univ. 1900

PARIS, 3, Boulevard St-Martin. — R. C. Seine 48283

Tout Déprimé  
» Surmené

Tout Cérébral  
» Intellectuel

Tout Convalescent  
» Neurasthénique



est justiciable  
de la :

**NEVROSTHENINE FREYSSINGE**

6, Rue Abel  
PARIS (12<sup>e</sup>)

Gouttes de glycérophosphates alcalins (0.40 par XX gouttes).  
XV à XX gouttes à chaque repas. - Ni sucre, ni alcool.

**CONTREXEVILLE****SOURCE PAVILLON**

LA SAUVEGARDE DU REIN  
GOUTTE, GRAVELLES, ARTHRITISME



USAGE ENFANTS  
DES DOCTEURS

SUC D'ORANGE MARRON  
INOFFENSIF - DÉLICIEUX

**NÉO-LAXATIF  
CHAPOTOT**

Echant.: 58, Boul. Ornano PARIS

**ESTOMAC - INTESTIN**

DYSPEPSIE

ENTÉRITE

GASTRALGIE

CHEZ L'ENFANT  
CHEZ L'ADULTE**VALS-SAINT-JEAN**

EAU de RÉGIME, FAIBLEMENT MINÉRALISÉE et GAZEUSE

Envoi gratuit d'Echantillons et de Notices à MM. les Docteurs sur demande adressée

DIRECTION-VALS-GÉNÉRALE: 53, Boul. Haussmann, Paris (9<sup>e</sup>) Téléphone 227-76

**ANÉMIE PALUDEENNE.** — Source Dominique.  
VALS-LES-BAINS. — Saison du 1<sup>er</sup> juin au 1<sup>er</sup> octobre.

**MEDICATION CHLORHYDRO-PEPSIQUE**

DYSPEPSIES  
Anorexie  
Vomissements  
LIÉTÉRIE

**ELIXIR GREZ**

CHLORHYDRO-  
PEPSIQUES  
Amers et Ferments  
digestifs

DOSES: 1 verre à liqueur ou 2 à 3 pilules par repas. Enfants: 1 à 2 cuillerées à dessert  
Dépôt: 49, Rue de Maubeuge, PARIS — Envoi franco Echantillons.

CURE DE  
**DIURÈSE**  
**EVIAN**  
SOURCE  
**CACHAT**  
VOIES URINAIRES. FOIE  
GOUTTE GRAVELLE  
ARTÉRIO-SCLÉROSE

INFECTIONS  
AIGUES  
FÉBRILES

**SEPTICEMINE CORTIAL**

7, r. de l'Armorique  
PARIS (XV<sup>e</sup>)



cmq de surface ir-testinale. En pratique, il faut distinguer quatre degrés d'alimentation :

a) Le *maximum* : c'est la quantité de nourriture pouvant être absorbée par l'enfant sans effet nocif ni surcharge intestinale ;

b) Le *minimum* : c'est la quantité de nourriture nécessaire à maintenir le poids, sans effectuer d'autre travail que la mastication et la digestion ;

c) L'*equum* : c'est la quantité nécessaire pour un travail modéré ;

d) L'*optimum* : c'est une quantité variable, pouvant, selon les circonstances, être égale à l'une des trois précédentes.

Pour von Pirquet, le chiffre théorique d'un Nem s'abaisse à 0,5 Nem (5/10 Siqua) (5 decinem Siqua, ou 5 Dn Sq), ration optima, la ration minima étant de 0,3 Nem (3/10 Siqua, ou 3 Decinem Siqua, ou 3 Dn Sq).

Ceci étant, comment appliquer le Nem-System à l'alimentation du nourrisson ?

1° En mesurant la « hauteur assise » : on y arrive en faisant coucher l'enfant sur le côté, les cuisses fléchies au maximum, et en tendant un centimètre du sommet du vertex à l'extrémité distale du pli fessier. Le carré de ce chiffre, divisé par 10, exprime le nombre de decinems nécessaires.

2° En se conformant aux indications générales suivantes, que nous empruntons à l'article de M. G. Patey :

Chaque enfant a besoin pour sa croissance de 1 Dn Siqua.

Le nourrisson, l'enfant maigre, a besoin, en plus, pour engraisser, de 1 à 2 Dn Siqua.

Après le dixième mois, pour s'asseoir, l'enfant recevra en plus 1 Dn Siqua.

Après la première année, il a encore besoin, pour se tenir debout et pour marcher, de 1 à 2 Dn Sq.

D'où le tableau suivant donnant la ration alimentaire nécessaire au nourrisson :

Première semaine	: croître de 1 à 4 DnSq
Deuxième au troisième mois :	— 5 DnSq
Quatrième au sixième mois :	— 6 DnSq
Au delà du septième mois :	— 7 DnSq

La ration alimentaire découlera donc de la mesure de la hauteur assise, dont le carré divisé par 10 donnera en Nems le Dn Sq. Celui-ci sera multiplié par le coefficient ci-dessus.

Exemple. Soit un enfant d'un mois ayant une Ha de 35 cm. Il doit prendre 5 Dn Sq.  $Siqua = 35^2 =$  en gros 1.200 ; un Decinem siqua = 120 Nems, 5 decinems siqua =  $120 \times 5 = 600$  N, obtenus par 600 gr. du mélange suivant :

$4 \times 5 = 20$	cuillerées à soupe de lait
$4 \times 5 = 20$	— d'eau
$2 \times 5 = 10$	morceaux de sucre de 5 gr.

Dose totale pour les 24 heures, à diviser en 6 repas.

3° En utilisant, selon les cas, les laits de vache modifiés *Sibo* ou *Dubo*.

Le lait *Sibo* (*simplex bovinum*) a la composition suivante :

100 gr. de lait .....	100 N
75 gr. de sucre .....	75 N
83 gr. d'eau	

convient aux enfants normaux.

Le lait *Dubo* (*duplex bovinum*), dont la composition est :

100 gr. de lait .....	100 N
100 gr. de sucre .....	100 N
117 gr. d'eau	

convient, pour une période ne dépassant pas quinze jours, aux prématurés.

## SOCIÉTÉS SAVANTES

### SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 16 JANVIER 1935)

**Traitement de la sclérodémie.** — M. LERICHE rapporte une série d'expériences consistant en injections de parthormone à de jeunes rats. Il se produit alors des plaques cutanées dures qui se rapprochent au point de vue anatomique de la sclérodémie humaine. Il rappelle les divers caractères cliniques de la maladie. On ne doit pas opérer les sclérodémies généralisées ayant évolué depuis longtemps. Chez les malades présentant des lésions plus limitées, on peut pratiquer soit une parathyroïdectomie, soit une résection des artères thyroïdiennes, soit une ramisection cervicale.

**A propos de l'artériographie.** — M. MATHIEU a eu un échec après artériographie. Il survint une gangrène massive du membre inférieur qui nécessita une amputation et fut suivie de mort.

M. L. BAZY rapporte la statistique intégrale des artériographies pratiquées dans son service par MM. Reboul et Racine. Il y eut 220 artériographies. M. Bazy commente ensuite les accidents et les incidents qui furent observés.

**Traitement des hémorragies des fibromes.** — M. MÉTIVET étudie les métrorragies survenant chez les fibromateuses pléthoriques. Il estime qu'un régime alimentaire sévère suffit à supprimer les hémorragies.

M. BROCCQ estime qu'il ne peut s'agir dans ces cas de fibromes, mais de sclérose utérine.

**Iléocoloplastie.** — M. OKINCZYK relate une observation personnelle, qui est le septième cas publié. Il s'agissait d'un enfant de 16 ans, qui, à la suite d'un lavement brûlant, vit s'établir une sténose recto-colique. Un anus iliaque gauche fut fait ; des dilatations n'amenèrent aucun résultat. En 1928, tentative d'anastomose recto-colique, mais l'abaissement fut irréalisable. Fermeture en trois plans. En 1934, M. O... réalise une iléo-recto-coloplastie. Après quelques incidents, guérison définitive.

**Septicémie à staphylocoques guérie par le bactériophage intra-veineux.** — M. SAUVE rapporte cette observation de MM. Récamier et Sobieski.

**Luxation dorsale complète du gros orteil.** — M. SORREL relate cette observation de M. Gradoyevitch (de Belgrade). Réduction parfaite sous anesthésie générale.

**Appareil arthro-moteur.** — M. MATHIEU décrit cet appareil, dû à M. Stroll, et en montre les avantages.

**Polypose gastrique et colique.** — M. M. DUVAL montre de belles radiographies.

**Artériectomie.** — M. L. BAZY montre de beaux résultats éloignés d'artériectomies après localisation de l'oblitération par artériographie.

**Entérostomie sur le grêle.** — M. MOCQUOT présente un malade qu'il a deux fois guéri d'occlusion par une entérostomie sur le grêle.

**Traitement des brûlures par l'acide tannique.** — M. SOUPAULT en est partisan.

M. DESPLAS n'en a pas été satisfait.

## FICHES DE THÉRAPEUTIQUE PRATIQUE

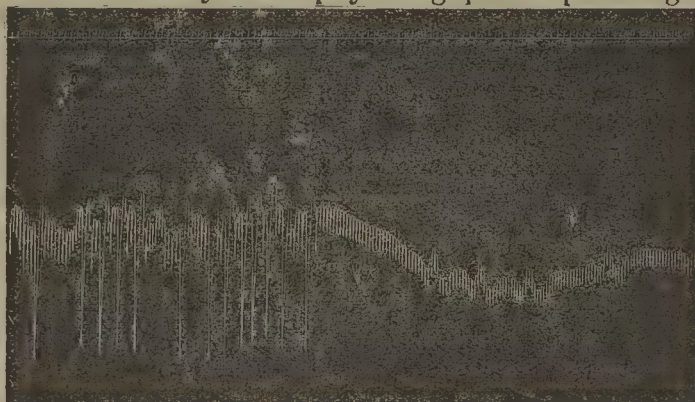
# La Spartéine "Houdé"

*Sulfate de Spartéine :  $C_{15} H_{26} N_2, SO_4 H_2 + 5H_2 O$ .  
sel cristallisé, chimiquement pur, préparé à partir de la  
Spartéine du genêt (*Sarothamnus scoparius*).*

*Action cardiaque démontrée par de nombreux essais physiologiques.*

## PHARMACODYNAMIE

- la **Spartéine** : a) soustrait le cœur à toute action nerveuse extrinsèque<sup>(1)</sup> ;  
b) supprime les extrasystoles physiologiques et pathologiques<sup>(2)</sup> ;



- c) exerce une action cardio-tonique marquée<sup>(3)</sup>.

## INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES

- 1° **Régulateur du cœur** : arythmies, palpitations; névroses cardiaques, etc.  
2° **Cardio-tonique** : maladies infectieuses, hyposystolie, asystolie.

Très peu toxique, très maniable, ne s'accumulant pas, la **Spartéine** est le meilleur toni-cardiaque d'entretien.

DOSES : 0 gr. 10 à 0 gr. 25 et même 0 gr. 40 *pro die* sous forme de **Granules de Spartéine HOUDÉ**, titrés à 0 gr. 02 de sulfate de spartéine par granule.

**Laboratoires HOUDÉ, 9, rue Dieu, PARIS**

(1) F. MERCIER et L. J. MERCIER. *C. R. Soc. Biol.*, 93 (1925), 339 et 1468.

(2) DELAS et SOULA. *Arch. Int. Physiol.*, 25 (1925), 1.

(3) R. ROGER. *Thèse. Doct. médecine*, Toulouse (1927).



M. Robert MONOD a observé sous la carapace des rétentions de pus.

M. ALGLAVE recommande le taffetas-chiffon.

M. LENORMANT ne fait plus de pansement.

M. SORREL emploie le mercurochrome.

M. OKINCZYC est partisan de l'absence de pansement.

M. P. DUVAL montre que l'acide tannique doit être employé sans pansement.

M. SÉNÈQUE a eu un échec avec l'acide tannique.

**Uréthroplastie.** — MM. LEVEUF et GODARD montrent un malade qu'ils ont guéri de sténoses multiples de l'urèthre antérieur par uréthrectomie pénienne, cystostomie et uréthroplastie ultérieure.

(SÉANCE SOLENNELLE PUBLIQUE DU 23 JANVIER 1935)

La séance s'ouvre sous la présidence de M. Georges LABEY, qui prononce le discours d'usage ; puis M. Jean BERGER, secrétaire annuel, donne lecture de son rapport. Après la distribution des prix accordés en 1934 par la Société (voir *Gaz. Hôp.* 1935, n° 8, p. 121), M. Robert Proust, secrétaire général, prononce l'éloge de M. Pierre Bazy, ancien président de la Société, membre de l'Institut.

## LIVRES NOUVEAUX

**Radiologie clinique du tube digestif**, publiée sous la direction de MM. Pierre DUVAL, J.-Ch. ROUX et H. BÉCLÈRE ; *I. Estomac et duodénum* (1), par Pierre DUVAL, Jean-Charles ROUX et Henri BÉCLÈRE.

Pourquoi cette seconde édition paraît-elle sept années après l'épuisement de la première ? Si paradoxal que cela puisse paraître, c'est précisément en raison du brillant succès de ce premier Atlas.

Sa publication, en effet, avait défini une méthode. C'était la première fois qu'un chirurgien « sortait » les documents radiographiques accumulés dans sa carrière et les commentait non pas en radiographe, mais en clinicien. De ces documents, certains étaient vieux de vingt ans. Ce fut l'intérêt du livre, c'était le résultat d'une expérience. Mais le modèle donné, la voie fut suivie et d'excellents ouvrages parurent, utilisant la méthode, la complétant et l'adaptant à des sujets différents.

On s'aperçut alors combien en peu d'années la radiologie avait progressé : tels documents, considérés comme uniques peu avant, n'étaient plus que de faibles images, comparés aux magnifiques photographies obtenues aujourd'hui. Une méthode qui a beaucoup éveillé d'intérêt (celle de l'examen par le procédé de la « couche mince ») permettait d'obtenir des prises tellement différentes de ce qui avait été « vu » jusqu'ici, qu'elle suscitait, à l'étranger et en France, toute une série d'essais et toute une littérature. Mais ces documents nouveaux que tel radiologiste étranger publiait avec une légitime fierté, que signifiaient-ils au point de vue clinique ? Parfaits au point de vue matériel, que valaient-ils comme instruments de diagnostic ? Cela, on ne le savait pas. On ne pouvait pas le savoir.

Publier hâtivement une nouvelle édition remaniée de cet

admirable ouvrage alors que la première avait coûté vingt ans de patientes recherches, c'était démeriter du succès. Reproduire simplement le texte et les images de la première, c'était dresser une barrière sur la grande route, se refuser à entreprendre l'effort nécessaire. Le professeur Duval a résolu la question, en se donnant le temps de la patience et celui du travail. L'expérience antérieure, le cadre conservé, des concours techniques plus parfaits encore lui ont permis de reprendre, cette fois-ci, en bien moins de vingt ans, le travail à pied d'œuvre. Il y a consacré sept ans, car, dès le jour où le premier volume fut publié, il entreprit de réunir les matériaux de celui qui paraît aujourd'hui.

Ce qui précède suffit sans doute pour expliquer en quoi cette 2<sup>e</sup> édition est le même livre que la première, — tout en étant cependant un livre entièrement différent : peu de pages de texte n'ont pas été révisées ; des chapitres entiers sont nouveaux, 514 radiographies sont ici groupées, dont quarante au plus avaient déjà paru. Mais ce qui n'a pas changé, c'est la structure et la méthode ; « un diagnostic, une image ; une image, un diagnostic », l'un sans l'autre reste sans intérêt. Mais qui dit ici « diagnostic », dit diagnostic contrôlé par une donnée clinique, une opération, une autopsie, ou une guérison constatée sans intervention. Pas un cas n'est publié dans ce livre qui n'ait été vu et suivi, et c'est pour cela que toutes les images sont ici personnelles, provenant toutes du service de l'auteur. L'image ne dicte pas le diagnostic, elle le dirige, le suggère, le complète et ne vaut que par l'interprétation qu'elle reçoit. C'est sans doute un magnifique exemple de la pénétration de l'esprit dans les choses et qui contribuera à mettre les jeunes générations en garde contre les diagnostics « matériels », faits en série, avec des fiches, des numéros et des documents. Les élèves et les éditeurs du professeur Duval seraient fiers si, l'ayant lu, des étrangers disaient de ce livre qu'il est, par sa méthode et la clarté de l'exposé, un livre « bien français ».

L. G.

**Thérapeutique hydro-climatologique des maladies du rein et des voies urinaires** (1), par A. LEMIERRE, professeur de clinique à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine, et L. JUSTIN-BESANÇON, chef du Laboratoire d'hydrologie de la Faculté de médecine de Paris, médecin des Hôpitaux.

Les auteurs envisagent ici, outre quelques indications générales, la place du traitement thermal dans la thérapeutique des néphrites, de certains troubles rénaux dits fonctionnels, de la lithiase rénale et enfin des affections urinaires.

De telles indications ne peuvent être établies, chez un rénal ou un urinaire, qu'après avoir fait un bilan soigneux basé sur les examens cliniques et les données de laboratoire.

Aussi, un exposé sommaire des méthodes d'exploration des fonctions rénales devait-il prendre place avant tout essai sur les indications cliniques. C'est donc à l'exploration des fonctions rénales et aux indications cliniques des cures thermales qu'est consacrée la première partie de ce livre.

La partie proprement hydrologique de ce précis est divisée en trois chapitres, respectivement consacrés à l'étude physiologique des cures thermales dans les maladies du rein, à l'organisation de ces cures, et, enfin, à l'étude proprement crénologique des stations thermales.

(1) Deuxième édition entièrement nouvelle. Grand in-4 (25×32) de 372 pages avec 514 radiographies et 516 schémas formant 106 planches. — Prix : relié toile, 300 fr. ; relié en 2 volumes (pour expédition à l'étranger), 330 fr. — Paris, Masson et C<sup>ie</sup>.

(1) Bibliothèque de thérapeutique hydro-climatologique. In-8 de 138 pages avec 14 figures. — Prix : 20 fr. — Paris, Masson et C<sup>ie</sup>.

# VACCINS CLIN

ANTICOQUELUCHEUX  
 ANTISTAPHYLOCOCCIQUE      ANTISTREPTOCOCCIQUE  
 ANTIGONOCOCCIQUE  
 I. MONOMICROBIEN et II. POLYMICROBIEN

## COLI-ENTÉRO-VACCIN

I. BUCCAL  
 Boîte de 6 ampoules de 5 c.c.  
 de forte concentration uniforme.

II. INJECTABLE  
 Boîte de 10 ampoules de 1 c.c.  
 à concentrations croissantes

## PNEUMO-BRONCHO-VACCIN

ADULTES - ENFANTS

Concentration élevée en microbes - Tolérance parfaite - Conservation illimitée

*Injections sous-cutanées ou intra-musculaires*

Les Vaccins Clin injectables sont délivrés en boîtes de 10 ampoules de 1 c.c.

## PYOVARGOL

POMMADE AU COLLOIDO-VACCIN CLIN

ARGENTIQUE ANTIPYOGÈNE

POUR PANSEMENTS des plaies infectées et suppurations locales

LABORATOIRES CLIN. COMAR ET Cie, 20, rue des Fossés-Saint-Jacques, PARIS

# PARFAIT SÉDATIF DE TOUTES LES TOUX

ADULTES ET ENFANTS  
 DE TOUT AGE

# GOUTTES NICAN

## GRIPPE

## TOUX DES TUBERCULEUX

## COQUELUCHE

ECHANTILLONS & LITTÉRATURES. Laboratoires CANTIN A PALAISEAU S.O. FRANCE



Quant aux indications d'ordre climatique, les auteurs ne leur réservent qu'un court chapitre, car leur intérêt s'efface devant celui des cures thermales en matière de pathologie rénale et urinaire.

L. G.

## NOTES POUR L'INTERNAT

TUMEUR BLANCHE DU COUDE<sup>1</sup>

**Pronostic. Evolution.** — Seule, l'existence d'autres foyers de bacillose est l'élément grave du pronostic de la tumeur blanche du coude de l'enfant.

Isolée, l'ostéo-arthrite du coude évolue, le plus souvent en trois ans, vers la guérison pour ses formes moyennes.

Cette guérison est affirmée quand le coude est sec et froid, quand la radiographie montre un liseré articulaire sombre et des épiphyses récalcifiées.

L'existence de grosses fistules entraîne un retard de la guérison, qui ne survient alors qu'au bout de 4 ou 5 ans.

Le résultat fonctionnel est bon dans l'ensemble. — La guérison s'accompagne le plus souvent de limitation des mouvements; l'ankylose osseuse est rare; son pronostic est bon, si l'attitude d'immobilisation a été correcte. Dans la majorité des cas, l'ankylose est fibreuse, autorisant des mouvements de prono-supination, de flexion-extension de 50 à 70° d'amplitude.

Cependant, les rechutes et les récidives sont toujours possibles.

## FORMES CLINIQUES :

Forme synoviale pure.

Forme bilatérale, rare.

Formes bénignes. — Guérissant avec un minimum de raideur articulaire.

Formes graves. — Elles ont l'aspect d'une ostéo-arthrite fongueuse suppurée. L'état général est très touché. Très rapidement, le coude tuméfié s'abcède. Le pus fuse et décolle muscles et peau loin de l'articulation. Les destructions osseuses sont étendues, bien souvent la mort survient par généralisations tuberculeuses. En tout cas, la guérison est lente à s'affirmer; elle se fait au prix d'une ankylose osseuse.

**TUMEUR BLANCHE DU COUDE DE L'ADOLESCENT OU DE L'ADULTE.** — Cliniquement, elle se manifeste par des signes identiques à ceux trouvés chez l'enfant.

A la radio, les lésions sont toujours en retard sur les signes cliniques : le cylindre articulaire huméral est irrégulier, la tête radiale reste intacte dans sa forme, le cubitus semble le plus atteint; l'interligne articulaire a disparu.

L'évolution et le pronostic sont différents.

Les abcès se réinfectent très fréquemment. Le pronostic vital entre en ligne de compte : il s'agit le plus souvent, de tuberculeux à plusieurs foyers.

Le pronostic fonctionnel est sérieux : il y a des destructions osseuses étendues : grande cavité sigmoïde agrandie, extrémité humérale rongée d'où subluxations progressives.

Carie sèche. — Elle se voit moins fréquemment qu'à l'épaule, ressemblant cliniquement à un rhumatisme chronique, dont l'évolution très longue est entrecoupée de poussées évolutives; pas de tuméfactions, mais présence de ganglions axillaires.

Forme hémorragique. — D'une exceptionnelle malignité tant du point de vue local que général. Attribuée pour certains à un strepto-bacille.

**Diagnostic.** — Au début, le diagnostic est à faire avec les fractures du coude, les parents attribuant souvent à une chute, un coup, le début des accidents.

Il faut ensuite songer à une ostéite avec réaction articulaire, un spina du cubitus; si l'articulation n'est pas atteinte, l'immobilisation fait vite disparaître les symptômes articulaires; cependant nécessité de suivre l'évolution : un spina peut finir par évoluer vers l'article.

Plus tard, on élimine facilement des séquelles traumatiques, une arthrite hémophylique exceptionnelle au coude. Plus difficile est le diagnostic de syphilis du coude.

Parfois, elle réalise une tumeur blanche, indolente, à mouvements presque normaux, avec une synoviale épaissie, irrégulière et blindée; d'autres fois, elle s'accompagne de douleurs ostéocopes.

A la radio, les lésions sont surtout diaphysaires avec hyperostose.

L'ostéomyélite subaiguë; le kyste multiloculaire, l'ostéosarcome sont faciles à éliminer.

Chez l'adulte. — On éliminera le rhumatisme chronique ou subaigu; la blennorrhagie, qui atteint rarement le coude et dont les manifestations sont surtout périarticulaires.

De même, une arthrite tabétique, dont l'indolence est caractéristique.

Enfin, des lésions tuberculeuses juxta-articulaires atteignant l'épitrôchlée, l'olécrane ou l'épicondyle. Nécessité de la radio.

Dans l'ensemble, chez l'enfant, le diagnostic est relativement simple, mais dans les cas difficiles, il ne faut pas hésiter à pratiquer une cuti, rechercher l'existence d'antécédents ou d'autres manifestations tuberculeuses, pour affirmer le diagnostic.

**Traitement.** — Chez l'enfant : il sera orthopédique : immobilisation plâtrée, prenant l'épaule et le poignet, en maintenant le coude fléchi : 90° pour les intellectuels; 130° pour les manœuvres. Réaliser un appareil en deux demi-valves, permettant la surveillance facile de l'articulation, et l'héliothérapie. Changer ce plâtre tous les trois ou quatre mois.

Le traitement opératoire a des indications très restreintes. Néanmoins, les interventions de protection articulaire sont fréquemment à envisager : la trépanation d'un spina du cubitus avec curettage des fongosités, évitera le plus souvent la prise de l'articulation.

Ce n'est que dans les formes très graves que l'on se décidera à une résection atypique et économique de Ménard.

Chez l'adulte, après une immobilisation d'attente quand les lésions ont achevé leur cycle destructeur, quand une poussée bacillémique n'est plus à craindre, quand l'état général est satisfaisant, on doit proposer, dans les formes de moyenne gravité, une résection du coude.

Cette intervention peu choquante, donne des résultats fonctionnels très satisfaisants. A condition que la résection soit sous-périostée, et que l'on s'en tienne à l'exérèse d'une hauteur totale d'os de 5 à 8 cm. Après l'intervention, le coude est le plus souvent solide et mobile; il est rarement ballant, parfois un tel coude ballant au repos devient-il solide à la contraction musculaire. Ce n'est qu'exceptionnellement, quand le membre est perdu ou que la vie du malade est compromise par une arthrite grave associée à d'autres manifestations tuberculeuses, que l'amputation est à envisager.

ROGER-JEAN CHEVALLIER.

Le Directeur-gérant : D<sup>r</sup> François LE SOURD.

(1) Fin. — Voir Gaz. des hôp., 1935, n° 13, p. 248; n° 15, p. 250.



LE DIURÉTIQUE RÉNAL PAR EXCELLENCE

# SANTHÉOSE

LE PLUS FIDÈLE, LE PLUS CONSTANT, LE PLUS INOFFENSIF DES DIURÉTIQUES  
SES QUATRE FORMES**PURE**

Le médicament régulateur par excellence, d'une efficacité sans égale dans l'artério-sclérose, la présclérose; l'albuminurie, l'hydropisie, l'urémie.

**PHOSPHATÉE**

L'adjuvant le plus sûr des cures de déchloration et de désintoxication de l'organisme, dans la neurasthénie, l'anémie et les convalescences.

**CAFÉINÉE**

Le médicament de choix des cardiopathies, fait disparaître les œdèmes et la dyspnée, renforce la systole, régularise le cours du sang.

**LITHINÉE**

Le traitement rationnel de l'arthritisme et de ses manifestations; juggle les crises, enrayer la diathèse urique, solubilise les accidents urinaires.

DOSES : 2 à 4 Cachets par jour. — Ces cachets sont en **FORME DE CŒUR** et se présentent en boîtes de 24.

PRODUIT FRANÇAIS

4, rue du Roi-de-Sicile  
— PARIS —

PRODUIT FRANÇAIS

## FARINES MALTÉES JAMMET

de la Société d'Alimentation diététique

### RÉGIME DES MALADES, CONVALESCENTS, VIEILLARDS

Farines très légères

**RIZINE**

Crème de riz maltée

**ARISTOSE**

à base de farine maltée de blé et d'avoine

**CÉRÉMALTINE**

(Arrow-root, orge, blé, maïs)

Farines légères

**ORGÉOSE**

Crème d'orge maltée

**GRAMENOSE**

(Avoine, blé, orge, maïs)

**BLÉOSE**

Blé préparé et malté

Farines plus substantielles

**AVENOSE**

Farine d'avoine maltée

**CASTANOSE**

à base de farine de châtaignes maltée

**LENTILOSE**

Farine de lentilles maltée

CACAOs, MALTS, SEMOULES, CÉRÉALES spécialement préparées pour DÉCOCTIONS

Usine et Laboratoires à LEVALLOIS-PERRET. — Brochure et Échantillons sur demande.

ÉTABLISSEMENTS JAMMET Rue de Miromesnil 47 Paris

*Alimentation  
des Enfants*

## LAC-SER

LACTOSERUM DESSÉCHÉ

Un paquet de 5 gr. dilué dans 100 gr. de liquide reconstitue 100 gr. de lactosérum naturel

Boîte de 30 paquets

LABORATOIRE

MONTAGU

49, Bd de PORT-ROYAL

PARIS

# IODONE ROBIN

Gouttes - Comprimés - Injectable

**ARTHRITISME, ARTÉRIO-SCLÉROSE, ASTHME  
GOUTTE, RHUMATISME, EMPHYSEME**

R. C., 231.839  
Seine.

LABORATOIRES ROBIN, 13. Rue de Poissy PARIS



*La Lancette Française***GAZETTE DES HOPITAUX****CIVILS ET MILITAIRES****PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI****ADMINISTRATION ET RÉDACTION :****49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6<sup>e</sup>. Tél. : Danton 48-31.****PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6<sup>e</sup>) - Téléph. : LUTRÉ 54-93.****PRIX DE L'ABONNEMENT****FRANCE**

3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.

*Etudiants : 25 francs par an.*

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

**ETRANGER**

Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.

Tous les autres pays : 75 francs.

**SOMMAIRE****REVUE GÉNÉRALE***La tension moyenne. Etude physiologique et clinique (avec un schéma), par M. Ch. DARNAUD.***SOCIÉTÉS SAVANTES***Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société de pédiatrie. — Société de thérapeutique.***CHRONIQUE***Remise d'une épée d'honneur au professeur J.-L. Faure, par F. L. S.***LIVRES NOUVEAUX****ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS****INFORMATIONS****HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX** (admissibilité). — *Epreuve théorique anonyme.* — Séance du 25 février 1935. — Questions données :*Série A : « Tétanos, pathogénie, formes cliniques et traitement. »**Série B : « Le rein des diabétiques. »*

Questions restées dans l'urne :

*Série A : « Acromégalie. — Infantisme. »**Série B : « Cancer primitif du poumon. — Erythème nouveau. »**Membres du jury. — Série A : MM. Guillain, Villaret, Abrami, Troisier, Richet, Nicaud.**Censeurs : MM. Gutmann, Célice, Escalier, de Brun du Bois-Noir.**Lecteurs : MM. Charles Cachin (Ménages), Domart (Cochin), Dugas (Broussais), Meillaud (Claude Bernard), M<sup>lle</sup> Salembiez (Charité), M. Signier (Bichat).**Hôpitaux consignés : Hôtel-Dieu, Necker, Laennec, Broussais.**Séances : mercredi 27 février, à 9 h., à Broussais ; samedi 2 mars, à 9 h., à Necker.**En principe, les séances auront lieu : les lundi et samedi, à 9 h. ; mardi et jeudi, à 15 h. 30.**Membres du jury. — Série B : MM. Labbé, Laignel-Lavastine, Pagniez, Tixier, Lévy-Valensi, Cain.**Censeurs : MM. Paraf, Péron, Pollet, Kourilsky.**Lecteurs : MM. Bachmann (Necker), Moline (Cochin), Sau-**vain (Saint-Antoine), Bourdial (Enfants-Malades), Sautter (Laennec).**Hôpitaux consignés : Pitié, Saint-Antoine, Cochin.**Séances (sous réserve de modifications ultérieures) : vendredi 1<sup>er</sup> mars, à 9 h., Saint-Antoine ; samedi 2 mars, à 15 h. 30, Cochin ; dimanche 3 mars, à 9 h., Pitié ; mardi 5 mars, à 9 h., Cochin ; vendredi 8 mars, à 9 h., Saint-Antoine ; samedi 9 mars, à 15 h. 30, Pitié.**— CONCOURS DE L'INTERNAT. — Oral (dernière séance). — Questions données : « Symptômes et complications des fractures ouvertes de jambe. — Signes et évolution des néphrites scarlatineuses. »**MM. Nastorg, 19,33 ; Deuil, 19,44 ; Piton, 23 ; Hacker et M<sup>lle</sup> Soiffert, 19,33 ; MM. Falk, 18 ; Bargain, 14,88 ; Reigner, 21 ; Molinéry, 25,22 ; Guéret, 16.**— Rappelons que nous avons publié dans notre dernier numéro la liste des candidats admis.***HÔPITAUX DE PROVINCE. — DIEPPE. —** Un poste d'interne à l'hôpital de Dieppe sera vacant le 15 avril prochain. — Pour tous renseignements, s'adresser au directeur des hospices.**— MARSEILLE. —** Après concours, M. Jules Balansard a été nommé pharmacien chimiste, chef de service des hôpitaux.**— TOURS. —** M. le docteur Ardoin est nommé médecin adjoint d'oto-rhino-laryngologie des hôpitaux de Tours.**FACULTÉS DE MÉDECINE. — MARSEILLE. —** Des concours pour le clinicat s'ouvriront à la Faculté de médecine et de pharmacie de Marseille :

Le 6 mai 1935, pour un emploi de chef de clinique urologique (chaire de M. le professeur E. Chauvin) ;

Le 6 juin 1935, pour un emploi de chef de clinique médicale (chaire de M. le professeur V. Audibert) ;

**OUABAÏNE ARNAUD****LABORATOIRE NATIVELLE, 27, Rue de la Procession, PARIS (XV<sup>e</sup>)**

Le 10 juin 1935, pour un emploi de chef de clinique chirurgicale (chaire de M. le professeur L. Imbert);

Le 2 juillet 1935, pour un emploi de chef de clinique chirurgicale (chaire de M. le professeur J. Fiolle);

Le 8 juillet 1935, pour un emploi de chef adjoint de clinique obstétricale (chaire de M. le professeur Ch. Guérin de Montgareuil-Valmale).

Renseignements et inscriptions au secrétariat de la Faculté, palais du Pharo, Marseille.

**ÉCOLES DE MÉDECINE. — DIJON.** — M<sup>lle</sup> le docteur Aubertin est nommée chef de clinique médicale à l'Ecole de médecine de Dijon.

M<sup>lle</sup> le docteur Ladrey est nommée chef de clinique médicale adjointe à l'Ecole de médecine de Dijon.

**DISTINCTIONS HONORIFIQUES.** — S. M. le Roi de Roumanie vient de conférer la croix de commandeur de l'Etoile de Roumanie à notre confrère L.-M. Pierra, déjà titulaire de la croix de 1<sup>re</sup> classe Meritul Sanitar. Nous sommes heureux d'adresser nos très cordiales félicitations à notre ami dont l'activité, comme secrétaire général de la Fédération de la Presse médicale latine, a été si bienfaisante pour le développement des vieilles amitiés franco-roumaines.

**SOCIÉTÉ MÉDICALE DU VII<sup>e</sup> ARRONDISSEMENT.** — Le bureau pour 1935 est composé ainsi : président, M. Charles Richet fils; vice-président, M. Briault; trésorier, M. J.-E. Marcel; secrétaire générale, M<sup>lle</sup> Berthe Fournier; secrétaire des séances, M. Cloup.

**LE CONTINGEMENT DES MÉDECINS.** — Au Maroc un médecin, quelle que soit sa nationalité, ne peut exercer sa profession sans une autorisation de la direction de l'hygiène. Le Maroc paraît être le seul pays où le contingentement médical soit prévu et appliqué.

**NÉCROLOGIE.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Léon Scharpelynck (de Lille); M<sup>me</sup> Henri David, belle-sœur de notre excellent confrère et ami le professeur A. David, rédacteur en chef du *Journal des sciences médicales de Lille*, à qui nous adressons l'expression de notre bien vive sympathie.

— Nous apprenons aussi la mort de MM. les docteurs G. Halgand et Jules Pagès (de Paris).

**VIENT DE PARAÎTRE :** le premier fascicule de l'*Histoire du costume du médecin militaire d'autrefois*. — L'Edition artistique, 26, rue Pétreille, Paris (IX<sup>e</sup>).

## CHRONIQUE

### REMISE D'UNE ÉPÉE D'HONNEUR AU PROFESSEUR J.-L. FAURE

Dimanche matin, l'U.M.F.I.A., réunie sous la présidence de S. E. Luis de Souza Dantas, ambassadeur du Brésil, a remis à M. le professeur J.-L. Faure une épée d'honneur, à l'occasion de sa nomination à l'Institut.

Bien des fois les amis et les élèves de l'illustre maître lui ont témoigné leur admiration et leur respectueuse affection. Jamais hommage ne fut plus éclatant que celui de la « fête de l'Épée ». Les souscripteurs ont été, en effet, au nombre de plusieurs centaines. La plupart étaient présents. Parmi eux, nous relevons autant de noms étrangers que de noms français, ce qui montre à quel point J.-L. Faure fut le bon ambassadeur de la France; enfin, parmi les étran-

gers, figure une majorité écrasante de Latins. La cérémonie n'avait-elle pas été organisée par l'Union médicale latine (U.M.F.I.A.) et son prestigieux animateur Louis Dartigues?

En lui remettant la belle épée, due au Maître Falize, Dartigues adressa à M. Faure l'expression élogieuse de son affectueuse admiration pour son talent, pour son œuvre et pour son caractère si élevé, si humainement compréhensif.

« Un grand chirurgien comme vous, dit-il, travaille aussi avec son âme, cette âme du chirurgien que vous avez analysée et peinte d'une manière indépassable. » Et, au nom de l'U.M.F.I.A., Dartigues sacra J.-L. Faure « chevalier » avec l'épée d'honneur, dont il lui fit la remise.

J.-L. Faure, après avoir remercié l'ambassadeur du Brésil de son affectueuse présence, s'adressa à Dartigues. « Je sais que vous m'aimez bien. Et c'est pour cela que je vous pardonne... »

Après un vibrant hommage à l'U.M.F.I.A., que Dartigues a su développer d'une façon si heureuse et si profitable pour les amitiés latines, J.-L. Faure rappela quelques souvenirs de sa belle vie professionnelle. « Et maintenant, dit-il, que j'ai fermé le livre de ma vie chirurgicale publique, et que je n'ai plus rien à enseigner aux autres, j'aime encore à aller m'instruire, auprès des jeunes, des choses que j'ai mal connues. Cette curiosité d'esprit, que j'ai toujours eue, me semble toute naturelle, puisque précisément je l'ai toujours eue. Mais que n'ai-je pas appris auprès d'hommes comme Terrillon, Bouilly, Ricard, Terrier, Péan, Péan surtout! et combien d'autres! » « ...Si quelque chose doit rester de nous-mêmes, ce ne sont ni les honneurs ni les insignes périssables et qui périront un jour! C'est le geste que nous avons créé, que nous avons appris à nos élèves, qui le transmettront à leur tour — et qui, lui, ne périra pas, parce qu'il continuera à sauver des vies humaines, alors que notre nom sera sans doute depuis longtemps perdu dans les ténèbres de l'oubli!... »

La réunion prit fin après quelques mots d'affectueuses félicitations de S. E. l'ambassadeur du Brésil à « l'une des plus pures gloires de la science française... »

F. L. S.

### RENSEIGNEMENTS

La date de la vente par adjudication, à Amiens, 48, rue Ernest Cauvin, de quelques objets mobiliers et d'un IMPORTANT MATÉRIEL PROVENANT D'UNE INSTALLATION D'OCTOZONE est définitivement arrêtée au vendredi 8 mars, à 13 h. 30.

ANÉMIES  
DYSPEPSIES  
ANTITOXIQUE



DOSE: 4 à 6  
TABLETTES  
PAR JOUR

BIOXYDE DE MANGANESE COLLOÏDAL. SELS MAGNÉSIENS  
Laboratoire SCHMIT, 71 Rue Sainte-Anne, PARIS. 2<sup>e</sup>

**Iodarsenic de GUIRAUD**  
(Contre l'iodophilie)  
TOUS ÉTATS CARBONNAIRES - LYMPHATISME - MALADIES CUTANÉES  
Littérature et Échantillons: 10, Impasse Milord, Paris (18<sup>e</sup>)

Insomnies  
Toux nerveuse. **BROMÉINE** MONTAGU



LABORATOIRES DEGLAUDE  
15, BOUL<sup>g</sup> PASTEUR, PARIS (XV<sup>e</sup>)

MÉDICAMENTS CARDIAQUES  
SPÉCIALISÉS



**SPASMOSEDINE**  
SÉDATIF CARDIAQUE

**DIGIBAÏNE**  
TONIQUE CARDIAQUE

*les 2 médicaments cardiaques essentiels*

# CONSTIPATION

## REEDUCATEUR DE L'INTESTIN

AUCUNE ACCOUTUMANCE

LABORATOIRES LOBICA  
46, AVENUE DES TERNES — PARIS



### à base de :

SELS BILIAIRES  
POUDRE DE GLANDES INTESTINALES  
CHARBON POREUX  
FERMENTS LACTIQUES  
POUDRE DE LAMINARIA FLEXICAULIS  
POUR 1 COMPRIMÉ

**1 à 6 comprimés par jour  
aux repas ou au coucher**  
Commencer par deux comprimés

# LACTOBYL

CONSTIPATION  
SPASMODIQUE

## CARBATROPINE

CHARBON ATROPINÉ

LABORATOIRE  
MONTAGU

49, B<sup>d</sup> de PORT-ROYAL

PARIS

# SIROP GUILLIERMOND

iodo-TANNIQUE

AFFECTIONS CARDIO-VASCULAIRES, AFFECTIONS PULMONAIRES CHRONIQUES  
LYMPHATISME, GOITRE, DERMATOSES, ALBUMINURIE

DOSES : 2 à 4 cuillerées à bouche, à dessert ou à café suivant l'âge

PRESCRIRE :

SIROP GUILLIERMOND, un flacon

BERTAUT-BLANCARD FRÈRES  
64, Rue de La Rochefoucauld, PARIS (9<sup>e</sup>)



REVUE GÉNÉRALE

## LA TENSION MOYENNE ÉTUDE PHYSIOLOGIQUE ET CLINIQUE

Par M. C<sup>a</sup>. DARNAUD,  
Interne des hôpitaux de Toulouse.

La tension artérielle est un *phénomène variable et périodique*.

C'est un *phénomène variable*, parce que la valeur de cette tension se modifie sans cesse entre deux limites extrêmes qui correspondent, l'une à la tension maxima, l'autre à la tension minima.

C'est un *phénomène périodique*, car, pendant la durée de chaque révolution cardiaque, la tension repasse successivement par toutes les valeurs qui ont, déjà, été les siennes, lors de la précédente révolution.

Jusqu'à ces dernières années, pour définir un état tensionnel, on se contentait d'en indiquer les deux chiffres extrêmes, c'est-à-dire, la valeur des tensions maxima et minima. Cette notation était évidemment sommaire. Elle retenait artificiellement les deux chiffres extrêmes de la tension, mais ne tenait aucun compte de ses valeurs intermédiaires. Pourtant, la connaissance de telles valeurs est loin d'être négligeable. C'est ce que faisait remarquer Potain lorsqu'il écrivait :

« Dans l'intervalle des pressions extrêmes, maxima et minima, la pression passe par une série d'oscillations de valeur inégale et variable, que représentent à merveille les oscillations de la courbe oscillographique. Or, la force en vertu de laquelle le sang circule à travers les organes, et qui surtout nous intéresse, étant après tout la somme de ces pressions successives et variables, leur moyenne est surtout ce qu'il nous importerait de connaître et qui pourrait donner une idée plus juste du travail qui s'accomplit dans le système artériel. »

Il est, en effet, impossible, si l'on connaît seulement les chiffres extrêmes de la pression, de mesurer le travail accompli par le muscle cardiaque et d'être renseigné, d'une façon approximative, sur le débit circulatoire. Cependant, la connaissance du débit circulatoire serait à coup sûr très utile, car, comme l'écrit Pachon : « en fin de compte, ce par quoi se traduit, ou ce à quoi aboutit un état de suffisance ou d'insuffisance cardiaque, c'est bien exactement un débit circulatoire suffisant ou insuffisant pour les besoins actuels ou éventuels de l'organisme ».

Les physiologistes n'ont pas été les seuls chercheurs à se heurter à semblable problème. L'étude de certains phénomènes électriques oppose aux physiiciens des difficultés du même ordre. Ils les ont résolues de la façon suivante : lorsqu'ils veulent évaluer, par exemple, l'intensité moyenne d'un courant alternatif, ils calculent quelle serait l'intensité du courant continu qui, dans le même temps, dégagerait ce qu'ils nomment « l'intensité efficace ». C'est la moyenne de toutes les valeurs que prend l'intensité du courant pendant une de ses périodes complètes. On démontre que cette moyenne est proportionnelle à la racine

carrée de l'aire de la courbe qui représente les variations de cette intensité.

On a voulu utiliser une méthode semblable pour isoler un élément nouveau de la tension artérielle. On a calculé quelle valeur constante il faudrait donner à la tension artérielle pour assurer, dans des conditions déterminées, un débit identique à celui qu'on obtient par le jeu des pressions variables.

Pachon, par analogie avec le vocabulaire des physiiciens, a donné à cette déterminante nouvelle le nom de « tension efficace ». Lorsqu'ils ouvrirent à cette même notion le domaine de la clinique, MM. Vaquez, Gley et Gomez la baptisèrent « tension moyenne dynamique », ou par abréviation, « tension moyenne ». Certains ont critiqué ce terme, qui prête, disent-ils, à confusion avec la « tension moyenne arithmétique », obtenue en prenant la moyenne arithmétique des chiffres correspondant aux tensions maxima et minima. Néanmoins, c'est cette dénomination de « tension moyenne » qui a prévalu en clinique.

### HISTORIQUE

La notion de pression artérielle moyenne est due à Marey, qui n'en donne d'ailleurs qu'une définition très imprécise. Pour mesurer cette pression, le célèbre physiologiste utilisa le manomètre compensateur qui porte son nom, et que nous décrirons ultérieurement.

Plus tard, Potain chercha à apprécier la valeur de cette pression moyenne par le calcul. Bien que ses moyens d'investigation fussent rudimentaires, les chiffres qu'il obtint ne sont guère éloignés de ceux que nous admettons aujourd'hui.

En 1920, un progrès technique considérable fut réalisé : le Pr. Pachon découvrit, en expérimentant sur un schéma circulatoire, une méthode très simple pour mesurer cette valeur : c'est au moment précis où se produit la plus grande oscillation que la tension, dans le brassard de l'oscillomètre, donne exactement le chiffre de la tension moyenne artérielle.

En 1924, MM. Pachon et Fabre précisèrent les conditions physiques qui font justement que l'oscillation la plus grande corresponde à la tension moyenne.

En 1926, MM. Fontan, de Bordeaux, et Dodel, de Clermont-Ferrand, cherchèrent à appliquer ces notions de laboratoire à certains cas offerts par la clinique.

En 1925 et 1930, MM. Pachon et Fabre étudièrent les rapports du débit circulatoire avec les résistances périphériques et avec l'impulsion cardiaque.

Enfin, en 1931, le Pr. Vaquez attira l'attention des cliniciens sur cette notion nouvelle. Il montra la constance remarquable du chiffre de la tension moyenne et les indications que l'on peut tirer des variations de ce chiffre, au point de vue du pronostic des affections cardio-vasculaires.

À la même date, MM. Gley et Gomez, collaborateurs du Pr. Vaquez, vérifièrent sur un segment isolé d'artère de chien les résultats obtenus par Pachon sur un schéma circulatoire.

Depuis lors, les travaux sur la question se sont multipliés. Nous nous bornerons à citer les noms de MM.

Kisthinos, Lajoie, Papaioannou, Fontan, Lian, Durmas, Cordier, Laubry, Van Dooren, Piolet, Lévy-Solal, A. Van Bogaert, A. Muller, Tetelbaum, liste évidemment très incomplète. On trouvera à la fin du présent article une bibliographie où nous nous sommes efforcé de grouper l'essentiel des nombreux travaux consacrés jusqu'à ce jour à l'étude de la tension moyenne.

## METHODES DE MESURE DE LA TENSION MOYENNE

### 1<sup>o</sup> Méthodes physiologiques. — A. MESURE DIRECTE.

— La mesure directe de la tension moyenne a été réalisée sur l'animal, grâce à l'oscillomètre compensateur de Marey. C'est un manomètre à mercure, recourbé en U, et dont l'une des branches est mise en relation avec l'artère dans laquelle on veut mesurer la pression. A la base de la seconde branche du tube, on ménage un rétrécissement suffisant pour amortir les oscillations du mercure dues aux variations brusques de la pression. De cette manière, le niveau du mercure, dans la seconde branche, s'établit assez rapidement à une hauteur fixe. Cette hauteur permet de mesurer la pression moyenne.

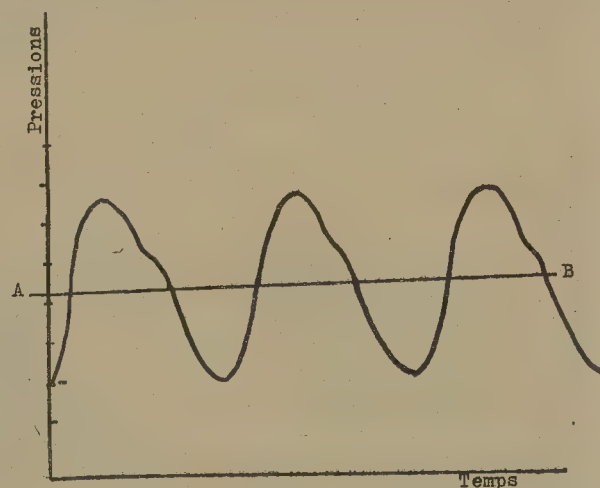
MM. Peillet, Dodel et Boucaumont ont utilisé cette méthode, à l'occasion d'une amputation de cuisse, pour faire la mesure directe de la tension moyenne chez l'homme.

B. MÉTHODES PLANIMÉTRIQUES. — Nous avons dit qu'il existait une relation mathématique simple entre l'aire d'une courbe tensionnelle et la valeur de la tension moyenne. Il est donc possible d'obtenir cette valeur par le calcul. C'est cette méthode que Potain utilisait jadis. On peut, pour faire ces mesures, se servir des tracés sphymométriques, puisqu'ils donnent une représentation assez fidèle des variations de la pression dans une artère. Il est, néanmoins, préférable de recourir aux graphiques représentant les variations de la pression intra-artérielle pendant toute la durée de la révolution cardiaque. L'appareil à quartz piézo-électrique de MM. Bugnard et P. Gley, qui supprime l'inertie (cf. thèse de Nougues, Toulouse 1932) réalise parfaitement de tels graphiques. Tout récemment, MM. Giroux et Boulitte ont imaginé un appareil qui donne, lui aussi, des graphiques parfaitement utilisables. Pour mesurer l'aire des courbes, la méthode pondérale de Pascal nous semble, en définitive, le procédé le plus précis et le plus pratique. Cette aire une fois mesurée, il suffit d'un calcul assez simple pour obtenir le chiffre de la tension moyenne.

Malgré tout, et comme on s'en doute, une telle méthode n'est guère pratique, même au laboratoire. Elle exige un appareillage coûteux, et des calculs assez délicats. Heureusement, d'autres procédés existent, beaucoup plus simples, qui permettent de réaliser aisément, en clinique, la mesure de la tension moyenne.

2<sup>o</sup> Méthodes cliniques. — A. MÉTHODE OSCILLOMÉTRIQUE. — a) *Principe.* — Pachon a démontré que, sur une courbe oscillographique, la pression moyenne coïncide avec l'oscillation maximale, ou indice oscillométrique.

Pachon et Fabre, les premiers, ont cherché les raisons théoriques de cette coïncidence. Nous ne pouvons malheureusement donner de leur travail qu'un trop rapide aperçu :



Considérant une courbe de la pression artérielle en fonction du temps, sur laquelle une droite mobile AB, parallèle aux abscisses, représente la contre-pression, ils admettent que les surfaces délimitées par cette droite et la courbe elle-même sont proportionnelles à l'énergie de décollement et à celle d'accolement des parois de l'artère. C'est au moment où la contre-pression et la pression moyenne intra-artérielle sont égales que cette énergie d'accolement et de décollement passe par un maximum. A ce moment, les aires délimitées par la droite de contre-pression au-dessus et au-dessous d'elle sont égales. L'oscillation prend au même instant sa plus grande amplitude.

Afin de rendre ces explications moins abstraites, MM. Vaquez, Gley et Gomez s'efforcent de les simplifier en considérant, non plus les énergies d'accolement et de décollement, mais bien le volume des diverses ondes sanguines.

« Examinons », écrivent ces auteurs, « la colonne sanguine comprise entre l'embouchure de l'axillaire dans le tronc brachio-céphalique et le segment d'artère comprimé par le brassard d'un oscillomètre. Cette colonne se trouve soumise à deux forces contraires : la pression qui règne dans le tronc brachio-céphalique, et la contre-pression qui tend à accoler les parois de l'artère et à s'opposer au cours du sang. Elle subit donc, à chaque instant, leur résultante. Si la pression sanguine est supérieure à la contre-pression, le sang pénètre sous la manchette (ondée de décollement). Quand c'est la contre-pression qui devient supérieure à la pression sanguine (pendant la diastole par exemple) les parois du segment d'artère comprimé tendent à s'accoler et chassent le sang qu'elles contenaient (ondée d'accolement). L'oscillomètre ne fait qu'objectiver les changements de volume du segment de l'artère comprimée, changements dus à ces ondes d'accolement et de décollement. Pour évaluer ces changements pour chaque valeur de la contre-pression, il suffit de se reporter à la courbe de pression artérielle, telle qu'elle est fournie par un sphymogramme. »

On constate qu'au moment où ces ondes d'accolement et de décollement ont une force égale, la con-



tre-pression exercée sur le segment artériel est égale à la pression moyenne. On conçoit que, juste au même moment, les parois du vaisseau, repoussées alternativement par des forces intenses et de sens inverse, présentent leurs plus amples battements. C'est donc au même moment que l'amplitude des oscillations de l'aiguille sera maxima.

Les recherches expérimentales faites par Pachon sur un schéma circulatoire, reprises par MM. Gley et Gomez sur un segment artériel, vérifient ces vues théoriques.

b) *Technique de la mesure.* — Cette mesure est facilement réalisable en clinique. Il est néanmoins indispensable de relever la courbe oscillographique. A défaut d'appareil enregistreur, il suffira de construire un graphique représentant les valeurs des oscillations de la grande aiguille de l'oscillomètre par rapport aux chiffres mesurant la contre-pression. La valeur de cette contre-pression, qui correspond à l'oscillation la plus grande, mesure la tension moyenne.

Pour que cette mesure ne soit pas faussée, certaines précautions sont indispensables :

Avant de pratiquer l'opération, il faut mettre le patient au repos, et lui donner l'assurance que la mesure de la pression ne lui fera subir aucune sensation désagréable (ceci pour atténuer les réactions vaso-motrices en rapport avec toute émotion). On prendra la tension sur le sujet couché. On n'utilisera qu'un brassard de largeur suffisante, afin de comprimer l'artère sur une partie importante de son trajet. Il faudra appliquer ce brassard très étroitement, car s'il est peu serré, on devra y introduire un plus grand volume d'air, et l'indice oscillométrique en sera diminué.

Avant de prendre la mesure, il est bon de procéder à quelques gonflages et dégonflages successifs du brassard, car cette manœuvre peut mettre fin à un spasme du vaisseau comprimé. Enfin, il vaut mieux relever la courbe des oscillations en une seule fois, en procédant rapidement, par décompressions successives.

c) *Difficultés de la mesure.* — Même si toutes ces précautions sont observées, la mesure de la tension moyenne demeurera fort délicate dans deux ordres de circonstances :

1° Chez les malades en état d'arythmie complète avec accélération du pouls. On sait que, chez de tels malades, l'oscillation maxima se déplace de façon très sensible, au cours même de la mesure.

2° A l'état normal, les courbes oscillométriques présentent une portion ascendante, un sommet (qui correspond justement à la tension moyenne) et une dernière portion qui redescend plus ou moins vers 0.

Mais il arrive parfois que ces courbes présentent, entre portion ascendante et portion descendante, un palier plus ou moins étendu. Ce sont ces courbes que M. Vaquez et ses collaborateurs désignent sous le terme de « courbes en plateau ». On conçoit qu'il soit difficile de dire en quel point de ce plateau il convient de placer l'oscillation qui correspond à la tension moyenne.

Pachon avait conseillé de prendre le point situé au milieu du plateau. Mais, c'était là une affirmation à

l'appui de laquelle il ne donnait aucune preuve. D'autres auteurs ont proposé d'utiliser les portions ascendante et descendante de la courbe pour construire les côtés d'un triangle dont le sommet correspondrait à la valeur cherchée. A la vérité, aucune de ces méthodes ne s'est avérée rigoureuse. Dans un article qu'ils ont consacré à la question des « courbes en plateau », MM. Vaquez, Gley et Mouquin reconnaissent que, lorsque le tracé oscillométrique prend une telle forme, la mesure de la tension moyenne est impossible. Mais de telles courbes seraient réalisées seulement par certains états pathologiques. On les rencontrerait ou bien, lorsque le calibre de l'artère est anormalement réduit (athérome et autres lésions artérielles diffuses), ou bien, lorsque le volume de l'ondée sanguine est trop considérable (insuffisance aortique, maladie de Stokes-Adams, hypertension).

B. MÉTHODE AUSCULTATOIRE. — Pour déterminer la pression moyenne dynamique par cette méthode, M. Kisthinios propose de procéder de la façon suivante :

« On repère d'abord avec un phonendoscope la Mn. auscultatoire. On exerce ensuite une contre-pression égale à la valeur de cette tension jusqu'à ce qu'on puisse entendre 5 ou 6 pulsations. Puis on augmente la contre-pression degré par degré. On constate alors les phénomènes suivants :

1° Aux alentours de la minima, on entend des bruits très légers et sourds ;

2° Brusquement, en élevant la contre-pression, on trouve des sonorités nettes et éclatantes, d'intensité croissante, puis décroissante. La pression moyenne dynamique correspond au maximum d'intensité de ces bruits.

On peut vérifier les résultats en répétant l'opération en sens inverse, c'est-à-dire en auscultant avec des contre-pressions décroissantes, au lieu d'opérer avec des contre-pressions croissantes. »

Cette méthode devient inutilisable quand la pression différentielle est trop faible. Dans toute autre circonstance, elle peut servir, d'après M. Kisthinios, à vérifier, et à remplacer au besoin, la méthode oscillométrique.

C. MÉTHODE DE MESURE PAR PONCTION ARTÉRIELLE. — Un certain nombre d'auteurs, à la suite de M. Van Dooren, n'ont pas hésité à pratiquer la mesure de la tension moyenne chez l'homme en utilisant la méthode des ponctions artérielles. Ces ponctions ne présenteraient aucune difficulté et aucun danger :

« Il est possible », écrit M. Van Dooren, « d'introduire une aiguille dans les artères de calibre plutôt restreint, telles que la radiale et la pédieuse. Quant à la ponction de l'humérale ou de la fémorale, elle est beaucoup plus aisée que celle d'une veine au pli du coude. La piqûre de l'artère ne paraît pas particulièrement douloureuse ; un hématome ne se produit pas beaucoup plus fréquemment qu'après une ponction veineuse. »

*Technique.* — Elle est relativement simple. Le manomètre utilisé est un simple tube de verre, en forme d'U, et contenant du mercure, à peu près jusqu'à mi-hauteur de chaque branche. Au-dessus du mercure, et dans chaque branche, on verse du citrate de soude à

5 %. Cette même solution remplit le tube de caoutchouc qui relie l'aiguille à ponction à l'une des branches du tube. Sur ce raccord de caoutchouc, il est commode de placer une vis à pression réglable. Dès que l'aiguille a pénétré dans la lumière de l'artère, le sang jaillit à contre-courant, par saccades. On abouche alors le manomètre à l'aiguille, en ayant soin de tenir desserrée la pince placée sur le tube raccord. On voit alors le mercure s'élever lentement, par saccades, dans la branche du tube opposée à celle qui est reliée à l'aiguille. Au bout de quelques minutes, si l'équilibre n'est pas encore assuré, il suffit de serrer légèrement la vis à pression variable pour voir le niveau du mercure se fixer. La dénivellation du mercure permet de mesurer immédiatement la pression moyenne. L'instrument de mesure qu'on utilise n'est autre, en effet, qu'un manomètre à compensation, mais l'étranglement qui sert à amortir les oscillations du liquide y est double. Il est réalisé à la fois par la lumière de l'aiguille à ponction et par la vis à pression variable placée sur le tube de caoutchouc.

**D. MÉTHODE DE MESURE PAR ÉVALUATION DE LA TENSION VEINEUSE SOUS GARROT.** — Récemment MM. Tetelbaum, Krinsky et Mlle Romanowa ont imaginé une curieuse méthode pour mesurer la pression moyenne. Avec une manchette pneumatique, ils compriment le bras pendant deux minutes, et sous une pression donnée, juste au-dessus du pli du coude. Puis, ils ponctionnent une veine, au lieu habituel des phlébotomies. Ils mesurent ensuite la pression du sang sans la veine, grâce à un appareil imaginé par eux ; cet appareil fonctionne comme un tube en U. La dénivellation du liquide dans l'appareil permettrait de connaître la valeur de la pression moyenne. Les auteurs font d'ailleurs remarquer que le principe de leur mesure est identique à celui de la mesure par l'oscillomètre de Marey. L'une des branches du tube en U correspondrait au système artériel ; l'autre correspondrait au système veineux ; quant à l'étranglement entre les deux tubes, il serait réalisé par le réseau des capillaires.

Telles sont donc les multiples méthodes qui permettent de mesurer la pression moyenne. Peut-on dire quelle est la plus fidèle ? Nous ne le croyons pas. Toutes ces mesures sont forcément approximatives. Seule, la méthode mathématique peut donner un résultat rigoureusement conforme à la définition ; mais elle est à peu près inutilisable en pratique. Cependant, s'il faut en croire la majorité des auteurs, ces diverses méthodes ont donné des chiffres à peu près concordants (signalons toutefois dès à présent les opinions divergentes de M. Van Dooren, de M. Van Bogaert et ses collaborateurs). C'est, en définitive, la méthode la plus commode qui l'a emporté. En clinique, on ne mesure guère la pression moyenne autrement que par la méthode oscillométrique.

#### ETUDE PHYSIOLOGIQUE DE LA TENSION MOYENNE

**1<sup>o</sup> Ses caractères normaux.** — La valeur normale de la tension moyenne est comprise entre 9 et 10 cm. de mercure. D'après M. Vaquez, cette valeur serait re-

marquablement fixe. On sait à quel point de multiples facteurs, tels que l'âge, l'effort musculaire, la digestion, la menstruation, le sexe, peuvent influencer les tensions extrêmes, même chez des sujets en tout point normaux. S'il faut en croire M. Vaquez, ces mêmes facteurs ne modifieraient au contraire en rien la valeur de la tension moyenne. De plus, cette pression aurait la même valeur en tout point du système artériel : c'est ainsi que sa mesure donnerait les mêmes chiffres, qu'elle soit pratiquée aux membres supérieurs ou aux membres inférieurs.

On conçoit quel intérêt M. Vaquez et ses collaborateurs attachent à cette fixité de la tension moyenne. Puisque cette valeur est si remarquablement invariable à l'état physiologique, la moindre variation de son chiffre témoignera forcément d'un trouble circulatoire. Sa mesure fournira donc un critère clinique d'une valeur exceptionnelle, à cause de son extrême sensibilité. Une élévation anormale de la pression moyenne pourra ainsi révéler un trouble de la régulation tensionnelle bien avant l'apparition de tout signe clinique.

Malheureusement, ces affirmations n'ont pas été accueillies sans réserve par certains auteurs.

Ainsi, M. Lian n'admet pas cette invariabilité de la tension moyenne. D'après lui, sa valeur varie avec l'âge, avec l'effort, avec d'autres facteurs sans doute. Elle présente moins de variations que la tension Mx. Mais elle n'est en aucune façon une constante sphigmomanométrique. Pour cet auteur, la tension moyenne serait solidaire de la minima. Elle lui serait à peu près constamment supérieure d'une valeur égale à 1 cm. 5 ou 2 cm. de mercure. Comme la mesure de la tension moyenne est beaucoup plus aisée que celle de la tension minima, M. Lian propose de substituer à la mesure de la tension minima celle de la tension moyenne.

De leur côté, MM. Van Bogaert, Samain, Beerens et Lequime affirment que la tension moyenne est notablement modifiée par l'effort, les variations de la viscosité sanguine, et l'accélération des battements du cœur. D'après ces auteurs, seule, la mesure de la pression par ponction artérielle donnerait des résultats acceptables.

MM. Raybaud et Giraud, M. de Volterra discutent également les opinions de M. Vaquez et de ses élèves.

Quant à M. Van Dooren, il nie non seulement cette constance de la tension moyenne, mais il critique l'individualité de cette pression, et finit par refuser à peu près tout intérêt à cette notion nouvelle.

**2<sup>o</sup> Tension moyenne et travail du cœur.** LA NOTION DU DÉBIT CIRCULATOIRE. — Nous avons vu que l'on entend par pression moyenne dynamique en un point du système artériel la « pression idéale qui, si elle se trouvait maintenue constante en ce point, réaliserait dans le réseau vasculaire situé en aval un débit strictement égal, pendant le même temps, à celui qu'établit la pression variable y régnant en réalité » (Bardenat).

L'intention des chercheurs, lorsqu'ils s'attachèrent à préciser la notion de pression moyenne, était de substituer aux valeurs discontinues, qui définissaient



jusqu'à la pression artérielle, une valeur unique, théorique, qui pût être donnée comme le « facteur énergétique essentiel de la circulation ».

Grâce à cette déterminante nouvelle, les physiologistes espéraient d'une part, mesurer le travail du cœur ; d'autre part, avoir une mesure indirecte, mais chiffrable, de l'irrigation des tissus par le sang ; la pression moyenne serait, en effet, comme l'a écrit Mlle Hennequin, « la caractéristique du débit circulatoire ».

A. PRESSION MOYENNE DYNAMIQUE ET TRAVAIL DU CŒUR. — Le calcul du travail du cœur semble possible, de prime abord, et même assez aisé. Il suffit, pense-t-on, d'appliquer la formule :

$$T = PV$$

dans laquelle T représente le travail effectué par le cœur pendant une systole, où V représente le volume de l'ondée sanguine lancée dans l'aorte et où P représente justement la tension moyenne dynamique. Il semble facile de déterminer V ; quant à P, nous avons vu que sa mesure était réalisée tous les jours en clinique.

Cependant, la mesure de ce travail du cœur était subordonnée à la connaissance d'une autre valeur : celle du débit cardiaque. Ce débit étant connu, et les ondes sanguines chassées par chaque systole étant supposées égales, il suffisait de diviser le débit global par minute par le nombre de pulsations cardiaques pendant cette même durée pour avoir V. Dès lors, P et V étant connus, l'équation :

$$T = PV$$

se résout immédiatement.

Mais il est certain que la mesure directe du débit cardiaque est impossible chez l'homme. Cependant, la connaissance de la valeur de la tension moyenne permettrait, semble-t-il, de mesurer par une méthode indirecte le débit circulatoire correspondant à cette pression.

B. PRESSION MOYENNE DYNAMIQUE ET DÉBIT CARDIAQUE. — La pression moyenne devait, de toute évidence, présenter certaines relations avec le débit cardiaque. Il suffit, pour s'en rendre compte, de se rapporter à la définition même de cette pression : « La pression que devrait avoir un régime constant artériel pour assurer dans un même temps un même écoulement de sang que le régime variable dont elle est l'équivalent » (Pachon).

Mais le débit ne dépend pas seulement de la valeur de la tension moyenne ; une même pression efficace ne donnera pas, dans des conditions différentes du liquide circulant, un même débit circulatoire : par exemple, des modifications de la viscosité sanguine pourront faire varier considérablement le débit. Le phénomène est donc complexe.

MM. Pachon et Fabre l'ont tout particulièrement étudié. Plutôt que de s'attaquer à la mesure du débit en valeur absolue, ils ont préféré envisager le problème sous un jour un peu différent. Ce qui importe, en définitive, ce n'est pas tant de mesurer le travail accompli par le cœur, que de savoir si le débit qu'il assure est ou n'est pas suffisant pour les besoins de l'organisme.

MM. Pachon et Fabre ont donc essayé de déterminer les relations qui existent à l'état normal entre le débit circulatoire, la puissance cardiaque et les résistances périphériques vasculo-sanguines. Ils ont ainsi établi deux lois qui permettraient « à l'état normal et à l'état pathologique d'apprécier la valeur relative du débit circulatoire, c'est-à-dire, en définitive, deux lois de suffisance ou d'insuffisance circulatoire ». (Pachon et Fabre.) Ces lois s'énoncent comme suit :

1° Lorsque, dans un régime circulatoire donné, se produisent des modifications d'origine vasculo-sanguine (modifications des résistances périphériques, de l'élasticité artérielle, du calibre des vaisseaux (artérioles et capillaires), de la viscosité du sang), il faut et il suffit, pour l'établissement d'un débit circulatoire suffisant, que la réaction cardiaque consécutive à ces variations soit telle que les pressions artérielles et la viscosité satisfassent à la réaction suivante

$$Pe = \left( K \cdot Mn \cdot \frac{V}{4} \right)$$

dans laquelle Pe, Mn et V représentent les pressions efficace, minima et la viscosité.

La valeur de K a été déterminée par la statistique chez des sujets normaux. Chez l'adulte au repos et couché, il est égal à 0,4. Il varie avec l'âge, l'effort musculaire, la digestion, etc.

2° Lorsque, dans un régime circulatoire donné, se produisent des modifications d'origine cardiaque (rythme, puissance systolique), les éléments périphériques restent constants, il est nécessaire, pour un débit circulatoire suffisant, que la relation suivante soit satisfaite :

$$Pe = Mn + \frac{K'}{Mn}$$

Chez l'adulte normal, au repos, et couché, K' est égal à 18 environ. Pachon a établi que, dans les conditions physiologiques, il pouvait varier entre 15 et 22.

L'expérience a montré aux auteurs que, lorsque le rythme cardiaque était nettement anormal, les formules précédentes devaient être modifiées de la façon suivante (R représentant la fréquence à la minute des mouvements cardiaques, au moment considéré).

$$\text{Première loi : } Pe = Mn + \left( K \cdot Mn \cdot \frac{V}{4} \cdot \frac{65}{R} \right)$$

$$\text{Deuxième loi : } Pe = Mn + \left( \frac{K'}{Mn} \cdot \frac{65}{R} \right)$$

On peut déduire de ces formules que, lorsque la valeur mesurée de la tension moyenne est inférieure à celle que donne le calcul, le débit circulatoire est insuffisant, et réciproquement.

Mais, comme le font remarquer eux-mêmes MM. Pachon et Fabre, ces lois ne sauraient s'appliquer automatiquement à tous les cas cliniques :

1° Parce qu'il existe des cas où la perturbation du système circulatoire est provoquée à la fois par une atteinte cardiaque et par des altérations périphériques.

2° Parce qu'il ne suffit pas que le débit soit suffisant pour que les cellules soient convenablement nourries. Il faut encore que la pression soit supérieure à

une valeur limite au-dessous de laquelle les échanges cellulaires ne peuvent s'effectuer convenablement. Cette valeur limite semble être égale à 6 cm. de mercure chez l'homme normal.

3° Dans certains états particuliers, comme celui que réalise l'insuffisance aortique, il est impossible de savoir, dans bien des cas, s'il y a atteinte cardiaque pure, s'il y a au contraire atteinte artérielle prédominante, ou s'il y a à la fois des altérations cardiaques profondes et une atteinte du système artériel. On sait qu'il y a, en effet, tous les termes de passage entre la maladie de Hodgson, où l'atteinte artérielle prédomine, et la maladie de Korrigan, où l'atteinte de la valvule aortique constitue pendant longtemps toute la maladie. Il est donc très difficile d'appliquer avec quelque précision les lois précédentes à l'étude de l'asystolie chez les aortiques.

Une autre cause d'erreur intervient encore : dans l'insuffisance aortique, la fuite diastolique du sang au niveau des sigmoïdes fait que le travail du cœur n'est plus en rapport direct avec le travail hydraulique réellement effectué (Fontan).

On voit donc à quelles difficultés se heurte l'étude physiologique et physiopathologique du débit cardiaque. Encore ces résultats ont-ils été surtout vérifiés sur des schémas circulatoires. Beaucoup d'auteurs, avec M. Vaquez, se demandent si ces formules peuvent vraiment s'appliquer à l'étude de phénomènes circulatoires chez le vivant. Pour M. Bardenat, même dans le domaine purement expérimental, elles seraient beaucoup trop schématiques. L'évaluation réelle des rapports de la tension moyenne et du débit circulaire amènerait à des calculs d'une complexité beaucoup plus grande encore.

(A suivre.)

## SOCIÉTÉS SAVANTES

### ACADEMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 25 FÉVRIER 1935)

**Cinématographie en relief.** — M. Louis LUMIÈRE présente à l'Académie des films obtenus par un nouveau procédé de cinématographie en relief, dont il est l'auteur.

**Conti-vaccination des souris contre le sarcome.** — M. MESNIL présente une note au nom de MM. BESREDKA et GROSS.

Ces auteurs montrent que si l'on injecte dans l'épaisseur de la peau des souris une émulsion sarcomateuse, on voit apparaître un nodule qui reste enclavé au point d'injection, puis régresse et finit par s'éliminer. Or les souris ainsi guéries de leur tumeur intracutanée se montrent réfractaires à toute nouvelle inoculation.

**Un nouvel hématozoaire.** — M. LAPICQUE communique une note de M. BRUMET, qui décrit un nouvel hématozoaire de la poule. Il considère que ce parasite, comme tous ceux qui déterminent le paludisme des oiseaux, pourra être très utile pour l'étude des divers produits synthétiques qui ont été découverts en ces dernières années et qui sont susceptibles d'être utilisés contre le paludisme humain.

### ACADEMIE DE MEDECINE

(SÉANCE DU 26 FÉVRIER 1935)

**Quelques cas de récurrence tardive de cancers.** — M. HARTMANN. On admet généralement qu'un cancéreux opéré, resté sans récurrence pendant 5 ans, peut être considéré comme guéri. M. Hartmann apporte 8 observations de récurrences beaucoup plus tardives, un cancer du sein récidivant après 9 ans, un cancer du corps utérin récidivant après 14 ans, un cancer du col utérin traité par curiethérapie récidivant de même après 14 ans, un cancer du sein après 16 ans, un cancer du rectum n'a pas récidivé localement, mais a été suivi après 17 ans d'un cancer du côlon, une amputation de sein pour cancer a été suivie d'un cancer du sein opposé après 22 ans ; un cancer de l'estomac a récidivé après 27 ans ; enfin une femme opérée de cancer du sein présente 43 ans après une récurrence cancéreuse sur la cicatrice.

**L'hygiène des abattoirs.** — A la suite de la communication faite par M. MARTEL le 26 décembre dernier, l'Académie avait nommé une commission qui propose d'adopter le vœu :

« 1° Que les lois actuelles soient révisées, en vue de la suppression des tueries privées et de leur remplacement par des abattoirs publics, ceux-ci devant posséder au moins la salle d'abatage commune et, si l'importance de la population desservie le comporte, un frigorifique ;

2° Qu'à cet effet :

a) Les préfets, sur l'avis des conseils départementaux d'hygiène, soient chargés de fixer l'étendue du périmètre d'interdiction des tueries, pour simplifier les formalités prévues par la loi ;

b) Les préfets généralisent la création d'abattoirs publics, ces abattoirs fussent-ils limités à la salle d'abatage commune, à l'atelier de nettoyage des issues et à l'adduction d'eau sous pression ;

c) Les communes qui demandent à être reconnues comme stations hydrominérales ou comme stations climatiques soient invitées à supprimer leurs tueries privées et à moderniser leurs anciens abattoirs ;

3° Que les lois actuelles soient strictement appliquées et qu'à cet effet :

a) En aucun cas, les abattoirs publics existants ne puissent être l'objet de réfection ou d'extension sans l'avis des conseils départementaux d'hygiène ;

b) Les abatages opérés au compte des particuliers, producteurs ou non, ne puissent avoir lieu qu'à l'abattoir public lorsqu'il en existe un dans la commune ;

4° Que l'Etat encourage la création des frigorifiques et leur exploitation en confiant à ces établissements la congélation des viandes métropolitaines et la conservation des stocks de viandes destinées aux armées. »

L'Académie a adopté ce vœu.

**Les chancre hypertrophiques de réinoculation.** — MM. Charles RICHET fils, Jean DUBLINÉAU et Mme MICHEL, étudient une modalité de l'allergie syphilitique expérimentale : le chancre hypertrophique de réinoculation.

Les lapins inoculés une première fois par du virus P. G. ou par du virus Truffi murin ou parfois par du virus Truffi atténué et qui n'ont pas fait de chancre à la suite de cette première inoculation, peuvent fréquemment réagir à une inoculation seconde effectuée avec du virus Truffi, par un chancre hypertrophique — (rare chez l'animal primo inoculé). L'incubation du chancre est normale, mais ce chancre est de surface triple de celle du témoin. Il aboutit à une escarre avec, souvent, fonte testiculaire. L'évolution est de 6 mois environ, soit notablement plus prolongée que celle des témoins.



Les accidents secondaires ou mieux secundo tertiaires, exceptionnels chez les témoins, sont au contraire fréquents.

La réaction de Meinicke garde ses caractères habituels. Le virus, quand on le transporte sur un animal neuf, ne semble pas être plus actif.

Ces caractères anormaux du chancre apparaissent donc fonction non du virus, mais du terrain. Ils constituent une forme à notre connaissance non encore décrite, de l'allergie syphilitique expérimentale.

**Les paradoxes du béribéri.** — M. le médecin général LÉON NORMET. Le béribéri, affection essentiellement asiatique, se manifeste en France tous les ans sur nos troupes indigènes recevant une ration alimentaire où figure une quantité importante de riz (350 gr. par jour).

A ce propos, M. Normet présente un certain nombre de faits longuement observés et contrôlés qui paraissent parfois s'opposer de façon paradoxale, et dont la connaissance est nécessaire pour prévenir les épidémies de béribéri et traiter les malades qui en sont atteints.

L'auteur conclut : 1° que les épidémies de béribéri sont liées à la présence dans la ration alimentaire d'un riz privé de son péricarpe depuis un temps assez long ; 2° que l'affection, débutant chez des individus dont la ration journalière contient une quantité suffisante de vitamine B<sup>1</sup>, aboutit cependant à une carence de cette vitamine par spoliation, destruction ou neutralisation et se produisant au cours de la digestion ou de l'assimilation.

Au point de vue pratique, on doit retenir : 1° que la mesure radicale pour enrayer une épidémie de béribéri consiste à remplacer la ration de riz décortiqué par une ration équivalente de pain, de semoule de blé, de riz rouge de l'année ou de riz blanc décortiqué au jour le jour, etc... ; 2° que toute atteinte grave de béribéri doit être immédia-

tement traitée par la vitamine B<sup>1</sup> administrée en injections sous-cutanées ; 3° que les béribériques étant exposés à des récidives, doivent être maintenus pendant plusieurs semaines à un régime ne comportant pas de riz décortiqué.

**Considérations cliniques et thérapeutiques sur le bégaiement.** — M. Marcel RENET, par une étude du mécanisme de la parole chez le bègue, montre que la crise de bégaiement n'est pas un fait accidentel, mais qu'elle est la conséquence d'un trouble général : le dérèglement de l'automatisme de la parole. Ce dérèglement est lui-même sous la dépendance d'une sympathocotonie, avec déséquilibre de certaines fonctions endocriniennes.

Pour traiter cette hypertonie de l'ortho-sympathique, l'auteur a réalisé un composé synergique de sédatifs, à l'action duquel le bègue est soumis, d'une façon continue, pendant plusieurs mois, et à des doses progressivement décroissantes.

Les résultats obtenus par l'auteur sont extrêmement encourageants : 17 % de guérisons complètes, 75 % d'améliorations considérables, 8 % d'échecs.

**L'exploration radiographique de l'urètre et de la prostate.** — MM. CHEVASSU et MORET apportent de fort belles radiographies et insistent sur la technique qui a permis de les obtenir.

Ils montrent que dans un très grand nombre de cas, l'urétrographie fournit des renseignements beaucoup plus précis que tous ceux dont nous pouvions disposer jusqu'à elle.

Précisant la lésion urétrale, elle permet d'adapter beaucoup mieux leur thérapeutique à son but.

**La suette miliaire dans le Montmorillonnais.** — M. Léopold ROUSSEAU.

STÉ D'APPLICATIONS  
PHARMACODYNAMIQUES  
5 & 7 RUE CLAUDE-DECAEN - PARIS  
DIDEROT: 37-93

# ROUGEOLÉ

# ERYTHRA

EMPLOYÉ DANS  
LES HOPITAUX  
DE PARIS

Election d'un membre titulaire dans la 1<sup>re</sup> section (médecine). Classement des candidats : en 1<sup>re</sup> ligne, M. Crouzon. En seconde ligne, *ex aequo* et par ordre alphabétique : MM. Clerc, Laignel-Lavastine, Milian, Ribadeau-Dumas et Villaret. Adjoints à la liste : MM. Babonneix, Noël Fiessinger, Charles Flandin et Pagniez.

Votants 75. M. Crouzon, médecin de la Salpêtrière, est élu par 48 voix. M. Villaret obtient 20 voix ; M. Clerc 2 ; M. Ribadeau-Dumas 2 ; M. Fiessinger 2 ; M. Laignel-Lavastine 1.

#### SOCIÉTÉ DE PÉDIATRIE

(SÉANCE DU 15 JANVIER 1935)

**Grande dépression sternale opérée.** — M. OMBRÉDANNE présente un enfant de 4 ans 1/2 qu'il a opéré en deux fois, à 11 jours d'intervalle, d'une grande dépression sternale. L'intervention était devenue indispensable en raison des accidents cardiaques avec tendance syncopale que présentait le petit malade.

**Exstrophie vésicale complète opérée.** — M. OMBRÉDANNE présente un garçon de 9 ans qu'il vient d'opérer avec un résultat satisfaisant d'une exstrophie vésicale complète. Actuellement, l'enfant n'urine plus la nuit, et n'a dans la journée de mictions que toutes les deux heures et demie. Il ne faut d'ailleurs pas se dissimuler la gravité de cette intervention, qui donne une mortalité globale de 30 pour 100 des cas.

**Examen anatomique de tumeurs du cuir chevelu.** — MM. ARMAND DELILLE et PORGE rapportent l'examen anatomique des tumeurs du cuir chevelu qu'ils ont observées chez un enfant dont ils ont publié l'histoire en octobre 1934. Il s'agit de tumeurs lymphoïdes malignes rentrant dans le cadre du sarcome lymphoblastique de Masson.

**Deux cas d'ictère hémolytique traités avec succès par la splénectomie.** — M. L. BABONNEIX et Mme JOURDAN présentent deux enfants âgés respectivement de 10 et 11 ans 1/2, atteints tous les deux d'ictère hémolytique. Le premier avait déjà été présenté à la séance de mai dernier, et le second était entré dans le service pour une crise de déglobulisation ayant nécessité une transfusion immédiate. L'un et l'autre ont guéri à la suite d'une splénectomie effectuée par le professeur Grégoire, et ce, bien que leur formule sanguine ne soit pas revenue à la normale.

**Prurigo aigu généralisé.** — MM. L. BABONNEIX et GOLÉ présentent un petit garçon de 4 ans 1/2 atteint d'une éruption prédominant sur le tronc, constituée par de très nombreuses papules et par quelques bulles, et ne s'accompagnant ni d'hémorragies ni de troubles généraux en dehors d'une poussée fébrile éphémère. Après avoir éliminé la varicelle hémorragique et la rougeole boutonneuse, ils admettent avec réserve l'hypothèse d'un prurigo généralisé.

**Hérédosyphilis familiale.** — M. L. BABONNEIX présente deux sœurs dont la mère est probablement hérédosyphilitique. On retrouve chez l'aînée des stigmates dentaires, une hépatomégalie et des exostoses frontales, et chez la seconde un strabisme interne, de légères déformations pupillaires et des colères brusques pouvant être considérées comme des équivalents comitiaux.

**Argyrisme cutané par abus de sels d'argent ingérés pour des troubles intestinaux.** — M. CAYLA rapporte l'histoire de deux frères qui ont ingéré pendant plus de 3 ans, durant 15 jours par mois, 7 centigrammes par jour d'argent mé-

tal. La quantité totale d'argent peut être évaluée à 30 grammes au minimum. Les téguments et les muqueuses ont pris une coloration argentique qui se conçoit aisément, mais il faut noter d'autre part l'absence du liséré gingival.

**Rachitisme tardif avec nanisme et néphrite.** — MM. R. DEBRÉ, Julien MARIE, DAYRAS et J. BERNARD rapportent l'observation de deux enfants atteints de rachitisme avec arrêt de croissance. Le premier malade, âgé de 9 ans, présente l'aspect caractéristique du nanisme rénal ; il mesure 86 cm., pèse 12 kg. 700, a des nouures et des déformations rachitiques du squelette et des signes de néphrite chronique, les recherches humérales révèlent une calcémie normale et une hypophosphatémie. La seconde observation est celle d'un rachitisme tardif avec arrêt de croissance évoluant depuis 5 ans ; mais la néphrite n'a pu être jusqu'à présent décelée, malgré de multiples épreuves pratiquées depuis deux ans. Il semble que cette variété de rachitisme tardif sans néphrite actuellement décelable appartienne cependant à la même maladie et que la lésion rénale n'est que la conséquence et non la cause du syndrome.

**Anurie post-opératoire traitée par la décapsulation des deux reins.** — MM. LEVEUF et GODARD ont vu s'installer chez un enfant, après une appendicectomie, une anurie complète bientôt compliquée d'amaurose. Le taux de l'urée sanguine s'éleva à 3 gr. 80. Cet enfant guérit néanmoins complètement à la suite d'une double lombotomie avec décapsulation des deux reins.

**L'apnée du nouveau-né.** — M. RIBADEAU-DUMAS et Mme WEILL-SPIRE ont observé un cas d'apnée chez un nourrisson débile de trois semaines. Ils ont pu faire, grâce à la ponction lombaire qui donna issue à un liquide rosé, le diagnostic d'hémorragie méningée. Ce diagnostic fut ultérieurement confirmé à l'autopsie, où ils constatèrent une rupture du sinus occipital avec un caillot en voie de formation et des lésions de compression au niveau du vermis.

**Tétanos grave sans porte d'entrée chez un enfant de trois ans. Guérison par les chloroformations répétées et la sérothérapie intra-rachidienne associées.** — MM. LEREBoullet, SAINT-GIRONS et ODINET rapportent l'observation d'un enfant de trois ans chez lequel survint, sans porte d'entrée apparente, aussi bien cutanée que muqueuse, un tétanos grave. Les premiers signes en date furent le trismus et les troubles de la déglutition, suivis au bout de 48 heures de contractures violentes et généralisées avec opisthotonos et d'une élévation progressive de température.

La guérison de cette forme qui s'annonçait grave fut néanmoins obtenue en dix jours, grâce à un traitement énergique consistant en chloroformisations biquotidiennes accompagnées chaque fois d'une injection intra-rachidienne de sérum antitétanique purifié. Dans l'intervalle, l'enfant recevait à deux autres reprises du sérum par voie sous-cutanée ou intra-musculaire. Il prenait enfin une dose quotidienne de 12 centigrammes de gardénal divisée en quatre prises. On fit ainsi neuf chloroformisations ayant permis l'introduction dans le rachis au cours de six ponctions lombaires de 100 cc. de sérum ; pendant le même temps, 320 cc. furent injectés par les autres voies, soit une dose totale de 420 cc. représentant 210.000 unités antitoxiques.

Les auteurs insistent sur l'efficacité de ce traitement dans ce cas d'allure presque désespérée ; c'est un nouveau succès à l'actif de la méthode préconisée par Dufour.

**Etude bactériologique de la diphtérie maligne.** — M. R. POINÇO (de Marseille) a fait une étude d'ensemble de la flore microbienne au cours des diphtéries malignes. Le bacille long lui a paru être plus fréquemment en cause ; les associations microbiennes lui semblent exceptionnelles. Il



# PADERYL

## DRAGÉES

à base de

BROMHYDRATE DE PAPAVERINE . . . . .	0,03
DE CODÉINE . . . . .	0,02
EXTRAIT DE VALÉRIANE STABILISÉE . . . . .	0,10
DE JUSQUIAME STABILISÉE . . . . .	0,035

## CALMANT DE LA TOUX SÉDATIF NERVEUX

DOSES. — Adultes : De 2 à 6 Dragées par jour  
à avaler sans les croquer.  
Enfants : selon l'âge.

LABORATOIRES CLIN, COMAR & C<sup>ie</sup>, 20, Rue des Fossés-Saint Jacques, PARIS

## USAGE ENFANTS DES DOCTEURS NÉO-LAXATIF CHAPOTOT

*Sirop d'Agrément*  
au **SUC D'ORANGE**  
**mannité**

Entièrement végétal.  
Inoffensif — Délicieux

**AUBRIOT** 56, Boul<sup>d</sup> Ornano  
PARIS



*Le Meilleur et le plus  
doux des Laxatifs.*

Exempt de Drastiques, de  
Phtalleïne de Phénol,  
de Belladone.

ÉCHANTILLON MÉDICAL  
GRATUIT SUR DEMANDE.

## Granules de CATILLON

à 0,001 Extrait Titré de

C'est avec ces granules qu'ont été faites les observations discutées à l'Académie de Médecine en 1889.  
elles prouvent que 2 à 4 par jour donnent une diurèse rapide, relèvent vite le cœur affaibli, dissipent  
ASYSTOLIE, DYSPNÉE, OPPRESSION, ŒDÈMES, Affections MITRALES, CARDIOPATHIES des ENFANTS et VIEILLARDS

## Granules de CATILLON 0,0001

## STROPHANTUS

## STROPHANTINE

CR.

TONIQUE du CŒUR par EXCELLENCE — TOLÉRANCE INDÉFINIE

Priz de l'Académie de Médecine pour "Strophantus et Strophantine", Médaille d'Or Expos. Univ. 1900

PARIS, 3, Boulevard St-Martin. — R. C. Seine 48283

insiste enfin sur certaines difficultés du diagnostic bactériologique.

**De la valeur de la cholestérolémie chez les enfants hypothyroïdiens.** — MM. LESNÉ, BRISKAS et LARDÉ ont constaté que chez les enfants comme chez les adultes hypothyroïdiens, le taux du cholestérol sanguin est constamment élevé. La mesure de la cholestérolémie constitue donc un procédé fidèle et simple qui permet, en dehors du métabolisme basal, dont la recherche est difficile et les résultats inconstants chez l'enfant, de porter le diagnostic d'insuffisance thyroïdienne et d'en diriger le traitement.

**Ostéomalacie et tuberculose.** — M. ESCUBACH (de Bourges).

#### SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE.

(SÉANCE DU 9 JANVIER 1935)

**Le borate de soude dans le traitement de la maladie de Basedow.** — MM. Maurice DEBRAY et DOMART confirment les résultats déjà obtenus par M. Loeper et ses élèves avec le borate de soude dans le goitre exophtalmique. Sur 7 malades, 6 ont été ou très améliorés ou légèrement améliorés par le traitement. L'évolution du métabolisme de base suit souvent l'amélioration clinique et s'abaisse progressivement. Il s'agissait dans tous les cas de malades de consultation, continuant à vaquer à leurs occupations. L'amélioration observée ne pouvait donc être mise sur le compte du repos ou de l'hospitalisation.

**L'opothérapie thymique.** — M. Jacques ODINET fait un exposé d'ensemble de l'opothérapie thymique rénovée par les travaux poursuivis, depuis bientôt dix ans, par le professeur Lereboullet et ses collaborateurs.

Il justifie le terme d'opothérapie employé à propos de cette médication, qui agit par l'intermédiaire d'un principe spécifique encore indéterminé, mais dont l'existence paraît vraisemblable, si l'on se base sur les résultats fournis par l'expérimentation.

Il précise les indications et la posologie de l'opothérapie thymique, insiste sur son innocuité absolue et termine en exposant les résultats satisfaisants qu'il a obtenus dans l'ectopie et l'atrophie testiculaires, dans certains troubles des règles, dans quelques cas d'obésité accompagnés de troubles génitaux.

Il signale particulièrement l'effet favorable de l'extrait thymique dans le développement statural de l'enfant, et insiste en terminant sur la nécessité de poursuivre longtemps cette thérapie pour en obtenir tous les résultats désirés.

**La voie rhinotrachéale de thérapeutique des voies respiratoires.** — M. Georges ROSENTHAL reste fidèle scientifiquement à la méthode laryngoscopique, qui seule est rigoureuse. Mais dans la pratique journalière, et surtout chez le malade fatigué, il pratique la méthode rhino-bronchique, qui consiste chez un sujet, bouche ouverte, langue tenue, en une injection intranasale d'huile scuroformée à saturation qui anesthésie le larynx en quelques minutes, suffisamment pour qu'une injection consécutive médicamenteuse soit pénétrante et efficace. Les recherches poursuivies dans le service du professeur Laignel-Lavastine se sont montrées d'une parfaite innocuité.

**Maladie ulcéreuse sans ulcère (Gastrite chronique),** par le docteur Roberto SOLÉ. Grand in-8° de 43 pages avec 8 micrographies. — Buenos-Aires, A. Guidi Buffarini.

## LIVRES NOUVEAUX

**Sang et organes homopoiétiques** (1), par A. TOURAINE, médecin des Hôpitaux de Paris.

Ce petit livre constitue un guide aussi simple que possible pour le débutant. Il permet de comprendre l'étude des grands syndromes sanguins. L'hématologie intervient, en effet, journellement, en pathologie médicale et chirurgicale, et fait partie du bagage scientifique de tout médecin. Les maladies du sang et des organes hémapoiétiques sont de compréhension aisée dès que l'on a acquis une notion du sang normal et de sa formation. Presque toutes rentrent dans quelques grands syndromes fort simples, tels que l'anémie, la leucocytose. Les types pathologiques sont habituellement bien différenciés. Alors même que le médecin hésiterait devant la technique pourtant simplifiée de l'examen du sang, et qu'il en confierait le soin à un spécialiste, ce livre lui permettra de savoir quand le sang doit être examiné, comment il pourra tirer parti des résultats qui lui seront communiqués pour en déduire diagnostic, pronostic et traitement.

L. G.

## ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

**Mercredi 6 mars.** — Jury : MM. Couvelaire, président ; Loeper, Mathieu, Turpin. — M. GUILLOT. De la valeur des signes généraux dans les ruptures utérines complètes au cours du travail. — M. BARTHÈS. Note sur l'arthroplastie de l'articulation de la hanche avec transposition du grand trochanter.

**Jedi 7 mars.** — Jury : MM. Lereboullet, président ; Mocquot, Sergeant, Tanon. — M. BRIEL. Induration cutanée curable du nouveau-né par traumatisme obstétrical ou cytotéatonécrose sous-cutanée, traumatisme des nouveau-nés. — M. COLAS. De la torsion intra-abdominale pure du grand épiploon. — M. PAUCHARD. Cancers suppurés du poumon.

**Samedi 9 mars.** — Jury : MM. Bezançon, président ; Boulin, Mouquin, Philibert. — M. FISCHMANN. La tuberculose pulmonaire chez les Juifs. — M. FLEURANCE. Étude du traitement des hémoptysies tuberculeuses par les injections sous-cutanées d'oxygène. — M. GOROVIT. La forme cavitaire de la dilatation des bronches. — M. KRANSÉ. L'état de mal asthmatique. — M. SIFFLET. Les formes abortives de la tuberculose pulmonaire.

Jury : MM. Claude, président ; Gougerot, Gastinel, Sézary. — M. ROSEN. Étude de l'atrophie cérébelleuse tardive à prédominance corticale. — M. SELZER. Système neuro-végétatif et épilepsie. — M. RINCHENBACK. Les tuberculides polymorphes.

(1) Collection des Initiations médicales. In-8 de 275 pages avec 21 figures et 1 planche double en couleurs. — Prix : 30 fr. — Paris, Masson et C<sup>ie</sup>.

**L'évolution psychiatrique** (tome III, fascicule II, 1933), par J. BONHOMME et H. PICHARD, E. MINKOWSKI, Mme Sophie MORGENSTERN, Ch. ODIER. In-8° de 86 pages. — Paris, N. Maloine.

**Les bâtards d'Esculape. Enquête chez les guérisseurs,** par Paul MOINET. In-8° de 242 pages. — Prix : 12 fr. — Paris, Le François.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.



# LIPIODOL LAFAY

THÉRAPEUTIQUE IODORGANIQUE ET RADIODIAGNOSTIC

Huile iodée à 40%.

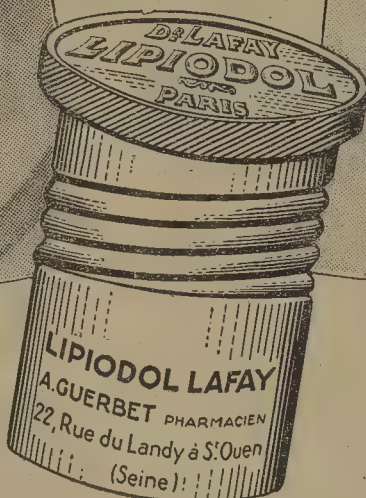
54. centigr. d'iode pur par centi. cube



Injection intra-utérine  
de Lipiodol



Injection intra-fistulaire  
de Lipiodol



## POUR COMBATTRE

ASTHME  
ARTÉRIOSCLÉROSE  
LYMPHATISME  
RHUMATISME  
ALGIES DIVERSES  
SCIATIQUE  
SYPHILIS

## POUR EXPLORER

VOIES RESPIRATOIRES  
UTÉRUS ET TROMPES  
SYSTÈME NERVEUX  
VOIES URINAIRES  
SINUS NASAUX  
VOIES LACRYMALES  
ABCÈS ET FISTULES

AMPOULES, CAPSULES,  
EMULSION, COMPRIMÉS

**A. GUERBET & C<sup>IE</sup>**

Pharmacien

Ex-interne des Hôpitaux de Paris

22, Rue du Landy

St-OUEN (près Paris)

### Dosage :

1 cm<sup>3</sup>. = 0 gr. 54 d'iode

1 capsule

1 cuiller à café

d'émulsion

} = 0 gr. 20

d'iode

1 comprimé = 0. gr. 04 d'iode

LIPIODOL à 20%

LIPIODOL à 10% Ascendant

LABORATOIRES CARTERET

# Tonique Cardiaque Diurétique Puissant

avec

tous les principes actifs  
de l'Adonis vernalis

Pas d'Accumulation

Pas d'Accoutumance

Pas toxique

Agit vite

Pas d'accoutumance • Agit vite • Pas d'accumulation

**DIURÈNE**

"Extrait total" d'ADONIS VERNALIS

CARDIOPATHIES - ARTÉRIO-SCLÉROSE  
NÉPHRITES & CIRRHOSES  
OEDÈMES &  
ASCITES

LIQUIDE      PILULES

Posologie : 2 à 6 cuillerées à café  
ou 4 à 12 pilules par jour.

Echantillons et Littérature : 15, RUE D'ARGENTEUIL, PARIS



*La Lancette Française***GAZETTE DES HOPITAUX****CIVILS ET MILITAIRES****PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI****ADMINISTRATION ET RÉDACTION :****49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6°. Tél. : Danton 48-31.****PUBLICITE : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6°) - Téléph. : LITRÉ 54-93.****PRIX DE L'ABONNEMENT****FRANCE**

3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.

*Etudiants : 25 francs par an.*

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

**ETRANGER**

Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.

Tous les autres pays : 75 francs.

**SOMMAIRE****ACTUALITÉS***L'hormone cortico-surrénale, par M. R. LEVENT.***SOCIÉTÉS SAVANTES***Société médicale des hôpitaux. — Société de neurologie. — Société de médecine de Paris. — Société des chirurgiens de Paris.***LIVRES NOUVEAUX, par M. L. BABONNEIX.****NOTES POUR L'INTERNAT***Diagnostic des ictères chroniques par rétention.***INFORMATIONS**

**HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE STOMATOLOGISTE DES HÔPITAUX.** — Un concours pour la nomination à deux places de stomatologiste des hôpitaux de Paris sera ouvert le vendredi 3 mai 1935, à 8 h. 30, à l'administration centrale, 3, avenue Victoria, salle des Commissions.

MM. les docteurs en médecine qui voudront concourir se feront inscrire au bureau du Service de santé de l'administration de l'Assistance publique, de 14 à 17 h., du lundi 1<sup>er</sup> avril au mercredi 10 avril 1935 inclusivement, dimanches et fêtes exceptés.

**— CONCOURS D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGISTE DES HÔPITAUX.** — Un concours pour la nomination à une place d'oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux de Paris sera ouvert le samedi 1<sup>er</sup> juin 1935, à 9 h. du matin, à l'administration centrale, 3, avenue Victoria, salle des Commissions.

Cette séance sera consacrée à la composition écrite.

MM. les docteurs en médecine qui désireront concourir seront admis à se faire inscrire au bureau du Service de santé de l'administration, du mercredi 1<sup>er</sup> au samedi 11 mai 1935 inclusivement, de 14 à 17 h., dimanches et fêtes exceptés.

**— CONCOURS D'OPHTALMOLOGISTE DES HÔPITAUX.** — Un concours pour la nomination à une place d'ophtalmologiste des hôpitaux de Paris sera ouvert le samedi 15 juin 1935, à 9 h., à l'administration centrale, salle des Commissions, 3, avenue Victoria.

Cette séance sera consacrée à la composition écrite.

MM. les docteurs en médecine qui désireront concourir seront admis à se faire inscrire au bureau du Service de

santé de l'administration, de 14 à 17 h., du lundi 20 au mercredi 29 mai 1935 inclusivement, dimanches et fêtes exceptés.

**— CONCOURS DE L'INTERNAT D'HENDAYE, DE CHAMPROSAY ET DE CHAMPCUEIL.** — Un concours pour la nomination aux places d'interne en médecine qui pourront être vacantes à la date du 15 avril 1935 : 1° à l'asile pour enfants de la Ville de Paris, à Hendaye (Basses-Pyrénées); 2° au sanatorium de la Ville de Paris, à Champrosay (Seine-et-Oise); 3° au sanatorium de la Ville de Paris, à Champcueil (Seine-et-Oise) sera ouvert le mercredi 27 mars 1935, à 9 h., dans la salle des concours de l'administration, rue des Saints-Pères, n° 49.

Les candidats qui désireront concourir se feront inscrire à l'administration centrale, 3, avenue Victoria (bureau du Service de santé), jusqu'au samedi 9 mars 1935 inclusivement, de 14 à 17 h.

**HÔPITAUX DE PROVINCE. — SAINT-GERMAIN-EN-LAYE.** — Un concours est ouvert pour la nomination de trois internes titulaires en médecine et en chirurgie. Il sera procédé également à la nomination de huit internes provisoires dans les conditions fixées par le règlement.

Ce concours, qui comportera une épreuve écrite et une épreuve orale, aura lieu le jeudi 21 mars 1935, à 9 h. du matin, à l'hôpital.

On peut prendre connaissance du règlement au bureau de la direction de l'hôpital, tous les jours non fériés, de 14 à 17 h.

**INSTITUT PASTEUR.** — On annonce que l'Institut Pasteur a formé une Commission chargée d'examiner tous les cas relevant du B. C. G. qui lui seront soumis.

La Commission du B. C. G. est ainsi composée : président, M. Marfan; membres, MM. Debré, Weill-Hallé, Lere-

**EXTRAIT DE MALT FRANÇAIS  
DÉJARDIN**

**Bière de Santé - Eupeptique - Galactagogue**

boullet, Nobécourt, Guérin, Bocquet, Nègre, Martin et Ramon.

**LÉGION D'HONNEUR. — GUERRE. (Active.)** — Le *Journal officiel* du 28 février publie le tableau de concours pour la Légion d'honneur (officiers et chevaliers).

**GUERRE.** — M. le médecin général inspecteur Sacquépée, directeur du laboratoire central de recherches bactériologiques et de sérologie de l'armée, membre du Comité consultatif de santé, membre de l'Académie de médecine, est, pour l'année 1935, maintenu dans ses fonctions actuelles d'inspecteur des services médicaux de l'armée.

M. le médecin général Plisson, directeur du Service de santé de la 14<sup>e</sup> région, membre du Comité consultatif de santé, est, pour l'année 1935, nommé inspecteur des services chirurgicaux de l'armée.

M. le médecin général inspecteur Savornin, membre du Comité consultatif de santé, est, pour l'année 1935, maintenu dans ses fonctions actuelles d'inspecteur du matériel du Service de santé militaire.

**COMITÉ CONSULTATIF DE SANTÉ. — Président.** — M. Rouvillois, médecin général inspecteur, inspecteur général technique du Service de santé militaire, membre de l'Académie de médecine.

**Membres titulaires.** — MM. Baron, médecin général inspecteur, président de la Commission permanente des services de santé militaire de la guerre, de la marine et des colonies, du ministère de la santé publique et de l'éducation physique; Cadiot, médecin général inspecteur, directeur du Service de santé de la région de Paris; Sacquépée, médecin général inspecteur, directeur du laboratoire central de recherches bactériologiques et de sérologie de l'armée, inspecteur des services médicaux de l'armée, membre de l'Académie de médecine; Savornin, médecin général inspecteur, inspecteur du matériel du Service de santé militaire; Lafforgue, médecin général, directeur du Service de santé de la 17<sup>e</sup> région; Lévy, médecin général, directeur de l'Ecole d'application du Service de santé militaire et des hôpitaux militaires d'instruction du Val-de-Grâce et Percy; Plisson, médecin général, directeur du Service de santé de la 14<sup>e</sup> région, inspecteur des services chirurgicaux de l'armée; Normet, médecin général inspecteur des troupes coloniales, directeur du Service de santé du commandement supérieur des troupes coloniales dans la métropole; Viala, médecin général des troupes coloniales, en service au ministère des colonies; Moreau, pharmacien général, inspecteur des services pharmaceutiques de l'armée.

**Membres consultants.** — a. Membres civils : MM. Roger, ex-doyen de la Faculté de médecine de Paris, médecin honoraire des hôpitaux, membre de l'Académie de médecine; Auvray, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien honoraire des hôpitaux, membre de l'Académie de médecine; Walther, ancien professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien honoraire des hôpitaux, ancien président de l'Académie de médecine; Bezançon, professeur à la Faculté de médecine de Paris, médecin des hôpitaux, membre de l'Académie de médecine.

b. Membres militaires : MM. Marland, médecin général, directeur de l'Ecole du Service de santé militaire; Paitre, médecin colonel, professeur agrégé du Val-de-Grâce, de l'hôpital militaire d'instruction du Val-de-Grâce, détaché au centre des Hautes Etudes militaires; Beyne, médecin colonel de l'état-major général de l'armée de l'air; Pilod, médecin lieutenant-colonel, professeur agrégé du Val-de-Grâce, du laboratoire central de recherches bactériologiques et de sérologie de l'armée; Debucquet, pharmacien colonel,

professeur agrégé du Val-de-Grâce, de l'hôpital militaire Bégin, à Saint-Mandé.

**AMPHITHÉÂTRE D'ANATOMIE.** (M. le docteur Maurice Robineau, directeur des travaux scientifiques.) — Un cours hors série d'opérations chirurgicales (chirurgie du tube digestif), en dix leçons, par M. le docteur P. Lecœur, professeur, commencera le lundi 11 mars 1935, à 14 h., et continuera les jours suivants, à la même heure.

Les auditeurs répéteront individuellement les opérations.

Droit d'inscription : 300 fr.

Se faire inscrire : 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (V<sup>e</sup>).

Le registre d'inscriptions est clos deux jours avant l'ouverture du cours.

Ce cours n'aura lieu que s'il réunit un minimum de six inscriptions.

## LIVRES NOUVEAUX

**Clinique médicale des Enfants. La syphilis chez l'enfant** (1), par P. NOBÉCOURT.

Sans doute la syphilis de l'enfant a-t-elle déjà trouvé occasionnellement place dans plusieurs des études publiées jusqu'ici, mais l'importance du sujet méritait une étude plus particulière qui paraît enfin aujourd'hui.

Souvent présente bien que dissimulée, la syphilis n'occupe pas une place moins importante dans la pathologie de l'enfant que dans celle de l'adulte : c'est ici la syphilis héréditaire qui est le plus souvent au premier plan ; l'auteur n'a cependant pas entendu minimiser la part importante parfois de la syphilis acquise et lui a réservé une étude particulière.

Les 14 leçons qui forment ce 12<sup>e</sup> volume de cliniques se rapportent aux principaux appareils (os, articulations, système nerveux, appareil digestif et circulatoire) et font aussi leur légitime place aux descriptions générales, à celles du terrain, à l'évolution habituelle, et surtout aux variations symptomatiques si amples chez l'enfant que divers facteurs — l'âge en particulier — peuvent imprimer à la maladie.

En plus des observations cliniques, soutenues de schémas, de graphiques, de reproductions radiographiques, tous documents s'adressant à la mémoire, il n'importe pas moins de fournir au futur clinicien une méthode intellectuelle sûre. Celle-ci pourra seule lui permettre de s'orienter sans défaut, aussi bien parmi des affections apparemment banales et en réalité syphilitiques que parmi des sujets sains en apparence et qui ne sont que des syphilitiques ignorés. Seule aussi une méthode sûre permet au laboratoire de donner tout ce qu'il peut et l'empêche d'être l'occasion d'erreurs cliniques.

C'est l'une des plus belles qualités du présent recueil. L'auteur a su reproduire et renouveler à la fois l'enseignement des maîtres d'autrefois et y rattacher les acquisitions récentes. Une telle mise à jour répondait à un besoin d'autant plus marqué que la syphiligraphie n'a depuis la guerre cessé de devenir de plus en plus une « spécialité de nécessité générale ».

L. BABONNEIX.

(1) Paris, Masson et C<sup>ie</sup>.

**QUATAPLASME**

du **D' LANGLEBERT**  
PANSEMENT COMPLET  
Phlegmasies, eczémas, brûlures, etc

Extrait hépatique  
de Morue irradiée.

**MORUBIASE**  
PILULES ET GRANULES

Rachitisme,  
Lymphatisme.

Toux  
Oxyphée

**IODEINE MONTAGU**





# Hirudinaise

(DRAGÉES)

Le premier produit spécialisé à base d'Extrait de Sangsues

**INSUFFISANCES VEINEUSES**  
**INFECTIONS VASCULO-SANGUINES**  
**PHLÉBITES . SEPTICÉMIES**  
**AMÉNORRHÉES**

DOSE MOYENNE  
4 à 6 DRAGÉES  
PAR JOUR



LABORATOIRES "ANA", 18, AV<sup>UE</sup> DAUMESNIL . PARIS. XII<sup>e</sup>

CHOC PUBLICITÉ . FONTENAY 9/5 BOIS



**DANS LES ÉTATS NÉVRALGIQUES**

**comme en présence de toute douleur**

**La Cibalgine**

**procure calme et sédation**



Tous les sujets qui connaissent la douleur trouvent  
en elle un apaisement à leur mal, une sédation de  
leur système nerveux irrité



**Médicament sans opium, sans alcaloïdes**

**La Cibalgine**

**calme le phénomène algique  
sans accoutumance et sans danger**



**COMPRIMÉS**  
2 à 4 par jour

**AMPOULES**  
1 à 2 par jour

---

Laboratoires CIBA - O. ROLLAND, Pharmacien.  
109-113, boulevard de la Part-Dieu, LYON



## ACTUALITÉS

## L'HORMONE CORTICO-SURRÉNALE

Les connaissances en matière de physiologie surrénale sont, durant des années, demeurées au point mort. Les propriétés de l'adrénaline sont depuis longtemps connues avec une suffisante précision et leur étude avait accaparé l'attention des physiologistes ; d'autre part la nécessité pour la conservation de l'existence de la présence du cortex surrénal — à l'exclusion même de la médullaire — fut bientôt un fait acquis. Mais on se heurtait en même temps à de nombreuses inconnues touchant la suppléance opothérapique efficace, et aussi les greffes glandulaires, expérimentales ou thérapeutiques. Nul ne pense plus depuis longtemps à confondre l'adrénaline avec la sécrétion glandulaire totale mais on ignorait presque tout des fonctions propres du cortex surrénal dont on savait seulement qu'il n'avait rien à voir avec la production de l'adrénaline.

De ce cortex on connaissait l'origine mésodermique (s'opposant à l'origine ectodermique de la médullaire chromaffine) la structure histologique évidemment glandulaire, la parenté — et la suppléance mutuelle — avec les surrénales accessoires qui existent chez certains animaux. Les inclusions graisseuses dans les cellules du cortex furent reconnues lipoïdiques ; les travaux d'Aschoff, ceux de Chauffard, Laroche et Grigant y montrèrent même l'énorme prédominance de la cholestérine (36 à 54 % du poids de la glande) qui fait de la surrénale l'organe de l'économie le plus riche en cholestérine.

Mais l'analyse plus approfondie était entravée par la présence chez les animaux d'expérience habituellement choisis de surrénales accessoires et par l'insuccès habituel et inexpliqué, des essais de greffe expérimentale.

Certains auteurs songèrent alors à tirer parti de la séparation topographique qui existe chez certains animaux entre corticale et médullaire et chez certains autres de l'absence constante de surrénales accessoires qui donnait toute leur valeur aux surrénalectomies.

On peut ainsi d'une part préparer des extraits corticaux purs, d'autre part étudier leur action chez des animaux efficacement surrénalectomisés au préalable. C'est ainsi que le chat put être choisi comme animal d'expérience — avant de devenir réactif biologique — qu'on put fixer avec précision les traits cliniques de la carence corticale et réussir à restituer un équilibre physiologique normal au moyen d'extraits opothérapiques de nature bien déterminée. La glande interrénale du poisson, uniquement corticale, rendit à cet égard les plus grands services.

Les techniques de préparation opothérapiques, toutes longues, minutieuses et dispendieuses, ont été depuis bien fixées par divers auteurs, de l'école américaine en particulier ; elles permettent actuellement l'obtention de produits qui semblent autoriser les plus grands espoirs.

A noter pour accentuer encore le contraste déjà connu entre glande corticale et glande médullaire que

les produits corticaux ont un pouvoir quasi proportionné à leur isolement d'avec les substances d'origine médullaire, que l'absence d'adrénaline s'est montrée absolument indispensable au succès des greffes. Si les relations normales entre les deux tissus connexes sont encore obscures, on trouve dans ces derniers faits un remarquable parallèle au contraste physiologique déjà bien connu : d'une part l'adrénaline, sympathomimétique hyperglycémiant et hypertensive, d'autre part l'hormone corticale vagotrope hypotensive et hypoglycémiant.

\* \*

**Physiologie corticosurrénale.** — Nos connaissances présentes reposent à la fois sur l'expérimentation et sur les constatations anatomocliniques au cours de certains syndromes. Dès 1913 Biedl avait noté la mort en 3 semaines au plus dans l'insuffisance surrénale totale alors que des lésions graves ou la suppression physiologique de la médullaire n'étaient pas incompatibles avec la survie.

Au contraire, les expérimentateurs, pratiquant chez le chat une surrénalectomie totale moyennant les précautions nécessaires, provoquaient la mort en 5 à 6 jours au milieu d'un syndrome clinique et humoral rappelant l'état des addisonniens à la phase terminale : troubles digestifs graves (vomissements, diarrhée), hypothermie, hypotension, déshydratation, ralentissement respiratoire, signes d'insuffisance rénale. La réserve alcaline et la glycémie sont très notablement abaissées, l'urée sanguine s'élève, le métabolisme basal s'abaisse de 10 à 20 % au-dessous de la normale dès les 24 premières heures. La mort survient dans le coma et le collapsus, tandis que l'adrénaline, même avec l'adjonction de sérum salé ou sucré en abondance n'a jamais donné de résultat, l'extrait cortical de Jaffé et de Hartmann avait prolongé la vie de 30 à 80 jours ; les préparations de Swingle et de Pfiffner (de Princeton) au contraire ont permis d'obtenir une survie quasi illimitée. On voit alors la tension artérielle, la glycémie, le métabolisme basal revenir à la normale, ainsi que la réserve alcaline tandis que l'azotémie disparaît.

En dehors du grand syndrome de la surrénalectomie, un certain nombre de détails dans les réactions de l'organisme privé de ses glandes ont été précisés par divers auteurs.

**Nutrition générale.** — Chez le chat surrénalectomisé, de même que chez l'addisonnien, on note l'abaissement, plus haut mentionné, du métabolisme basal ; l'extrait cortical le fait remonter en 24 heures à 10 ou 20 % au-dessus de la normale et il y demeure toute la durée du traitement pour revenir, en cas d'interruption, au bout de quelques jours, à la normale puis au chiffre initial. A noter que l'état anatomique ou fonctionnel de la thyroïde paraît n'avoir ici qu'un rôle effacé.

**Action sur le sang.** — La suppression du cortex amène l'élévation du nombre des hématies et des lymphocytes, la diminution des polynucléaires neutrophiles ; en même temps la chlorémie et la glycémie

s'abaissent ainsi que la réserve alcaline. On voit baisser parallèlement le taux du glycogène hépatique et du glycogène musculaire (Hastings et Compère, Zwemmer et Sullivan, Minoru et Ohguri).

Tous ces troubles cessent rapidement, nous l'avons vu, par l'opothérapie ; on voit en même temps s'abaisser la teneur du sang en lipoides.

*Action sur le métabolisme du soufre* (Lœper, Decourt et Garcin, Blanchetière, Binet et Arnaudot). — Le cortex paraît avoir un rôle important dans la formation du glutathion aux dépens des corps aminés du sang. Après surrénalectomie il y a dans le sang un excès de corps amino-soufrés qui aboutissent finalement dans les téguments sous forme de pigment mélanique. La raréfaction du glutathion et le ralentissement consécutif des oxydo-réductions qui ont un rôle dans le travail musculaire prolongé provoquent l'apparition prématurée des phénomènes de fatigue musculaire. Tous ces troubles cèdent en quelques jours à l'opothérapie corticale.

*Action antitoxique.* — Peut-être en raison du rôle du glutathion tissulaire, on voit chez les surrénalectomisés et chez les insuffisants glandulaires une sensibilité exagérée à toutes les intoxications exogènes ou endogènes. Perla et Gottesmann, Scott et Bradfort ont montré que l'extrait cortical amène dans ce domaine un retour vers la normale. D'autre part on connaît depuis longtemps l'hypertrophie du cortex dans toutes les intoxications prolongées, endogènes ou exogènes.

*Action sur la thermorégulation.* — Les surrénalectomisés semblent à la fois exagérément sensibles au froid par incapacité des muscles prématurément fatigués à produire les calories nécessaires, exagérément sensibles aussi à la chaleur sans doute par trouble du métabolisme hydrique. L'extrait cortical semble régulariser le mécanisme thermorégulateur.

*Corrélations du cortex avec d'autres fonctions ou organes.* — Un certain nombre de corrélations paraît dûment établi sinon clairement expliqué.

*Système nerveux.* — Il semble y avoir corrélation dans le développement ; chez l'anencéphale en effet on a observé — en même temps que des anomalies génitales — de l'atrophie surrénale. Dans les cas de sclérose tubéreuse du cerveau tels que les a décrits Bourneville, on a trouvé à la surface du rein de petites tumeurs à structure d'adénomes corticosurrénaux.

*Appareil génital.* — On connaît depuis longtemps l'hypertrophie corticale qui existe chez la femelle pendant la gravidité et l'accouchement ; la plus grande résistance de la femelle gravide aux intoxications (accroissement de résistance qui se traduit même vis-à-vis de la surrénalectomie) sans doute du fait de suppléances graduellement développées, le rôle de la sécrétion surrénale dans l'apparition des caractères mâles accessoires, la coexistence de l'hirsutisme avec les tumeurs corticosurrénales. Corey et Britton ont plus récemment montré l'influence de la sécrétion corticale, au moins pour partie, sur le développement anticipé des gonades du rat impubère.

La sécrétion corticale joue donc un certain rôle dans la maturation sexuelle.

*Glandes endocrines.* — On a noté chez le rat surrénalectomisé que le traitement cortical prolongé provoque une hypertrophie appréciable du thymus, peut-être compensatrice, à rapprocher de l'hyperfatigabilité musculaire et de l'hypermotilité aux toxiques constatés après thymectomie.

Chez l'enfant, l'hyperplasie thymique paraît parfois s'accompagner d'atrophie du cortex surrénal.

A noter que les périodes d'activité des deux glandes semblent se placer dans deux périodes consécutives de l'existence.

Marine a enfin observé dans le cas d'insuffisance surrénale un certain degré d'hypertrophie thymique et Oppenheimer a obtenu dans des cas de Basedow des résultats intéressants par irradiation des surrénales.

\*\*\*

*L'hormone corticale et sa posologie.* — Ces effets très différents chez l'homme de ce que donne l'adrénaline, bien plus complets aussi que ce qu'avaient donné de mieux les extraits jusqu'alors considérés comme totaux, ont été obtenus avec des extraits dus à des techniques nouvelles et que l'on est fondé à considérer comme l'hormone corticale.

Dès ses expériences de 1926, Kuhle avait pu remarquer que l'adrénaline n'avait jamais qu'un rôle inhibiteur vis-à-vis des extraits corticaux que lui fournissait l'acide acétique ou l'acide chlorhydrique.

En 1928, Goldzieher obtint des produits analogues et les techniques plus récentes ont donné des extraits très analogues. L'hormone corticale de Goldzieher est une poudre blanchâtre, amorphe, soluble dans les alcools et les acides dilués, insoluble dans l'eau, l'éther, le chloroforme, les alcalis faibles. La formule n'en est pas encore établie mais il semble y exister 33 % d'azote et 1,3 % de soufre. Cette poudre résiste au chauffage à 80°, n'est pas détruite par les ferments digestifs et se conserve bien en présence d'acides dilués.

Les divers auteurs la préparent différemment : acide chlorhydrique décinormal (Kuhle 1926), élimination de l'adrénaline par l'eau oxygénée (Steffl 1928). On emploie surtout deux techniques à l'heure actuelle : extractions alternées par l'alcool et l'éther (Hartman) d'où résulte un soluté injectable dont 1 cmc. équivaut à 40 gr. d'organe frais ; extraction par le benzène et l'acétone avec traitement par l'ammoniaque et l'éther de pétrole (Swingle et Pfiffner) qui donne un produit dont 1 cmc. équivaut à 30 grammes d'organe frais (2 bœufs). 15 jours sont nécessaires au traitement d'une matière première peu abondante. Aussi ces produits demeurent-ils dispendieux. L'hormone de Swingle et Pfiffner ne contient pas plus de 1/400.000 d'adrénaline.

On dose l'activité biologique de l'hormone au moyen du chat surrénalectomisé et parvenu à la période comateuse : 1 cmc. d'extrait par kg. d'animal doit amener réanimation complète. Un même animal peut servir à plusieurs essais.



La preuve de l'activité chez l'homme fut pour la première fois obtenue dès 1928 par Goldzieher chez un nouveau-né en état d'insuffisance surrénale aiguë par hématome intraglandulaire. L'hormone permit d'attendre les quelques jours nécessaires à la rétrocession de l'hématome et de la sidération glandulaire qui en résultait.

La voie d'administration buccale peut être à la rigueur employée (0 gr. 30 à 0 gr. 65 par jour) ; donnée après le repas l'hormone ne provoque plus ni vomissements ni coliques. Mais c'est une voie inutilement dispendieuse. Les injections sous-cutanées ou intramusculaires sont douloureuses ; *la voie intraveineuse est la voie de choix.*

En cas d'accidents aigus menaçants on donnera pendant les 4 à 6 premiers jours 40 à 60 cmc. d'extrait (Rowntree), dose inférieure aux 60 ou 80 cmc. auxquels mènerait l'exacte équivalence avec la posologie animale et la dose 5 ou 6 fois plus forte encore que comporterait la voie buccale.

L'état général se rétablit alors assez pour qu'on puisse après quelques jours d'arrêt ne plus faire qu'un traitement d'entretien : 3 à 10 cmc. par jour et maintenir l'amélioration. A noter que les traitements prolongés semblent stimuler ou rééduquer les éléments vicariants ce qui permet des interruptions de traitement plus prolongées, à déterminer empiriquement ; techniques, celles que permet la cure insulinique, par exemple.

**Indications.** — L'étude de l'hormone corticale, encore en cours, révélera sans doute la possibilité d'usages plus nombreux que ceux que l'on connaît actuellement.

L'application de beaucoup la plus importante actuellement est l'insuffisance surrénale, en particulier la *maladie d'Addison* contre laquelle on peut penser disposer pour la première fois d'une opothérapie digne de ce nom. C'est dans les cas les plus graves que les résultats obtenus ont été les plus nets (Simpson, Kintner et Lymburner, Ball et Lansbury, Hartman). A la période terminale de la maladie, l'état du malade rappelle de très près celui de l'animal décapsulé : présence de troubles digestifs, déshydratation, abattement physique et psychique aboutissant graduellement au coma, à l'insuffisance cardiaque et à l'insuffisance rénale. Les syndromes humoraux sont également comparables. Sous l'influence des extraits corticaux, on voit en 24 à 48 heures l'état se transformer : les troubles digestifs et les douleurs abdominales disparaissent d'abord ainsi que l'abattement ; le poids remonte. Après 5 ou 6 jours la pigmentation s'éclaircit, le métabolisme basal se rapproche de la normale, la glycémie remonte, l'azotémie diminue, la résistance aux infections ou intoxications se renforce. L'action sur la tension artérielle n'est que tardive et lente, ce qui fait présumer l'association au syndrome cortical pur d'un élément médullaire.

Les choses restent telles tant que l'on continue l'opothérapie et l'on peut noter souvent l'action homostimulante dont nous avons parlé.

La crise aiguë nécessite un traitement d'attaque avant les doses d'entretien. En 1931 Rowntree et Gree-

ne ont publié des résultats portant sur 20 cas. 17 ont guéri des accidents aigus, parmi lesquels 3 ont succombé ultérieurement à une rechute. Les 14 autres ont guéri, 5 seulement d'entre eux étant astreints à un traitement continu. Le pronostic si sombre de la maladie d'Addison paraît donc transformé par les nouvelles hormones.

Les autres médications de l'hormone corticale n'ont pas, à beaucoup près, le même intérêt, pour le moment du moins.

Elle peut rendre service dans les complications de la maladie d'Addison, au cours desquelles on a cherché ici un renfort thérapeutique qui s'est montré opérant : angines graves, broncho-pneumonies.

Hartman et Thorn ont eu aussi des succès dans les asthénies post-diphtériques, où la surrénale joue un rôle ; chez certains psychasthéniques aussi, tandis que dans la myasthénie grave l'hormone s'est montrée sans effets. Quelques essais ont été tentés chez les tuberculeux (Monceaux) et aussi chez les animaux porteurs de cancers provoqués (Arloing, Coffey et Humber) pour agir sur le métabolisme de la cholestérine. Aucune conclusion n'est encore permise.

Dans certains cas de Basedow, considérant que l'hypertrophie thyroïdienne pouvait correspondre à une atrophie surrénale, Marine, Shapiro, Webster et aussi Rowntree et Greene ont essayé l'hormone corticale mais sans obtenir plus que l'abaissement du métabolisme basal.

L'heureuse influence sur les troubles digestifs addisonniens a amené Zwemer, guidé par certaines caractéristiques humorales, à essayer l'hormone dans les troubles dyspeptiques du nourrisson. Les résultats auraient été meilleurs dans les essais de Hartman et Thorn contre les vomissements incoercibles de la grossesse.

Mais toutes ces indications accessoires ne sont encore qu'à l'état d'ébauche ; la rareté du médicament, son prix forcément très élevé n'ont pas permis d'essais à échelle suffisante ; sans doute en sera-t-il longtemps encore ainsi. Il n'en reste pas moins que les résultats dans la maladie d'Addison ont montré la puissance de cette médication et font souhaiter qu'elle puisse prendre dans la pratique médicale une place de plus en plus importante.

R. LEVENT.

**L'évolution thérapeutique. Les traitements de la douleur,** par M. LÖPER, H. BUSQUET, J. HAGUENAU, J. PARAF, A. LEMAIRE, J. FORESTIER, E. FORGUE, D. DANIELOPOLU, H. DAUSSET, A. PIOTOT, F. WETTERWALD, E. et H. BIANCANI, L. BRACE-GILLOT, G. CAUVY, P.-R. JOLY, L. BORY, L.-M. PIERRA, L. FRIGAUX, G. DE PARREL, E. HOLLANDE. Grand in-8° de 216 pages. — Prix : 25 fr. — Paris, Expansion scientifique française.

**Vade-mecum d'émanothérapie,** par le docteur P. GASQUET, L. GODIN et le docteur M. SOURDEAU, avec une note du professeur d'ARSONVAL. Grand in-8° de 27 pages. — Paris, Norbert Maloine.

**Les vitamines B. Leur rôle dans le métabolisme hydrocarboné, leur emploi dans le traitement du diabète,** par le docteur J.-D. GRINGOIRE, avec une préface du professeur Marcel LABBÉ. In-8° de 96 pages. — Paris, Le François.

## SOCIÉTÉS SAVANTES

### SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 18 JANVIER 1935)

#### **Streptococcus viridans atypique dans une endocardite.**

— MM. LEMIERRE, REILLY, DE FONT-RÉAULX. Femme atteinte d'endocardite lente chez laquelle les hémocultures sont demeurées négatives (en milieu aérobie). Les cultures anaérobies ont donné un germe Gram positif, ayant la forme de bâtonnets et de longs filaments. Ce germe s'est peu à peu transformé en un streptocoque typique. Il se rapproche du *streptococcus evolutus* décrit par Prévot.

**Erythème polymorphe, tuberculides papulo-nécrotiques et tuberculose pulmonaire évolutive, concomitante.** — MM. CAUSSADE, LÉVY-FRANCKEL et PÈTRE. Première observation : durée 13 ans, poussées aiguës successives de plusieurs mois, suivies de rémissions incomplètes. La première manifestation fut un érythème noueux ; les autres furent érythémateuses, vésiculeuses, ulcéreuses. Dans l'intervalle des poussées éruptives évoluèrent des tuberculides papulo-nécrotiques et un érythème pernio.

Deuxième observation : érythème noueux chez lequel la tuberculose pulmonaire fut découverte par une radioscopie et confirmée par intradermoréaction.

**Immunité cutanée locale spontanée au cours d'une scarlatine.** — MM. FRICKER et DE GRACIANSKY. Malade atteint de lésions de grattage infectées par un streptocoque hémolytique à la face interne des cuisses, chez lequel évolua une scarlatine typique. Autour des pustules jaunes existait un halo rouge vif tandis que les éléments anciens étaient entourés d'un halo respecté par l'érythème scarlatineux. Il est probable que la toxine streptococcique des lésions cutanées a créé une immunité locale vis-à-vis du virus scarlatineux.

**Cas de septicémie à bacillus funduliformis.** — M. DE FONT-RÉAULX. Caractères cliniques permettant de soupçonner le *B. funduliformis* : jeune âge du malade, début par angine banale, douleurs articulaires à forme de rhumatisme aigu, apparition ultérieure d'ictère et de localisations pleuro-pulmonaires. Mort au dixième jour. Certitude par hémoculture en milieu anaérobie. Affinité particulière du microbe pour le foie et le poumon.

**Glossite papuleuse aiguë.** — MM. CHEVALLIER, SCHOONGRUN et MOLÈNE. Observation caractérisée par l'apparition après des douleurs linguales, d'une éruption de papules couvrant la langue, qui s'excorièrent et disparurent en quelques jours. C'est un cas de glossite fugace et bénigne.

**Insuffisance thyroïdienne avec œdèmes et hémorragies.** — M. PICARD (Nantes). Malade ayant présenté depuis dix ans des œdèmes généralisés, accompagnés d'hyperthyroïdie ; le malade ayant l'aspect d'un myxoédémateux : fonctions rénales normales, métabolisme basal abaissé. Effet rapidement efficace du traitement thyroïdien. A signaler dans ce cas la coexistence de troubles sanguins : syndrome hémorragique s'accompagnant de modifications sanguines du type hémogéno-hémophilique. Disparition de ces troubles également par le traitement thyroïdien.

**Hépatites syphilitiques et hépatites médicamenteuses.** — MM. TZANCK, BENSUADE et CACHIN. 1° Ictères apparus avant toute médication : constamment bénins à évolution comparable aux manifestations cutanées de la syphilis.

2° Ictères après traitement même minime sont plus nombreux, souvent mortels. On peut comparer les néphri-

tes et les ictères de la syphilis précoce. Les accidents pré-thérapeutiques sont comparables. Différences notoires dans les accidents post-thérapeutiques. Ceux-ci permettent la reprise et la continuation du traitement.

**Significations comparables des manifestations viscérales et cutanées de la chimiothérapie.** — M. TZANCK. Les complications de la chimiothérapie possèdent les mêmes significations, qu'elles se manifestent sur les viscères ou sur le revêtement cutané. Dans ce cas la visibilité des lésions donne des signes évidents qui facilitent l'interprétation des accidents. Il existe des signes indirects qui tiennent aux circonstances dans lesquelles le traitement est appliqué. Ce sont des critères biologiques indépendants de la manifestation objective, qui permettent de porter le diagnostic pathogénique indépendamment du tableau clinique de l'accident.

**Atélectasie du lobe supérieur du poumon droit dans un cas de maladie de Hodgkin à forme cervico-médiastinale.** — MM. LOEPER et BROY conclurent à l'atélectasie plutôt qu'à une localisation pulmonaire de la maladie de Hodgkin en s'appuyant sur la disparition de l'opacité du lobe supérieur survenue avant la disparition des ombres hilaires sous l'influence de la radiothérapie.

**Evolution spéciale chez un tabétique d'un rhumatisme gonococcique des petites articulations des mains.** — MM. ALAJOUANINE, BASCOURRET et ANDRÉ. Un tabétique, à l'occasion d'une infection gonococcique, présente un syndrome polyarthropathique aigu localisé à sept articulations des mains, compliqué au bout de six semaines de luxations spontanées. Une ostéoporose manifeste de tout le squelette des extrémités, retrouvée sur les clichés, constitua un signe révélateur de l'état préarthropathique de ce tabès à prédominance trophique.

**Longue discussion à propos de la sérothérapie des paralysies diphtériques,** à laquelle prirent part MM. DEBRÉ, COMBY, KOURILSKY, LEREBoullet, PICHON, HALLÉ, TROISIER, GRENET et LESNÉ.

**Maladie de Jaccoud-Osler greffée sur une aortite chronique syphilitique.** — MM. RAYNAUD, JOUVE et FERNARIER (Marseille). Recherches cliniques, biologiques et anatomopathologiques.

### SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

(SÉANCE DU 6 DÉCEMBRE 1934)

**Deux cas de syndrome neuro-anémique.** — MM. LAIGNEL-LAVASTINE, R. SCHWOB et H. GALLOT rapportent deux observations de syndrome neuro-anémique et présentent l'une des malades. Ces deux cas se ressemblent beaucoup : longue évolution (onze ans, quatre ans) ; début par les troubles dyspeptiques et anorexiques ; puis phénomènes douloureux des membres inférieurs, troubles de la coordination, diminution de la force musculaire pour les muscles de la loge antéro-externe de la jambe, signe de l'éventail dans le premier cas, signe de Babinski dans le second. L'anémie est peu intense, le nombre des globules rouges ne descendant pas au-dessous de trois millions, mais l'asthénie est très marquée.

L'anémie et les troubles neurologiques évoluent indépendamment l'un de l'autre, ainsi qu'en fait foi l'étude des diverses phases de la maladie par rapport à la formule sanguine. Les auteurs insistent sur l'importance des troubles dyspeptiques du début (achylie et anachlorhydrie). Ils estiment que les troubles neurologiques et l'anémie ne sont que deux symptômes déterminés par un agent causal unique qui échappe à nos investigations, et ils rappellent à ce



propos les diverses hypothèses que l'achylie et l'anachlorhydrie ont fait naître pour expliquer et l'anémie perniciose et les syndromes neuro-anémiques : principe antipernicieux, non-utilisation de la vitamine B, hémotoxines et neuro-toxines d'origine intestinale.

**Syndrome de Volkmann (4 cas).** — MM. André THOMAS, SORREL et Mme SORREL-DEJERINE.

**Torticolis spasmodique ayant débuté par un spasme des oculogyres.** — MM. J. LHERMITTE et P. CHASTENET DE GÉRY présentent un homme de quarante-deux ans atteint de torticolis spasmodique. Le premier symptôme fut un spasme des lévoyres oculaires, puis les muscles du cou présentèrent des contractions toniques et cloniques qui portaient la tête du côté gauche, les spasmes diffusèrent sur le bras gauche ; enfin le torticolis se transforma en rétrocolis si prononcé et si grave que l'existence même du malade était compromise.

On fit alors la section des trapèzes, des splénius, des complexes et des obliques du cou, enfin de la partie postérieure des sterno-mastoïdiens.

Dès le lendemain de l'intervention, le malade fut très amélioré, mais la guérison ne survint que trois mois après.

De ce fait on peut conclure, tout d'abord que le torticolis spasmodique peut être la conséquence d'une latéropulsion oculaire, et ensuite que la myotomie agit, non pas seulement mécaniquement, mais plutôt en supprimant les voies afférentes de certaines excitations profondes spasmodiques.

M. BARRÉ (de Strasbourg) estime que le pronostic opératoire est meilleur pour les rétrocolis que pour les torticolis spasmodiques ordinaires ou « latérocolis ».

**Valeur sensibilisatrice et révélatrice de l'hyperpnée en sémiologie neurologique,** par M. LARUELLE (de Bruxelles).

**Syndrome acromégalyque apparu au cours de l'évolution d'une tumeur de l'angle ponto-cérébelleux.** Adénome acidophile de l'hypophyse (les syndromes neuro-hypophysaires au cours des tumeurs intracrâniennes non hypophysaires). — MM. A. BAUDOUIN et PUECH.

**Forme familiale de l'encéphalite périaxile diffuse** (maladie de Schilder). Observation anatomo-clinique. — MM. J. HEUYER, LHERMITTE et Mlle Claire VOGT.

**Etat de la statique et des réactions vestibulaires dans deux cas de tumeurs profondes de la région pariétale gauche.** — M. J.-A. BARRÉ (de Strasbourg) rapporte les observations de deux malades atteints, l'un d'une tumeur frontale profonde qui avait fortement comprimé et déformé la région fronto-pariétale correspondante, l'autre d'une tumeur de la partie profonde du lobe pariétal, qui avait fortement infiltré le corps calleux, oblitéré la cavité des ventricules latéraux, en laissant intact le pôle frontal, et ne provoqua jamais de stase papillaire. Dans ces deux cas de tumeurs, qui intéressaient l'un et l'autre le côté gauche, il existait des troubles statiques et vestibulaires analogues : latéro et rétropulsion homolatérale, déviation des bras tendus du même côté, absence de tout nystagmus spontané, mais hyperexcitabilité labyrinthique bilatérale, d'une intensité exceptionnelle, à l'épreuve de Barany. L'auteur discute la localisation frontale de ces troubles.

M. GARCIN demande si l'ensemble des hémisphères ne joue pas un rôle régulateur sur les fonctions vestibulaires.

**Le traitement chirurgical des abcès encapsulés du cerveau.** A propos de deux cas enlevés complètement, d'un seul bloc, sans ponction ni ouverture, et qui sont actuellement guéris. — MM. Pierre PUECH et J.-A. CHAVANY présentent deux malades, chez lesquels l'un d'eux (Puech)

a pu enlever d'une seule pièce, sans les ponctionner ni les ouvrir, deux volumineux abcès encapsulés profonds du cerveau : l'un frontal droit, stérile, qui pesait 50 grammes ; l'autre rolandique droit, à staphylocoques, qui pesait 35 grammes.

Les suites opératoires ont été aussi simples que s'il s'était agi d'une tumeur d'origine non inflammatoire, et les malades sont actuellement guéris.

Les auteurs insistent sur les avantages de cette technique, quand il s'agit d'abcès encapsulés du cerveau, pour le pronostic immédiat et surtout pour le pronostic d'avenir.

Cette technique n'a encore été employée à l'étranger que d'une façon tout à fait exceptionnelle, et les deux cas rapportés par les auteurs constituent les deux premiers cas français.

M. Cl. VINCENT insiste sur les avantages que présente cette technique, lorsqu'elle est applicable.

**Deux cas d'abcès du cerveau à forme pseudo-tumorale.** Opération. Guérison. — M. J. GUILLAUME.

**Syndrome aigu d'hypertension intracrânienne, mode de début de la sclérose en plaques.** — MM. Mathieu-Pierre WEIL, V. OUMANSKY et P. KLOTZ.

**Variété rare de tératome sous-dural de la région cervicale (intestinome).** Quadruplégie. Extirpation. Guérison complète. — M. PUSSEPP (de Tartu). — Le malade, âgé de vingt-sept ans, présentait des signes de compression de la moelle cervicale, qui avaient débuté à l'âge de cinq ans et qui avaient évolué par poussées successives coupées de rémissions. La tumeur était un tératome kystique, qui rappelait la structure de l'intestin, et qui siégeait entre CIII et CIV. Cette localisation est tout à fait exceptionnelle pour les tératomes, qui siègent généralement dans la région lombo-sacrée.

**Deux cas de poliomyélite antérieure chronique à prédominance cervico-brachiale.** Etiologie syphilitique vraisemblable de l'un des cas. — MM. Th. ALAJOUANINE, R. THUREL et H. BOULEY.

**Polynévrite syphilitique avec troubles trophiques et ostéoporose diffuse ; psychose de Korsakoff.** — MM. Th. ALAJOUANINE, H. THUREL et G. BARDIN rapportent l'observation d'une femme de cinquante-deux ans, chez laquelle évoluait depuis deux ans une polynévrite étendue aux quatre membres, accompagnée de gros troubles sensitivo-moteurs, sphinctériens et trophiques (en particulier d'escarres multiples et d'une ostéoporose intense) et d'une psychose de Korsakoff typique. Les réactions humérales du sang et du liquide céphalo-rachidien témoignaient d'une syphilis en évolution, et l'amélioration assez rapide sous l'influence d'un traitement bismuthique confirma l'origine syphilitique.

**Tumeur latente de l'angle ponto-cérébelleux révélée tardivement par un syndrome de sclérose en plaques aiguë.** Sur la valeur diagnostique des radiographies en position de Stenvers et sur quelques particularités d'un signe de Babinski controlatéral. — MM. Raymond GARCIN, PETIT-DUTAILLIS, SIGWALD et BIZE.

**Acromégaly et syndrome adiposo-génital.** Morphologie radiologique gastro-colique. — M. P.-R. BIZE. Il est classique d'admettre qu'à l'acromégaly se juxtapose la splanchnomégaly. Le gigantisme du tube digestif, en particulier, a été signalé dans les cas de Chauffard et Ravaut, de Cushing et Davidoff, de P. Carnot.

Dans deux cas d'acromégaly rapportés, l'estomac réalise le type ortho-tonique, voire hypertonique et hypersthénique (hyper-péristaltisme). Le côlon est absolument normal



dans un cas ; dans l'autre, il est augmenté de volume dans sa presque totalité, réalisant en quelque sorte un mégapachy-côlon.

Dans deux observations de syndrome adiposo-génital, l'estomac est de dimensions normales, de type plutôt hyposthénique ; mais il y a un méga-dolicho-côlon net, surtout dans les portions ilio-sigmoïdiennes, et de type plutôt hyposthénique.

M. BABONNEIX signale qu'il a observé l'association du mégacôlon et du mongolisme.

**Embolie gazeuse cérébrale d'origine périphérique. Etude anatomique.** — MM. J. LHERMITTE et BARRELET ont étudié anatomiquement le cas d'un malade présenté à la séance du 16 novembre 1933 par MM. Lhermitte et Aman Jean. Cet homme était atteint d'adénopathies cervicales néoplasiques. Au cours de biopsies, à deux reprises séparées par un intervalle de huit jours, il se produisit chez lui une hémiplegie, dont la nature organique était évidente. Le malade succomba deux mois plus tard. L'étude anatomique montra l'intégrité apparente du réseau vasculaire, l'occlusion parfaite du trou de Botal ; et surtout l'existence de lésions histologiques du cortex de l'hémisphère opposé à l'hémiplegie ; état spumeux ; foyers de désintégration périvasculaires, cytolysé des cellules nerveuses.

L'existence de ces lésions montre que l'introduction de l'air dans une veine périphérique peut donner lieu à des accidents paralytiques spéciaux, lesquels ne sont pas dus à un réflexe tout hypothétique, mais à des troubles circulatoires qui semblent directement causés par le passage de bulles aériennes dans les vaisseaux nourriciers du cerveau et qui sont analogues à ceux que les auteurs ont pu observer dans un cas d'embolie cérébrale gazeuse d'origine pulmonaire, ou dans les lésions expérimentales réalisées chez le lapin par injection d'air dans la veine marginale de l'oreille.

**Un cas d'ataxie aiguë polynévritique curable avec dissociation albumino-cytologique.** — MM. Henri BARUK et G. POUMEAU-DELILLE rapportent un cas de polynévrite d'origine infectieuse des membres inférieurs, associée à des signes d'ataxie aiguë avec dissociation albumino-cytologique.

Ils discutent la localisation des lésions. L'ataxie aiguë et la réaction méningée témoignent vraisemblablement d'une atteinte diffuse du névraxe.

Ils rapprochent cette observation, spéciale par l'association de l'ataxie, des faits rapportés par MM. Guillaïn et Barré sous le nom de « syndrome de radiculo-névrite aiguë curable avec dissociation albumino-cytologique ».

**Crises de catalepsie avec aphasie, apraxie, perturbations instinctives, mort en état de mal cataleptique.** — MM. Henri BARUK et G. POUMEAU-DELILLE.

**Cypho-scoliose et paraplégie. A propos d'un cas de cypho-scoliose compliqué de paraplégie.** — M. J.-A. CHAVANY.

**La substance innommée de Reichert et ses connexions.** — MM. G. ROUSSY et M. MOSINGER, poursuivant leurs recherches sur l'hypothalamus, étudient la disposition topographique et les connexions de la substance innommée de Reichert.

D'après leur description, la substance innommée doit être considérée comme une formation d'origine olfactive, reliée au système végétatif et au système extra-pyramidal (cellules olfacto-végétatives et olfacto-motrices).

Elle se rapproche physiologiquement du noyau hypothalamo-mamillaire et de la substance réticulaire.

## SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(SÉANCE DU 14 DÉCEMBRE 1934)

**Considérations sur les nouvelles méthodes de traitement de l'hypertrophie prostatique.** — M. F.-A. PAPILLON montre que ces méthodes se développent suivant deux tendances : l'une cherche à supprimer l'obstacle de la miction : au forage et à l'électro-coagulation s'ajoute maintenant la résection endo-urétrale venue d'Amérique, l'autre vise à décongestionner la prostate : à côté des rayons X, la ligature de Steinach entre le testicule et l'épididyme agirait peut-être à la façon d'une auto-greffe de rajeunissement. A condition d'être pris suffisamment à temps, le malade pourra souvent éviter l'opération.

**Obnubilations visuelles, artérite rétinienne précoce et possibilité de lésions vasculaires générales.** — M. Jean GALLOIS montre que la coexistence de spasmes artériels visuels (obnubilations visuelles) et périphériques (doigt mort) avec l'artérite chronique rétinienne, banale chez le vieillard ; est exceptionnelle chez les sujets jeunes. La constatation de lésions précoces des artères de la rétine est importante pour le traitement, mais elle a, sans doute, une valeur encore plus grande, comme premier témoin d'altérations plus étendues de tout l'appareil artériel.

**Anesthésie locale dans le traitement des traumatismes.** — M. André TRÈVES emploie couramment cette méthode dans les fractures et luxations avec une analgésie parfaite. Il y a adjoint l'évacuation par la même piqure du sang épanché entre les fragments osseux et dans les articulations, ce qui évite les œdèmes et les raideurs consécutifs. Dans les entorses, la méthode de Leriche donne des résultats constants. Les indications doivent en être étendues à des traumatismes même très anciens, et l'auteur relate deux observations, l'une d'un traumatisme de l'épaule datant de plusieurs mois, l'autre d'une lombalgie de plus de quatre ans, où les résultats sont très encourageants.

**Elections.** — M. L. LEMATTE est élu président pour l'année 1935.

(SÉANCE DU 29 DÉCEMBRE 1934)

**Présentation d'un malade guéri depuis un an et demi d'une maladie de Buerger avec gangrène.** — M. L. FILDERMAN présente un malade atteint de Maladie de B., avec gangrène des deux premiers orteils et de la jambe sur une hauteur de 8 cm. L'amputation avait été proposée. A la suite de l'hémocrinothérapie, le malade retrouvait des oscillations aux deux malléoles mais gardait une ankylose du genou. Actuellement la guérison se maintient et le malade marche normalement.

**L'anesthésie électrique dans la dysphagie de la laryngite tuberculeuse.** — MM. GRAIN et A. TARDIEU, à l'aide d'une observation démonstrative, préconisent dans le traitement symptomatique de la dysphagie accompagnant les laryngites tuberculeuses, l'anesthésie électrique obtenue par un procédé simple et facilement applicable à tous les cas. Ce mode de traitement offre sur les autres procédés habituellement utilisés, l'avantage d'être instantané, fidèle, total et progressif.

**Anévrisme de l'aorte secondaire à une endocardite maligne.** — M. KERVAREC rapporte un cas rare d'endocardite maligne au cours de laquelle s'est développé un gros anévrisme de l'aorte, dont les caractères anatomo-pathologiques particuliers justifient l'origine infectieuse aiguë. Il insiste sur la latence clinique de pareilles ectasies et la difficulté de



leur diagnostic, en dehors des secours de l'examen radiologique du cœur sous diverses incidences. Après une courte revue des théories pathogéniques en présence, il montre l'impossibilité actuelle de réparer par une thérapeutique appropriée des mutilations aussi étendues de la paroi aortique.

**La conception clinique des névroses cardiaques** (avec projections). — Pour M. A. PRUCHE, il n'y a pas une, mais des névroses cardiaques. L'auteur en expose la classification clinique basée sur une épreuve simple: l'épreuve conjuguée du nitrite d'amyle et du réflexe oculo-cardiaque, qu'il a mise au point et qui est à la portée de tout praticien. De nombreux sujets ont été suivis pendant plusieurs années et le traitement appliqué a été déduit de la forme de l'épreuve neurovégétative sus-indiquée. Les résultats thérapeutiques ont toujours été satisfaisants. L'épreuve conjuguée du N.a. et du R.O.C. est facile à pratiquer en clinique. Elle permet toujours de situer le sujet atteint de névrose cardiaque et de le traiter rationnellement.

M. J.-C. BAYLE expose le **traitement des maladies infectieuses aiguës par l'opothérapie des organes de défense**. — L'injection d'un extrait spléno-surrénal total convenablement dosé à tous les effets d'un sérum pasteurien: atténuation rapide de la virulence et des signes généraux, chute thermique prompte, durée abrégée, convalescence courte. A l'appui, nombreuses projections de courbes (grippes, broncho-pneumonies, congestions pulmonaires, typhoïdes, érysipèles, etc.) dont celles de trois malades traités avec succès *in extremis*, au moment où le pouls était incomptable et filant.

**L'étude graphologique du refoulement**. — M. Pierre MÉNARD, après avoir défini le refoulement, insiste sur l'intérêt que présente la graphologie comme méthode scientifique d'étude du subconscient. Le refoulement se reconnaît dans

l'écriture. L'écriture est dite renversée, inclinée à gauche. L'inclinaison est tantôt à peu près fixe (autour de 100° par exemple), tantôt sujette à de grandes variations (55° à 110° par exemple). Le rythme est lent, plus ou moins inégal, avec mouvements mesurés, de faible amplitude.

**La pince de Donati**. — MM. LE GAC et A. BÉCART présentent cette pince, qui est une merveille d'ingéniosité. Elle écrase le duodénum en le godronnant et permet sa fermeture en vase clos. Utilisée dans plusieurs opérations, elle a donné toute satisfaction et mérite d'être adoptée.

**A propos de la négativation électrique**. — M. PEUGNIEZ présente l'ensemble des travaux originaux de P. Le Go sur les réactions vertébrales superficielles qui apparaissent au cours d'affections viscérales variées. Ces zones réactionnelles présentent une topographie déterminée pouvant servir de base à une réflexothérapie électrique nouvelle à l'aide des courants exponentiels de basse fréquence du même auteur.

#### SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

(SÉANCE DU 7 DÉCEMBRE 1934)

**Ostéo-arthrite déformante des deuxième, troisième et quatrième articulations métatarso-phalangiennes, second stade d'épiphysites métatarsiennes**. — M. LAMY fait un rapport sur cette observation de M. Benoiste-Pilloire (de Kerpape).

**Rein polykystique unilatéral à symptomatologie atypique**. — M. CANONNE communique cette observation particulièrement intéressante, car la malade âgée de 47 ans, se présente avec une symptomatologie de cancer de l'estomac:

**sirop "roche"**  
au thiocol

toutes les  
affections  
des voies  
respiratoires

Produits F. HOFFMANN-LA ROCHE & C<sup>ie</sup>  
10, Rue Crillon — PARIS

douleurs gastriques, cachexie et surtout hématomésés à plusieurs reprises. L'examen décèle une tumeur rénale gauche unilatérale avec absence complète de sécrétion urinaire de ce côté. L'intervention montra un rein polykystique unilatéral avec intégrité absolue du rein droit ; rien du côté gastrique. Cette observation prouve qu'un rein polykystique peut être unilatéral et présenter des troubles n'ayant aucun rapport avec la lésion elle-même. Le syndrome gastro-intestinal semble, comme plusieurs observations en témoignent, être le plus fréquent.

**Du traitement des cals vicieux du cou-de-pied.** — M. MASMONTEIL a repris l'étude analytique des diverses variétés de cals vicieux du cou-de-pied : 1° cals vicieux par diastasis tibio-péronier ; 2° en valgus simple, à la suite de la fracture de Dupuytren ; 3° en valgus équin après fracture de Dupuytren, compliquée de fracture marginale postérieure ; 4° en varus simple après fracture bi-malléolaire ; 5° en varus talus. A propos du plus fréquent, le valgus équin consécutif à la fracture de Dupuytren, il précise les divers déplacements observés : augmentation de dimension de la pince malléolaire avec diastasis, changement de situation de la pince par suite de la translation externe du pied, changement de direction de la pince dont les mors sont obliques ; enfin, changement d'orientation de cette pince, la malléole interne allant en avant, tandis que la malléole externe va en arrière. Seule la reposition sanglante avec ou sans ostéosynthèse permet de corriger tous ces déplacements ; elle est l'opération idéale. L'ostéotomie cunéiforme sus-articulaire est une intervention incomplète, car elle ne fait que corriger la direction de la pince, laissant persister diastasis et translation externe du pied. L'astragalectomie isolée, ne remédiant à rien, donne des résultats médiocres ; mais, si cette intervention isolée est à rejeter, elle trouvera ses indications comme opération complémentaire de la reposition sanglante, en cas de coexistence de fracture marginale postérieure, en cas d'ankylose tibio-tarsienne et dans les cas où un raccourcissement du membre est souhaitable.

**Deux cas d'accidents à longue échéance dus à des fragments de pierre inclus près d'une articulation.** — M. WEBER.

**Hémianopsie latérale homonyme par blessure pariétale. Perte de substance de la dure-mère avec hernie cérébrale. Trépanation et greffe de fascia lata.** — M. BOURGUET.

**Résultat d'une greffe de fléchisseur de l'index gauche.** — M. BURTY.

**Kyste de l'appendice.** — M. SEJOURNET présente un appendice kystique qui avait un segment libre et un prolongement intra-caecal sous-muqueux, dont la libération nécessita l'ouverture du caecum. L'absence de toute crise aiguë antérieure, le début lointain de quelques troubles chroniques légers dans la fosse iliaque droite et surtout le fait que la collection liquide était contenue dans une poche à paroi trop indépendante des tuniques intestinales, donc énucléable, laisse supposer qu'il ne s'agit pas d'un pseudo-kyste inflammatoire et permet d'envisager l'hypothèse d'un kyste épithélial, congénital, développé dans l'appendice aux dépens de cellules épithéliales aberrantes.

**Arthrite chronique du genou. Infection. Amputation de régénération spontanée aux dépens de la partie basale.** — M. MASMONTEIL, à propos d'un cas de fracture longitudinale d'un ménisque, a observé la régénération spontanée de la partie basale, et se demande s'il ne serait pas indiqué de se contenter de méniscectomies partielles dans certains cas bien déterminés.

(SÉANCE DU 21 DÉCEMBRE 1934)

**Le traitement des fractures de cuisse chez l'enfant.** — M. ROEDERER pense que chez l'enfant le traitement de la fracture de cuisse doit être un traitement par le plâtre et non par l'extension continue. L'enfant, indocile, supporte mal l'extension continue à laquelle, d'ailleurs, ses téguiments se prêtent mal. Par contre, il supporte bien le décubitus et la contracture musculaire cède facilement chez lui. Il n'y a pas à tenir compte de la forme de la fracture : la fracture oblique donne évidemment des résultats meilleurs que la fracture transversale, mais, même celle-ci doit être traitée par le plâtre, car il se fait chez l'enfant, en cas d'angulation, des remaniements secondaires, et l'ostéotomie reste une ressource. La pseudarthrose est, en pratique, exceptionnelle.

**Deux cas de perforation utérine au cours de curetage avec engagement des anses intestinales.** — M. WEBER présente deux cas de perforation utérine. Dans le premier, la lésion, de dimensions importantes, a permis l'inclusion totale d'une anse intestinale qui occupait toute la cavité utérine. L'examen histologique de la pièce après hystérectomie a permis de reconnaître l'existence d'une tuberculose du corps de l'utérus. Le deuxième cas est celui d'une femme ayant subi un curetage trois semaines avant une laparotomie. Celle-ci a révélé l'existence d'une perforation méconnue dans laquelle s'était incomplètement engagée une anse grêle. Douze jours après l'hystérectomie, mort subite par embolie.

**Cas grave à forme anormale de diverticule de l'œsophage.** — M. GUISEZ. Il est classique d'affirmer que l'intervention chirurgicale, soit qu'il s'agisse d'extirpation en un ou deux temps, soit de simple diverticulopexie, amène toujours la guérison du malade atteint de diverticule de l'œsophage. Cette règle générale présente cependant quelques exceptions. L'auteur communique l'observation d'un malade opéré en mars dernier pour volumineux diverticule de l'hypopharynx. Il s'agissait d'un cas très ancien, remontant à une trentaine d'années ; la dysphagie, devenue complète, avait nécessité la gastrostomie six mois auparavant. A l'intervention, la poche diverticulaire était très adhérente aux tissus du médiastin, et le pédicule la reliant à l'hypopharynx était très large. En outre, l'hypopharynx était très dilaté, de sorte qu'au-dessus de la bouche de l'œsophage il y avait deux véritables poches, sorte de double diverticule. Le diverticule proprement dit était seul opérable, mais il restait cette sorte de large dilatation de l'hypopharynx ; aussi l'intervention n'améliora pas la dysphagie du malade, d'autant plus que la bouche œsophagienne était sténosée par un véritable processus inflammatoire, et elle ne fut partiellement rétablie que par plusieurs séances de dilatation locale multibouginaire. Il faut donc, au point de vue du pronostic opératoire, tenir compte de l'état de l'œsophage lui-même et l'extirpation du diverticule n'est pas toujours suffisante à elle seule pour guérir le malade ; il faut lui adjoindre la dilatation locale de la bouche œsophagienne, siège de la sténose. L'auteur rappelle qu'il a rapporté antérieurement deux cas analogues.

**Arthrite chronique du genou. Infection. Amputation de cuisse.** — M. André TRÈVES présente l'observation, les radiographies et les pièces opératoires d'une femme de 68 ans, soignée depuis quatre ans pour une tuberculose du genou prise pour un rhumatisme chronique, et chez laquelle l'infection secondaire, due à des ponctions, a nécessité l'amputation de cuisse. Guérison.

**Mauvais résultats des hallux valgus opérés.** — M. Raphaël MASSART présente une série de mauvais résultats éloi-



# ANGIOXYL

par son action trophique vasculaire  
et vagotonisante  
CONSTITUE LA MÉDICATION SPÉCIFIQUE

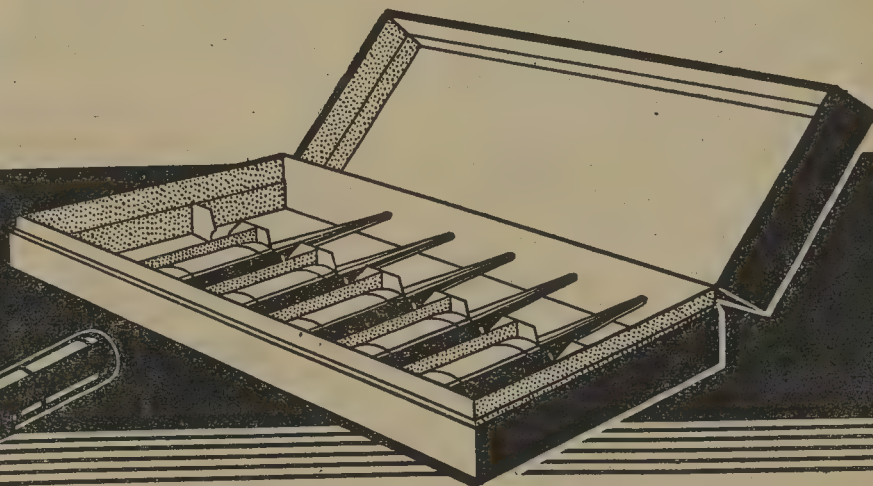
dans

- L'ANGINE DE POITRINE
- L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE
- L'ARTÉRIOSCLÉROSE
- LES ACCIDENTS DE LA MÉNOPAUSE
- LA MALADIE DE BASEDOW
- LA MALADIE DE RAYNAUD
- LES TROUBLES CIRCULATOIRES

AMPOULES : 1 à 3 par jour  
en injection intra-musculaire

SIROP : 2 à 3 cuill. à dessert par jour

AUCUNE CONTRE-INDICATION



*Echantillons et Littérature*  
Laboratoires du D<sup>r</sup> ROUSSEL  
97, r. de Vaugirard, PARIS-6<sup>e</sup>  
TÉLÉPHONE : LITRÉ 68-24

gnés observés chez des opérés d'hallux valgus auxquels, souvent dans un but esthétique, on a réséqué largement la tête du premier métatarsien. Ces malades ont de telles difficultés pour marcher qu'il y a lieu de ne pratiquer ces interventions que pour des cas réellement pathologiques.

## NOTES POUR L'INTERNAT

### DIAGNOSTIC DES ICTÈRES CHRONIQUES PAR RÉTENTION

Les ictères par obstacle à l'évacuation de la bile, au niveau des voies biliaires principales, comportent surtout deux causes : lithiase biliaire, cancer de la tête du pancréas. Ils posent des problèmes de difficultés très variables : le degré d'hépatite, la cause, doivent être étudiés pour préciser les indications opératoires, la nature de l'intervention, et l'on doit tout de suite insister sur cette notion : le diagnostic étiologique est souvent très difficile.

**Diagnostic positif.** — Il est évident ; il pose les bases de discussion pour le diagnostic étiologique.

**Signes cliniques.** — On étudie rapidement l'ictère, l'état du foie et de la vésicule, les signes généraux et l'évolution de cet ictère.

L'ictère est d'intensité variable, cutanéomuqueux. Les téguments sont de coloration jaune pâle ou jaune foncé, parfois verdâtre ou noirâtre. La xanthochromie s'apprécie exactement à la lumière du jour et prédomine généralement aux régions où la peau est plus fine.

Les muqueuses sont teintées de jaune : il est facile de le voir aux conjonctives et à la muqueuse sublinguale.

Les urines sont foncées, couleur bière forte, acajou ou même noirâtres : en agitant le bocal on obtient une mousse verdâtre. On fera établir une courbe urinaire et l'on notera soigneusement les variations de coloration des urines. On recherchera, au lit du malade, la réaction de Gmelin pour les pigments et celle de Hay à la fleur de soufre pour les sels biliaires.

Les matières sont caractéristiques : elles sont fétides, pâteuses, graisseuses, mais, signe classique et important, elles sont décolorées ; classiquement ictère avec décoloration des matières est ictère par rétention. Cette décoloration est plus ou moins accentuée, selon les cas, mais toujours nette : selles blanc-grisâtre, mastic, argileuses, bien différentes des selles jaunâtres des malades soumis au régime lacté. Fait essentiel : ne pas se contenter d'un examen : voir si cette décoloration des matières n'est pas transitoire, si cette décoloration varie avec l'ictère.

La recherche des signes d'intoxication biliaire, est facile :

Dès l'examen des téguments, les lésions de grattage ont attiré l'attention sur le prurit : très variable suivant les malades, il peut être intense ; généralisé, il évolue par crises ; les paroxysmes nocturnes sont fréquents. Il est souvent rebelle aux médications usuelles (pâte mentholée, calmants...) et peut constituer l'une des indications opératoires.

Sur les paupières, on pourra noter des plaques ovalaires jaunâtres, saillantes de xanthelasma.

La xanthopsie est exceptionnelle.

Le pouls est ralenti à 40, parfois moins ; il s'agit d'une bradychardie totale, sans signification pronostique.

Les troubles digestifs sont constants : anorexie globale ou élective, état nauséux, pesanteur épigastrique, constipation entrecoupée de débâcles.

L'état du foie et de la vésicule biliaire. — Le foie est classiquement augmenté de volume ; on est revenu récemment

sur la valeur sémiologique de l'hépatomégalie (Brulé, 1926) : le gros foie est un signe nécessaire de blocage de la voie biliaire principale ; foie de cholostase, c'est un foie indolore ; son bord antérieur ne fait pas saillie en avant, il paraît basculé en arrière ; bord aigu, ni dur, ni tranchant ; il y a concordance entre l'augmentation hépatique et le degré de rétention.

La vésicule : voir si elle est palpable ;

Si elle est douloureuse ;

S'il n'y a pas d'autre zone douloureuse...

La splénomégalie, légère, de percussion, accompagne l'hépatomégalie.

Dans l'examen de cet ictère, on ne manquera pas d'apprécier les troubles de l'état général : asthénie, de pathogénie discutée, parfois intense, physique et psychique, constante ; température : son importance est considérable ; aussi est-il nécessaire de faire prendre la température toutes les trois heures avant de parler d'apyrexie. La température est variable suivant la cause ; la valeur de l'apyrexie est souvent considérable. Lorsqu'il existe des poussées fébriles, il importe de s'assurer si l'ascension thermique coïncide avec une « poussée ictérique ».

Le diagnostic positif de l'ictère comporte enfin l'étude du mode de début, des antécédents... La date du début de l'ictère est importante à considérer. Par définition, un ictère qui se prolonge au delà de six semaines, est un ictère chronique : en réalité, plutôt que de fixer une durée exacte à un ictère par rétention, il importe d'établir sa cause.

**Signes de laboratoire.** — Ils sont d'un secours précieux constituant dans certains cas un « véritable diagnostic fonctionnel des ictères ». Leur intérêt capital est de permettre d'apprécier, dans une certaine mesure, le degré d'hépatite.

Dans le sang : sérum jaune avec bilirubinémie, relativement basse, hypercholestérolémie, taux normal des aminoacides.

Dans les urines : absence d'urobiline, épreuve négative de la galactosurie alimentaire ; présence d'un taux élevé de sels et de pigments biliaires.

Dans les matières : absence de stercobiline, ou grosse diminution.

Le diagnostic positif de l'ictère chronique par rétention est facile : il établit les signes cliniques et les signes de laboratoire qui vont permettre la discussion de la cause.

(A. suivre.)

ALBERT FIEHRER.

Le Mouvement sanitaire vient d'éditer, à l'occasion de son 10<sup>e</sup> anniversaire, un numéro spécial consacré à l'étude du « Terrain en médecine ».

Le sommaire des articles parus dans ce numéro suffit à en souligner l'intérêt :

Avant-propos, docteur G. Dequidt ; Hérité et cancer, professeur G. Roussy ; Le terrain tuberculisable, professeur Sergent et docteur Turpin ; Le terrain syphilitique, docteur Milian ; Terrain et troubles psychiques, docteur B.-J. Logre ; Les causes humérales de la maladie, M. A. Lumière ; Système organo-végétatif et terrain, professeur Santenoi ; Technique thérapeutique médico-chirurgicale du rajeunissement, docteur L. Dartigues ; Le destin des maladies infectieuses, professeur Ch. Nicolle ; Terrain et maladies saisonnières, professeur Rochoix ; Alimentation, climatologie et hygiène, professeur J.-L. Pech ; Evolution de l'alimentation publique, docteur A. Gauducheau ; Terrain et médecine sociale, docteur G. Forestier ; L'éducation physique, docteur A. Latarjet.

Variété. — Le baiser au vin, docteur E. Briau.

Le Directeur-gérant : D<sup>r</sup> François LE SOURD.



# AGOLINE

(GRANULÉ SOLUBLE)



## CHOLECYSTITES CHRONIQUES CONGESTION DU FOIE

Lithiase biliaire - Ictère et Cholémie  
Dyspepsies réflexes - Constipation  
Migraines, Vertiges, Eczéma, Prurit

d'origine  
hépato biliaire

Posologie : 1 à 3 cuillerées à café le matin à jeun, dans un demi verre d'eau chaude.

LABORATOIRES DU D<sup>r</sup> ZIZINE  
24, 26, Rue de Fécamp - Paris (XII<sup>e</sup>)

**ESTOMAC - INTESTIN**  
DYSPEPSIE  
GASTRALGIE  
ENTÉRITE  
CHEZ L'ENFANT  
CHEZ L'ADULTE

**VALS-SAINT-JEAN**

EAU de RÉGIME, FAIBLEMENT MINÉRALISÉE et GAZEUSE

Envoi gratuit d'Echantillons et de Notices à MM. les Docteurs sur demande adressée  
DIRECTION-VALS-GÉNÉRALE: 53, Boul<sup>e</sup> Haussmann, Paris (9<sup>e</sup>). Téléph. 227-76.

**ANÉMIE PALUDEENNE.** — Source Dominique.  
**VALS-LES-BAINS.** — Saison du 1<sup>er</sup> juin au 1<sup>er</sup> octobre.

Tout Déprimé  
» Surmené

Tout Cérébral  
» Intellectuel

Tout Convalescent  
» Neurasthénique



est justiciable  
de la :

6, Rue Abel  
PARIS (12<sup>e</sup>)

**NEVROSTHENINE FREYSSINGE**

Gouttes de glycérophosphates alcalins (0,40 par XX gouttes).  
XV à XX gouttes à chaque repas. - **Ni sucre, ni alcool.**

CURE DE  
**DIURÈSE**



VOIES URINAIRES, FOIE  
GOUTTE GRAVELLE  
ARTÉRIO-SCLÉROSE

**OLÉTHYLE-BENZYLE**

BENZOATE DE BENZYLE

LABORATOIRE CENTRAL DE PARIS  
122, rue du Faubourg Saint-Honoré



# QUINBY

QUINIO BISMUTH "formule AUBRY"

et

## SYPHILIS

# QUINBY SOLUBLE

INDOLORE - INCOLORE - PROPRE - INJECTION FACILE

Adopté par :

L'Assistance-  
Publique —  
Les Ministères  
de l'Hygiène et  
des Colonies.

LABORATOIRES

**AUBRY**

62, rue Erlanger

PARIS 16°

Téléphone : JASMIN 33-44

**QUINBY** EST ÉGALEMENT EFFICACE

CONTRE LA **TYPHOÏDE**

**QUINBY** EST ENCORE INDiqué CONTRE

LA FIÈVRE DE **MALTE**

# UROMIL

ÉTHER PHÉNYL CINCHONIQUE — PIPÉRAZINE — HÉXAMÉTHYLÈNE TÉTRAMINE



MOBILISE — DISSOUT  
ÉLIMINE

L'ACIDE URIQUE

## ARTHRITISME

Dr L. BELIERES - 19, RUE DROUOT - PARIS

# GLYCÉROPHOSPHATE ROBIN

Granulé - Comprimés - Injectable

RACHITISME - FAIBLESSE DES OS - CROISSANCE CHEZ LES ENFANTS  
ALLAITEMENT - GROSSESSE - SURMENAGE INTELLECTUEL, ETC.

LABORATOIRES ROBIN, 13, Rue de Poissy, PARIS



*La Lancette Française*

# GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6°. Tél. : Danton 48-31.

PUBLICITE : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6°) - Téléph. : Littré 54-93.

## PRIX DE L'ABONNEMENT

## FRANCE

3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.

*Etudiants* : 25 francs par an.

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

## ETRANGER

Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.  
Tous les autres pays : 75 francs.

## SOMMAIRE

## REVUE GÉNÉRALE

*La tension moyenne. Etude physiologique et clinique* (fin), par M. Ch. DARNAUD.XV<sup>e</sup> ASSEMBLÉE FRANÇAISE DE MÉDECINE GÉNÉRALE*Consanguinité et descendance*, par M. A. HERPIN.

## SOCIÉTÉS SAVANTES

*Académie de médecine. — Société de stomatologie. — Société anatomoclinique de Bordeaux.*

## CHRONIQUE

*Les responsabilités de la médecine*, par F. L. S.

## VARIÉTÉS

*Vertébrés inférieurs (Poissons, Batraciens, Reptiles)*, par M. L. BABONNEIX.

## CONGRÈS ET ENCURSIONS

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

## INFORMATIONS

FACULTÉS DE MÉDECINE. — BORDEAUX. — *Prix de médecine coloniale.* — Prix Le Dantec (1.500 fr.) pour 1934 : docteur Courdurier, médecin des troupes coloniales, pour ses travaux sur la « Culture d'entamoeba histolytica ».

Prix de médecine coloniale et d'études exotiques (1933-1934) :

Médaille d'or : docteur Charles Massias, professeur à l'Ecole de médecine de Hanoï, pour l'ensemble de ses travaux de médecine tropicale.

Médailles d'argent : docteurs Raynal et Legac, médecins des troupes coloniales, pour leurs recherches sur les phlébotomes.

LÉGION D'HONNEUR. — Est nommé dans l'ordre de la Légion d'honneur :

INTÉRIEUR. — *Au grade de chevalier.* — M. Bernère (de Saint-Denis-du-Sig).GUERRE. — M. le médecin général des troupes coloniales Vivie est placé dans la 2<sup>e</sup> section (réserve) du cadre du Corps de santé militaire des T. C.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE. — M. le docteur Cany est nommé membre de la Commission permanente des stations hydrominérales et climatiques, en remplacement de M. le professeur Sellier (de Bordeaux), décédé.

RÉUNION MÉDICO-CHIRURGICALE DES HÔPITAUX DE BORDEAUX. — La Réunion médico-chirurgicale a procédé à l'élection de son bureau pour 1935 :

Président : professeur Rocher; vice-président : professeur Creyx; secrétaire général : professeur Jeanneney.

FONDATION « LADY TATA » (Bourses créées en vue de recherches médicales, en souvenir de Lady Tata). — Les administrateurs de la Fondation « Lady Tata » désirent que se fassent connaître pour le 15 avril 1935 au plus tard les candidats aux bourses, chacune d'un montant annuel de £400 (quatre cents livres sterling) créées dans le but de favoriser les recherches sur les maladies du sang et plus particulièrement sur les « leucémies ».

Le nombre total de ces bourses de recherches « Lady Tata » est de huit, et elles peuvent être renouvelées jusqu'à une durée normale maxima de trois années. Il y aura très probablement au moins deux vacances en 1935 qui permettront aux nouveaux candidats de commencer leurs travaux dès octobre prochain. Les bourses peuvent être attribuées indifféremment à des hommes ou à des dames dûment qualifiés de n'importe quelle nationalité et qui, généralement, doivent consacrer tout leur temps aux recherches.

Les candidats d'Europe voudront bien s'adresser au professeur A. Vacha, Calvin Str. 27, Berlin NW40 (Allemagne) qui leur enverra des formulaires de demandes.

AVIS DE CONCOURS. — Un concours sur titres pour un poste de médecin spécialisé des dispensaires antituberculeux sera ouvert à Poitiers vers le 25 mars. Les candidats devront adresser leurs pièces pour le 20 mars 1935 à l'Association départementale de lutte contre la tuberculose, siège social : préfecture, Poitiers (Vienne).

Les appointements de début de ce médecin sont fixés à 38.000 fr. par an.

**DIGITALINE NATIVELLE**LABORATOIRE NATIVELLE, 27, Rue de la Procession, PARIS (XV<sup>e</sup>)

Le service de ce médecin commencera au 1<sup>er</sup> mai 1935.

Pour tous renseignements, s'adresser au Comité national de défense contre la tuberculose, 66, boulevard Saint-Michel, Paris (VI<sup>e</sup>).

**LE BAL DE LA MÉDECINE.** — Le IX<sup>e</sup> bal de la médecine française a eu lieu lundi dernier, dans les beaux salons du Centre Marcelin Berthelot, en présence de M. le Président de la République.

La soirée débutait par un concert qui permit d'applaudir de grands artistes : Edmée Favart, Mireille, Jean Marsac, Lyse Berty, Serge Lifar et Alexandre de Scriabine et ses cosaques. Une spirituelle revue « La parade du souper du bal de la médecine » termina le concert, puis ce fut le bal et le traditionnel souper préparé sous la direction du docteur de Pomiane...

Une affluence considérable d'une rare élégance a donné à cette soirée un caractère particulièrement brillant; il faut s'en réjouir pour les œuvres d'assistance confraternelle aux veuves et aux orphelins de la famille médicale.

**NÉCROLOGIE.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Jean Arrous, ancien maire de Prades (Pyrénées-Orientales); Raymond Bernard, médecin colonel en retraite, décédé à l'âge de 73 ans; Aygueparse (de Podensac), victime du devoir professionnel (électrocuté au cours d'un examen radiologique).

**ERRATUM.** — Dans notre Revue générale sur la vitamine C (n° 6, 19 janv. 1935), nous avons omis de citer à l'historique la remarquable thèse de M. le docteur Caneyaly, thèse qui, à la demande de son maître, M. Beszonoff (de Strasbourg), fut rééditée en 1929. Nous nous excusons vivement de cet oubli. — L. BABONNEIX.

## CHRONIQUE

### LES RESPONSABILITÉS DE LA MÉDECINE

L'hiver dernier, M. le professeur Charles Nicolle invita quelques médecins et chirurgiens à parler dans sa chaire du Collège de France sur « les responsabilités de la médecine ». Les lecteurs de la Gazette n'ont certainement pas oublié une brillante leçon du professeur Jean Fiolle (de Marseille), qui, après René Leriche, traita de la responsabilité en chirurgie.

C'est ce même sujet que M. le professeur Pierre MAURIAC, doyen de la Faculté de médecine de Bordeaux, vient de reprendre dans un livre étincelant d'esprit et de bon sens qu'il a bien voulu m'adresser (1).

M. Pierre Mauriac consacre en effet un chapitre de son beau volume à « Quelques manquements de la médecine à sa mission traditionnelle ».

Il ne s'agit pas ici de la responsabilité personnelle du médecin, responsabilité légale et redoutable si souvent exploitée à tort contre le praticien. M. Mauriac envisage la question de plus haut, comme l'avait fait jadis Claude Bernard.

Certes, dit-il, si « l'irresponsabilité de la science est entière, le même privilège ne peut être accordé aux activités intellectuelles qui vivent dans le halo scientifique. La science, au sens *valérien* du mot, n'a pas à répondre de ses découvertes, et si le savant la compromet en lui imposant des

contacts, des promiscuités basement utilitaires, il commet seulement un sacrilège, mais n'engage pas la responsabilité de la déesse »... « Et pourtant, écrit plus loin M. Mauriac, nous nous reconnaissons le droit d'analyser la responsabilité de la médecine : car la médecine n'est pas une science, la science anime la médecine, mais elle n'est pas toute la médecine... »

Après avoir montré l'influence de la médecine sur la littérature moderne, et parfois son influence néfaste, M. Mauriac étudie la position réciproque et délicate de la philosophie, de la médecine et de la biologie. Il nous déclare qu'il n'aime guère les philosophes qui se mêlent de médecine, mais il se méfie davantage encore des médecins philosophes.

Au surplus, le mal dont souffre la médecine et dont elle porte une certaine responsabilité, n'est-il pas dû en partie à « cette croisade insensée pour l'instruction au même degré à tous et pour tous ? » Il est dû aussi à cette vulgarisation à outrance, et aussi trop souvent à des préoccupations électorales comme celles qui ont présidé à l'élaboration de certaines lois dites sociales. « Il est bon de combattre la syphilis, la tuberculose et le cancer, mais n'y a-t-il pas une disproportion choquante entre les millions accordés aux organisations d'hygiène qui peuvent trouver place dans une profession de foi politique et les maigres fonds parcimonieusement distribués aux laboratoires de recherches pures ? »... « Dans cette inégalité, dans cette injustice, la médecine a sa part pour ne pas avoir osé élever la voix et s'opposer au détournement. C'est qu'il y faut souvent du courage. »

Il faut, en effet, du courage pour dire la vérité à ceux qui ne veulent pas l'entendre, aussi devons-nous être reconnaissants à M. Pierre Mauriac de l'avoir proclamée avec l'autorité que lui donnent ses travaux, son esprit clair et mesuré et aussi ses convictions qui commandent l'estime et le respect.

F. L. S.

La radiologie et les scissures pulmonaires, par H. D'HOUE, avec une préface du professeur L. LANGERON. In-8° de 179 pages, avec 162 figures. — Prix : 75 fr. — Paris, chez Doin et Cie.

Annuaire médical des stations hydrominérales, climatiques et balnéaires de France (sanatoriums, maisons de santé), 62<sup>e</sup> édition, 1934. Grand in-8° relié toile de 771 pages illustrées. — Prix : 60 fr. — Paris, l'Expansion scientifique française.

ANÉMIES  
DYSPEPSIES  
ANTITOXIQUE



DOSE: 4 à 6  
TABLETTES  
PAR JOUR

BIOXYDE DE MANGANESE COLLOÏDAL. SELS MAGNÉSIENS  
Laboratoire SCHMIT 71 Rue Sainte-Anne. PARIS. 2

(1) *Libres échanges*, par Pierre Mauriac. — Editions Bernard Grasset, Paris 1935.

Néuralgies  
Névrites

**BROMÉINE MONTAGU**

**Iodarsenic** <sup>DR</sup> **GUIRAUD**  
(Contre l'iodophilie)  
TOUS ETATS CARBONAIRES - LYMPHATISME - MALADIES CUTANÉES  
Literature et Echantillons: 10, Impasse Miford, Paris (18)



Huile non Caustique

# LENIFÉDRINE

Huile Végétale Antiseptique

à l'Oléate d'Éphédrine

SPÉCIFIER DOSAGE { FAIBLE 0.50 %  
FORT 1 gr. %

ÉCHANTILLONS :  
L. GAILLARD, Pharmacien  
26, Rue Péterelle, Paris (9<sup>e</sup>)

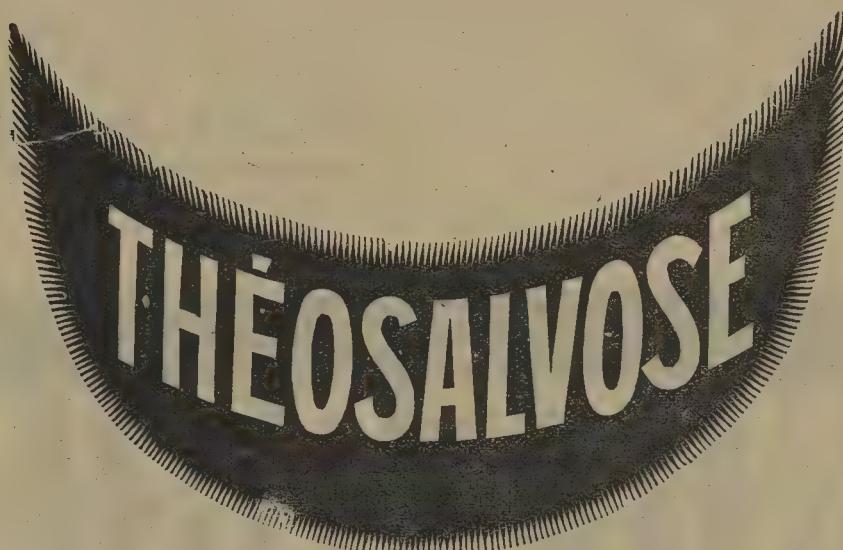
*Se fait en*  
*Solution et en Rhino-Capsules*

# DIURÉTIQUE ( D'UN POUVOIR REMARQUABLE D'UNE FIDÉLITÉ CONSTANTE

**Pure**  
**Digitalique**  
**Strophantique**  
**Sparléinée**  
**Scillitique**  
**Barbiturique**

Phosphatée  
Lithinée  
Caféinée

Ne se délivrent  
qu'en cachets



Cachets dosés

0 gramme 15

et à

0 gramme 50

de Théosalvose

DOSE MOYENNE :

1 à 2 grammes  
par jour.

## THÉOBROMINE FRANÇAISE garantie chimiquement pure

Artériosclérose — Affections cardiaques et rénales — Albuminuries — Intoxications  
Urémie — Urémie — Goutte — Rhumatismes — Hydroisie — Maladies Infectieuses

Laboratoires André GUILLAUMIN

PARIS — 13, rue du Cherche-Midi, 13 — PARIS

R. G., 2, 16, Seine.

## Laboratoires R. HUERRE & Cie

Docteur ès-sciences

12, Boulevard Bonne-Nouvelle — Paris

Traitement des Amaigrissements  
de la Tuberculose et des Asthénies  
par le

# TRIGANOL VIGIER

CACHETS DE POUDRE ET D'EXTRAIT DE FENUGREC DÉSODORISÉ  
Littérature et échantillons sur demande

## TRAITEMENT EXTERNE

DU

RHUMATISME

des Névralgies et Lumbago

par

# L'ULMARÈNE

du Docteur GIGON  
Succédané inodore du Salicylate de Méthyle

Laboratoire des Produits du Docteur GIGON  
A. FABRE, Pharmacien  
25, Bd. Beaumarchais — PARIS



## CONGRÈS ET EXCURSIONS

**Vacances de Pâques sur la Côte d'Azur.** — Le IX<sup>e</sup> Voyage de Pâques, organisé par la Société médicale du littoral méditerranéen, se concentrera à Cannes, le dimanche 14 avril (fête des Rameaux). Après avoir été reçus par la municipalité, les voyageurs visiteront le Cannel, le Golfe Juan, Vallauris, Juan-les-Pins, Antibes et Actinopolis, d'où ils contempleront le magnifique panorama de la côte d'Azur et de la chaîne des Alpes. Ils parcourront ensuite Grasse et ses usines de parfums, les pittoresques Gorges du Loup, Vence et ses sanatoria, Cagnes, la cité des peintres, et arriveront à Nice, où ils passeront la journée du 17 avril. Puis, ils suivront l'ancienne voie romaine (Grande Corniche), où ils verront l'Observatoire de Nice, le Monument d'Auguste à La Turbie, le château médiéval de Roquebrune et le Cap Martin. Ils visiteront ensuite Menton, l'Annunciade et le château de Grimaldi, avec les laboratoires du Dr Voronoff.

Une journée sera consacrée à la Principauté de Monaco, le 19 avril, avec le Palais des Princes, le musée océanographique et Monte-Carlo ; — à Beaulieu, l'on donnera une attention particulière aux magnifiques jardins avec leurs spécimens de la flore tropicale. Le retour à Nice s'effectuera par le Cap Ferrat, Villefranche et le mont Boron.

Une excursion facultative est prévue dans l'Estérel, (Fréjus, Saint-Raphaël, Boulouris, Agay), le dimanche de Pâques 21 avril. Des excursions dans les Alpes et en Corse, pourront être organisées le lundi 22 et les jours suivants.

Ce voyage est placé sous le patronage de la Faculté de Strasbourg et la présidence de son doyen, le professeur Forster. Il sera dirigé par le professeur Fontès, de la chaire d'hydrologie et de climatologie de la même Faculté. Les visites et promenades seront accompagnées de démonstrations scientifiques et de causeries historiques, selon la coutume de la société médicale, qui assure les parcs et les séjours dans les conditions les plus favorables au bien-être, à l'instruction et à l'agrément des voyageurs. Des permis de parcs à demi-tarif seront mis à la disposition des adhérents, sur les chemins de fer français, italiens et roumains, à l'aller et au retour, en toutes classes. Des arrêts seront autorisés à Paris, Lyon, Avignon, Arles, Marseille, ainsi que dans les principales villes italiennes. L'inscription est ouverte et le droit d'inscription est de 100 fr. Les membres de la famille du médecin sont admis, ainsi que les étudiants en médecine.

Pour avoir des renseignements complémentaires, le programme détaillé et les instructions générales, écrire à l'Office climatique de la Société médicale du Littoral, 24, rue Verdi, à Nice. — La cotisation forfaitaire pour la participation au voyage est de mille francs (excursions facultatives non comprises). Des conditions particulières sont accordées aux étudiants.

**VIII<sup>e</sup> Congrès national de la tuberculose.** (Marseille, 15 au 18 avril 1935). — Les demandes d'inscription doivent être adressées au Secrétariat du Congrès, 66, boulevard Saint-Michel, Paris (6<sup>e</sup>), accompagnées de la somme de 80 francs, montant de la cotisation, ou mieux verser cette somme dans un bureau de poste au nom du Comité National de Défense contre la tuberculose (compte courant de chèques postaux 511-39, Paris).

Les compagnies de chemins de fer français accordent aux congressistes des bons de transport à tarif réduit de 50 %, valables du 13 au 29 avril inclus, et les compagnies de navigation les font bénéficier de facilités de passage.

Les congressistes retiendront leur logement eux-mêmes directement, d'après la liste des hôtels, avec tarif réduit, qui leur sera envoyée avec leur carte de membre.

Le comité marseillais organisera des réceptions pendant le congrès et des visites auront lieu aux divers organismes

locaux de lutte antituberculeuse et aux ports de Marseille.

Après le congrès, les congressistes pourront participer, pour un prix forfaitaire, à une croisière en Adriatique et aux excursions suivantes :

A. — En Provence. — Itinéraire I (2 jours : 18 et 19 avril), Marseille, Les Martigues, Istres, Arles, La Camargue, Arles, Montmajour, Saint-Rémy-de-Provence, Aix-en-Provence, Marseille.

B. — Sur la Côte d'Azur. — Itinéraire II (1 jour : 18 avril), Marseille, La Gineste, Cassis, La Ciotat, Bandol, Sanary, Toulon, Hyères, Presqu'île de Giens, San-Salvador, Marseille.

Itinéraire III (3 jours : 18 au 21 avril). — Pour le premier jour, voir itinéraire II ; le deuxième jour : Hyères, Le Lavandou, Cavalaire, côte des Maures, Sainte-Maxime, Saint-Raphaël, Cannes, Le Cannet et Supercannes ; le troisième jour : Cannes, Grasse, Thorenc, les Gorges du Loup, Vence, Nice.

Itinéraire IV (5 jours : 18 au 23 avril). — Pour les trois premiers jours, voir itinéraires II et III. Les deux autres jours : Nice, Beaulieu, Cap Martin, Monaco, Menton et retour par la Grande Corniche à Nice.

C. — Croisière en Adriatique. — Des places sont réservées aux congressistes, jusqu'au 15 mars, pour la croisière organisée du 18 au 29 avril, par la Ligue maritime et coloniale, avec le concours de la presse médicale marseillaise : Marseille, Durazzo, Cattaro, Raguse, Spalato, Venise, Sète, Marseille.

Pour les conditions des excursions et de la croisière, s'adresser au bureau marseillais du congrès, 38, rue de la République, à Marseille.

**2<sup>e</sup> Congrès international de stomatologie.** — Il aura lieu du 14 au 19 avril 1935, à Bologne (Italie), sous le haut patronage de S. M. le Roi d'Italie et la présidence d'honneur de S. E. Benito Mussolini. Secrét. gén. : M. Daugnet, 17, rue Godot-de-Mauroi, à Paris.

**Les XIV<sup>es</sup> Journées médicales de Bruxelles** s'annoncent comme un grand succès. Elles seront consacrées à la physiopathologie des glandes endocrines.

L'Exposition internationale et universelle de Bruxelles, dans le cadre de laquelle se tiendra la session, sera un grand attrait. Enfin, à côté d'avantages matériels considérables (réduction sur les chemins de fer, les compagnies de navigation et d'aviation, dans les hôtels, etc.), le Comité organise à l'intention des congressistes, une série de fêtes qui seront splendides. Le samedi 29 juin, après la séance inaugurale où le professeur Loeper parlera des *Musiciens devant la Médecine*, aura lieu le banquet en l'honneur des délégués officiels des gouvernements étrangers et des conférenciers. Le dimanche 30, des places seront réservées aux congressistes pour le défilé du cortège folklorique, qui parcourra les jardins de l'Exposition. Le soir, représentation de gala au théâtre de la Monnaie, où sera représentée *La Passion*, drame sacré d'Albert Dupuis, avec le ténor Rogatchewsky, le succès triomphal de la saison. Le lundi 1<sup>er</sup> juillet : grand concert symphonique dans la salle des fêtes de l'Exposition, avec le concours de l'orchestre philharmonique de Bruxelles, sous la direction du célèbre chef d'orchestre, M. de Sabatta, de la Scala de Milan, et de M. Agosti, pianiste. Le mardi 2 juillet : raout à l'Hôtel de Ville de Bruxelles. D'autres fêtes encore auront lieu pendant la durée du congrès.

Renseignements et inscriptions auprès du docteur Beckers, secrétaire général, 141, rue Belliard, à Bruxelles.

**Journées vétérinaires d'Alfort 1935.** — Les journées vétérinaires d'Alfort auront lieu à l'Ecole d'Alfort, les vendredis 14, samedi 15 et dimanche 16 juin 1935. Le 2<sup>e</sup> Salon des Vétérinaires sera ouvert aux mêmes dates.

TRAITEMENT  
DU  
**DIABÈTE**  
PAR LES  
CAPSULES GLUTINISÉES  
DE

**PANCRÉPATINE**  
**LALEUF**

ÉCHANTILLONS ET LITTÉRATURE

**LABORATOIRES LALEUF**  
20 RUE DU LAOS  
PARIS (XV<sup>e</sup>)

Nouvelle adresse : 51, rue Nicolo, PARIS (XVI<sup>e</sup>).

POSOMÉTRIE ABSOLUMENT RIGOUREUSE

**CALOMEL**  
**VICARIO**

PETITS COMPRIMÉS

Un milligramme, quart et demi-centigramme  
un, deux et cinq centigrammes  
DÉSAGRÉGATION RAPIDE

NÉURALGIES — GRIPPE — RHUMATISMES

**NOPIRINE**  
**VICARIO**

ASPIRINE RENFORCÉE

Pharmacie **VICARIO**, 17, boul. Haussmann, PARIS



REVUE GENERALE

## LA TENSION MOYENNE ÉTUDE PHYSIOLOGIQUE ET CLINIQUE<sup>1</sup>

Par M. G. DARNAUD,  
Interne des hôpitaux de Toulouse.

### LES APPLICATIONS DE LA TENSION MOYENNE A LA CLINIQUE

C'est en 1931 que le Pr. Vaquez décida d'introduire en clinique cette déterminante nouvelle de la tension artérielle que constitue la pression efficace. Il estimait que ses variations rendraient mieux compte des phénomènes pathologiques que ne le faisaient les modifications apportées aux chiffres extrêmes. Il ne prétendait d'ailleurs pas se contenter de ce seul chiffre pour caractériser un état tensionnel ; mais il pensait que, désormais, pour repérer une tension, il faudrait noter la valeur de la tension moyenne en plus des valeurs Mn. et Mx., dont on s'était contenté jusque-là.

Depuis cette époque, l'étude de la tension moyenne semble avoir apporté un certain nombre de connaissances nouvelles, que nous allons envisager successivement.

1<sup>o</sup> Etude de la tension moyenne au cours des troubles tensionnels. — A. TENSION MOYENNE ET HYPERTENSION. — a) *Hypertension confirmée*. — Pour faire le diagnostic d'une hypertension artérielle, on s'est longtemps basé sur l'élévation de Mx. Pachon a montré à quel point cette façon de procéder était illogique. La pression maxima ne saurait à elle seule caractériser un régime circulatoire, puisqu'elle n'en repère qu'une très courte phase. Pachon a donc recommandé de compléter son étude par celle de la minima. Mais la minima est elle-même passible de nombreuses critiques. Certes, elle correspond à une valeur réelle, et permanente : celle de la charge constante que supportent les artères. Mais cette charge artérielle ne caractérise pas, avec une rigueur suffisante, l'état d'un régime tensionnel au cours de ses multiples phases.

D'après MM. Vaquez et Gomez, c'est la valeur de la tension moyenne qui exprime, avec le plus d'exactitude, le travail dévolu au cœur. Ces auteurs, pour soutenir leur théorie, se sont appuyés sur la description d'états morbides particuliers : chez certains sujets, disent-ils, les tensions Mx. et Mn. sont très nettement augmentées. Cependant, on ne peut mettre en évidence chez eux aucun des signes fonctionnels qui accompagnent habituellement l'hypertension artérielle. D'autre part, le cœur de tels sujets montre à l'étude radiologique des dimensions absolument normales.

Chez les malades qu'ils ont pu étudier, M. Vaquez et ses collaborateurs ont toujours trouvé une tension moyenne inférieure ou égale à 10. C'est, d'après eux, à l'absence de surcharge tensionnelle réelle et permanente, qu'il faut attribuer cette absence de signes chez des sujets qu'il était classique de considérer jusque-là comme des hypertendus.

Comme corollaire à ces observations, M. Vaquez et ses collaborateurs signalent que, chez les hypertendus, c'est le degré d'élévation de la tension moyenne qui semble conditionner l'état de distension du myocarde : plus la tension moyenne s'élève, plus seront manifestes les symptômes d'insuffisance cardiaque.

Certains auteurs, et tout particulièrement M. Lian, n'ont pas accepté sans réserve les affirmations de M. Vaquez et de son école. M. Lian a émis les critiques suivantes :

Dans l'étude des états hypertensifs confirmés, la mesure de la tension moyenne ne présente pas un intérêt considérable : elle suit en effet très fidèlement les variations de la minima. Sa distance de cette dernière se maintient toujours entre 1,5 et 2 divisions. C'est pourquoi M. Lian a proposé de substituer à la mesure de la minima celle de la pression moyenne, mesure qui est infiniment plus aisée dans la plupart des cas.

b) *Hypertension moyenne solitaire*. — Plus intéressante indiscutablement paraît l'étude d'un syndrome tensionnel nouveau, décrit par M. Vaquez et ses élèves, et qui a reçu d'eux le nom de « syndrome d'hypertension moyenne solitaire ».

A la phase tout à fait initiale de la maladie hypertensive, une élévation anormale de la tension moyenne, coïncidant d'habitude avec un accroissement des diamètres du cœur, serait, pendant fort longtemps, le seul signe morbide. MM. Vaquez et Gomez pensent que ce stade d'hypertension moyenne solitaire peut se prolonger sans aucun incident pendant des années. Mais, dès que le stade d'élévation permanente de la tension moyenne est réalisé, toutes les complications de l'hypertension commune peuvent apparaître. Ce n'est qu'au bout d'un temps très prolongé que les chiffres des pressions extrêmes s'élèvent à leur tour. Alors seulement, le syndrome hypertensif classique se trouve réalisé en totalité.

MM. Vaquez et Gomez estiment que nombre de cas d'insuffisance cardiaque en apparence primitive, et que certaines hémorragies cérébrales survenant chez des sujets dont le système circulatoire paraît sain, ne relèvent pas d'une autre cause.

L'intérêt de cette notion « d'hypertension moyenne solitaire » est reconnu par tous les auteurs. Mais ce syndrome est-il fréquemment réalisé en clinique ? Ici, les opinions émises sont extrêmement diverses :

Pour M. Vaquez et ses collaborateurs, le syndrome serait d'une extrême fréquence. S'il n'a pas été observé plus souvent, c'est que le médecin n'a guère l'occasion de voir les malades à une période assez précoce. Quand le médecin est appelé auprès d'un hypertendu, il y a déjà longtemps que l'élévation de tension s'est étendue aux chiffres extrêmes. Cependant, une mesure systématique de la tension moyenne chez tous les malades montrerait que la phase d'hypertension moyenne solitaire existe dans la règle à la période tout à fait initiale de la maladie hypertensive.

Pour M. Lian, au contraire, le syndrome d'hypertension moyenne solitaire est d'une extrême rareté. L'examen de 400 malades hypertendus ne lui aurait permis de l'observer que 2 fois. Encore le chiffre de

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôp.*, 1935, n<sup>o</sup> 48, p. 299.

la tension moyenne ne s'élevait-il dans les deux cas qu'à 10,5, chiffre très voisin des limites physiologiques admises par MM. Vaquez, Gley et Gomez eux-mêmes.

M. Sédillot soutient une opinion intermédiaire : « Je puis affirmer », écrit cet auteur, à propos de l'hypertension moyenne solitaire, « que ce syndrome n'est pas la rareté qu'a soutenue M. Lian. Par contre, je ne puis affirmer qu'il soit de la très grande fréquence dont a parlé M. Vaquez ». M. Sédillot donne, en outre, de ce syndrome, une interprétation pathogénique : l'hypertension moyenne solitaire serait le syndrome clinique de la perte de l'élasticité des artères de gros et de moyen calibre.

**B. TENSION MOYENNE ET HYPOTENSION.** — MM. Vaquez et Gomez ont étudié également la tension moyenne chez les hypotendus artériels. Voici ce qu'écrivent ces auteurs :

« On a beaucoup parlé, dans ces derniers temps, de l'hypotension artérielle, et au point d'éveiller des inquiétudes à son sujet. Pourtant, a-t-on dit, la maladie, si maladie il y a, serait peu redoutable. Ici encore, c'est sur la mesure des pressions extrêmes qu'on s'est appuyé pour établir un diagnostic, et nous avons dit ce qu'il faut en penser. En fait, et quel que soit le chiffre de ces pressions, celui de la pression moyenne, nous en sommes assurés, reste normal ; il n'y a donc, malgré les apparences, aucune modification du régime circulatoire. Voilà pourquoi, conformément à ce que nous avons toujours pensé, l'hypotension n'est pas une entité morbide. »

**C. TENSION MOYENNE ET COLLAPSUS.** — D'après M. Dumas, l'étude de la tension moyenne dans les états de collapsus présenterait un intérêt tout particulier :

On sait que l'on désigne sous le terme de collapsus un syndrome caractérisé par un état hypothermique associé à une chute brutale des chiffres extrêmes de la tension, et particulièrement, de la maxima. De tels états sont fréquents en clinique, surtout au décours de certaines maladies infectieuses (diphthérie, pneumonie, grippe, typhoïde). Il est, bien souvent, très difficile de déterminer l'étiologie exacte des accidents : relèvent-ils d'une infection nerveuse ou endocrinienne ? Ne faut-il pas plutôt les rattacher à une défaillance cardiaque proprement dite ? Autant de problèmes qui se posent et que le clinicien ne peut guère résoudre.

D'après M. Dumas, les variations de la tension moyenne seraient capables d'apporter les meilleures indications en ce qui concerne le pronostic de ces états dramatiques : tant que la tension moyenne ne s'y abaisse pas, ou varie peu, le pronostic est bon. Par contre, une chute profonde et brusque de la tension moyenne révèle l'existence d'un collapsus brutal d'origine cardiaque avec sidération rapide du myocarde.

**2° La tension moyenne au cours de l'insuffisance cardiaque.** — M. Grunenwald, de Strasbourg, a consacré sa thèse inaugurale à l'étude de la tension moyenne dans l'insuffisance cardiaque. D'après cet auteur, toutes les fois que, dans un état hyposystolique, la tension moyenne ne s'éloigne guère de sa valeur normale, le pronostic se montre favorable. Au contraire, dans les asystolies graves, la valeur de la tension

moyenne s'élève et se maintient à un taux anormal, en dépit de toute action thérapeutique.

M. Grunenwald ajoute que, sauf dans les états graves, les injections intra-veineuses d'ouabaine et de digitaline arrivent à réduire la décompensation, et ramènent alors la tension moyenne à son chiffre habituel.

**3° Etude de la tension moyenne au cours de certaines lésions vasculaires.** — **A. TENSION MOYENNE ET INSUFFISANCE AORTIQUE.** — Au cours de l'insuffisance aortique, MM. Vaquez, Gley et Gomez observèrent que, dans la plupart des cas, la pression moyenne est normale. Si cette lésion est si longtemps tolérée, c'est, pensent ces auteurs, parce que le travail du cœur n'y est pas sensiblement augmenté.

M. A. Fontan s'est vivement élevé contre cette assertion. Ce n'est pas le travail du cœur qui demeure normal, affirme-t-il, c'est le débit cardiaque. Mais, justement pour assurer un débit cardiaque suffisant, le cœur doit fournir un travail supplémentaire. Il faut, en effet, compenser les effets du reflux d'une partie du sang dans le cœur pendant la diastole. C'est cet effet supplémentaire qui explique pourquoi les malades atteints d'insuffisance aortique finissent par présenter des signes d'insuffisance cardiaque. Celle-ci, en définitive, est conditionnée par trois facteurs :

- a) L'état lui-même du muscle cardiaque, qui finit par se lasser de son effort ;
- b) L'état vasculaire antérieur ; une forte sclérose artérielle augmente encore l'effort que le myocarde doit fournir ;
- c) La largeur de la fente inter-sigmoïdienne.

**B. LA TENSION MOYENNE AU COURS DE TOUTES LES LÉSIONS VALVULAIRES DU CŒUR GAUCHE.** — D'après M. Dumas, il faut, au cours de toutes les lésions valvulaires du cœur gauche, étudier la tension moyenne avec le plus grand soin. Pendant l'évolution de telles lésions, tant que le cœur n'a pas encore réagi par une hypertrophie, la tension moyenne reste anormalement basse. M. Dumas a donné à ce syndrome le nom de « syndrome d'hypotension moyenne solitaire ». D'après lui, la tension moyenne s'élèverait ensuite progressivement, en rapport avec les progrès de l'hypertrophie cardiaque.

**4° Tension moyenne et lésions du système artériel.** — Dans les divers états où l'on peut observer des lésions diffuses du système artériel (athérome, artérites spécifiques, etc.) la tension moyenne s'élève dans la règle.

D'après M. Van Dooren, ce serait le seul cas où l'intervalle entre la tension moyenne et la tension minima serait anormalement allongé.

Rappelons que pour M. Sédillot, ce sont justement des lésions diffuses, ayant fait perdre leur élasticité aux artères de petit et de moyen calibre, qui seraient responsables du syndrome « d'hypertension moyenne solitaire ».

Pour MM. Vaquez, Mouquin et Gley, les fameuses « courbes en plateau » seraient très souvent en rapport avec de semblables altérations. Ces auteurs estiment que, lorsque le tracé oscillographique prend une



forme en plateau chez un malade, si ce malade ne présente ni insuffisance aortique, ni ralentissement pathologique du pouls, ni hypertension artérielle, on est en droit d'affirmer que le patient est atteint de lésions vasculaires périphériques, même si aucun signe clinique ne peut faire soupçonner l'existence de telles lésions.

**5° Tension moyenne et glaucome.** — Dans certains cas de glaucome, assez rares, il est vrai, les chiffres extrêmes de la tension demeurent normaux. Baillart et Gomez ont étudié la pression moyenne chez les glaucomateux. Ils l'ont toujours trouvée augmentée, et même dans les cas où les tensions extrêmes avaient conservé leur valeur normale.

**6° Tension moyenne et éclampsie.** — MM. Kisthinos, Lévy-Solal et Lepage ont étudié la tension moyenne au cours de la grossesse, de l'accouchement et des suites de couches. Dans plus de 80 % des cas, cette valeur ne subit aucune modification (sauf une élévation très légère pendant le travail).

Par contre, l'élévation de la pression moyenne au cours de l'éclampsie est considérable, avant et pendant la crise, et même dans les cas où les pressions extrêmes restent voisines de la normale. Cette élévation pourrait être considérée comme un signe précurseur d'éclampsie, même dans les cas où l'on ne constate pas d'albumine dans les urines. Enfin, l'albuminurie persistant après la crise semblerait avoir une évolution parallèle à celle de la légère hypertension moyenne qui, parfois, persiste après la crise.

**7° Education physique et pression moyenne.** — D'après MM. Vaquez et de Chaisemartin, la surveillance de la tension moyenne chez les sujets soumis à un entraînement physique donnerait des résultats beaucoup plus fidèles que l'état du pouls après l'effort. Une élévation de la pression moyenne dynamique montrerait que l'effort demandé au sujet est excessif, et qu'il convient de modifier les conditions de son entraînement.

**Conclusion.** — Est-il possible de porter un jugement d'ensemble sur l'utilité de la notion de « pression moyenne dynamique » et sur les résultats qu'elle peut nous apporter dans les divers domaines ? Pour donner une réponse qui ait quelque chance d'être définitive, il est certain qu'il est encore beaucoup trop tôt. A l'heure actuelle, les divers auteurs qui ont étudié la question se divisent très facilement en trois groupes :

1° On trouve d'abord ceux qui louent sans réserve les conceptions théoriques et les résultats pratiques que nous apporte la donnée nouvelle : ce sont MM. Vaquez, Gley, Gomez, Kisthinos, et aussi, quoique avec moins d'énergie, M. Dumas.

2° Dans un second groupe se rangent tous ceux qui ne contestent pas à cette acquisition nouvelle de sérieux avantages, mais qui n'hésitent pas à faire, à l'occasion, sur elle, des réserves, parfois très graves : ce sont en particulier MM. Lian et Zafir, MM. Raybaud et Giraud, MM. Van Bogaert, Samain, Beerens et Lequime, M. de Voltera, etc.

3° Il y a enfin M. Van Dooren qui dénie à peu près tout intérêt à la nouvelle déterminante tensionnelle. Il préfère, dit-il, s'en tenir à l'étude de la tension minima, élément réel et permanent du régime circulatoire. Quant au syndrome d'hypertension moyenne solitaire, seul apport indiscutable de l'étude de la tension efficace, ce ne serait, le plus souvent, qu'une manifestation de l'induration artérielle.

Que peut-on retirer de ces opinions divergentes ? La difficulté provient, semble-t-il, de ce que l'idée de tension moyenne relève de conceptions mathématiques, très intéressantes, lorsqu'il s'agit d'étudier les phénomènes hydrauliques habituels, mais difficilement applicables à l'évaluation de phénomènes biologiques. C'est que, dans la circulation sanguine, les variables qui régissent les phénomènes sont toujours plus nombreuses et plus complexes que ne peuvent le prévoir les chercheurs. Ainsi, les conduits par où s'écoule le sang ne sont plus des tubes rigides, à résistance rigoureusement constante. Ce sont des vaisseaux dont les parois sont plus ou moins souples, et dont la lumière s'ouvre plus ou moins devant l'ondée sanguine, suivant l'état d'excitation du système nerveux vaso-moteur. Comment apprécier par des chiffres des phénomènes aussi instables ?

Ceci nous explique sans doute pourquoi les opinions des chercheurs sont tellement contradictoires.

En physiologie, néanmoins, personne ne nie que la notion de « pression efficace » n'ait un gros intérêt, à la condition, toutefois, que sa valeur soit réellement et facilement mesurable. L'autorité de MM. Pachon et Vaquez nous incite à admettre qu'elle l'est, mais les arguments expérimentaux de M. Van Dooren, de MM. Van Bogaert, Samain, Beerens et Lequime ne laissent pas de faire quelque impression.

Dans le domaine clinique, il est, plus encore qu'en physiologie, prématuré de répondre. Le temps seul nous permettra de savoir ce qu'il faut retenir des opinions si divergentes que les divers auteurs ont exprimées jusqu'à présent.

#### BIBLIOGRAPHIE

- BAILLART et GOMEZ. La pression moyenne dans le glaucome, *Bull. Acad. de Méd.*, mars 1931 ; — La pression moyenne dans l'artère centrale de la rétine, *Pratique méd. française*, mai 1932.
- BAMM. La pression moyenne : sa base scientifique et son application pratique, *Revue ibéro-américaine des Scienc. Méd.*, août 1932.
- BARUK, LEPEYRE et ALBANE. La pression moyenne dans la démence, *C. R. de la Soc. de Biol.*, 13 juin 1931.
- BARBOSA, CORREA, OLIVEIRA, BASTOS. Méthode d'auscultation pour la détermination de la pression moyenne, *Revue Assoc. panlista de Méd.*, janv. 1933.
- BARBIER. *Lyon méd.*, 17 mars 1931 ; — Quelle est, en clinique, la vraie tension artérielle ? *Evian méd.*, 4, n° 13.
- BARDENAT. Sur quelques notions essentielles relatives à l'étude théorique et expérimentale de la pression moyenne, *Algérie méd.*, oct. 1933.
- BAUCHET, LAFRESMIKRE. La pression moyenne, *Union méd. du Canada*, févr. 1932 ; — Un nouveau facteur : la pression moyenne, *Canada M. A. J.*, nov. 1932.
- BEERENS, LEQUIME, SAMAIN, VAN BOGAERT. Tension moyenne et fréquence du cœur, *C. R. Soc. de Biol.*, t. CXIV p. 520-522.

- BERTHIER, BEZAULT. Remarques sur la pression moyenne, *Soc. méd. de Marseille*, 12 mars 1934.
- BETOCCHI. La pression moyenne artérielle, *Med. del lavoro*, févr. 1933.
- BONABA et SARACHAGA. La pression moyenne chez l'enfant normal et dans quelques états pathologiques, *Arch. de Méd. infantile*, janv. 1932.
- BOUCOMONT. Effet de l'eau minérale de Royat sur la pression moyenne, *Paris méd.*, 16 avr. 1932 ; — Première détermination directe de la pression moyenne humaine, *Vie méd.*, 25 déc. 1932.
- BOULET, BALMES et GINESTIL. La courbe sphgmomanométrique et la pression moyenne ; comparaison des résultats obtenus par la méthode graphique avec ceux obtenus par oscillométrie, *Arch. Soc. des Sciences méd. et biol. de Montpellier*, févr. 1932.
- BOULET, BALMES, GINESTRIE, QUET. Les relations numériques entre les pressions Mx, My, et Mn. Formule de l'eusystolie et coefficient de circulation fonctionnelle ; modification et insuffisance cardiaque, *Arch. Soc. des Sc. méd. et biol. de Montpellier*, mars 1932.
- CALABRESI. La pression moyenne : bibliographie critique, *Cruore et circolaz.*, mars 1933.
- CARRAVETTA. Comportement de la pression moyenne durant et après intervention chirurgicale, *Riforma med.*, 10 sept. 1932.
- CASTEX et DI CIO. Haute, moyenne et basse pression. Méthode clinique de détermination avec corrélation à la pression moyenne, *Revista méd. argen.*, 20 mai 1932.
- COLLANGETTES. Pression artérielle moyenne, *Ann. Faculté française de Méd. et de Pharm. de Beyrouth*, nov. 1932.
- COLOGNESE. Pression artérielle moyenne, *Osp. maggiore*, 20 nov. 1932 ; — Pression moyenne et autre facteur se rapportant au fonctionnement de la circulation dans le cas de la démence précoce, *Rassegna di studi psichiat.*, nov-déc. 1932.
- CORDIER et VEIL. Souffrance causée par la détermination de la pression moyenne, *Arch. des malad. du cœur*, sept. 1931.
- CORDIER, VEIL et COLLOMB. Quels sont les renseignements que peut fournir la tension vraie ou ancienne tension moyenne ? *Lyon méd.*, 11 oct. 1931.
- CHAISE-MARTIN (DE). Vibrations de la pression moyenne, critique pour la discrimination et l'entraînement des athlètes, *Soc. de Méd. Mil. franç.*, avr. 1932.
- DELCASTILLO et MANCLARES. La pression moyenne dans les adénomes thyroïdiens et dans le goitre exophtalmique. Détermination oscillométrique, *Semana med.*, 10 déc. 1931.
- DE MEYER. Physio-pathologie des adaptations fonctionnelles du cœur et des vaisseaux aux conditions pathologiques de la circulation, *Rapport au XV<sup>e</sup> Congrès français de Médecine*, Strasbourg, 1921 ; — Observations physio-pathologiques sur la circulation périphérique, *Bruzelles méd.*, 4 janv. 1931.
- DE RUYTER. Observations relatives à l'influence des parois artérielles sur l'allure des courbes oscillométriques, *Arch. intern. méd. expérin.*, 1930, p. 217.
- DE SAINT-MARTIN et MERIEL. La pression moyenne dans le glaucome, *Arch. d'ophthalm.*, nov. 1932.
- DRAGUESLEN. La pression moyenne, *Revue méd. mil. Bucaresti*, mai 1932.
- DUMAS. Les avantages de la pression moyenne, *Revue méd. franç.*, avr. 1932 ; — Insuffisance tensionnelle et tension moyenne basse, *Presse méd.*, 3 sept. 1932.
- DURMCO et OLIVIER. Mesure directe de la pression moyenne artérielle. Relations avec sa détermination oscillométrique, *C. R. de la Soc. de biol.*, 14 nov. 1932.
- ERLANGER. Erreur sur l'estimation de la pression sanguine par les méthodes indirectes, *Amer. Journ. of Physiol.*, févr. 1916.
- FABRE. Mécanique des phénomènes sphgmomanométriques, Thèse, Douin, 1925.
- FONTAN. Th. de Bordeaux, 1926 ; — Pression efficace artérielle et insuffisance aortique, *Presse méd.*, 8 juill. 1931 ; — Evidence du syndrome d'hypertension moyenne solitaire, *Journ. de méd. de Bordeaux*, 28 févr. 1932.
- FOSSATI. La pression moyenne, *Riforma med.*, 30 avr. 1932.
- FRITZ. Sur un principe nouveau d'enregistrement des tracés pléthysmo-oscillographiques, *Arch. intern. med. experim.*, 1931, p. 574.
- GIROUX et BOULITE. Etude du système circulatoire et du fonctionnement cardiaque au moyen de l'enregistrement de la pression artérielle. Nouvelle méthode d'exploration, *Presse méd.*, 14 oct. 1933.
- GEREMIA. Tension artérielle extrême et pression moyenne, *Gior. et Med. prat.*, juin 1932.
- GLEYS et GOMEZ. La détermination de la pression moyenne minima par la méthode oscillométrique, *Presse méd.*, 25 févr. 1931 ; — La détermination de la pression moyenne du sang dans les vaisseaux par la méthode oscillométrique, *Journ. de Phys. et de Path. gén.*, mars 1931 ; — La pression moyenne du sang ; sa détermination et sa signification clinique, *Paris méd.*, 4 juill. 1931 ; — A propos de la mesure de la pression moyenne, *Lyon méd.*, 4-8 oct. 1931.
- GOMEZ. La pression moyenne dans le syndrome d'Adams Stokes, *Arch. des mal. du cœur*, déc. 1931.
- GOMEZ et LAJOIE. Modifications de la pression moyenne à l'effort, *Presse méd.*, 22 févr. 1931.
- GOMEZ (D. M.) et CARVALLO. Acquisitions d'intérêt clinique dues à l'introduction de la pression moyenne dans le travail technique, *Arch. Latino amér. de cardiol. hémat.*, févr. 1932.
- GOTSCH et KLEIN. Détermination de la vraie pression moyenne, *Wien, Arch. fr. Inn. Med.*, 1932.
- GRUNNEWALD. Pression moyenne dans les états d'insuffisance cardiaque, *Th. de Strasbourg*, 1933.
- HENNEQUIN. Contribution à l'étude physiologique et clinique de la pression moyenne, *Th. de Nancy*, 1931 ; — Sur la mesure de la tension moyenne, *C. R. Soc. de Biol.*, 16 juill. 1931.
- HOYOS. La pression moyenne dynamique et la fatigue aux armées, *Military Surg.*, mai 1933.
- HROM. Maximale, minimale et moyenne pression artérielle du sang, Bibliographie française, *Mundo med.*, mai 1933 ; — Méthode oscillographique pour l'étude de la maximale, de la minimale et moyenne pression artérielle, *Bolséi Arch. med. Wewnetz*, 1932.
- JARKA et MILANOVITCH. L'indice oscillométrique ; critère de course en ski, *Cosop. lek. cesk.*, 16 août 1932.
- JASO ROLSAN et TERCERO. La pression moyenne dans l'enfance, *Mundo med.*, 5 août 1932 ; — La pression moyenne et les enfants, *Arch. espan. de pediatr.*, août 1932.
- KISTHINIOS. La pression moyenne, *Médecine*, oct. 1932 ; — La pression moyenne dynamique. Ses variations normales et pathologiques, *Médecine*, sept. 1931.
- KISTHINIOS et GOMEZ. Etude de la pression artérielle moyenne dans les différentes formes de l'insuffisance cardiaque, *Bull. méd.*, 22 oct. 1931.
- KRAL et HOREJSI. La pression moyenne artérielle après course en ski, *Cosop. lek. cèsk.*, 16 août 1932.
- LASTAM. La pression moyenne, *Polskie arch. med. wewneto*, 1932.
- LAUBRY, BEERENS et VAN BOGAERT. Tension moyenne intra-artérielle normale chez l'homme, *C. R. Soc. de Biol.*, t. CXIV, p. 238 ; — Relation entre la tension intra-artérielle et la forme du pouls.



- LEQUIME, SAMAIN et VAN BOGAERT. Relation entre la tension moyenne intra-artérielle et la tension veineuse, *C. R. Soc. de Biol.*, t. CXIV, p. 585.
- LEQUIME. La tension moyenne vraie dans les états pathologiques cardio-vasculaires, *Le Scalpel*, t. LXXXVII, p. 1213.
- LEVY-SOLAL, KISTHINIOS et LEPAGE. La pression moyenne au cours de la gestation et de la puerpéralité normale, *Bull. Soc. d'Obstétrique et Gynécol.*, avril 1931 ; — La pression moyenne et l'éclampsie, *Bull. Acad. de Méd.*, 28 avr. 1931.
- LIAN. La tension artérielle moyenne ; ses rapports avec la tension maxima et minima. *C. R. Soc. de Biol.*, 5 juin 1931 ; — Les variations de la tension artérielle moyenne durant effort et émotions, *C. R. Soc. de Biol.*, 16 juill. 1931.
- LIAN et FACQUET. La pression moyenne, *Rev. méd. franç.*, mai 1932.
- LIAN, LAMBIN et PAUTRAT. Les variations des pressions artérielles maximum, moyenne et minimum en corrélation avec le débit cardiaque, *C. R. Soc. de Biol.*, 19 juill. 1932.
- LIAN et ZAMFIR. Des caractères à peu près solidaires des pressions artérielles moyenne et minima, *Presse méd.*, 1<sup>er</sup> févr. 1933.
- LUSENA. La pression moyenne artérielle, *Cuore et circolaz.*, juin 1932.
- MALLARDO. La pression moyenne dans la tuberculose pulmonaire, *Morgagni*, 24 janv. 1932.
- MAC WILLIAM et MELIRN. Estimation de la pression chez l'homme, *Heart*, vol. V, n° 2, p. 153.
- MANCA. Les pressions artérielles maximum, moyenne et minimum dans le cas de la malaria, *Cuore et circolaz.*, oct. 1932.
- MAREY. *Physiologie médicale de la circulation sanguine*, p. 142, Paris, 1863.
- MARTINI et DOSSOLA. La pression moyenne au cœur des éléments cliniques ; détermination oscillométrique, *Semana med.*, 11 juin 1931 ; — Détermination oscillométrique et oscillographique de la pression moyenne ; étude comparative, *Semana med.*, 29 oct. 1931.
- MENARD. La pression moyenne, *Bull. et Mém. Soc. de Méd. de Paris*, 25 juin 1932.
- MICHELAZZI. La pression moyenne dans les conditions physiologiques et pathologiques, *Cuore et circolaz.*, nov. 1932.
- MILOVANOVITCH. Critère de mesure correcte de la pression moyenne, *Presse méd.*, 24 août 1932.
- MONASTERIO. Signification de la pression moyenne, *Riforma méd.*, 20 avr. 1932.
- MAGERA. La pression moyenne ; sa détermination par les méthodes oscillographique et auscultatoires. Etude comparative, *Semana med.*, 11 août 1932.
- ORGAZ. La pression moyenne dynamique. Explication clinique, *Semana med.*, 15 nov. 1931.
- PACHON. Sur la détermination oscillométrique de la pression artérielle dynamique dans les artères ou pression efficace artérielle, *C. R. Soc. de Biol.*, 1921, p. 868.
- PACHON et FABRE. Sur la détermination physique de l'oscillographie maximale en sphygmomanométrie, *C. R. Soc. de Biol.*, 1921, p. 210 ; — Relations de la pression efficace avec l'état de suffisance ou d'insuffisance circulatoire, *Journ. de Méd. de Bordeaux et du Sud-Ouest*, 30 mai 1931 ; — Pression efficace artérielle et valeur fonctionnelle circulatoire, *La Médecine*, sept. 1932.
- PESCHARD. La pression moyenne, importance sémiologique, *Med. Mexico*, 26 sept. 1932.
- PEZZI. La pression moyenne en hypertension artérielle dans les maladies infectieuses, *Cuore et circolaz.*, mai 1932.
- PEILLET, DODEL et BOUCOMONT. Détermination directe d'un critère pour les pressions maxima et moyenne chez l'homme, *Bull. Acad. de Méd.*, 19 juill. 1932.
- PLESCH. Valeur diagnostique fonctionnelle de la pression efficace, *Zeitsch. f. klin. med.*, p. 628, 1932.
- PUNTA VEBOSO. Pression moyenne du sang dans l'insuffisance cardiaque et dans l'insuffisance aortique, *Med. Ibera*, 5 mars 1932.
- PUNTA VEBOSO et GOMEZ. Pression moyenne du sang, *Med. Ibera*, 19 sept. 1931.
- RAIMONDI et D'AMATO. Pression moyenne dynamique dans la tuberculose pulmonaire chez les femmes enceintes ou non, *Rev. Ass. méd. argent.*, juill. 1932.
- RAYBAUD, GIRAUD COSTA. Valeur diagnostique et pronostique de la pression moyenne dans les hypertensions artérielles et les insuffisances cardiaques, *Marseille méd.*, 25 mai 1932.
- RENAUD. Débit cardiaque et pression moyenne, *Rev. crit. de Path. et de Thérap.*, févr. 1932.
- SARAGEA. Pression moyenne du sang, *Romania méd.*, 15 juin 1932.
- SÉDILLOT. Hypertension moyenne solitaire considérée comme une affection vasculaire due à une insuffisance aortique, *Bull. et Mém. de la Soc. de Méd. de Paris*, 27 févr. 1932 ; — Pathogénie de l'hypertension moyenne solitaire, *Monde méd.*, 15 sept. 1932.
- SERRA et MARCHINI. Détermination de la pression artérielle, veineuse et capillaire chez l'homme, *Fisiol. e med.*, 3 janv. 1920.
- SZPIDBAUM. Pression moyenne. *Warsawskie czasop. lek.*, 10 mars 1931 et 17 mars 1932.
- TETELBAUM, KRINSKY et ROMANOWA. Pression veineuse au niveau d'un membre comprimé comme indicateur de la pression moyenne, *Presse méd.*, 30 déc. 1933.
- TREMONTI. Epreuves pharmaco-dynamiques en relation avec la tension moyenne, *Gior. med. Alto Adige*, déc. 1932.
- TRIPODI. Relation de la pression moyenne artérielle et de la pression capillaire, *Fisiol. et med.*, 20 févr. 1933.
- VAN BOGAERT (A.) et BEERENS. Mesure directe de la pression moyenne par ponction artérielle, *C. R. Soc. de Biol.*, 1933, p. 1181 ; — Nouvel appareil de mesure de pression moyenne par ponction intra-artérielle, *C. R. Soc. de Biol.*, 1933, p. 1266.
- VAN BOGAERT (A.) et BEERENS, LÉQUIME et SAMAIN. La tension moyenne intra-artérielle, *Presse méd.*, 16 mars 1934.
- VAN DOOREN. Rapports entre la pression moyenne et la circulation périphérique, *Presse méd.*, 5 août 1933 ; — Etude de la pression moyenne, *Le Scalpel*, janv. 1934 ; — Etude critique et expérimentale de la pression moyenne, *Le Scalpel*, 21 avr. 1934.
- VAQUEZ et KISTHINIOS. La pression moyenne considérée comme pression de base, *Bull. Acad. de Méd.*, 24 mars 1931.
- VAQUEZ et DE CHAISEMARTIN. Education physique et pression moyenne, *Presse méd.*, 26 mars 1932 ; — Pression moyenne, *Arch. de Méd. et de Pharm. milit.*, févr. 1933.
- VAQUEZ, GLEY et GOMEZ. Une nouvelle étape dans la sphygmomanométrie, *Presse méd.*, 25 févr. 1931 ; — Etude théorique et pratique de la mesure de la pression moyenne par la méthode oscillométrique, *Presse méd.*, 4 sept. 1931 ; — Nouvel appareil de mesure de la pression moyenne du sang chez l'homme, *Bull. Soc. méd. des Hôp. de Paris*, 13 nov. 1931.
- VAQUEZ et GOMEZ. Pression moyenne et hypertension artérielle, *Bull. Acad. de Méd.*, 17 févr. 1931 ; — Un syndrome hypertensif nouveau : l'hypertension moyenne so-

litaire, *Presse méd.*, 5 déc. 1931 : — La pression moyenne comme constante physiologique, *Klin. med.*, n°s 13-16, 1932.

VAQUEZ, GOMEZ et LAJOIE. Hypertension moyenne à l'effort et aptitude fonctionnelle cardiaque, *Presse méd.*, 21 oct. 1931.

VAQUEZ, KISTHINIOS et PAPAIOANNOU. Pression moyenne, constante sphymomanométrique, *Presse méd.*, 22 avr. 1931.

VAQUEZ et LAJOIE. Etude physiologique et clinique de la pression moyenne, *Libman anniv.*, vol. III, p. 1163, 1932.

VAQUEZ, MOUQUIN et GLEY. La forme en plateau des courbes oscillométriques, *Presse méd.*, 5 mai 1934.

NEIL. Quelques considérations thérapeutiques au sujet de la tension, *Arch. méd. des vaisseaux*, p. 459.

VOLTERRA. La pression moyenne : sa valeur clinique dans le cas particulier d'hypertension, *Zentralbl. f. inn. Med.*

VON RUTICH. La pression moyenne, *Deutsches Arch. klin. med.*, p. 673, 1932.

VON SCHNIZER. Pression moyenne, *Med. Klin.*, 5 août 1932.

WALDORF. La pression moyenne dans l'insuffisance aortique, *Semana Med.*, 30 mars 1932.

WALDORF, BORDO et GENJORREK. Importance explicative et clinique de ladite hypertension moyenne du sang, *Semana med.*, 30 mars 1933.

WALTER. Note pour la mesure des pressions moyenne, maxima et minima et pour l'exploration vasculaire des jambes, *Rev. génér. de Clin. et de Thérap.*, 21 nov. 1931.

YERNAUX. Note relative à la microsphygmie dans l'hypertension, *Arch. mal. du cœur et vaisseaux*, 1932.

ZARA. Influence de l'histamine sur la tension artérielle et particulièrement sur la tension moyenne, *Rassegna di Terap. e Pat. clin.*, févr. 1932.

#### ADDENDUM (DERNIÈRES PUBLICATIONS)

BARDENAT. Recherches expérimentales et critiques sur la détermination de la pression moyenne par la méthode oscillométrique, *L'Algérie méd.*, août 1933.

DODEL. Quelques étapes de la sphymomanométrie clinique, *Journ. méd. franç.*, juill. 1934.

DODEL et DASTUGUE. Remarques sur la lecture de l'oscillomètre de Pachon, *Journ. méd. franç.*, juill. 1934.

GRUNENWALD. La tension moyenne dans les états d'insuffisance cardiaque, *Th. de Strasbourg*, 1933.

VAQUEZ. Sphymomanométrie et tension moyenne, *Journ. méd. franç.*, juill. 1934.

### NOUVELLE REVUE

La *Chirurgie nouvelle* est une création de M. Dartigues. L'esprit original et avisé du brillant chirurgien ne s'attarde pas aux formules périmées. Dans sa revue, le texte ne sera pas accompagné d'images. Ce seront les images qui montreront d'un coup d'œil au chirurgien pressé les acquisitions nouvelles, les techniques récentes, etc. Le texte passera au second plan.

Cette formule iconographique est assurée d'un grand succès si l'on en juge par le nombre et la qualité des collaborateurs.

Le premier album sera consacré à la *Chirurgie du sympathique*.

Pour tous renseignements, s'adresser au Dr Dartigues, 81, rue de la Pompe, Paris (16<sup>e</sup>).

## ASSEMBLÉE FRANÇAISE DE MÉDECINE GÉNÉRALE

(XV<sup>e</sup> Session, 3 mars 1935.)

### CONSANGUINITÉ ET DESCENDANCE

Les Assises Nationales de la Médecine générale française se sont tenues à l'Hôtel-Dieu, le 3 mars, avec leur succès accoutumé, succès qu'il devient superflu de rappeler, tant il augmente régulièrement à chaque réunion.

La question soulevée était précisément une de celles qui pouvaient illustrer l'excellence de cette organisation, dont on ne saurait trop complimenter l'animateur, notre ami Godlewski. A Paris, quels que puissent être le savoir et la bonne volonté de ceux qui cultivent le jardin médical, il est pratiquement impossible de suivre, à travers des générations, les facteurs qui jouent un rôle si important dans les manifestations pathologiques. Dans le cas présent où, pour présenter un intérêt pratique, les observations devaient porter à la fois sur l'ascendance et la postérité, il était bien évident que les mieux placés — presque les seuls, pourrions-nous dire — pour donner une opinion autorisée étaient ceux qui, sur place, soit par eux-mêmes, soit par ceux qui les avaient précédés, avaient pu suivre pas à pas les familles dans leur évolution normale et pathologique. Et c'est bien là qu'apparaît l'excellence de la méthode de ces assemblées.

Aussi, au cours de cette réunion, sont-ce nos amis de province qui, tout d'abord, nous ont exposé leurs observations et nous ont appris des choses fort importantes, tant en ce qui concernait l'origine de l'établissement d'îlots particuliers où se pratiquaient les unions consanguines, qu'en ce qui regardait les résultats de cette pratique.

A vrai dire, ces résultats sont loin d'être aussi défavorables qu'on aurait pu penser d'après les idées communément admises et, d'autre part, il apparaît bien que la cause en est dans l'intervention de facteurs qui semblent jouer, dans cette affaire, un rôle essentiel.

A ce point de vue, nous avons été éclairés par des relations fort importantes sur les méthodes employées et les résultats obtenus dans divers élevages où se pratiquent systématiquement les unions consanguines. Il y a là de véritables expérimentations longtemps poursuivies et dont les résultats ne sont pas discutables. En fait, ces unions consanguines ont donné des résultats fort intéressants, en ce sens qu'elles ont permis d'obtenir des résultats sélectionnés sans que soient apparus des inconvénients sérieux.

Mais il convient d'observer que ces unions n'ont pas été faites au hasard, que les éleveurs ont commencé par sélectionner les reproducteurs avec le plus grand soin, et qu'ils ont éliminé tous ceux qui présentaient une tare quelconque ; ce n'est que grâce aux précautions prises qu'ils ont pu obtenir l'exaltation des caractères qu'ils cherchaient pour la descendance.

Il est bien évident que l'espèce humaine ne saurait échapper aux lois générales de la biologie ; mais, si, dans les espèces animales, les unions consanguines n'apparaissent pas comme un facteur de dégénérescence, c'est qu'on s'est efforcé de les réaliser dans certaines conditions précises qui ne sont pas respectées dans les cas se rapportant à l'homme. Aucune sélection n'est le plus souvent pratiquée et il est rare que l'on s'inquiète des tares que peuvent présenter les futurs conjoints ; il est même des cas, heureusement rares, comme celui des Habsbourg, où les tares héréditaires ont été considérées comme des titres particuliers de noblesse. D'autre part, s'il en est de dominantes, dont les manifestations ne sauraient échapper et qui réalisent souvent ainsi des obstacles aux unions projetées, il en est aussi de récessives qui ont toutes chances de passer inaperçues et qui sont



de ce fait un danger d'autant plus grand au point de vue de la descendance.

Cette absence de sélection initiale ne permet pas de comparer les résultats à ceux qu'obtiennent les éleveurs. Puis, ceux qui frappent, ce sont toujours les mauvais ; les parents trouvent tout naturel que leurs enfants soient normaux, équilibrés, intelligents, même qu'ils paraissent des manières de génies. Mais si ces enfants sont, à un titre quelconque, anormaux, ils ne peuvent concevoir que ce soit le résultat de leurs tares personnelles et ils en cherchent une raison extérieure. Et si, d'aventure, il y a eu dans leur famille, ou s'ils ont pratiqué eux-mêmes une union consanguine, ils trouvent là une raison satisfaisante qui leur permet de ne pas songer à leur propre déficience.

Si donc on veut accorder aux unions consanguines l'importance et les conséquences qu'on leur a données jusqu'ici, il paraît bien indispensable de ne pas considérer la consanguinité sous un angle trop étroit, mais bien plutôt d'élargir sa signification au delà des limites familiales. Lorsqu'on unit deux individus, ce qui importe au point de vue de leur descendance, ce sont les tares dont ils peuvent être porteurs ou dont ils ont hérité ; car ces tares, ils vont les associer et, comme il a été dit fort justement au cours de cette réunion, cette addition sera en réalité une multiplication. Mais, qu'ils soient parents ou non, cela ne paraît pas avoir une importance primordiale ; ce ne sera après tout qu'une facilité d'explication pour les intéressés : le danger, c'est d'unir deux individus présentant des tares semblables ou équivalentes.

Ce qu'on peut dire, c'est que dans une même famille, il y a beaucoup de chances pour que l'influence du milieu ait pu agir sur les individus qui la composent et que les mêmes causes aient produit les mêmes effets ; et, si on prend des conjoints dans les limites du cadre familial, on a beaucoup de chances également pour associer des tares du même or-

dre qui s'additionneront et se multiplieront dans la descendance.

Par contre, dans les cas où ces tares n'existaient pas, comme dans nombre d'observations qui nous ont été apportées, il semble bien que les unions consanguines n'ont présenté aucun inconvénient.

Ce sont donc les tares possibles que le médecin consulté doit rechercher dans tous les cas, mais il doit le faire avec encore beaucoup plus de soin lorsqu'il y a consanguinité entre les futurs conjoints et qu'ainsi elles risquent d'être plus fréquentes.

Au reste la question était trop vaste pour pouvoir être réglée en une séance, et elle sera traitée à nouveau dans les Assises du mois de mai, à propos des aptitudes familiales aux localisations morbides ; ces assises présenteront en outre le grand intérêt, avant la disparition de la Charité, d'évoquer trois siècles d'histoire médicale dans cet hôpital.

A. HERPIN.

## SOCIÉTÉS SAVANTES

### ACADEMIE DE MEDECINE

(SÉANCE DU 5 MARS 1935)

Les formes camouflées d'infarctus du myocarde. — MM. Charles LAUBRY et Jean WALSER. La plupart des infarctus du myocarde présentent une symptomatologie qui impose le diagnostic. Mais dans certains cas, la prééminence d'un symptôme secondaire ou inhabituel réalise de véritables formes camouflées. Ainsi les auteurs rapportent et résument 10 observations où, en l'absence de toute douleur an-

# CINNOZYL

SOLUTION HUILEUSE DE  
CINNAMATE DE BENZYLE  
CHOLESTÉRINE, CAMPHRE

**PRÉTUBERCULOSE,  
TRAITEMENT ADJUVANT  
DES TUBERCULOSES MÉDICALES  
ET CHIRURGICALES**

**AUGMENTE LA CHOLESTÉRINÉMIE**

De 1 à 2 ampoules  
par jour ou  
tous les 2 jours.  
Séries de 15  
à 20 injections.  
Boîte de 8 ampoules  
de 5 cc.

AMÉLIORE L'ÉTAT GÉNÉRAL, AIDE A METTRE L'ORGANISME  
EN ÉTAT DE RÉSISTANCE VIS-A-VIS DE L'INFECTION BACILLAIRE  
INJECTIONS sous-cutanées INDOLORES ou intramusculaires  
Aucune réaction

Pas de contre-indications

: : LABORATOIRES CLIN, COMAR & C<sup>ie</sup>, 20, rue des Fossés-St-Jacques, PARIS : :

gineuse, l'infarctus prit l'aspect d'une intoxication gastro-intestinale, d'une colique hépatique, d'une congestion pulmonaire, d'une insuffisance ventriculaire plus ou moins rapide, voire même d'une coqueluche.

L'erreur de diagnostic est difficile à éviter, à moins qu'un frottement péricardique n'apparaisse, ce qui est rare, ou que l'attention ne soit attirée par une baisse de tension rapide et profonde, ce qui est plus fréquent. Elle est corrigée plus ou moins tardivement par la prise d'un électrocardiogramme, qui décèle l'image caractéristique de l'infarctus, ou par la découverte quelquefois fortuite à l'écran d'un anévrysme du cœur.

**Recto-colite primitive due au virus de la maladie de Nicolas et Favre.** — MM. P. MOCQUOT, C. LEVADITI et L. REINIÉ. Ravaut, Levaditi et leurs collaborateurs ont réussi, en 1932, à isoler le virus lymphogranulomateux des végétations de la muqueuse rectale dans plusieurs cas d'anorectite végétante ou sténosante. Mocquot, Levaditi et Reinié relatent l'observation d'une femme atteinte de recto-colite primitive à évolution lente ayant réagi positivement à l'intradermo-réaction de Frei. Les auteurs ont inoculé, d'abord à des cobayes, ensuite à des singes réceptifs, la muqueuse de l'anse sigmoïde prélevée au cours de l'opération de l'anus artificiel. Les animaux ont réagi par des symptômes et des altérations histopathologiques identiques à ceux que l'on provoque lorsqu'on leur inocule le virus de la maladie de Nicolas et Favre. Il en résulte que les anorectites végétantes ou sténosantes, de même que certains cas de recto-colite primitive, sont dues à la localisation du virus lymphogranulomateux au niveau de la muqueuse intestinale.

**La piézographie directe et instantanée.** — MM. GOMEZ et LANGEVIN ont exposé à l'Académie une méthode piézoélectrique d'enregistrement et mesure, directs et instantanés, d'un grand nombre de phénomènes biologiques comportant des variations rapides d'effort ou de pression. Au moyen de projections, ils ont montré des enregistrements de certains de ces phénomènes, notamment de la pression artérielle, réalisés sur l'homme avec un dispositif, sans inertie, qu'ils ont réussi à mettre au point. L'intervention sanglante n'étant pas nécessaire pour obtenir une bonne transmission, les auteurs concluent à leur utilité aussi bien pour les recherches expérimentales que pour la clinique humaine.

**Sur les émétiques de bismuth.** — MM. VOLMAR et REVEL.

**Election.** — M. JOHANSSON (de Stockholm) et Lord Berkeley MOYNIHAN (de Leeds) sont élus associés étrangers.

#### SOCIÉTÉ DE STOMATOLOGIE

(SÉANCE DU 18 DÉCEMBRE 1934)

**Kyste épidermique traumatique de la lèvre inférieure.** — M. ROCHETTE (de Saint-Raphaël). Présentation de microphotographies montrant deux couches, épithéliale et conjonctive, avec présence de glandules du type labial.

**L'ostéotomie sous-condylienne dans le traitement chirurgical de la latérogathie mandibulaire.** — M. LANDAIS (de Nantes) présente un cas de latérogathie mandibulaire traitée avec succès par une opération nouvelle. Il montre qu'aucune des techniques connues (résection condylienne, ostéotomie de la branche montante, etc.) n'est universelle et que le choix de l'intervention doit être déterminé par une étude orthodontique et mécanique approfondie de chaque cas.

**Enostose et nodule de calcification.** — M. DECHAUME présente deux ostéomes du maxillaire inférieur, dont l'un,

masse calcaire amorphe, paraît avoir subi une nécrobiose aseptique.

**Dystrophies et malpositions dentaires d'origine traumatique.** M. DECHAUME rapporte 9 observations de traumatismes des maxillaires ayant provoqué des dystrophies, des inclusions ou des malpositions dentaires.

**Erreur de diagnostic.** — M. BÉCHER montre un calcul du canal de Wharton qui, s'étant projeté radiographiquement sur le maxillaire, avait été pris pour une racine dentaire.

**Présentation de prothèse.** — M. CHATEAU.

#### SOCIÉTÉ ANATOMO-CLINIQUE DE BORDEAUX

(SÉANCE DU 3 DÉCEMBRE 1934)

**Fistule urétéro-vaginale post-opératoire.** — MM. JEANNEY et F. LAPORTE rapportent une observation de fistule urétéro-vaginale post-opératoire qui se transforma secondairement en fistule urétéro-rectale et finit par se fermer spontanément.

(SÉANCE DU 10 DÉCEMBRE 1934)

**Ossification de l'appareil hyoïdien chez l'homme.** — MM. P. DERVILLÉE et F. MOREAU rappellent les travaux qui ont été faits, concernant les anomalies de l'appareil hyoïdien et son ossification chez l'homme. Le mémoire le plus récent sur la question est celui d'Olivier (1923). La pièce présentée, qui a été trouvée par hasard au cours d'une autopsie, figure un appareil hyoïdien du type dit fondamental, à trois osselets, type existant dans la proportion de 64 % des cas d'ossification. Les auteurs passent en revue les diverses théories qui ont été proposées pour expliquer une telle anomalie, qui, exceptionnellement, peut présenter un intérêt médico-légal.

**Perforation de l'aorte et de l'artère pulmonaire par arme à feu.** — MM. LANDE, DERVILLÉE et R. TRAISSAC ont constaté, à l'autopsie d'un sujet mort à la suite d'une intervention pour plaies pénétrantes multiples de l'abdomen (une perforation de l'estomac, 23 perforations du grêle, 2 du gros intestin), consécutives à une blessure par arme à feu chargée à plombs, un hémithorax gauche assez important coïncidant avec un hémopéricarde minime. Ce dernier résultait d'une perforation de l'aorte et de l'artère pulmonaire dans la portion intra-péricardique. La section des parois vasculaires est linéaire, perpendiculaire à l'axe du courant sanguin, et ne dépasse pas cinq millimètres. L'hémorragie est restée minime, par suite de la formation rapide d'un caillot au niveau de chacun des petits orifices artériels.

**Coxa vara congénitale.** — MM. H.-L. ROCHER et Louis POUYANNE présentent un enfant de 13 ans, atteint d'une coxa vara congénitale gauche unilatérale des plus typiques. La claudication a débuté vers l'âge de 5 ou 6 ans, et les lésions sont allées en s'accroissant progressivement, sans qu'il y ait jamais eu traumatisme notable. L'enfant n'a jamais souffert de sa hanche.

L'examen clinique et la radiographie sont caractéristiques. La claudication paraît due plus encore à l'attitude d'adduction conditionnée par la subluxation inférieure de la tête et l'ascension du trochanter, qu'au raccourcissement. Le traitement consistera en une ostéotomie sous-trochantérienne, combinée avec un abaissement du grand trochanter.



# ANGIOLYMPHE

= Principes Actifs d'Orchidées

**Tous ÉTATS DÉFICIENTS - PRÉTUBERCULEUX - TUBERCULOSE**

AUCUNE TOXICITÉ — PAS DE CONTRE INDICATIONS

Injections intra-musculaires indolores — 2 à 5 cc. par séries de 10 à 12 injections

# ARGYCUPROL

= Ag (10 %) + Cu (0,1 %)

Attaque le Gonocoque et les Associations microbiennes

**BLENNORRAGIE** aiguë (traitement abortif) ou Chronique et leurs Complications - **AFFECTIONS GYNÉCOLOGIQUES** : Métrites simples ou gonococciques, Vulvite, Vulvo-Vaginites, etc. - **OPHTALMOLOGIE - DERMATOLOGIE**

Injections urétrales, Vaginales, Grands lavages uréthro-vésicaux

**INDOLORE — NON CAUSTIQUE — NE PROVOQUE PAS DE RÉTRÉCISSEMENTS**

Echantillons et Littérature : **LABORATOIRES de l'ANGIOLYMPHE, 4 bis, rue Hébert, COURBEVOIE**

## OLÉOCHRYSINE LUMIÈRE

CHRYSOTHÉRAPIE — CALCITHÉRAPIE

Suspension huileuse d'aurothiopropanol sulfonate de calcium  
Tuberculose — Rhumatismes — Syphilis — Dermatoses

*Imprègne l'organisme lentement, régulièrement et sans interruption pendant 4 ou 5 jours  
Résultats inégalés par tout autre traitement chimique*

## ALLOCHRYSINE LUMIÈRE

AUROTHÉRAPIE

PAR VOIE INTRAMUSCULAIRE

*Traitement de la Tuberculose sous toutes ses formes*

Absorption facile et rapide — Tolérance parfaite — Aucune réaction locale, ni générale

## CRYOGÉNINE LUMIÈRE

LE MEILLEUR ANTIPYRÉTIQUE

ET ANALGÉSIQUE

*Action véritablement rapide dans la fièvre et la douleur*

Ne détermine pas de sueurs profuses, ni de tendance au collapsus, ne ferme pas le rein, ne provoque pas de vertiges — Pas de contre-indications

## CRYPTARGOL LUMIÈRE

COMPOSÉ ARGENTIQUE STABLE, ATOXIQUE

*Aussi antiseptique que le nitrate d'argent*

Non irritant, kératoplastique — Aucune intolérance digestive ou cutanéomuqueuse — Jamais d'argyrisme

## EMGÉ LUMIÈRE

MÉDICATION HYPOSULFITIQUE MAGNÉSIENNE

*Prophylaxie et traitement de tous les troubles liés à un état d'instabilité humorale*

ANTI-CHOC

Littérature et Echantillons gratuits sur demande à la

**Sté A<sup>me</sup> des Produits Chimiques Spéciaux "BREVETS LUMIÈRE"**  
45, rue Villon, LYON — Bureau à PARIS 3, Rue Paul-Dubois

**Sur un cas de maladie de Stokes-Adam. Les données de l'électro-cardiogramme.** — MM. P. BROUSTET, F.-J. TRAISSAC et R. SARIC présentent un malade de 72 ans atteint d'un pouls lent permanent à 30 pulsations par minute, s'accompagnant de troubles syncopaux. L'intérêt de l'observation réside dans l'étude de l'électrocardiogramme, qui, par les résultats fournis (d'une part indépendance complète des contractions auriculaires et ventriculaires ; d'autre part, élargissement léger de Q. R. S., aplatissement de T en D.2, inversion de R. et S. en D.3), permettait de poser un diagnostic très ferme de « maladie de Stokes-Adam, due à une myocardite chronique ».

**Fistule urinaire succédant à l'ablation large d'un cancer du rectum.** — M. JEANNENEY.

**Rupture de l'urètre à symptomatologie anormale.** — MM. P. GUÉRIN et PENAUD. Ouvrier de 59 ans qui présente une rupture de l'urètre à la suite d'une chute à califourchon. A la suite de son accident, il continua à travailler, et à émettre facilement une urine claire pendant 36 heures. A ce moment apparut une tuméfaction des bourses, qui atteignirent le volume d'une tête d'adulte : ecchymose hypogastrique avec distension de la verge. Après une minime et tardive urétrorragie s'installe la rétention d'urine. L'intervention d'urgence consista en une cystostomie, avec drainage du tissu cellulaire périnéal. Ultérieurement, on fit une urétrotomie externe.

**Fracture bimalléolaire avec fracture malléolaire interne étendue à une grande partie du rebord marginal antérieur.** — M. C. ROCHER présente un malade de 59 ans, qui, à la suite d'une chute dans une position impossible à déterminer, se fractura la jambe. La radiographie montre une fracture bimalléolaire à deux fragments, avec forte luxation postéro-interne du pied ; un fragment marginal antérieur a été arraché et tient au fragment malléolaire interne.

Première tentative de réduction infructueuse ; deuxième tentative, sous anesthésie locale ; réduction anatomique parfaite, grâce à une forte extension de dix minutes, et à une technique particulière (réduction de la luxation externe par un fort varus, ce qui permit la réduction de la luxation postérieure par la mise en talus très marquée).

(SÉANCE DU 17 DÉCEMBRE 1934)

**Double poche anévrysmale de la crosse aortique.** — MM. DUPÉRIÉ, DERVILLÉE et DUTRÉNIT rapportent l'observation d'un sujet de 48 ans, chez lequel l'examen clinique permit de porter le diagnostic d'anévrysme de la crosse aortique ; l'interprétation radiologique toutefois demeurerait délicate en raison de l'existence au niveau du pédicule de deux masses de densité différente. La malade ayant succombé à une hémoptysie foudroyante, l'autopsie révéla l'existence d'une double poche anévrysmale. Le processus ectasique s'était accompagné d'érosions osseuses sur les côtes et sur le rachis. Il existait d'autre part une communication très nette entre la bronche gauche et la partie inférieure de la crosse aortique, ce qui expliquait l'hémorragie foudroyante.

**Hémorragie protubérantielle.** — MM. DERVILLÉE et DUTRÉNIT.

**Tumeur ganglionnaire du cou. Roentgenthérapie. Evolution vers la leucémie aiguë.** — MM. WANGERMEZ, BERGOUGNAN, AURIAC.

**Un cas d'ostéosarcome.** — MM. BERGOUGNAN et AURIAC.

**Un cas de réticulo myélome à tendance plasmocytaire.** — MM. CARLES, MASSIÈRE et VERGER présentent l'observation et

les radiographies d'un malade ayant présenté un syndrome complexe (douleurs osseuses, exophtalmie unilatérale, tumeurs crâniennes multiples). Il s'agissait, comme en fit foi l'examen anatomo-pathologique de la pulpe retirée par ponction d'une des tumeurs crâniennes, d'un réticulo-myélome à tendance plasmocytaire. L'examen radiographique a montré l'existence de géodes multiples criblant les épiphyses des os longs, les os plats — principalement le crâne, perforé à l'emporte-pièce sur plusieurs points.

**Malformation de l'épaule par ossification des ligaments.** — MM. MANDILLON et BEAUVIEUX présentent les radiographies de trois cas de malformation de l'épaule survenue tardivement après un traumatisme obstétrical, et qu'ils attribuent à une ossification de certains ligaments.

**Quelques cas d'erreurs radiologiques dues à la stase d'aliments dans l'œsophage.** — M. R. GUICHARD.

## VARIÉTÉS

**Vertébrés inférieurs (poissons, batraciens, reptiles (1), par Georges BOHN.**

Comme les invertébrés, les Vertébrés inférieurs ont une température qui varie avec celle du milieu extérieur, tandis que les Vertébrés supérieurs (Oiseaux, Mammifères) peuvent la maintenir constante ; ceux-ci sont dits *homothermes*, ceux-là *hétéro* ou *poikilothermes*.

Quoi qu'on puisse en penser au premier abord, leur étude est loin d'être inutile au médecin, pour qui elle offre un indéniable intérêt.

**Intérêt morphologique.** Considérez, par exemple, la forme des Poissons. A quoi est-elle due ? A ce que (F. Housay) la forme de chaque être vivant résulte des mouvements tourbillonnaires dont il est le siège et à ce qu'il existe des relations étroites entre la translation, le tourbillon et la vibration. Un Poisson en mouvement est enveloppé de deux tourbillons d'eau, tournant l'un vers la gauche et l'autre vers la droite. L'association de ces deux dyssymétries faisant une symétrie et une stabilité, la masse entière du Poisson se modèle sous cette influence indéfiniment renouvelée et son corps présente une succession de nappes inversées, qui préside, non seulement à la forme de l'animal, mais à la succession des nageoires, alternativement situées, pour certains d'entre eux, dans un plan vertical et dans un plan horizontal.

**Intérêt histologique.** Que de notions rentrent dans ce chapitre ! Citons-en, au hasard, quelques-unes : présence, dans le derme des Poissons, de chromatophores, susceptibles de se contracter et de se dilater sous diverses influences et leur permettant de prendre approximativement la couleur des fonds sur lesquels ils se trouvent ; analogie entre les écailles et les dents ; structure de la corde dorsale et des fentes brachiales, si intéressantes au point de vue de l'anatomie comparée, et, chez l'homme, du fait qu'aux dépens de leurs reliquats se développent souvent des tumeurs spéciales, les chordomes et les branchiomes ; développement considérable, chez les Sélaciens, du cerveau et des lobes olfactifs, présidant, le premier, à la coordination des mouvements, les seconds, à ce sens de l'odorat qui guide souvent les Poissons dans leurs déplacements ; absence d'hémisphères cérébraux ; présence d'une ligne latérale, riche en cellules sensorielles, grâce auxquelles l'animal perçoit les vibrations de l'eau ; existence, chez les Poissons osseux, d'un organe creux : la vessie natatoire, rempli d'oxygène



**DERMATOSES  
PRURITS**

3 CACHETS PAR JOUR

**EUPHORYL**

CAS AIGUS : INTRAVEINEUSES

**ANAPHYLAXIES**LABORATOIRES "ANA" 18, AVENUE DAUMESNIL - PARIS - XII<sup>e</sup>

## LE TRAITEMENT NEURO-TONIQUE DES TROUBLES DYSPEPTIQUES

On sait que la plupart des troubles dyspeptiques sont purement fonctionnels, indépendants de toute lésion et liés simplement au fonctionnement défectueux du système nerveux vago-sympathique qui commande aux mouvements et aux sécrétions de l'estomac. Un traitement neuro-tonique susceptible de remettre en équilibre le système vago-sympathique donne des résultats rapides et remarquables.

Ce traitement, autrefois difficile à manier parce que les alcaloïdes pourvus d'une action sur le système vago-sympathique, l'ésérine et l'atropine, sont d'une grande toxicité, est devenu très simple et se poursuit toujours sans incident depuis la découverte des génalcaloïdes de l'ésérine et de l'atropine, aussi efficaces mais infiniment moins toxiques.

Deux grands syndromes s'opposent qui possèdent maintenant leur médicament spécifique.

**1<sup>o</sup> DYSPEPSIE ATONIQUE ET HYPOACIDE.** — Le syndrome est caractérisé par du manque d'appétit et des digestions lentes et pénibles avec sensation de pesanteur et de ballonnement gastrique, lassitude, somnolence, vague malaise angoissant, bouffées de chaleur, palpitations parfois qui s'installent aussitôt la fin du repas.

L'examen clinique révèle un estomac légèrement ptosé qui clapote assez bas, des battements aortiques perceptibles à la palpation du creux épigastrique et la pression à ce niveau sur le plexus solaire est douloureuse. L'examen clinique montre de l'hypochlorhydrie.

Il s'agit d'insuffisance motrice et sécrétoire de l'estomac, manifestation d'hyperexcitabilité du sympathique gastrique.

**LA GENSÉSÉRINE**, sédatif de l'hyperexcitabilité sympathique, réduit très rapidement l'ensemble des éléments de ce syndrome à la dose de 1 milligramme à 1 milligramme et demi, à chacun des trois repas, soit XX à XXX gouttes de la solution à 1,5 p. 1.000 ou deux à trois granules trois fois par jour.

**2<sup>o</sup> DYSPEPSIE HYPERSTHÉNIQUE ET HYPERCHLORHYDRIQUE.** — En revanche, d'autres sujets se plaignent de douleurs tardives qui surviennent une à trois heures après les repas et que calme momentanément l'ingestion des aliments. La douleur a les caractères des brûlures ou donne l'impression d'une crampe profonde. Elle est parfois transfixiante, irradiant dans le dos. Elle détermine des nausées, des renvois acides, parfois des vomissements. Ce syndrome trahit de l'hyperchlorhydrie et du spasme gastrique.

**LA GÉNATROPINE**, par son action paralysante sur le pneumogastrique, inhibe la sécrétion chlorhydrique et calme le spasme. Elle se prescrit à distance des repas, soit vers 10 heures du matin, 3 ou 4 heures de l'après-midi et 9 heures du soir, en principe au moment habituel des douleurs, à la dose moyenne de 1 milligramme, soit XX gouttes de la solution à 1,5 p. 1.000 ou deux granules deux ou trois fois par jour. Diminuer légèrement la dose si le médicament donne de la sécheresse accusée de la bouche.

La Génatropine est indiquée non seulement dans l'hyperchlorhydrie purement dyspeptique, mais encore lorsqu'elle est entretenue par un ulcère de l'estomac. Elle donne dans ce cas des résultats fonctionnels tout aussi nets et favorise la cicatrisation de l'ulcère mieux que n'importe quel autre traitement parce qu'elle le met à l'abri de l'action nocive des sécrétions acides de l'estomac.

**3<sup>o</sup> SYNDROMES COMPLEXES.** — Gènesérine et Génatropine peuvent s'associer d'ailleurs lorsque se mêlent sur le même sujet certains des éléments de ces deux syndromes, ce qui n'est pas rare, lorsque s'associent par exemple des douleurs tardives au syndrome de la dyspepsie atonique, l'expérience montre que loin de s'annuler leurs bons effets s'ajoutent.

Il en est de même lorsque l'insuffisance gastrique des atoniques s'accompagne de troubles intestinaux tels que coliques, constipation d'origine spasmodique, signes d'entéro-colite, troubles contre lesquels de petites doses de Génatropine sont d'une efficacité remarquable.

**GÉNALCALOÏDES — ÉCHANTILLONS SUR DEMANDE**  
POLONOVSKI ET NITZBERG

**LABORATOIRE DES PRODUITS "AMIDO"**

A. BEAUGONIN, Pharmacien, 4, Place des Vosges. — PARIS (4<sup>e</sup>)



presque pur, sécrété lui-même par un réseau vasculaire spécial, etc., etc...

**Intérêt embryogénique.** Des groupes entiers de Poissons, bien représentés au Primaire et au Secondaire, ont disparu dans la suite, ne laissant que des formes « reliques », dont les principales sont la Chimère, dont les anciens avaient déjà remarqué l'étrange physionomie ; les Esturgeons, dont les œufs sont plus connus sous le nom de *caviar* ; les Dipneustes, qui peuvent respirer soit par des branchies, soit par une sorte de poulmons, qui peuvent, par conséquent, vivre d'une vie terrestre, et qui offrent un curieux mélange de caractères « primitifs » et de caractères « évolués ».

Mêmes données d'enseignement si l'on étudie les formes adultes des Batraciens et la série des formes larvaires par lesquelles passe la Grenouille avant d'arriver au stade adulte. Entre celle-ci et celles-là existe un parallélisme étroit, qu'exprime la loi de patrogenie, dite encore loi de Fritz Müller ou loi de Haeckel, qu'on a justement critiquée. Pour les cas qu'elle n'explique pas, les spécialistes ont proposé la théorie de l'accélération embryogénique, d'après laquelle certains stades sont sautés, effaçant ainsi nombre de souvenirs, les espèces à développement accéléré ayant plus de chances de survivre ; mais cette théorie, si ingénieuse qu'elle soit, prête elle-même le flanc à de nombreuses objections. Au demeurant, qu'importent les imperfections d'une théorie ? La loi de patrogenie a montré aux zoologistes et aux anatomistes l'importance des études embryogéniques ; elle a permis de rectifier certaines classifications défectueuses ; elle a permis de mieux comprendre l'anatomie humaine.

**Intérêt biologique.** Rien de plus passionnant que la reproduction et les migrations des Poissons, que des espèces marines remontent les fleuves pour pondre en rivière, tels le Saumon, l'Alose, l'Esturgeon, la Lamproie, ou que des espèces d'eau douce descendent à la mer pour se reproduire, telle l'Anguille, dont les pérégrinations ont si bien été étudiées par le célèbre zoologiste danois J. Schmidt. Rien de plus mystérieux que leur vie grégaire, qu'expliquent, mieux que l'instinct, la vue et la contagion du mouvement d'une part, le contact et la tolérance du contact de l'autre. Rien de plus singulier que la production d'électricité par les Gymnotes, dont certains organes, de structure musculaire, fonctionnent comme une batterie et peuvent produire des différences de potentiel allant jusqu'à 800 volts. Rien de plus étrange que les modifications des Poissons abyssaux, qu'elles portent sur leur forme, sur leur pigmentation, aboutissant à la bio-luminescence ou sur la fixation à demeure de mâles nains sur les femelles (Regan). Rien de plus difficile à interpréter que ces formes ancestrales et dégénérées des Poissons, parmi lesquelles l'Amphioxus, cher aux zoologistes depuis les mémorables études de Kowalewski. A l'Amphioxus se rattachent les Tuniciers, dont les œufs offrent deux particularités caractéristiques : 1° ils ont une enveloppe folliculaire dont la couche interne est constituée par des cellules spéciales, les Kalymnocytes, qui prolifèrent avec activité, pénètrent entre les blastomères, les emprisonnant jusqu'au moment où ceux-ci reprennent le dessus et où « tout l'édifice qu'avaient construit les Kalymnocytes usurpateurs se trouve restitué aux légitimes propriétaires » (Dawydoff) ; 2° ils présentent des localisations germinales très nettes (œufs mosaïques, Chabry).

Passons aux Batraciens. Leur particularité la plus caractéristique est celle des métamorphoses, permettant le passage de la vie aquatique à la vie terrestre, et dépendant des glandes endocrines, thyroïde en particulier. On les divise en Urodèles et Anoures. Aux premiers appartiennent les Protées, sur lesquels ont été pratiquées tant de recherches de zoologie expérimentale et dont on se demande s'ils représentent des formes ancestrales ou dégénérées. Plus cu-

rieux encore, les Axolotes, formes malades, « hypothyroïdiennes », à corps thyroïde atrophié, d'une forme adulte, et qui, sous l'influence des protéines iodées ou de l'opothérapie thyroïdienne, se métamorphosent en Amblyostomes. Il existe d'ailleurs, entre les actions de la thyroïde et de l'hypophyse, une sorte d'équilibre, bien étudié expérimentalement par Schwarzbach et Uhlenluth (1926-1929). Des expériences analogues peuvent être effectuées sur les têtards de Grenouilles, avec cette particularité que, des deux 3-5 di-iodothyrosine, seule, la gauche est active. La métamorphose est donc dominée par des substances chimiquement définies qui, par excès ou par défaut, peuvent entraîner des ruptures d'harmonie dans le développement et qui agissent à doses infinitésimales.

Que de profits les diverses sciences n'ont-elle pas tirés de l'étude des Vertébrés inférieurs en général ! Il en est ainsi de la *physiologie*, la Grenouille se prêtant bien à l'étude des réflexes nerveux et de la contraction musculaire ; certains Reptiles, comme les Serpents, sécrétant un venin dont l'élément actif serait un métal, le zinc (Delezenne), et qui porte ses effets à la fois sur le sang, dont il détermine la coagulation massive, et sur le système nerveux, qu'il inhibe ; de la *physique*, comme le prouve l'expérience de Galvani (1790), conduisant à la découverte de l'électricité ; de l'*embryologie expérimentale* : c'est sur les œufs de Batraciens qu'ont été faites les premières expériences de *mécanique embryonnaire*, et c'est dans ces mêmes œufs qu'on a mis en évidence, pour la première fois, les *organiseurs* ; de la *pharmacologie* : l'action de nombreux médicaments a été essayée d'abord sur la Grenouille ; de la *génétique*, dans ses rapports avec la sexualité : hermaphrodisme, inversion sexuelle, production, chez le pouce du Mâle, d'une callosité en relation avec l'activité testiculaire ; de l'*anatomie comparée*, les Batraciens établissant le passage entre les Poissons et les Vertébrés exclusivement aériens, les Reptiles ayant évolué à tel point, qu'on peut parler, à leur sujet, de grandeur et de décadence.

Tels sont quelques-uns des problèmes qu'aborde M. le professeur Bohn dans son dernier ouvrage, dont la lecture est aussi profitable que l'était celle des précédents. N'y retrouve-t-on pas les qualités propres au savant zoologiste de la Sorbonne : une érudition incomparable, le talent de projeter de la lumière sur les sujets les plus obscurs, « le large et libre essor », la hauteur de vues, l'ampleur toute philosophique des conceptions, la sérénité scientifique des discussions ?

L. BABONNEIX.

## ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

**Mardi 12 mars.** — Jury : MM. Brindeau, président ; Lainel-Lavastine, Lenormant, Nobécourt. — M. VALENSI. Etude du traitement de l'avortement. — M. TRARIEUX. Traitement des affections nerveuses en général. — M. ROUSSET. Le radiodiagnostic d'urgence de l'occlusion intestinale aiguë. — M. GANDOUET. Résultats du traitement de la maladie de Bouillaud par le salicylate de soude chez l'enfant.

Jury : MM. Guillaud, président ; Gougerot, Lemierre, Valéry-Radot. — M. DELAY. Les astéréognésies.

**Mercredi 13 mars.** — Jury : MM. Gosset, président ; Locper, Proust, Cadenat. — M. HOCHART. Du sevrage rapide des toxicomanes. — M. LOISEL. Les astrocytomes du cerveau chez l'enfant. — M. LOUTFALLAH. Y a-t-il une heure chirurgicale de l'appendicite aiguë ?

• Le Directeur-gérant : D<sup>r</sup> François LE SOURD.



# PHYTO-SPLÉNOL

Reconstituant - Tonique  
Hémopoïétique - Anti-Toxique

Granulés  
ou Dragées

J. PLÉ DOCTEUR EN PHARMACIE - 111<sup>BIS</sup> rue de Turenne PARIS 3<sup>e</sup>

TOUTES les Affections du **FOIE** et du **REIN** :

1 à 2 capsules à chacun des deux principaux repas de :

## CAPARLEM

HUILE DE HAARLEM (au Juniperus Oxycedrus)

QUALITÉ INCOMPARABLE ET ACTIVITÉ INSOUÇONNÉE

Laboratoire Lorrain de Produits Synthétiques purs — **ETAIN** (Meuse)

## L'ASCOLEINE RIVIER

renferme la **Vitamine A** et est à base du lipoïde phosphoré de la cellule hépatique  
(Seul principe actif de l'huile de foie de morue)

Infiniment plus active que l'huile de foie de morue qu'elle remplace dans tous les cas d'anémie, de lymphatisme, d'adénites, de tumeurs blanches, de pré tuberculose, **avitaminoses**, etc.

**Avantages** : Petit volume, concentration ; Injections indolores possibles ; Prescription par les plus fortes chaleurs.

**4 formes** : Solution huileuse, comprimés, granulés (véritable friandise pour les bébés et les enfants), ampoules injectables.

**H. RIVIER**, Ph<sup>ien</sup>, Succ<sup>r</sup> de LANCELOT & C<sup>ie</sup>, 26 et 28, Rue Saint-Claude -:- PARIS

## OLÉTHYLE-BENZYLE

DÉSINFECTION — CHLORAMINE  
INTESTINALE — FREYSSINGE

1 à 3 pilules à chaque repas. - 6, Rue Abel, PARIS - Aucune contrindication



## Culture pure de Ferments lactiques bulgares sur milieu végétal

**GASTRO-ENTÉRITES** *des Nourrissons et de l'Adulte.*

**DIARRHÉES, CONSTIPATIONS**

**INFECTIONS HÉPATIQUES** *(d'origine intestinale)*

**DERMATOSES, FURONCULOSES**

*Prophylaxie de la FIEVRE TYPHOÏDE et du CHOLÉRA*

**RHINITES, OZENES**

**GRIPPES, ANGINES**

**PANSEMENTS DES PLAIES**

**GINGIVO-STOMATITES, PYORRHÉES**



# BULGARINE THÉPÉNIER

**Lucer DEUX COMPRIMÉS de Bulgarine ou boire un verre à moitié de BOUILLON de Bulgarine une demi-heure avant le repas.**

*Saupoudrer ou insuffler la Poudre de Bulgarine 3 à 4 fois par jour.*

## Phosphates et diastases des Céréales germées

**ENTÉRITES et DYSPEPSIES** *salivaires et pancréatiques*

**PALPITATIONS** *d'origine digestive*

**MATERNISATION** *physiologique du LAIT*

*Préparation des BOUILLIES MALTÉES*

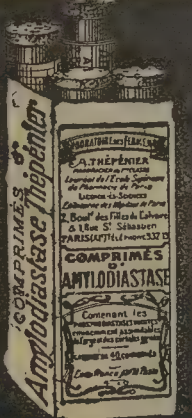
**DIGESTIF PUISSANT** *de tous les FÉCULENTS*

**SURALIMENTATION**

**REPHOSPHATISATION**

**TUBERCULOSES, RACHITISMES**

**NEURASTHÉNIES, CONVALESCENCES**



# Amylodiastase THÉPÉNIER

**Croquer DEUX COMPRIMÉS d'Amylodiastase ou prendre deux cuillerées à café de Sirop Amylodiastase après les repas.**

*Préparation des bouillies : Délayer une cuillerée à café de Sirop Amylodiastase dans la bouillie très chaude mais non bouillante.*

**Préparés par le « Laboratoire des Ferments » du Docteur THÉPÉNIER, 10 et 12, rue Clapeyron, PARIS**

R. G., 150.854, Seine.



*La Lancette Française***GAZETTE DES HOPITAUX**

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6<sup>e</sup>. Tél. : Danton 48-31.PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 146, boulevard Raspail, PARIS (6<sup>e</sup>) - Téléph. : LITRAÉ 54-93.

## PRIX DE L'ABONNEMENT

## FRANCE

3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.  
Etudiants : 25 francs par an.

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

## ETRANGER

Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.  
Tous les autres pays : 75 francs.

## SOMMAIRE

## CLINIQUE MÉDICALE DES ENFANTS

Les pyélonéphrites des petits enfants : I. Étiologie et pathogénie,  
par M. le professeur P. NOBÉCOURT.

## CHRONIQUE

Les drapeaux de l'Ecole du Service de santé militaire à Lyon et de  
l'Ecole du Service de santé de la marine à Bordeaux reçoivent  
la croix de la Légion d'honneur, par F. L. S.

## HÔPITAUX DE PARIS

Liste alphabétique des candidats reçus au concours de l'externat.

## NOTES DE PRATIQUE

## NOTES POUR L'INTERNAT

Diagnostic des ictères chroniques par rétention (suite).

## INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'EXTERNAT. — Liste  
alphabétique des candidats reçus au concours. (V. p. 356.)— ASSISTANTS DES HÔPITAUX. — Les docteurs en médecine  
dont les noms suivent sont nommés ou prorogés pour une  
nouvelle année dans leurs fonctions d'assistant des chefs de  
service de médecine, de chirurgie ou d'accouchement dé-  
nommés ci-dessous :HÔTEL-DIEU. — Médecine. — MM. Azerad, assistant de  
M. Baudouin; Besançon, assistant de M. Lévy Valensi;  
Lenormand, assistant de M. Halbron; Azoulay, assistant de  
M. Henri Bénard.Chirurgie. — MM. Bloch et Sénèque, assistants de M. le  
professeur Cunéo.

Accouchement. — M. Digonnet, assistant de M. Chirié.

PITIÉ. — Médecine. — MM. Lévy, assistant de M. Auber-  
tin; Bonnard, assistant de M. Laignel-Lavastine; Puech,  
assistant de M. Vincent; de Brun du Bois-Noir, assistant de  
M. Harvier.Chirurgie. — MM. Banzet, assistant de M. Baumgartner;  
Oberlin, assistant de M. Chevrier.SAINT-ANTOINE. — Médecine. — MM. Chêne, assistant de  
M. Ramond; Oumansky, assistant de M. P. Weil; Maximin,  
assistant de M. Chabrol; Plichet, assistant de M. Pagniez;  
Cahen, assistant de M. Faure-Beaulieu; Cattan, assistant de  
M. Cain.Chirurgie. — MM. Michon, assistant de M. le professeur  
Grégoire; Reinhold, assistant de M. Bréchet.Accouchement. — M. Sureau, assistant de M. Lévy-Solal.  
NECKER. — Médecine. — MM. Kaplan, assistant de M.  
Binet; Bith, assistant de M. Villaret; Olivier, assistant de  
M. Fiessinger.

Chirurgie. — M. Fey, assistant de M. le professeur Marion.

COCHIN. — Chirurgie. — MM. Wilmoth et Ménégaux,  
assistants de M. le professeur Lenormand; Bayle, assistant  
de M. Chevassu.BEAUJON. — Médecine. — MM. Bariéty, assistant de M.  
Troisier; Lelourdy, assistant de M. Stévenin.Chirurgie. — MM. Ameline, assistant de M. Basset; Huard,  
assistant de M. Okinczyk.LARIBOISIÈRE. — Médecine. — MM. Chabrun, assistant de  
M. Garnier; Hirschberg, assistant de M. Rivet; Roberti,  
assistant de M. Herscher.

Accouchement. — M. Ravina, assistant de M. Devraigne.

TENON. — Médecine. — MM. Hillemand, assistant de M.  
Brûlé; Blondel, assistant de M. Lian; Thévenard, assistant  
de M. Léchelle; Ollivier, assistant de M. May; Servel, assis-  
tant de M. Laroche; Soulié, assistant de M. Marchal; Isch-  
Wall, assistant de M. P.-E. Weil.Chirurgie. — MM. de Gaudart d'Allaines, assistant de  
M. Roux Berger; Moulonguet, assistant de M. Gernez.LAENNEC. — Médecine. — MM. Vialard, assistant de M. L.  
Ramond; Poumailloux, assistant de M. René Bénard; Be-  
noist, assistant de M. Gautier.Chirurgie. — MM. Maurer et Welti, assistants de M. Lar-  
dennois.BICHAT. — Médecine. — MM. Albot, assistant de M. Chi-  
ray; Mauric, assistant de M. Vallery-Radot; Rouquès, assis-  
tant de M. Boidin; Deron, assistant de M. Faroy.Chirurgie. — MM. Monod, assistant de M. Mocquot; Huet,  
assistant de M. Mondor; Gueullette, assistant de M. Capette.Laboratoire Mialhe - 8 Rue Favart - Paris - 2<sup>e</sup>

La feuille de digitale se prescrit:

**Digi-LANATINE**Extrait total des glycosides  
du *Digitatis Lanata*

BROUSSAIS. — *Médecine*. — MM. Walser, assistant de M. Laubry; Lichtwitz, assistant de M. Abrami.

*Chirurgie*. — M. Seillé, assistant de M. Robert Monod.

BOUCICAUT. — *Médecine*. — M. Morlaas, assistant de M. Trémolières.

*Chirurgie*. — M. Soupault, assistant de M. Labey.

*Accouchement*. — M. Suzor, assistant de M. Ecalie.

VAUGIRARD. — *Chirurgie*. — M. Gatellier, assistant de M. le professeur P. Duval.

AMBROISE-PARÉ. — *Médecine*. — MM. Chabanier, assistant de M. Monier-Vinard; Florand, assistant de M. Huber.

*Chirurgie*. — M. Thalheimer, assistant de M. Desmarest.

SAINT-LOUIS. — *Médecine*. — M. Pollet, assistant de M. Duvoir; M<sup>lle</sup> Lévy, assistante de M. Babonneix.

*Chirurgie*. — M. Garnier, assistant de M. Boppe.

ENFANTS-MALADES. — *Médecine*. — MM. Bize, assistant de M. Tixier; Lestoquoy, assistant de M. Armand-Delille; M<sup>lle</sup> Vogt, assistante de M. Weill-Hallé; M<sup>lle</sup> Landowski, assistante de M. Darré.

*Chirurgie*. — M. Fèvre, assistant de M. le professeur Ombrédanne.

BRETONNEAU. — *Médecine*. — MM. Prieur, assistant de M. Guillemot; Isaac-Georges, assistant de M. Grenet.

*Chirurgie*. — M. Godard, assistant de M. Leveuf.

*Accouchement*. — M. Séguy, assistant de M. Guéniot.

TROUSSEAU. — *Médecine*. — M. Launay, assistant de M. Lesné; M<sup>lle</sup> Boegner, assistante de M. Paisseau.

*Chirurgie*. — M. Guichard, assistant de M. Sorrel.

HÉROLD. — *Médecine*. — M. Marie, assistant de M. Debré; M<sup>me</sup> Zagdoun, assistante de M. Milhit.

ENFANTS-ASSISTÉS. — *Médecine*. — M. Lelong, assistant de M. le professeur Lereboullet.

*Chirurgie*. — M. Buquet, assistant de M. Martin.

*Accouchement*. — Néant.

BICÊTRE. — *Médecine*. — M. Thurel, assistant de M. Alajouanine.

SALPÊTRIÈRE. — *Médecine*. — M. Christophe, assistant de M. Crouzon; M<sup>lle</sup> Dreyfus-Sée, assistante de M. Jacob.

*Chirurgie*. — M. Charrier, assistant de M. le professeur Gosset.

IVRY. — Néant.

MÉNAGES. — *Chirurgie*. — M. Meillère, assistant de M. Desplas.

LA QUESTION DES MÉDECINS ÉTRANGERS. — La semaine dernière, une délégation d'étudiants en médecine de Paris s'est rendue à la Chambre pour y voir le docteur Nast, député, rapporteur de la proposition de loi Cousin.

Cette délégation était composée des représentants de l'Association corporative des étudiants en médecine de Paris, MM. Mordagne et Brunhes; des délégués de l'Association Amicale, MM. Bergeron et Gleyzes; de M. Vivien, au nom de l'Association des externes; de M. Regaud, président de l'Association des internes, et de M. Georges Laffitte, président de l'Union nationale des étudiants.

Les étudiants ont entretenu le docteur Nast d'un texte réglementant l'exercice de la médecine par les étrangers en France et aux colonies — texte dont les grandes lignes avaient été arrêtées au cours d'une réunion importante tenue la veille entre les délégués des associations précitées et l'Union nationale.

Le docteur Nast a présenté son rapport devant la Commission d'hygiène de la Chambre.

LES MÉDECINS ÉTRANGERS A PARIS. — Sur les 37 docteurs en médecine ayant fait enregistrer leur diplôme à la Préfecture de police pendant le mois de février, 23 sont

d'origine étrangère : 1 Brésilien, 1 Lithuanien naturalisé français, 3 Polonais dont 2 naturalisés français, 15 Roumains dont 1 naturalisé français, 2 Russes naturalisés français, 1 Turc naturalisé français. (*La Vie médicale*.)

Rappelons que pendant le mois de janvier sur 49 diplômes enregistrés, il y avait seulement 19 étrangers.

## CHRONIQUE

### LES DRAPEAUX DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE A LYON ET DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE A BORDEAUX REÇOIVENT LA CROIX DE LA LÉGION D'HONNEUR.

— Sur 1910 élèves ou anciens élèves de l'Ecole de Lyon, 124 sont tombés au champ d'honneur pendant la dernière guerre; 569 ont reçu la croix de chevalier de la Légion d'honneur; 84 la croix d'officier; 72 la médaille militaire. Tel est le résumé émouvant des titres de la grande Ecole de Lyon. Le général Maurin, ministre de la Guerre, en les exposant dimanche, a rendu un magnifique hommage au corps de santé militaire toujours sur la brèche, toujours prêt à se sacrifier comme en témoignent les morts récentes de Dumas et de Noguès.

Puis le ministre a remis solennellement la croix de la Légion d'honneur au drapeau que lui présentait son directeur, le médecin général Morvan.

Un défilé auquel a pris part la garnison de Lyon a eu lieu ensuite sur la place Bellecour.

— Le même jour, M. Piétri, ministre de la Marine, a remis la croix de la Légion d'honneur au drapeau de l'Ecole de Bordeaux présenté par son directeur, le médecin général Cazamian.

En saluant les 150 élèves et anciens élèves tombés au champ d'honneur, M. Piétri a rappelé les souvenirs glorieux du corps de santé de la marine, qui sur terre et sur mer ne cesse de donner de magnifiques exemples de bravoure et de dévouement.

F. L. S.

## NOTES DE PRATIQUE

### INSUFFISANCE AORTIQUE

En s'appuyant sur les observations de plusieurs cas de cardiopathies diverses intéressant l'orifice aortique avec troubles plus ou moins importants de la compensation, Pasternatzky a cru pouvoir conclure que le chlorure de calcium — envisagé comme diurétique cardiaque — ne justifiait pas les espérances suggérées par les cliniciens anglais.

Il citait même deux cas où des aggravations sérieuses s'étaient traduites par des œdèmes, de l'albuminurie, de la dyspnée au cours du traitement par le chlorure de calcium. Il avait eu recours à l'adonis vernalis pour ramener une amélioration.

Dans un cas de rétrécissement pulmonaire avec insuffisance aortique, le même résultat heureux fut obtenu en prescrivant le Diurène ou extrait total d'adonis vernalis.

Fds de PHARMACIE 5 R. Meyerbeer. M. à px: 80 000 fr. (p. et b.) Cons.: 20.000 fr. esp. adj. Et. VIDECOQ. not. 16: R. de Liège, le 22 mars 1935, à 15 heures pr. S'y ad. et à M. OMNES synd 48, R. Monsieur le Prince

Insomnies  
Toux nerveuse.

**BROMÉINE** MONTAGU

**QUATAPLASME** du D<sup>r</sup> LANGLEBERT  
PANSEMENT COMPLET  
Phlegmas, eczémas, brûlures, etc



LABORATOIRE NATIVELLE

27, RUE DE LA PROCESSION — PARIS (XV<sup>e</sup>)**OUABAÏNE ARNAUD****CARDIOTONIQUE  
ÉNERGIQUE**

**Seul produit** ayant servi aux essais cliniques et aux observations des Professeurs et Docteurs VAQUEZ et LUTEMBACHER, CLERC, RIBIERRE, LIAN, JOSUÉ, LAUBRY et PEZZI, BONNAMOUR, D'OELSNITZ et CARCOPINO, PAGLIANO, MINET, DIMITRACOFF, etc...

**Seul produit** dont les constantes physico-chimiques, les essais physiologiques et les toxicités ont été publiés, donnant ainsi au Corps Médical toute garantie d'action et de sécurité.

**INDICATIONS**

Insuffisance du cœur gauche  
Insuffisance ventriculaire droite  
Arythmies et Tachycardies

**DIURÉTIQUE  
PUISSANT****FORMES**

COMPRIMÉS .. .. A Un milligramme.  
SOLUTION .. .. A Quatre pour Mille.  
AMPOULES .. .. Au 1/4 de milligramme  
pour injections intraveineuses.  
AMPOULES .. .. Au 1/2 milligramme  
pour injections intramusculaires.

**DOSAGE  
RIGOUREUX****MOINS TOXIQUE  
QUE LES  
STROPHANTINES****ACTION  
CONSTANTE  
ET SÛRE**

# MALADIE VEINEUSE ET SES COMPLICATIONS

## VEINOTROPE

VEINOTROPE M. COMPRIMÉS (masculin)	
POUDRE DE PARATHYROÏDE.....	0.001
POUDRE ORCHITIQUE.....	0.035
POUDRE DE SURRÉNALES.....	0.005
POUDRE D'HYPOPHYSE (lob. post.).....	0.001
POUDRE DE PANCRÉAS.....	0.10
POUDRE DE NOIX VOMIQUE.....	0.005
EXTRAIT DE MARRON D'INDE.....	0.005
EXTRAIT D'HAMAMELIS VIRGINICA.....	0.01
POUR 1 COMPRIMÉ ROUGE	

VEINOTROPE F. COMPRIMÉS (féminin)	
POUDRE DE PARATHYROÏDE.....	0.001
POUDRE D'OVAIRES.....	0.035
POUDRE DE SURRÉNALES.....	0.005
POUDRE D'HYPOPHYSE (lob. post.).....	0.001
POUDRE DE PANCRÉAS.....	0.10
POUDRE DE NOIX VOMIQUE.....	0.005
EXTRAIT DE MARRON D'INDE.....	0.005
EXTRAITS D'HAMAMELIS VIRGINICA.....	0.01
POUR 1 COMPRIMÉ VIOLET	

FORMULES

COMPRIMÉS : 2 AU LEVER ET 2 AU COUCHER,  
OU SUIVANT PRESCRIPTION MÉDICALE.  
3 SEMAINES PAR MOIS.

VEINOTROPE POUDRE	
EXTRAIT EMBRYONNAIRE.....	1 gr.
PROTÉOSES HYPOTENSIVES DU PANCRÉAS.....	3 gr.
CALOMEL.....	4 gr.
TALC STÉRILE. Q. S. pour.....	100 gr.

LABORATOIRES LOBICA  
46, AVENUE DES TERNES — PARIS

POUDRE. TRAITEMENT DES ULCÈRES SIMPLES  
ET VARIQUEUX, DES PLAIES EN GÉNÉRAL

## LABORATOIRES CARTERET

LIQUIDE  
et  
COMPRIMÉS

ANTISEPTIQUE GÉNÉRAL

*Sans odeur et non toxique*

# LUSOFORME

*Formol saponiné*

DÉSINFECTANT -- DÉSODORISANT

S'EMPLOIE EN SOLUTION AQUEUSE à 1/4 ou 1/2 p. 100 en GYNÉCOLOGIE, OBSTÉTRIQUE, CHIRURGIE

Échantillon et Littérature : 15, rue d'Argenteuil, PARIS



CLINIQUE MÉDICALE DES ENFANTS  
(HÔPITAL DES ENFANTS-MALADES.)

## LES PYÉLONÉPHRITES DES PETITS ENFANTS

### I. ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE<sup>1</sup>

Par le professeur P. NOBÉCOURT.

Voici la petite Micheline que vous avez déjà vue, à plusieurs reprises, à la salle Husson.

Elle est née à terme de parents bien portants, le 11 mai 1934, avec un poids de 4 kilos.

Elle est allaitée par sa mère, mais est mal réglée ; cependant ses selles sont à peu près normales ; elle a de temps en temps un vomissement.

Jusqu'au 15 novembre on ne note rien de particulier dans son histoire. A cette date débute un état fébrile : la température monte à 38°-39° ; l'enfant tousse un peu.

Le 19 novembre, Micheline entre à la salle Husson, avec sa mère qui l'allait. Elle est au quatrième jour de sa maladie.

Elle est âgée de 6 mois. Elle mesure 67 cm. ; la taille moyenne pour son âge étant de 64 cm., elle présente un excès statural de 3 cm., soit de 4,6 % ; elle a la taille de 9 mois. Elle pèse 8 kg. 030 ; son poids est à peu près conforme à celui des enfants de sa taille (8 kg. 350). Elle a bonne apparence.

Le soir du 19 novembre la température est de 37° ; le lendemain matin, elle est de 38°5.

On voit un pharynx rouge, avec du muco-pus sur la paroi postérieure. A l'auscultation des poumons, on entend des râles sibilants disséminés. Les selles sont normales.

La cutiréaction à la tuberculine est négative ; elle le restera dans la suite. Le Bordet-Wassermann et le Hecht sont négatifs.

Le 21 novembre, la température est, le matin, de 39°3, le soir, de 39°7.

Dès lors, la fièvre est le symptôme dominant : pendant seize jours, elle reste autour de 40°, en plateau irrégulier.

Pendant ce temps, on ne trouve aucun symptôme précis.

Les selles, normales au début, deviennent plus ou moins liquides, glaireuses, panachées de jaune et de vert ; il y en a une ou deux par jour.

L'enfant a quelques vomissements.

L'examen du pharynx et des oreilles par le Dr Vassal est négatif. L'examen clinique du thorax, une radiographie, faite le 22 novembre, ne révèlent rien.

L'état général s'affecte de plus en plus ; l'enfant est grognon, pâle, tête mal ; le lait de la mère diminue.

Le 27 novembre, douzième jour de la fièvre, la température est de 40°5-39°7, le poids est le même qu'à l'entrée (8 kg. 020).

On recueille les urines. Elles sont troubles ; on y trouve de très nombreux leucocytes, qui sont des polynucléaires altérés, de très nombreux bacilles Gram

négatif, quelque cocci Gram positif ; la culture donne des colibacilles.

On porte le diagnostic de pyélo-néphrite.

Les jours suivants, la température reste en plateau autour de 39°8, l'état s'aggrave.

On poursuit diverses recherches.

Le 28 novembre, un ensemencement du pharynx donne des bacilles de Friedlander.

Le 1<sup>er</sup> décembre, on constate un peu de raideur, sans vraie contracture. La ponction lombaire ramène un liquide clair, d'aspect normal, contenant 0 gr. 18 d'albumine par litre et 0,8 leucocytes au mm. cube.

Le 3 décembre, une hémoculture donne du staphylocoque, provenant probablement d'une souillure.

Le 7 décembre, vingt-deuxième jour de la maladie, se produit une défervescence. La température descend à 38°5 et 37°8.

L'état général est toujours très affecté ; l'enfant est très pâle, somnolent. Son poids a beaucoup diminué ; le 26 novembre, il était de 8 kg. 020, le 8 décembre, il est de 6 kg. 840 ; la perte est, en douze jours, de 1 kg. 180.

L'enfant a, chaque jour, deux selles panachées, glaireuses.

Les urines sont toujours purulentes ; elles contiennent des polynucléaires et des colibacilles en grand nombre.

Le 6 décembre, on dose dans le sérum sanguin 0 gr. 78 d'urée par litre.

Ce même jour, l'enfant a un vomissement noirâtre, où on constate la présence du sang.

A partir du 8 décembre, la fièvre est irrégulière et diminue peu à peu.

L'état est toujours sérieux, mais ne s'aggrave pas. Le poids reste stationnaire. De temps en temps, l'enfant vomit ; les selles deviennent à peu près normales. Les urines sont toujours purulentes et riches en colibacilles ; elles ne contiennent pas d'albumine. L'azotémie diminue ; le 13 décembre, l'urée du sérum sanguin est de 0 gr. 45 par litre.

A partir du 28 décembre, quarantième jour de la fièvre, la température reste à 37°-37°5, sauf quelques poussées passagères à 38°5 ou 39°.

Le poids remonte un peu et se maintient aux environs de 7 kg. Les vomissements deviennent rares, les selles sont normales. L'enfant reprend de la vivacité ; son œil est éveillé. Cependant, les urines sont toujours purulentes ; le 2 janvier on y trouve encore, en grand nombre, des polynucléaires altérés et des colibacilles, en outre des bacilles pseudo-diphtériques.

Actuellement, au cinquante-huitième jour de la fièvre, l'état général continue de s'améliorer ; cependant le poids n'augmente pas, il était de 6 kg. 720 hier, 11 janvier. L'enfant est éveillé, a le regard vif, s'intéresse à ce qui l'entoure. Mais les urines sont toujours purulentes et contiennent beaucoup de colibacilles.

Le traitement a été le suivant.

Micheline est d'abord allaitée par sa mère, mais, la quantité de lait ayant diminué, on est obligé d'instituer l'allaitement mixte, l'enfant reçoit 2 tétées complétées par des biberons et 5 bouillies maltées, d'abord à l'eau puis au lait. Le 9 décembre la mère n'a

(1) Leçon du 12 janvier 1935.

plus de lait ; alors on donne du babeurre, de l'eau de riz, du lait condensé, en commençant par de petites doses qu'on augmente graduellement.

Comme médicaments, nous avons donné successivement : 0 gr. 05 d'urotropine, 0 gr. 05 de bleu de méthylène, 1 gr. de chlorure d'ammonium et fait des injections d'électrargol. Depuis le 6 janvier, on a commencé le traitement par le Bacté-coliphage, en ingestion. Ces traitements ne nous ont pas paru efficaces.

Voici la seconde malade, Régine.

Elle est née le 3 juin 1933, de parents bien portants, avec un poids de 3 kg. 500. Elle est élevée à l'allaitement mixte jusqu'à 6 mois, puis à l'allaitement artificiel. Nous n'avons pas de précisions sur les rations ; mais il semble bien que l'enfant ait été suralimenté.

Arrivée à l'âge de l'ablactation, Régine refuse les bouillies ; elle ne prend que du lait.

Son poids augmente beaucoup. A 1 an et 4 mois, elle pèse habillée 12 kg. 200.

Elle a ses premières dents à 7 mois et demi et fait ses premiers pas à 13 mois et demi.

Elle est habituellement constipée.

Vers le 9 novembre 1934, apparaît une diarrhée très fétide et qui persiste malgré les changements de régime. L'enfant n'a pas de fièvre.

Le 24 novembre, brusquement, la température monte à 40°3. Il se produit une diarrhée verte, abondante et quelques vomissements. L'enfant est agité, crie sans cesse. Sa température reste à 39°-40°.

Je vois la malade en consultation le 29 novembre. Sa température est de 40°. Elle est très agitée, a mauvaise mine. Ses yeux sont enfoncés, sa peau est légèrement bouffie, sans œdème vrai. L'examen reste négatif. La diarrhée a diminué.

Je pense à la possibilité d'une pyélo-néphrite et demande un examen des urines. Celui-ci n'est pas fait.

Après ma visite, le même état persiste ; l'enfant refuse les aliments et les boissons.

Le 4 décembre, Régine est amenée à la salle Parrot. Elle est âgée de 1 an et 6 mois.

Sa température est, le soir de l'entrée, de 39°5 ; le lendemain, de 37°6, le matin, de 39°1, le soir.

Elle mesure 78 cm. 5 ; la taille moyenne pour son âge étant de 74 cm., elle présente un excès statural de 4 cm. 5 ou 6 % ; elle a la taille de 2 ans 2 mois. Elle pèse 9 kg. 240 ; il y a donc une réduction pondérale de 2 kg. 400 ou 20 % sur le poids moyen des filles de sa taille, qui est de 11 kg. 650.

Elle est maigre et pâle. Ses yeux sont cernés. Le pannicule adipeux est presque disparu à l'abdomen, très réduit au niveau des cuisses.

On constate quelques signes de rachitisme, de légers bourrelets sus-malléolaires, un petit chapelet costal : la fontanelle antérieure n'est pas fermée. Le foie est un peu gros, la rate normale. A l'auscultation, on entend quelques sibilances dans les bronches. Il y a 8 incisives ; les prémolaires et les canines pointent ; les gencives sont gonflées et rouges. Les selles sont liquides et vertes.

Par sondage de la vessie, on obtient une petite quantité d'urine. Elle est trouble, contient des traces d'al-

bumine, beaucoup de polynucléaires altérés et de très nombreux bacilles Gram négatif ; la culture donne des colibacilles.

La cutiréaction à la tuberculine est négative et le restera.

Après l'entrée, la température tombe en lysis à 38°, environ et y reste du 7 au 9 décembre ; puis elle descend au-dessous de 38° ; depuis l'apyrexie persiste.

Les urines restent purulentes. Les examens faits les 14 et 24 décembre et le 5 janvier montrent la présence de polynucléaires altérés et de bacilles Gram négatif très nombreux ; les cultures donnent du colibacille.

Le 14 décembre, on voit de nombreux cylindres purulents, qu'on ne retrouve pas dans les examens ultérieurs. Il n'y a ni albumine ni sucre.

Il n'y a pas d'œdème. L'urée du sérum sanguin est de 0 gr. 39 0/00, le 20 décembre.

La diarrhée disparaît rapidement ; les selles restent panâchées pendant quelques jours, puis deviennent normales.

L'enfant demeure immobile, comme figé, les yeux ouverts, fixes, indifférent à tout.

Au bout de quelque temps, les yeux deviennent plus vifs, mais l'immobilité persiste. Les membres restent soulevés dans des attitudes catatoniques. L'enfant refuse tout ce qu'on lui donne ; il ne veut ni boire ni manger ; si on insiste, il vomit ; pour un adulte, on parlerait de négativisme.

Peu à peu, avec beaucoup de patience, Mlle Causade, la surveillante de la salle, arrive à faire accepter à l'enfant quelques aliments.

Le poids, qui était, le 5 décembre, à l'entrée, de 9 kg. 240, tombe, le 19 décembre, à 8 kg. 670. Puis il reprend lentement et irrégulièrement ; du 27 décembre au 4 janvier, il se maintient aux environs de 9 kg. Mais, ensuite, il diminue de nouveau et, le 8 janvier, il est de 8 kg. 700.

Un examen de sang, le 13 décembre, donne 70 % d'hémoglobine, 4.490.000 globules rouges et 9.800 leucocytes par mm<sup>3</sup>, avec 66 polynucléaires neutrophiles pour 100 leucocytes.

Actuellement, au cinquantième jour de la maladie, la température est normale, l'état général est meilleur, l'appétit revient. Le regard est encore fixe, le visage et les membres sont toujours immobiles, mais les attitudes catatoniques ont disparu.

Le traitement a été le suivant :

Tout d'abord nous avons institué un régime approprié à l'état du tube digestif : purées de pommes de terre, panades, yogourth ; ensuite, babeurre, bouillies maltées à l'eau, puis au lait, jus de viande.

Comme médication, nous avons donné : du 7 au 16 décembre, 0 gr. 10 par jour de formine, à partir du 17 décembre, de l'extrait de foie préparé par la méthode de Whipple ; du 19 décembre au 8 janvier, un vaccin anticolibacillaire par la voie digestive.

Ces traitements nous ont paru peu efficaces.

A propos de ces deux malades, je vais vous relater les observations de quatre autres bébés soignés en 1934.



René a des parents bien portants, ainsi qu'une sœur âgée de 3 ans.

Il est né à terme, le 17 février 1933, avec un poids de 3 kg. 700. Il est alimenté avec du lait condensé.

Il entre à la salle Bazin le 5 mars 1933 et y séjourne presque continuellement jusqu'au 24 juillet.

La cutiréaction à la tuberculine, les réactions de Bordet-Wassermann (H<sup>7</sup>) et de Hecht sont négatives.

Il se développe à peu près régulièrement ; le 17 juin, à 4 mois, il mesure 57 cm. 5 et pèse 4 kg. 340.

Il entre à la salle Husson le 7 janvier 1934, à 10 mois.

Sa taille est de 69 cm., son poids de 7 kg. 350 ; il présente une réduction pondérale de 1 kg. 300, soit 15 %. Il est légèrement rachitique. Il n'a pas de fièvre. Il tousse et, à l'auscultation, on entend quelques râles sibilants. Les urines ne contiennent pas d'albumine. La cutiréaction à la tuberculine et le Bordet-Wassermann (H<sup>7</sup>) sont toujours négatifs.

Le 11 janvier, la fièvre apparaît ; la température monte à 38°3, le soir. Le 12 janvier, elle est de 37°9-39°9. Les jours suivants, elle continue de s'élever et atteint 41°4, le matin du 18.

L'enfant a de la dyspnée ; à l'auscultation, on entend des râles bulleux fins disséminés ; on pose le diagnostic de broncho-pneumonie.

La fièvre reste élevée à 39°-40°. Le 24 janvier, la dyspnée, les mêmes râles persistent, on trouve une otite catarrhale gauche.

Il y a quelques signes de condensation à la partie moyenne du poumon droit.

Le 30 janvier, on examine les urines. Elles sont troubles et contiennent en grand nombre des polynucléaires altérés et des bacilles Gram positif. La culture donne du colibacille.

L'enfant est constipé, il a quelques selles glaireuses. L'état s'aggrave, le poids diminue et tombe, le 4 février, à 6 kg.

René meurt le 5 février.

Maurice a une mère bien portante, un père qui a eu un chancre syphilitique en 1929, deux frères de 4 et 8 ans, bien portants.

Il est né le 13 février 1933 avec un poids de 3 kg. Il est allaité par sa mère jusqu'à un mois et demi, puis alimenté avec du lait de vache, en nourrice. A 6 mois, il a une première attaque d'épilepsie et en a plusieurs depuis.

Il entre à la salle Husson le 10 janvier 1934, à 11 mois.

Il mesure 71 cm. et pèse 8 kg. 100. Sa température est normale. L'examen ne décèle rien de particulier. La cutiréaction à la tuberculine et le Bordet-Wassermann (H<sup>8</sup>) sont négatifs.

Le 13 janvier, la fièvre apparaît : 38°1. Le 14, la température est de 38°1-38°8 ; le 15, elle atteint 40°4-40°. Puis elle persiste irrégulière.

On ne trouve pas de cause appréciable ; les selles sont normales.

Le 22, la température est, le matin, de 40°, le soir, de 38°7. Les urines sont troubles ; on y trouve des traces d'albumine et, en grand nombre, des leucocytes

altérés, des bacilles Gram positif, quelques cocci Gram positif. On pose le diagnostic de pyélo-néphrite.

A partir du 28 janvier, la fièvre diminue ; du 31 janvier au 3 février, la température est au-dessus de 38°. Le 4 février, elle remonte et ensuite se maintient à 38°5-39°.

Pendant ce temps, les urines sont toujours troubles, contiennent de l'albumine, de nombreux leucocytes altérés et de nombreux colibacilles. L'état général s'aggrave. Tandis que la taille atteint 72 cm., le 10 février, le poids tombe jusqu'à 6 kg. 100 le 1<sup>er</sup> mars ; l'enfant perd en cinquante jours 2 kg.

Enfin, le 3 mars, la température atteint 41°3-41°7 et l'enfant meurt, au quarante-neuvième jour de la fièvre.

Le cinquième malade est Daniel.

Son père est bien portant, sa mère a eu une pleurésie en 1931.

Il est né le 8 août 1933, à terme, avec un poids de 3 kg. Il a reçu du B.C.G. à la naissance. Il est allaité au sein jusqu'à 2 mois, puis mis à l'allaitement mixte.

Le 9 avril, apparaît de la fièvre. La température monte progressivement ; elle atteint 40°5 le quatrième jour, 41°2 le cinquième jour ; puis elle s'abaisse irrégulièrement.

On ne trouve pas de cause pour expliquer cette élévation thermique. Plusieurs médecins sont consultés ; les uns pensent à une pneumonie, les autres à une méningite ; finalement l'un d'eux constate que la pression au niveau d'une des fosses lombaires est douloureuse et fait examiner les urines ; on y trouve du pus et 1 gr. d'albumine par litre.

L'enfant est constipé. Il ne vomit pas, ne tousse pas.

Le 18 avril, il entre à la salle Husson, au dixième jour de la maladie. Il est âgé de 8 mois.

Il mesure 68 cm. et pèse 7 kg. 530. Il ne présente pas de signes de rachitisme. Sa température est, le matin, de 38°6, le soir, de 39°6. Il est pâle et abattu ; sa respiration est normale. Il est toujours constipé ; ses selles sont jaunes, grumeleuses. Son pharynx est rouge, le Dr Vassal trouve de la rhino-pharyngite, une otite catarrhale bilatérale et pratique la paracentèse des tympanes.

On recueille les urines. Elles sont troubles, contiennent de l'albumine et, en grand nombre, des polynucléaires altérés et des bacilles Gram négatif ; la culture donne des colibacilles.

La cutiréaction à la tuberculine est négative. Un examen radiologique du thorax ne révèle rien d'anormal.

La fièvre persiste, et l'enfant est emmené par ses parents le 21 avril.

Le sixième malade, Lucien, est fils unique de parents bien portants. Il est né à terme, le 4 janvier 1934, avec un poids de 3 kg. 360. Il est alimenté au lait condensé Nestlé et prend des bouillies à partir de 8 mois. Il est constipé habituellement. Il n'a aucune maladie jusqu'au 22 octobre.

A cette date il se met à tousser, refuse le biberon, et a une température de 38°-38°5.

Les jours suivants, la fièvre persiste. Le seul symptôme est la constipation ; les selles sont petites, dures, jaunes, non fétides.

Lucien entre à la salle Husson le 29 octobre. Il est âgé de 9 mois.

Il mesure 61 cm. ; la taille moyenne pour son âge étant de 67 cm., il a une réduction staturale de 6 cm., soit de 8,9 % ; il a la taille de 3 mois et demi.

Il pèse 5 kg. 300 ; il présente une réduction pondérale de 300 gr. soit 5 % sur le poids de trois mois et demi (5 kg. 600).

La température est, le 29 au soir, de 39°7 ; le 30, de 38°4-38°7. L'enfant est très pâle, les yeux sont enfoncés, cernés. La peau est flasque, le pannicule adipeux très réduit, surtout au niveau de l'abdomen. L'examen des viscères est négatif. Les selles sont jaunes, liquides.

La cutiréaction à la tuberculine est négative.

Les jours suivants, la fièvre est irrégulière ; elle atteint 39°-39°5 et même 40°, le 4 novembre. L'état général est mauvais. Le poids diminue ; le 4 novembre, Lucien ne pèse que 4 kg. 940.

Le 2 novembre, on recueille les urines. Elles sont troubles, contiennent de très nombreux leucocytes, des cylindres granuleux et épithéliaux ; 0 gr. 60 d'albumine par litre. On trouve, à l'examen direct, de nombreux bacilles Gram négatif, qui sont vraisemblablement des colibacilles. On pose le diagnostic de pyélo-néphrite.

Le 5 novembre, la température atteint 39°-39°5, l'enfant a des vomissements répétés et quatre ou cinq selles liquides par jour. A la base gauche du thorax, on perçoit de la submatité et du retentissement de la toux. Le sérum du sang contient 2 gr. 55 d'urée par litre.

Le 6 novembre, la température atteint 40°9, l'enfant est inerte. Les yeux sont excavés, les pupilles punctiformes ; il n'y a pas de clignement palpébral. La fontanelle est déprimée. La peau est froide, sans œdème, avec tendance au sclérème. Il existe un météorisme abdominal très marqué. Le foie est normal. Il y a de la tachypnée, 84 respirations par minute, sans tirage. A l'examen du thorax, on constate, aux bases, une légère submatité, une respiration un peu rude et quelques bouffées de râles sous-crépitaux fins. Il s'agit probablement d'une broncho-pneumonie.

L'enfant meurt dans la journée, le dix-septième jour de la fièvre.

Nous faisons la nécropsie.

Les plèvres sont normales : les poumons présentent une congestion discrète généralisée, surtout marquée aux bases.

Le cœur pèse 30 gr. ; sa consistance est ferme.

Les reins sont petits ; ils pèsent, le gauche 7 gr., le droit, 10 gr., leur consistance est ferme, même dure ; ils crient à la coupe. Le parenchyme rénal est plus foncé que normalement. Il n'y a pas de dilatation notable des calices et des bassinets ; chacun de ceux-ci contient du pus séreux, filant ; la culture de ce pus donne du colibacille. A l'examen histologique, la capsule est très épaissie et sclérosée, il n'y a que peu de réaction fibreuse interstitielle dans le parenchyme rénal ; les glomérules sont infiltrés de leucocytes, les tubules contournés sont dilatés, leur épithélium est dége-

né. Il existe donc une néphrite épithéliale subaiguë.

J'ai tenu à vous rapporter ces observations, pour vous montrer comment se présentent les pyélo-néphrites chez les nourrissons.

\*\*\*

La PYÉLO-NÉPHRITE est l'inflammation des reins, des calices et du bassinet, une association de la néphrite et de la pyélite.

Elle est parfois causée par le bacille de Koch ; il s'agit alors d'une *pyélo-néphrite tuberculeuse* ou, plus exactement, d'une *tuberculose du rein et du bassinet*. J'ai étudié celle-ci dans ma première leçon, le 17 novembre ; je n'en parlerai pas aujourd'hui.

Je n'envisage que les *pyélo-néphrites non tuberculeuses*, dues à des germes divers, banaux ou spécifiques.

Elles comprennent deux variétés :

Les *pyonéphroses* et les *pyélo-néphrites proprement dites*.

La *pyonéphrose* est une poche pyélo-rénale formée par le bassinet et le rein distendus, remplis d'urine purulente ou de pus. Cette variété est rare chez l'enfant, elle est presque toujours due à l'infection d'une hydronéphrose congénitale.

Dans la *pyélo-néphrite proprement dite*, il n'y a pas de distension du bassinet.

Certains auteurs décrivent des *pyélo-néphrites catarrhales*. Elles n'ont pas de symptômes précis et leur existence est discutable. Je ne parlerai que des *pyélo-néphrites suppurées*.

Dans ma leçon du 8 décembre 1923, sur *Pyélites et Pyélo-néphrites de l'enfance*, qui est publiée dans mon livre de *Clinique médicale des enfants*, consacré aux *Affections de l'appareil urinaire*, j'en ai donné une description d'ensemble ; j'ai surtout insisté sur les pyélites et les pyélo-néphrites de la moyenne et de la grande enfance.

Aujourd'hui, je désire vous parler des PYÉLO-NÉPHRITES DES PETITS ENFANTS. Elles méritent une étude spéciale ; vous allez vous en rendre compte.

Les infections des voies urinaires des petits enfants sont connues depuis longtemps.

On a décrit tout d'abord la cystite à colibacilles, qu'ont étudiée Escherich en 1894, Victor Hutinel, Trumpp, Finkelstein, en 1896.

Puis Emmet Holt a décrit la pyélite et la pyélo-néphrite. Ces affections sont plus fréquentes et plus importantes que la cystite.

La cystite semble assez rarement associée à la pyélite. Toutefois certains auteurs parlent volontiers de *pyélo-cystite*, avec Haubner, de *cysto-pyélo-néphrite*. Cette conception est basée sur la notion, longtemps admise, de l'infection ascendante des voies urinaires.

\*\*\*

La FRÉQUENCE DES PYÉLO-NÉPHRITES CHEZ LES PETITS ENFANTS est très diversement appréciée par les auteurs. Elle semble différente suivant les pays ; elle paraît



plus commune en Allemagne, en Angleterre, en Hollande, aux Etats-Unis qu'en France.

C'est l'opinion qui se dégage des communications faites à la *Réunion combinée de la Société de pédiatrie de Paris et de la Société néerlandaise de pédiatrie*, tenue à Amsterdam et à Leyde les 26 et 27 septembre 1925.

La pyélo-néphrite a été rencontrée, à Paris, par M. Armand Delille, 2 fois sur 28 nourrissons, soit 7 % ; par MM. Lesné et Barreau, 2 fois sur 60 nourrissons, soit 3 % ; à Strasbourg, par le professeur Rohmer et Mlle Vera Berg, 37 fois sur 1.700 nourrissons, soit 2 %.

Cette proportion de 2 % me semble assez proche de la réalité.

Il ne faut pas confondre la pyélo-néphrite avec la colibacillurie simple, sans pyurie.

En 1934, j'ai observé les 6 cas de pyélo-néphrite que je viens de relater et, d'autre part, un certain nombre de colibacilluries.

Suivant l'opinion générale, la pyélo-néphrite est beaucoup plus commune dans la *première enfance* que dans la moyenne et la grande enfance.

M. Geo. F. Still, dans un mémoire sur *Pyelitis in Children*, publié par *North of England Clinical Journal* de janvier 1912, a observé 40 cas, dont 28, soit 70 %, avant 2 ans et 12, soit 30 %, entre 2 et 10 ans.

Pendant la première enfance, la pyélo-néphrite est plus fréquente pendant la *première année* que pendant la deuxième.

Friedenwald, en 1911, sur 80 cas, en relève 74, soit 92 %, dans la première année, et 6, soit 7 %, dans la deuxième.

G. F. Still, sur 28 cas, en trouve 26, soit 92 %, dans la première année et 2, soit 7 %, dans la deuxième.

Le professeur Luis Morquio étudiant *La pielitis en il lactante*, dans *Archivos latino-americanos de pediatria* de 1926, sur 94 cas, en trouve 62, soit 65 %, dans la première année et 32, soit 34 %, dans la deuxième.

Pendant la première année, d'après certains auteurs, la pyélo-néphrite est plus fréquente *avant 6 mois* qu'après.

Friedenwald, sur 74 cas, en observe 50, soit 67 %, avant 6 mois, 24, soit 34 %, après.

Morquio, sur 62 cas, en trouve 33, soit 53 %, avant 6 mois, 29, soit 46 %, après.

L'affection peut se rencontrer chez des bébés très jeunes. Friedenwald en a observé 3 cas de 11 à 30 jours, 25 de 1 à 3 mois ; Morquio, 4 cas à 2 mois et 4 cas à 3 mois.

Le sexe paraît jouer un certain rôle ; les filles y sont plus sujettes.

Dans ma leçon de 1923, j'ai cité les statistiques de Trumpp, Meyer, Thomson, Friedenwald, Still, Kowitz ; leur total donne, pour 100 cas, 62 filles et 38 garçons. Mais il est difficile de prouver qu'il s'agit toujours de pyélo-néphrites.

En 1926, Morquio, sur 94 cas observés, trouve 58 filles, soit 61,7 %, et 36 garçons, soit 38,2 %.

Mais il ne faudrait pas penser que la pyélo-néphrite est rare chez les garçons. Les statistiques que je viens de relater prouvent que les garçons n'en sont pas à l'abri.

Le professeur Rohmer, dans un article sur *Les pyélo-néphrites des nourrissons* publié par *La Médecine* d'août 1926, écrit : « Chez les nourrissons, les différents auteurs ont trouvé 28,7 p. 100, 27,5 p. 100, 42,5 p. 100, 44 p. 100 et même plus de 50 p. 100 de garçons. »

Le professeur Gorter, de Leyde, à la réunion de 1925, déclare : « Dans ma statistique portant sur 114 cas, la prédominance des filles disparaît presque complètement chez les enfants au-dessous d'un an ».

Thomson, avant 6 mois, sur 15 cas trouve 4 filles et 11 garçons, soit, pour 100 cas, respectivement 26,6 et 73,3.

Je donne ces statistiques parce qu'elles comportent un certain intérêt pour élucider l'étiologie et la pathogénie des pyélo-néphrites.

LES CIRCONSTANCES DANS LESQUELLES APPARAISSENT LES PYÉLO-NÉPHRITES SONT DIVERSES.

Elles peuvent être *secondaires à des affections variées*.

Elles apparaissent souvent au cours des *affections gastro-intestinales*.

Meyer, sur 68 cas, trouve 44 fois une affection gastro-intestinale, soit dans 64,7 % des cas.

Friedenwald, sur 80 cas, trouve 59 fois une affection gastro-intestinale, soit dans 73,7 % des cas.

Les affections intestinales en cause peuvent être de types divers ; ce sont les dyspepsies banales, le syndrome colique fétide ou muco-hémorragique, les diarrhées d'été. Souvent les enfants sont à l'allaitement artificiel.

Les *affections des voies respiratoires* sont souvent à l'origine de la pyélo-néphrite. Elle peut compliquer des rhino-pharyngites, des otites, des bronchites, des broncho-pneumonies.

Le rôle des affections des voies respiratoires est plus important qu'on ne le pense communément.

Friedenwald, sur 80 cas de pyélo-néphrite, les trouve 73 fois, soit dans 91 % des cas, plus souvent par conséquent que les affections gastro-intestinales.

D'ailleurs les affections des voies respiratoires coïncident fréquemment avec les troubles digestifs ; dans bien des cas, elles paraissent en être la véritable cause. Il convient de retenir la fréquence de cette intrication.

Des *affections diverses*, l'impétigo par exemple, peuvent être à l'origine d'une pyélo-néphrite.

Dans nombre de cas, la pyélo-néphrite *débute en pleine santé apparente*, sans qu'on ait observé un état pathologique antérieur.

Le professeur Morquio remarque que beaucoup de ses malades sont allaités au sein et en bon état de nutrition.

En pareille circonstance, la pyélo-néphrite se présente comme une maladie infectieuse en apparence primitive ; on découvre, tout au plus, une rhino-pharyngite discrète.

Cette forme cliniquement primitive est fréquente. M. Morquio l'a rencontrée 46 fois sur 94 cas, soit dans 48,9 % des cas.

A la *Société belge de pédiatrie*, le 16 décembre 1923, MM. Ch. Cohen, L. Maryssael et L. Ectors ont avancé que la *pyélo-néphrite du nourrisson est probablement une affection contagieuse*. Elle serait due à la transmission à l'enfant d'une infection urinaire à colibacilles de la mère.

Parfois, on relève des CAUSES PRÉDISPOSANTES.

On cite le *phimosis*, la *lithiase urinaire*, qui interviennent plutôt dans la production de la cystite.

On cite encore l'*atrophie rénale* et les *malformations urinaires*.

Divers auteurs ont insisté tout particulièrement sur le rôle *prédisposant des malformations*. Vous trouverez des indications à ce sujet dans une communication faite à la réunion de Leyde, en 1925, par M. J. C. Shippers sur *Malformations congénitales des voies urinaires et pyélites*.

MM. Armand Delille, Bèspalof et Pierre Louis Marie ont présenté à la *Société de pédiatrie de Paris*, le 21 décembre 1926, *Deux cas de pyurie colibacillaire chez le nourrisson avec autopsie montrant des lésions de nature différente*. Voici un d'eux :

Un bébé de 1 mois et demi est atteint d'une broncho-pneumonie. Il présente des symptômes de néphrite hémorragique qui font penser à une maladie de Barlow, puis à une néphrite infectieuse. Ensuite, on constate de la pyurie et des colibacilles dans l'urine. L'enfant meurt au bout de deux mois.

A la nécropsie, on trouve des foyers de broncho-pneumonie. Le bassinnet et l'uretère gauche sont distendus par des urines purulentes ; la paroi de l'uretère est très épaisse, sans lésions inflammatoires ; à l'abouchement de l'uretère, il existe une stricture. Dans les reins on trouve des lésions épithéliales, de la congestion et des hémorragies interstitielles.

Cette observation devrait être classée parmi les *pyélo-néphroses*.

D'une façon générale, les causes prédisposantes paraissent peu importantes pour les *pyélo-néphrites* que j'étudie aujourd'hui.

\*\*\*

L'EXAMEN BACTÉRIOLOGIQUE DES URINES présente des difficultés de technique, sur lesquelles je ne puis insister :

Presque toujours on trouve, à l'examen des urines, des *colibacilles* en grande quantité.

Ces *colibacilles* présentent, par ailleurs, des caractères variés ; pour certains auteurs, il s'agit souvent de *paracolibacilles*.

Assez souvent on trouve d'autres germes : des *staphylocoques*, des *streptocoques* ou même des *pneumocoques*. Ces microbes sont parfois isolés, presque toujours associés aux *colibacilles*.

Je ne puis reproduire toutes les statistiques. En voici une récente donnée par John Thomson et Léonard Findlay en 1933, dans la cinquième édition de *The clinical study and treatment of sick Children*.

Leurs recherches portent sur 208 cas de *Suppurative*

*Nephritis*, c'est-à-dire de *pyélo-néphrites*. Ils trouvent :

*Colibacilles* et *streptocoques* dans 31 cas, soit dans 14 p. 100 des cas.

*Colibacilles* et *staphylocoques* dans 31 cas, soit 14 p. 100.

*Colibacilles* et *staphylocoques* dans 1 cas.

*Colibacilles* et *entérocoques* dans 3 cas.

*Colibacilles* et autres bactéries dans 1 cas.

*Proteus* dans 2 cas.

*Streptocoques* dans 8 cas, soit dans 3 p. 100 des cas.

*Staphylocoques* dans 3 cas.

Au total, on trouve sur 100 cas :

Le *colibacille* pur 75,8 fois.

Le *colibacille* associé 17,1 fois.

Le *streptocoque* pur 3,4 fois.

Le *streptocoque* associé 13,5 fois.

La constatation des *colibacilles* dans les urines ne permet pas d'affirmer qu'ils soient les véritables agents de la *pyélo-néphrite*.

Aux nécropsies, on peut trouver d'autres germes dans les reins et les bassinets.

MM. Ernst Faerber et D. Latzky, dans un mémoire sur *Behandlung der Pyurie im Kindesalter*, publié par *Deutsche Medizinische Wochenschrift* du 29 juin 1923, écrivent avoir, dans certains cas, constaté des *colibacilles* dans les urines, des *pneumocoques* ou des *staphylocoques* dans des abcès des reins.

Notamment, chez deux nourrissons qui avaient présenté de la pyurie au cours de broncho-pneumonies, ils ont cultivé des *pneumocoques* avec le pus des petits abcès des reins.

\*\*\*

Aux NÉCROPSIES, on fait les constatations suivantes :

Le bassinnet n'est pas distendu ; il contient de l'urine purulente, en petite quantité.

A la surface de la muqueuse, on peut voir quelques traînées purulentes, rarement une couche de pus. La muqueuse est rarement modifiée, quelquefois légèrement tuméfiée avec quelques petites ecchymoses. Au microscope, on note des altérations de l'épithélium, de la dilatation des capillaires, des amas de leucocytes dans le chorion.

Les reins sont congestionnés. Quelquefois il y a des traînées de pus dans les pyramides. Assez souvent, on voit, surtout dans la substance corticale, des abcès milliaires, macroscopiques ou microscopiques.

Le microscope révèle des lésions de néphrite diffuse, aiguë ou subaiguë, portant sur les glomérules, les épithéliums tubulaires, le tissu interstitiel.

Les lésions rénales sont presque constantes, mais souvent elles sont discrètes. Elles sont souvent plus importantes et, pour divers auteurs, elles sont les premières en date, celles du bassinnet sont consécutives.

Les *uretères* et la *vessie* sont généralement indemnes ; quand il y a de la cystite, les lésions sont discrètes.

\*\*\*

Du point de vue de la PATHOGÉNIE, on doit envisager deux processus : l'infection ascendante et l'infection descendante.



L'infection ascendante était la seule admise autrefois.

On admettait qu'elle était réalisée par le colibacille, qu'elle était surtout fréquente chez les filles, parce que la vulve baigne dans les matières fécales ; le colibacille pénétrait par l'urèthre dans la vessie, réalisait une cystite, puis remontait dans le bassin.

Le processus était le même chez les garçons.

En 1926, le professeur Rohmer écrivait : « Le grand pourcentage des garçons dans la pyélo-cystite de la première année ne peut pas surprendre, puisqu'à cet âge le méat urinaire trempe chez les garçons aussi dans les selles et en est régulièrement souillé »...

Certes, l'infection ascendante est possible dans certains cas particuliers ; mais elle ne doit pas être considérée comme étant la règle.

L'infection hémalogène est la plus habituelle.

La pyélo-néphrite évolue souvent comme une maladie générale infectieuse primitive en apparence ou est secondaire à une infection avérée ou occulte du pharynx et des voies respiratoires.

Quand les circonstances s'y prêtent, on peut constater des symptômes de néphrite avant les symptômes de pyélite. Les lésions des reins sont constantes et prédominent sur celles des bassinets ; on rencontre des abcès à microbes pyogènes dans les reins, alors que les urines contiennent seulement des colibacilles. On a obtenu, par hémoculture, des colibacilles ou d'autres germes.

La grande fréquence du colibacille n'exclut pas l'infection descendante. On connaît bien la pathogénie du syndrome cutéro-rénal, sur laquelle a insisté

M. Heitz-Boyer. Le colibacille peut être l'agent de la pyélo-néphrite secondaire à une affection intestinale ou même à une autre affection qui entraîne des troubles digestifs et débilite l'organisme ; mais, en pareille circonstance, il peut se greffer secondairement sur les reins et les bassinets.

Un facteur important est l'âge du malade : il existe avant un an une prédisposition manifeste à l'infection des reins et des bassinets.

\*  
\*  
\*

LES OBSERVATIONS DE NOS MALADES confirment certaines des notions que je viens d'exposer.

1° Les 6 cas observés en 1934 chez des petits enfants témoignent de la fréquence des pyélo-néphrites à cette période de la vie.

2° Sur ces 6 malades, 5 sont dans leur première année et un dans sa deuxième. Les pyélo-néphrites des petits enfants sont plus fréquentes avant qu'après un an.

3° Nos malades âgés de moins d'un an ont 6, 8, 9, 10 et 11 mois. Il ne faut donc pas exagérer la prédominance des pyélo-néphrites pendant les six premiers mois de la vie.

4° Sur les 6 cas, il y a 4 garçons et 2 filles. La pyélo-néphrite n'est donc pas une affection particulière aux filles ; elle est aussi commune chez les garçons.

5° Les circonstances étiologiques sont les suivantes.

Dans un cas, chez Régine, la deuxième malade, la pyélo-néphrite est précédée d'un syndrome colique fétide. L'origine intestinale est possible ; mais étant

# tonique "roche" toni-stimulant complet

élixir

2 cuillerées à café  
2 fois par jour.

phosphore • strychnine  
arsylène • manganèse



Produits F. HOFFMANN-LA ROCHE & C<sup>ie</sup> 10, Rue Crillon - PARIS

donné l'allure générale de l'affection et ses analogies avec celle observée chez les autres malades, il convient de faire des réserves sur cette étiologie.

Dans un cas, chez René, notre troisième malade, la pyélo-néphrite survient au cours d'une rhino-pharyngite et d'une broncho-pneumonie.

Dans les quatre autres cas, la pyélo-néphrite est constatée au cours d'une fièvre élevée, survenue sans cause apparente ou peut-être attribuable à une rhino-pharyngite légère.

Les affections intestinales ne jouent donc pas toujours un rôle important dans l'étiologie des pyélo-néphrites. Le plus souvent elles apparaissent comme des maladies primitives en apparence ou bien comme des complications des infections des voies respiratoires.

6° Dans tous les cas, les urines contenaient des colibacilles en grande quantité et à l'état de pureté. Mais, pour les raisons que j'ai développées tout à l'heure, il faut se demander s'il s'agit de pyélo-néphrites par colibacilles ou avec colibacilles.

7° Chez nos malades, nous n'avons pas trouvé de causes prédisposantes appréciables.

Cependant, à l'autopsie de Maurice, le sixième malade, nous avons découvert des reins présentant un certain degré d'atrophie ; il est possible que celle-ci ait joué un rôle.

J'ai pensé qu'il était intéressant de relater l'histoire de nos six malades pour montrer comment se présentent les pyélo-néphrites des petits enfants et entrer dans quelques détails sur l'étiologie et la pathogénie de ces affections.

Prochainement, j'en donnerai une étude clinique et thérapeutique.

## INFORMATIONS

(SUITE)

**HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'EXTERNAT. —** Liste alphabétique des candidats reçus au concours de l'externat :

M. Abeille, Mlle Aftalion, MM. Agid, Albahary, Albert, Alison, Amado, Apostolidès, Ardopin, Arnaud, Astié, Astre, Aubouy (Marcel), Aubouy (Roger), Avril, Azaïz, Azouli.

MM. Bailly, Ballade, Ballerin, Mlle Baraquin, MM. Barnier, Barré (André), Barré (Yves), Barrier, Mlle Bartfeld, MM. Bastin, Belloy, Bena, Benalions, Mlle Bénétaud, MM. Ben Haim, Ben-Hamou, de Berg, Berger, Bernager, Bernier, Berrier, Bessière, Blaire, Blancard, Blanchon, Blesstel, Mlle Blieblum, MM. Bloch, Bonnefis, Bonvallet, Bonvarlet, Boreau, Borman, Boucaut, Mlle Bourcart, MM. Brault, Bricaire, Brochenin, Buchenaud, Butet, Buy,

M. Cabrières, Mlle Cahour, MM. Caillé, Camus, Capron, Carbello, Cariage, Carlotti, Mme Carpentier, MM. Carpentier, Castaigne, Catalogne, Mlle Caulliez, M. Cayrol, Mlle Chaminadas, MM. Chaouli, Chardin, Mlle Cheymol, MM. Chilot, de Chirac, Chopard, Chouinard, Christophle, Clerfeuille, Coblentz, Colin, Collard, Colsenet, Compagnon, Congy, Coriat, Cornillon, Coste, Coujard, Coulon, Courchet, Courjaret, Crépin, Crevecoeur, Cuadrado, Cuzin, Mlle Cypin,

MM. Dailly, Danion, Darricau, Davy, Debusschère, Decorneille, Mlle Delaffond, M. Delcombre, Mlle Delmas, MM. Demassieux, Denoyelle, Deslandes, Didier, Diengott, Drulhe, Drylewicz, Dubel, Dubost, Ducournau, Dufour-

mentel, Dufresne, Durand, Durgeat, Mlle Durkheim, M. Durupt, Mlle Duval, M. Duval,

MM. Elhaik, Enel,

M. Faingold, Mlle Faure, MM. Ferrand, Flandin, Forestier, de Fourmestaux, Fournier, Fox, Mlle François, MM. Fredj, Fronville,

Mlle Gagnier, MM. Galle, Galmiche, Mlle Ganget, M. Garnal, Mlle Garnier, MM. Gaudron, Gauthey, Germain, Gibrat, Gibert, Gillet, Giraud, Girod, Gluck, Goldstein, Gougerot, Gourion, Mlle Granier, M. Granjon, Mlle Grauld, MM. Graveron, Grel, Grémont, Gross, Grünspan, Guillaume, Guimezanes, Guitard, Guyot (Jacques), Guyot (Paul),

MM. Habas, Hadengue, Haquin, Harel, Hébert, Hémery, Hermann, Hewitt, Houdart, Mlle Hufnagel,

MM. Iancu, Isorni,

MM. James, Jamme, Jardel, Mlles Jeanperrin, Jolivet, MM. Joly, Jorge, Jugand, Jüllich,

Mlle Kaplan, M. Kärtun, Mlle Keim, M. Klein, Mlles Kletter, Kouindjy, MM. Krawiecki, Kreisler, Krewer, Mlle Kriitchevsky,

MM. Labouré, Lagarde, Mlle Laisney, MM. Lajoinie, Lamy, Lanceau, Landau, Mlle de Lanessan, M. Lanvin, Mlle de Laquière, M. Larcelet, Mlles Lauer, Lazinier, MM. Lebetter, Lebovici, Le Brigand, Le Floch, Léger, Legrand, Leib, Lebovici, Mme Lejard, MM. Le Lay, Lelièvre, Le Louët, Lemaire, Lemarchand, Lemierre, Léra, Mlle Lerner, MM. Leroux, Leulier, Mlles Leuret, Leuthreau, MM. Lévêque, Lichnewsky, Lobjois, Lobrichon, Loiseau, Loublié,

Mlle Magallon-Graineau, MM. Mage, Maigne, Maille, Mailiez, Malingre, Malvezin, Mlle Mangenot, MM. Mantoux, March, Mlle Marette, MM. Marinetti, Marlingue, Marnier, Marsault, Martin, Martin de Frémont, Masson (Maurice), Masson (René), Massoum-Khani, Matheron, Matron, Mlle Maureil-Deschamps, M. May, Mlle May, MM. Mayaud, Méline, Mendelsohn, Mlle Merle, M. Meunier, Mlle Michon, MM. Minkowski, Miquelard, Moch, Mlle Molitor, M. Momon, Mlle Monghal, MM. Monteau, Mordo, Mlle Moreilhon, MM. Morel, Mothon, Mlle Mottez, Mme Moulier, MM. Mouton, Mselati, Muller (François), Muller (Jean),

MM. Nataf, Neel, Neufeld, Neumann, Nguyen-Trang-Nam,

MM. Orgogozo, Orinstein,

MM. Pach, Paley, Panthier, Mlle Papot, MM. Paris, Parrot, Parsy, Mlles du Pasquier, Pauliac, MM. Pelaez, Penit, Pergola, Perigois, Pestel, Petit, Petitot, Mlle Pétron, MM. Peyron, Philippe, Piarrat, Pinchinat, Pinès, Piot, Pons, Postel-Vinay, Pouret, Pradelle, Pradoura, Prestrot, Prochiantz, Pyronnet,

Mlle Raab, MM. Radzievsky, Raufman, Raust, Raymond, Mlles Raymond, Rémond, MM. René-Boisneuf, Révérand, Rey, Reynaud, Reynès, Rie, Mlles Rist, Rivet, MM. Roch, Roger, Rognon, Mlle Rosental, MM. Roubinet, Rouget, Roy, Rudnansky, Ruel, Ryckebusch,

Mlle Saas, MM. Sadri, Salet, Salinési, Mlle Saulnier, MM. Schermann, Schilte, Schtakleff, Schlafer, Mlle Seror, MM. Serre, Sevilleano, Seyer, Mlle Sibertin-Blanc, M. Sieurin, Mlle Slim y Villegas, M. Sohler, Mlle Soudant, MM. Soulier, Sterboul, Stora, Mlle Szesniakowski,

Mlle Tarrade, M. Tavernier, Mlle Tavernier, Mme Témime née Morhange, MM. Tisca, Todoskoff, Tola, Torlet, Mlle Tostivint, MM. Toufesco, Tran-Van-Hoa, Tran-Van-Luong, Tremblin, Tricot,

MM. Ulmann, Umdenstock, Uzan (Elie), Uzan (Maurice),

MM. Vasquez, de Vaudelade du Breuillon, Verliac, Verriez, Verroust, Vialard-Goudou, Vignon, Villebrun, Vinour, Vittrant,

Mlle Weissbrod, MM. Wibrotte, Wolf,

M. Zaepffel.



---

# ANGINE DE POITRINE

## AORTITES

## ASTHME CARDIAQUE

## ARTÉRITES, ETC..

---

### TRAITEMENT D'URGENCE

DRAGÉES  
A  
NOYAU MOU  
DE

**TRINITRINE**  
**CAFÉINÉE**  
**DUBOIS**

**TRINITRINE**  
**PAPAVÉRINE**  
**LALEUF**

CROQUER  
UNE DRAGÉE TOUTES LES 2 OU 3 MINUTES  
AU MOMENT OU EN PRÉVISION DES ACCÈS.  
MAXIMUM 10 DRAGÉES PAR 24 HEURES

---

### TRAITEMENT PRÉVENTIF

DRAGÉES  
DE  
**THÉOVÉRINE**  
**LALEUF**

3 A 6 DRAGÉES PAR 24 HEURES

CAPSULES GLUTINISÉES  
DE  
**PAVÉRINOL**  
**LALEUF**

4 A 6 CAPSULES PAR 24 HEURES

SUIVANT PRESCRIPTION MÉDICALE

---

ÉCHANTILLONS ET LITTÉRATURE  
**LABORATOIRES LALEUF**  
20, RUE DU LAOS — PARIS (XV<sup>e</sup>)

---

Nouvelle adresse : 51, rue Nicolo, PARIS (XVI<sup>e</sup>).

## NOTES POUR L'INTERNAT

DIAGNOSTIC DES ICTÈRES CHRONIQUES  
PAR RÉTENTION

**Diagnostic différentiel.** — Plusieurs cas sont à envisager :

*Si l'ictère est léger, on peut avoir à discuter certains diagnostics :*

- Cirrhose pigmentaire ;
- Paludisme chronique ;
- Maladie d'Addison ;
- Ictère hémolytique ;
- Anémie avec hémolyse.

*Si l'ictère est net, penser à l'ictère picriqué (sérum, aspect des urines), mais surtout éliminer les ictères chroniques avec décoloration des matières qui ne sont pas des ictères par rétention.*

Dans certains cas, le diagnostic est facile : la décoloration des matières n'est que transitoire, et des examens successifs montrent vite qu'il n'y a pas de rétention.

Ainsi, dans certaines périodes de la maladie de Hanot.

Egalement à certaines phases de cirrhoses veineuses.

Certains ictères, s'accompagnant de décoloration des matières (hépatites dégénératives) sont aussi, d'un diagnostic facile : ictères toxiques, ictères infectieux secondaires.

Mais, certaines hépatites ictérogènes avec décoloration des matières sont d'un diagnostic délicat : ictères catarrhaux prolongés, atrophie subaiguë du foie. Les signes peuvent être les mêmes et il est parfois très difficile de trancher entre ictère par hépatite, ou ictère par obstacle des voies biliaires, car la cholostase s'accompagne à la longue d'hépatite. En réalité, en pratique, le problème diagnostique ne se pose pas ainsi : ce n'est pas au problème pathogénique que l'on doit s'attaquer, mais au problème étiologique. En fait, en face d'un ictère type par rétention, on doit s'efforcer de reconnaître la cause ; de voir s'il y a ou non hépatite associée.

C'est dire l'importance du diagnostic étiologique.

**Diagnostic étiologique.** — Dans quelques cas exceptionnels, que nous éliminerons d'emblée, le diagnostic étiologique est facile : ictère du nourrisson dû à une malformation des voies biliaires, à une gomme hérédo-syphilitique ; ictère survenant chez l'adulte au cours d'un cancer nodulaire du foie, d'un kyste hydatique, d'une cirrhose, d'un cancer du pylore, d'un ulcus pyloro-duodénal...

Dans la règle, l'ictère est de diagnostic étiologique difficile, et l'on devra s'efforcer de rattacher cet ictère chronique par rétention d'allure primitive à l'une des deux causes suivantes : lithiase du cholédoque, cancer du pancréas.

**L'ictère de la lithiase du cholédoque.** — Le plus fréquent des ictères chroniques par rétention (80 %) a pour lui un terrain spécial : il survient chez une femme de 30 à 50 ans, ayant eu des antécédents lithiasiques, soit coliques hépatiques franches, soit coliques vésiculaires, soit même de simples manifestations dyspeptiques. L'ictère se voit chez une femme ayant eu plusieurs grossesses antérieures. L'ictère a un début brusque, à la suite d'une crise douloureuse, et l'on doit retenir que l'apparition d'un ictère, surtout après une crise douloureuse, chez un lithiasique doit faire penser au calcul du cholédoque.

L'ictère frappe à première vue, mais, fait important, il n'est jamais extrêmement intense, du jaune clair au jaune orange, sans jamais atteindre les teintes verdâtres ni bronzées.

Il s'accompagne d'un foie un peu augmenté de volume, lisse et régulier, sans vésicule palpable (cholécystite scléroatrophique), suivant la loi de Courvoisier et Terrier. C'est un ictère douloureux, avec des points douloureux nettement perceptibles et de véritables crises douloureuses. Les points douloureux sont ceux de la lithiase.

Point cystique, signe de Murphy ;

Point de Desjardin ;

Point pancréatico-cholédocien.

Les crises douloureuses surviennent deux à trois heures après les repas, sont à maximum épigastrique et à irradiations scapulaires : « coliques cholédociennes » ; moins nettes, ces douleurs constituent une exagération de la dyspepsie des biliaires.

L'ictère coexiste avec un assez bon état général et un amaigrissement peu considérable, mais c'est un ictère fébrile : l'existence de fièvre à une grande valeur diagnostique ; elle est intermittente et d'intensité variable. Peu intense, elle sera décelée par une prise systématique de la température toutes les trois heures. Intense, avec frissons et sueurs, elle traduit l'angiocholite, s'accompagne de polynucléose sanguine et constitue le « paludisme biliaire de Gilbert », la fièvre « bilio-septique de Chauffard ».

Ictère franc, peu intense, ictère douloureux, ictère fébrile, l'ictère du calcul du cholédoque est caractéristique par son évolution : il est variable et évolue par poussées ; tantôt il s'accroît, et les téguments sont jaune citron, safran, les urines plus foncées, les matières décolorées ; le foie augmente de volume ; des paroxysmes douloureux surviennent ; des poussées fébriles marchent de pair avec ces recrudescences de l'ictère ; tantôt, l'ictère diminue : ictère léger, ou même subictère, seules les muqueuses restent bien colorées ; les urines s'éclaircissent, les matières partiellement décolorées sont panachées ; le foie diminue de volume (Brûlé), les phénomènes douloureux s'amendent ; l'ictère devient apyrétique ou presque, et il faut savoir profiter de ces rémissions pour intervenir. Ces « poussées », au cours de l'ictère calculeux, montrent l'importance de l'élément infectieux : soit cholécystite, angiocholite, se surajoutant à l'obstacle mécanique, soit hépatite aiguë dégénérative (Carnot et Caroli).

Les examens spéciaux pourront permettre parfois d'affirmer le diagnostic, soit en montrant le calcul, soit en extériorisant l'hépatite.

Dans l'ictère calculeux, une bonne radiographie simple pourra faire constater la présence d'un ou plusieurs calculs ; on fera plusieurs clichés (face, oblique, profil, stéréoradiographie).

Le tubage duodénal, après épreuve de Meltzer-Lyon est négatif le plus souvent ; parfois, il donne un peu de bile moins riche en pigments, plus riche en cholestérine, avec présence de polynucléaires et de germes divers (colibacille, staphylocoques).

Cet ictère s'accompagne d'hépatite : l'épreuve de la galactosurie alimentaire est positive, les temps de saignement, de coagulation, sont parfois modifiés ; il y a urobilinurie.

Il sera nécessaire de toujours compléter ces examens spéciaux par un dosage de l'urée sanguine.

(A. suivre.)

ALBERT FIEHRER.

**Des Sociétés de pharmacie : la fabrication et la vente en gros des produits pharmaceutiques,** par Yves-Bertin LEDOUX. In-8° de 182 pages. — Imprimerie Albert Plouvier et fils, à Carvin (Pas-de-Calais).

Le Directeur-gérant : D<sup>r</sup> François LE SOURD.



A base  
de  
Tryptaflavine

# Pastilles de PANFLAVINE

## TRAITEMENT et PROPHYLAXIE des

**ANGINES**  
rouges, pultacees,  
diphtheriques

**STOMATITES**

**MUGUET**

Innocuité absolue —  
Pas de contre-indications  
EN BOITES DE 30 PASTILLES

Renseignements et demandes d'échantillons  
SOCIÉTÉ PROMÉDIC  
26, Rue Vauquelin - PARIS-5<sup>e</sup>



« DÉPOT GÉNÉRAL : »  
LABORATOIRES LOBRU - PARIS

# BELLAFOLINE

## " SANDOZ "

Alcaloïdes totaux de la Belladone, à l'état pur, solubles, stables, exactement dosés, injectables

GOUTTES	COMPRIMÉS	AMPOULES	SIROP
X à XX, trois fois par jour.	1 à 2, trois fois par jour.	1/2 à 2 par jour.	2 à 6 cuillerées à café p <sup>r</sup> jour.

**PRODUITS " SANDOZ ", 20, rue Vernier. — PARIS-17<sup>e</sup>**  
B. JOYEUX, pharmacien de 1<sup>re</sup> classe

 INFECTIONS  
CHRONIQUES

# IODASEPTINE CORTIAL

 7, r. de l'Armorique  
PARIS (XV<sup>e</sup>)

**CHARBON DE PEUPLIER** sous forme de **GRAINS ANISÉS** de **CHARBON TISSOT**  
Humectent, divisent, aseptisent, expulsent.  
et conséquences : MAUVAISES DIGESTIONS, MIGRAINES, LOURDEURS de TÊTE  
DIVISION du **BOL ALIMENTAIRE** HÉMORROIDES, etc. — Une cuillerée à café avalée comme des grains de lin, après chaque repas.  
**CONSTIPATION** Toutes Pharmacies. — Échantillons : PARIS-34, BOULEVARD DE CLICHY (Service 2)



# FARINES MALTÉES JAMMET

de la Société d'Alimentation diététique

**RÉGIME DES MALADES, CONVALESCENTS, VIEILLARDS**

Farines très légères

**RIZINE**

Crème de riz maltée

**ARISTOSE**

à base de farine maltée de blé et d'avoine

**CÉRÉMALTINE**

(Arrow-root, orge, blé, maïs)

Farines légères

**ORGÉOSE**

Crème d'orge maltée

**GRAMENOSE**

(Avoine, blé, orge, maïs)

**BLÉOSE**

Blé préparé et malté

Farines plus substantielles

**AVENOSE**

Farine d'avoine maltée

**CASTANOSE**

à base de farine de châtaignes maltée

**LENTILOSE**

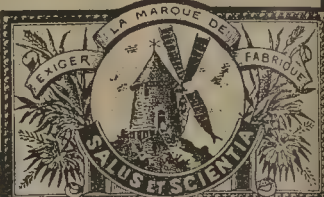
Farine de lentilles maltée

*Alimentation  
des Enfants*

**CACAOS, MALTS, SEMOULES, CÉRÉALES** spécialement préparées pour **DÉCOCTIONS**

Usine et Laboratoires à LEVALLOIS-PERRET. — Brochure et Echantillons sur demande

**ETABLISSEMENTS JAMMET, Rue de Miromesnil, 47, Paris**



# PEPTONATE DE FER ROBIN

Gouttes - Vin - Élixir

**ANÉMIE-CHLOROSE-DÉBILITÉ**

**LABORATOIRES ROBIN, 13, Rue de Poissy, PARIS**

R. C., 221.839,  
Seine.

LA PREMIÈRE THÉRAPEUTIQUE NATURELLE

EN GASTRO-  
ENTÉROLOGIE



## Biomucine

la première préparation de mucine  
naturelle du mucus de l'estomac,  
l'anti-acide et le protecteur naturel  
de la muqueuse gastro-duodénale

**HYPERACIDITÉ - ULCÈRES**



## Entéromucine

la première préparation de mucine  
naturelle du mucus de l'intestin,  
le régulateur et le protecteur naturel  
de la muqueuse intestinale

**CONSTIPATION - COLITES**

**LABORATOIRES ROBERT ET CARRIERE**

37, Rue de Bourgogne, PARIS, VII<sup>e</sup>  
A. TABART doct. es sciences physiques



*La Lancette Française***GAZETTE DES HOPITAUX****CIVILS ET MILITAIRES****PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI****ADMINISTRATION ET RÉDACTION :****49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6°. Tél. : Danton 48-31.****PUBLICITE : M. A. THIOLLIER, 146, boulevard Raspail, PARIS (6°) - Téléph. : LITRÉ 54-93.****PRIX DE L'ABONNEMENT****FRANCE**

3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.

*Etudiants : 25 francs par an.*

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

**ETRANGER**Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.  
Tous les autres pays : 75 francs.**SOMMAIRE****REVUE GÉNÉRALE***Les hernies diaphragmatiques*, par MM. Robert GARRAUD et Pierre BASTIEN.**SOCIÉTÉS SAVANTES***Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société médicale des hopitaux. — Société de chirurgie. — Société de biologie.***INTÉRÊTS PROFESSIONNELS***Défense passive.**Médecins étrangers.**Paris a fait l'union de ses étudiants en médecine.***HÔPITAUX DE PARIS**

Liste par ordre de mérite des candidats reçus au concours de l'externat.

**PRATIQUE MÉDICALE****LIVRES NOUVEAUX****CONGRÈS ET ENCURSIONS****ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS****INFORMATIONS****HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'EXTERNAT. —** Liste par ordre de mérite des candidats reçus au concours de l'externat. (V. p. 378.)**HÔPITAL-HOSPICE DE SAINT-DENIS (SEINE). —** Un concours pour l'obtention de quatre places d'internes titulaires aura lieu à l'hôpital-hospice de Saint-Denis les lundi 25 et mardi 26 mars 1935, à 9 h.

Pour tous renseignements, s'adresser au directeur de l'hôpital de Saint-Denis, 7 bis, rue du Fort-de-l'Est, de 9 à 12 h. et de 14 à 17 h.

**HÔPITAL FOCH. —** M. le ministre de la Santé publique présidera l'inauguration des nouvelles salles de consultation externe et de prophylaxie sociale de l'hôpital Foch, 60, rue Vergniaud, le dimanche 17 mars 1935, à 10 h. 30 du matin, en présence de M. le maréchal Pétain.**HÔPITAL CIVIL DE TUNIS. —** Un concours sera ouvert, au siège de la Faculté de médecine à Paris le lundi 6 mai 1935, à 9 h. du matin, pour un emploi de médecin chef du service de neuro-psychiatrie à l'hôpital civil de Tunis.*Conditions d'inscription au concours. —* Pour se présenter

au concours, les candidats devront réunir les conditions suivantes :

1. Etre Français;
2. Avoir le diplôme d'Etat de docteur en médecine conféré par une faculté française;
3. Ne pas être âgés de plus de 40 ans.

Les candidats devront se faire inscrire à la direction de l'hôpital civil français à Tunis.

La liste d'inscription sera close le 6 avril 1935. Ils déposeront, en même temps que leur demande :

1. Leur acte de naissance;
2. Leur diplôme de docteur;
3. L'indication de leur résidence actuelle et une notice sur leurs titres, travaux et services antérieurs.

Les avantages attachés à l'emploi consistent en une indemnité annuelle de 15.000 fr.

**FACULTÉS DE MÉDECINE. — PARIS. — Concours pour l'adjuvat. —** Un concours pour cinq places d'aide d'anatomie s'ouvrira le lundi 6 mai 1935, à midi, à la Faculté de médecine de Paris.

Tous les élèves français de la Faculté sont admis à prendre part à ce concours.

Ils devront au préalable déposer les pièces anatomiques prévues par l'article 2 de l'arrêté ministériel du 13 décembre 1917.

Le registre d'inscription est ouvert au secrétariat de la Faculté de 13 à 17 h., tous les jours, jusqu'au samedi 13 avril inclusivement.

**— Concours pour le prosectorat. —** Un concours pour deux places de prosecteur s'ouvrira le mardi 7 mai 1935, à midi, à la Faculté de médecine de Paris.

MM. les aides d'anatomie sont seuls admis à prendre part à ce concours.

**NATIBAÏNE**

ASSOCIATION DIGITALINE NATIVELLE ET OUABAÏNE ARNAUD

LABORATOIRE NATIVELLE, 27, Rue de la Procession, PARIS (XV°)

Ils devront au préalable déposer les pièces anatomiques prévues par l'article 16 de l'arrêté ministériel du 13 décembre 1927.

Le registre d'inscription est ouvert au secrétariat de la Faculté, de 15 à 17 h., tous les jours, jusqu'au samedi 13 avril inclusivement.

#### GUERRE. — Mutations :

**Médecins colonels.** — M. Cristau, médecin et spécialiste des hôpitaux militaires, section technique du Service de santé, détaché au ministère de la Guerre, direction du Service de santé, est affecté au ministère de la guerre, direction du Service de santé; M. Coudray, médecin des hôpitaux militaires, médecin chef des salles militaires de l'hospice mixte de Perpignan, est affecté à la section technique du Service de santé, détaché au ministère de la Guerre, direction du Service de santé.

— Sont désignés pour assurer le fonctionnement des hôpitaux thermaux en 1935 :

**Hôpital militaire de Barèges.** — M. Tournier-Lasserre, médecin-chef, et MM. Valatx et Lataste.

**Hôpital militaire de Bourbonne-les-Bains.** — M. Fontaine, médecin chef, et MM. Grandpierre et Benitte.

**Hôpital militaire de Châtel-Guyon.** — M. Delacroix, médecin chef, et M. Carli.

**Hôpital militaire du Mont-Dore.** — M. Maire, médecin chef et M. Girardin.

**Hôpital militaire de Vichy.** — MM. Fauqué, Néron, Audouy, Lemaire et Picot.

**MINISTÈRE DE L'AIR. — CRÉATION DE CENTRES MÉDICAUX D'EXAMENS ET D'ÉTUDES.** — Un service médical d'examens et d'études est institué au ministère de l'air.

Ce service est chargé d'examiner tout le personnel navigant affecté aux transports publics, prévu à l'annexe E, chapitre 1<sup>er</sup>, section IV, de la convention internationale du 13 octobre 1919.

Il est chargé, en outre, d'étudier expérimentalement toutes les questions touchant à l'influence du vol sur l'organisme, d'en déterminer les conséquences, les lois et les répercussions et notamment d'essayer les appareils permettant le séjour aux hautes altitudes.

Le service médical d'examens et d'études comprend :

Un centre principal d'examens et d'études au port aérien du Bourget-Dugny;

Quatre centres régionaux à Bordeaux, Marseille, Alger et Casablanca;

Un centre réduit à Tunis.

Le centre principal comprend : un médecin, chef du centre principal d'examens et d'études et de l'ensemble du service; quatre médecins spécialistes; un médecin pratiquant la médecine générale; un opérateur radiographe mécanicien, faisant fonctions de secrétaire du centre principal.

Le centre régional : un médecin, chef du centre régional; trois médecins spécialistes.

Le centre réduit : trois médecins spécialistes, dont un faisant fonctions de chef de centre.

Toutes les nominations prononcées dans le personnel des centres médicaux d'examens et d'études antérieurement sont et demeurent valables. (J. O., 7 mars 1935.)

**CENTENAIRE DE FODÉRÉ.** — On célébrera à Strasbourg, le 13 avril prochain, le centenaire de la mort du docteur François-Emmanuel Fodéré, qui y professa la médecine légale de 1814 à 1834.

**CONFÉRENCES MÉDICALES DE L'HÔTEL CHAMBON.** — Le vendredi 22 mars 1935, à 21 h., dans la grande salle des conférences de l'Hôtel, 95, rue du Cherche-Midi, M. le doc-

teur P. Cibrie donnera une conférence sur « l'Ordre des médecins ».

Des questions pourront être posées au conférencier, après son exposé.

**LIGUE FRANÇAISE CONTRE LE RHUMATISME** (secrétariat-trésorerie : 3, avenue du Président-Wilson, Paris). — L'assemblée générale de la Ligue française contre le rhumatisme aura lieu le samedi 23 mars 1935, à 16 h. précises, à l'Hôtel de la Confédération des syndicats médicaux, 95, rue du Cherche-Midi, à Paris.

A l'issue de la séance, un dîner amical réunira comme de coutume les membres de la Ligue au restaurant Calvet, 165, boulevard Saint-Germain. (Prière de se faire inscrire avant le 20 mars au secrétariat.)

**NÉCROLOGIE.** — Nous apprenons avec peine la mort du docteur Antoine Armaingaud, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Bordeaux, correspondant de l'Académie de médecine, commandeur de la Légion d'honneur, décédé à Paris dans sa 93<sup>e</sup> année. On connaît les beaux travaux de notre regretté confrère sur la tuberculose et sur les cures climatiques marines. Le docteur Armaingaud était aussi un lettré délicat. Il était l'homme de France qui connaissait le mieux Montaigne. Il avait fondé une association des amis de Montaigne, et c'est à lui qu'on doit la belle statue de Montaigne par Landowsky offerte naguère à la Ville de Paris.

— Nous apprenons aussi la mort de MM. les docteurs H. Feuillade (de Lyon), A. Lemercier (de Paris), Prosper Piet (de Denain), Alphonse Hamel, inspecteur honoraire de l'Assistance publique, à Lille; Louis Schaepelynck (de Lille); Lucien Lacombe, doyen des médecins honoraires des hôpitaux de Paris, décédé à Périgueux dans sa 90<sup>e</sup> année. M. Lacombe était médecin des hôpitaux depuis 1880, il était médecin de l'hôpital Beaujon quand il prit sa retraite.

**A VENDRE A L'AMIABLE**  
**VILLA A CONTREXÉVILLE**  
(Vosges) **Pouv' convenir à médecin** Laboratoire, 7 chres de mait. Jard. C<sup>ee</sup> 380 m. S'adr. M<sup>e</sup> R. MORIL d'ARLEUX, not. Paris 15, r. St-Pères. 377

**PARMAIN** (S.-et-O.) P<sup>te</sup> DE CAMPAGNE, 91, rue du Maréchal Foch (Gr<sup>de</sup> Rue) à 100 m. Gare l'Isle-Adam. **Libre.** C<sup>ee</sup> 10.365 m. M. à p. 475.000 fr. A adj<sup>er</sup> Ch. Not. Paris, 9 avril à 14 h. S'adr. M<sup>e</sup> THIBIERGE, not. Paris, 9, rue d'Astorg. 379

**ANÉMIES  
DYSPEPSIES  
ANTITOXIQUE**



**DOSE: 4 à 6  
TABLETTES  
PAR JOUR**

**BIOXYDE DE MANGANESE COLLOÏDAL - SELS MAGNÉSIENS.**  
Laboratoire SCHMIT. 71 Rue Sainte-Anne. PARIS. 2<sup>e</sup>

**Iodarsenic de GUIRAUD**  
(Contre l'écoulement)  
TOUS ÉTATS GONORRÉIQUES - LYMPHATISME - MALADIES CUTANÉES  
Littérature et Échantillons: 10, Impasse Mlard, Paris (18<sup>e</sup>)

**Toux  
Oyspée**

**IODEINE MONTAGU**

**Strop  
Granules**

**CROSNIER**

**Cure  
sulfureuse**



LABORATOIRES DEGLAUDE  
15, BOUL<sup>d</sup> PASTEUR, PARIS (XV<sup>e</sup>)

MÉDICAMENTS CARDIAQUES  
SPÉCIALISÉS



*les 2 médicaments cardiaques essentiels*

# LE SPARTO-CAMPBRE LE SPARTOVAL

Deux nouveaux Sels de la **SPARTÉINE** en thérapeutique cardiovasculaire, nouveaux dérivés où les propriétés de la **Spartéine** sont potentialisées et renforcées :

le **Camphre** dans le

## SPARTO-CAMPBRE

CAMPHO-SULFONATES de SPARTÉINE et de SODIUM

TONICARDIAQUE

ET DIURÉTIQUE

Synergie médicamenteuse puissante possédant toutes les indications de l'huile camphrée et de la Spartéine.

### FORMES :

Ampoules de 2 et 5 c. c.  
(médicament d'urgence)

Dragées (médicament d'entretien)

l'acide valérianique dans le

## SPARTOVAL

ISOVALÉRIANATE NEUTRE DE LA SPARTÉINE

CARDIO RÉGULATEUR

ET NEUROSÉDATIF

Médicament des algies et troubles fonctionnels cardiaques et cardio-vasculaires.

Traitement des arythmies.

Dragées dosées à 0 gr. 05.

Laboratoires CLIN. — COMAR & C<sup>ie</sup>, 20, rue des Fossés-Saint-Jacques, Paris.

## TRAITEMENT DE L'ALCALOSE

# GÉNACIDE

LABORATOIRE  
MONTAGU

49, B<sup>d</sup> de PORT-ROYAL

PARIS

## THÉRAPEUTIQUE IODORGANIQUE & RADIODIAGNOSTIC

**LIPIODOL**  
**LAFAY**

Huile Iodée à 40 %.

### Pour combattre

Asthme  
Artériosclérose  
Lymphatisme  
Rhumatisme  
Algies diverses  
Sclatisme  
Syphilis

### Pour Explorer

Système Nerveux  
Voies respiratoires  
Utérus et trompes  
Voies urinaires  
Sinus nasaux  
Voies lacrymales  
Abscesses et fistules

Ampoules, Capsules, Emulsion, Comprimés

A. GUERBET & C<sup>o</sup>, Pharmacien, 22, Rue du Landy — S<sup>t</sup>-OUEEN, près Paris.



## INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

### DÉFENSE PASSIVE

La défense passive du territoire contre les dangers aériens, préparée sous la haute direction de M. le maréchal Pétain, puis du général Duchesne, paraît entrée en sommeil au moment même où la convention aérienne franco-britannique, les révélations du Livre blanc anglais, les renseignements qui nous parviennent sur les formidables armements aériens de l'Allemagne devraient émouvoir l'opinion.

A Paris, les commissions nommées par le préfet de police pour préparer la défense passive de Paris et de la banlieue ont terminé depuis longtemps l'étude de leurs projets.

Pour les exécuter, l'administration est obligée d'attendre le vote du projet de loi sur la défense passive, déposé depuis juillet dernier sur le bureau de la Chambre.

Le retard du vote de cette loi est inexplicable et engage gravement la responsabilité du gouvernement et du Parlement. Serons-nous toujours réduits en France à employer le système D ?

F. L. S.

P. S. — Des confrères m'ont demandé récemment à quelles adresses on peut se procurer des masques agréés. Nous rappelons que nous avons donné ces adresses dans la *Gazette des Hôpitaux* N° 101, 19 déc. 1934, page 1806.

### MÉDECINS ÉTRANGERS

J'ai sous les yeux la liste des 37 docteurs en médecine d'État qui ont fait enregistrer leur diplôme à la Préfecture de Police pendant le mois de février 1935 ; 23 d'entre eux sont d'origine étrangère : 1 Brésilien, 1 Lithuanien naturalisé Français, 3 Polonais dont deux naturalisés, 15 Roumains dont un naturalisé, et 1 Turc également naturalisé. Quelle proportion de non-Latins importés dans le Corps médical parisien ! Près des deux tiers ! C'est pour le moins excessif. Continuons à ce rythme, et il y aura sous peu 100 pour 100 de médecins étrangers.

On s'étonne, ensuite, des grèves d'étudiants en médecine, et certains personnages officiels reprochent à ces derniers leur xénophobie. D'abord, nous ne sommes pas xénophobes, et le serions-nous que de pareils chiffres justifieraient notre état d'âme. Vraiment, j'affirme que ceux qui ne veulent pas soutenir à fond le mouvement de défense des jeunes Français sont en train de creuser un infranchissable fossé entre la génération des jeunes, fils pour la plupart d'Anciens Combattants, et la génération des anciens qui persistent à ne pas vouloir prévenir la guerre.

Pourtant, un homme qui honore la médecine française a vu clair dans tout le gâchis au milieu duquel nous nous débattons : cet homme, c'est le professeur FORGUE, qui a illustré la Faculté de Montpellier. C'est lui, qui jeune professeur, il y a quarante années, a préparé la création du diplôme d'Université pour que les étrangers puissent l'obtenir et retourner ensuite dans leur pays d'origine afin de propager les bienfaits de la culture médicale française.

Il nous a dit récemment, lors de son passage à Paris après le banquet du *Concours Médical*, que la France devait ouvrir à grands battants la porte de ses laboratoires, de ses amphithéâtres et de ses cliniques. Par contre, a-t-il ajouté, si le doctorat d'Université clôture les études médicales des étrangers, en ne leur donnant aucun droit à l'exercice de la médecine, la France doit fermer à triple verrou la profession, imposer la limitation et la sélection des étrangers admis à exercer chez nous ; exiger les mêmes garanties universitaires, les mêmes obligations militaires, la preuve et l'épreuve d'une nationalisation suffisante, surtout au moment où le service de deux ans va retarder nos jeunes docteurs autochtones. »

Il est heureux que je puisse ici invoquer, à l'appui de notre mouvement national, l'autorité de ce grand nom de la chirurgie française et montpellieraine. Car le professeur Forgue pressentait la nouvelle et légitime offensive de ses élèves de Montpellier depuis longtemps déjà, et il peut se féliciter de ce que la grève ait pris naissance dans cette ville qui est sa ville, et qui fut le berceau de tant de docteurs de la médecine française.

Si le Gouvernement et si toutes les associations d'étudiants en médecine de France ne maintenaient pas la chaîne qui les unit à l'élite intellectuelle du Languedoc, de la Provence et des Cévennes, soyons certains qu'il restera là-bas au *Clapas* un foyer d'agitation perpétuelle qu'aucune autorité ne réussira à calmer.

Que ceux qui tiennent en mains les fils du Destin le comprennent tant que l'irréparable n'est pas accompli. Les Latins du Midi savent ce qu'ils ont à faire et ils le feront.

MAURICE MORDAGNE.

### PARIS A FAIT L'UNION DE SES ÉTUDIANTS EN MÉDECINE

Au lendemain de la grève, l'Association Corporative des Étudiants en Médecine de Paris a conjugué ses efforts et ses démarches avec l'Union Nationale des Étudiants de France. M. LAFITTE, son président, et moi-même, délégué permanent de la Corporative, nous avons fait diverses démarches que nous avons signalées.

Vers le 15 février, une entente a été scellée entre toutes les Associations d'étudiants en médecine de Paris (Corporative, Amicale, Internes et Externes). Cette entente, qui rassemble l'immense majorité des élèves de la Faculté de Paris, a mis sur pied un projet de proposition de loi.

Le texte en a été approuvé officiellement par le Syndicat des Médecins de la Seine et la Confédération des Syndicats médicaux. Le docteur Bongrand, président du S.M.S. ; les docteurs Tissier-Guy et Herpin, vice-présidents ; les docteurs Jolly et Dévé ; le docteur Flandin, médecin des hôpitaux, ont vivement appuyé le texte des étudiants. Les docteurs Cibré et Hilaire lui ont donné le blanc-seing de leur puissante Confédération. En conséquence, nous sommes tous d'accord pour exiger des Pouvoirs publics qu'ils fassent leur devoir de protecteurs des intérêts français. Aussi le docteur Nast, député de Seine-et-Marne, a-t-il adopté le projet de l'Entente des associations parisiennes d'étudiants et l'a-t-il utilisé pour faire le contre-projet de la Commission de l'Hygiène.

Et d'ici peu il y aura un changement dans les règlements de facilité incapables d'arrêter le flot montant des étrangers.

Nous en reparlerons.

MAURICE MORDAGNE.

Le premier numéro de la nouvelle revue *Gaz de combat, Défense passive, Feu-Sécurité*, contient les articles suivants :

Le problème du masque pour la population passive, par L. Dautrebande, professeur à l'Université de Liège. — La protection collective en atmosphère confinée, par le colonel P. Bruère, docteur en sciences et en pharmacie. — Le quotient respiratoire et la régénération de l'air vicié par la respiration, par Georges-F. Jaubert, docteur en sciences. — L'anesthésie au protoxyde d'azote, en cycle fermé, par le Dr J. Carré, médecin des hôpitaux de Roubaix. — L'exposition de la défense aérienne de Zurich.

Envoi de ce numéro de 48 pages illustrées contre 10 francs pour la France et 11 francs pour l'étranger, adressés par chèque postal (Paris 202), mandat international ou chèque bancaire à MM. J.-B. Baillière et fils, éditeurs, 19, rue Hautefeuille, Paris (6<sup>e</sup>).

**TROUBLES  
DU  
MÉTABOLISME  
PHOSPHO-CALCIQUE**

**RACHITISME**

**OSTÉOMALACIE  
DÉCALCIFICATION  
FRACTURES**

**CARIES DENTAIRES  
GROSSESSE LACTATION  
CONVALESCENCE**

**ERGORONE**

**SOLUTION HUILEUSE  
RENFERMANT  
0,015 POUR 100 DE**

**VITAMINE D CRISTALLISÉE**

*Soit. 6000 unités  
internationales par cc  
200 unités interna-  
tionales par goutte*

**MÉDICATION D'UNE POSOLOGIE PRÉCISE**  
CONTRÔLÉE  
PHYSIQUEMENT ET  
BIOLOGIQUEMENT

**SOCIÉTÉ PARISIENNE  
D'EXPANSION CHIMIQUE**

**SPECIA**

**MARQUES POULENC FRÈRES  
ET USINES DU RHÔNE  
21. RUE JEAN GOUJON-PARIS**

# ULCÈRES, GASTRITES, COLITES BISMUTH TULASNE



Boîte : 10 paq. de 10 g.

Pansement gastro-intestinal au sous-nitrate de bismuth kaoliné, préparé suivant la méthode de A. Tulasne, ex-chef de laboratoire à la Pitié. Pouvoir sédatif et cicatrisant incomparable, innocuité absolue, facilité d'absorption, dosage rigoureux en paquets de 10 gr.

*Un paquet (ou deux) dans un verre d'eau le matin à jeun ou par prises fractionnées dans la journée.*

Autres indications :

**DYSPEPSIES, AÉROPHAGIE  
VOMISSEMENTS, DIARRHÉES  
FERMENTATIONS, OXYUROSE**

**LABORATOIRES BOUILLET  
48, Bd des Batignolles, PARIS**



## REVUE GENERALE

## LES HERNIES DIAPHRAGMATIQUES

Par MM. ROBERT GARRAUD et PIERRE BASTIEN,  
Internes des hôpitaux de Lille.

On entend par hernie diaphragmatique tout déplacement des viscères à travers une solution de continuité du diaphragme. Cette affection, considérée autrefois comme extrêmement rare, est aujourd'hui plus facilement reconnue et doit être envisagée comme relativement courante.

Si le traitement en est encore discuté, les données anatomiques, cliniques et radiologiques sont bien précisées et il n'est guère permis au médecin de laisser passer une H. D. sans en poser le diagnostic.

**Historique.** — Les H. D. sont connues depuis longtemps. Ambroise Paré a rapporté dans son style savoureux deux observations authentiques de cette affection.

On retrouve depuis ce temps nombre de publications sur des H. D. surtout observées chez les nouveau-nés, mais ce n'est qu'au début du XIX<sup>e</sup> siècle que les auteurs cherchent à grouper les faits et à en déduire des théories pathogéniques. Les thèses de Chauvet (1829) et d'Auzelly (1842) appartiennent à cette période. Il faut ensuite attendre 1887 pour voir paraître un travail d'ensemble sur les hernies traumatiques et leur étranglement (Thèse de Boussac). Ces études amènent des éclaircissements sur les variétés anatomiques et la pathogénie des H. D. Mais l'étude clinique et celle du traitement sont bien négligées. « Viendrait-il à l'idée d'un chirurgien de vouloir porter le couteau sur le diaphragme ? » disait Duguet en 1886.

La guerre de 1914-1918 a fait considérablement progresser nos connaissances sur les H. D. Les nombreuses observations rapportées à cette époque se traduisent en 1920 par un travail fondamental sur la question : la thèse de Jean Quénu où le traitement est surtout envisagé, avec une minutieuse description de la technique de la thoraco-laparo-phrénotomie.

Depuis ont paru un nombre considérable d'observations :

En 1921 Louste, Fatou et Lucy étudient le diagnostic de la hernie et de l'éventration diaphragmatique.

Duval (1924), Lecène (1927), Schwartz, Leriche (1928), Quénu (1931) et Soupault (1932) présentent des rapports à la Société de Chirurgie, rapports où la question du traitement est surtout discutée.

Sergent, Kourilsky et Robert signalent les accidents pulmonaires aigus accompagnant les H. D. (1933).

Akerlund publie une série d'articles sur les H. de l'hiatus œsophagien. Chiray, Benda et Lomon les étudient dans la *Presse Médicale* (1930).

Contat (1933) étudie la pathogénie des H. D., Merger et Leuret (1932) consacrent une revue générale à la H. D. de l'enfant (1933).

Très récemment Constantini et Bonafos soulèvent la question de la phrénicectomie dans le traitement des H. D.

Enfin, en 1934, Pierret et Breton individualisent les formes cliniques de la H. D. chez l'enfant. Trémolières, Tardieu et Caquot, Cain et Olivier publient d'importants articles dans la *Presse Médicale*. Trésarioux, Coulouma et Garraud décrivent les formes cliniques des ectopies thoraciques de l'estomac.

**Division du sujet.** — La classification des H. D. a été envisagée diversement suivant les auteurs. On admet généralement avec Desprez :

1° Des hernies congénitales dues à une malformation congénitale du diaphragme ;

2° Des hernies traumatiques consécutives à une plaie ou à une rupture du diaphragme et qui peuvent se rencontrer précocement dès le traumatisme ou tardivement, le plus souvent par rupture de la cicatrice ;

3° Des hernies acquises ou graduelles dont la pathogénie serait mixte. A la base il faudrait admettre une déficience musculaire du diaphragme, puis des traumatismes et des efforts répétés amèneraient la formation de la H. D.

Ce dernier groupe doit être supprimé, les hernies graduelles n'étant que des hernies congénitales à manifestation tardive.

Nous préférons donc diviser les H. D. en :

1° Hernies congénitales, soit à manifestations précoces, soit à manifestations tardives ;

2° Et hernies traumatiques dans lesquelles nous distinguerons avec Blum et Ombrédanne des hernies immédiates et des hernies consécutives, ces dernières survenant à la suite d'une contusion ou d'un effort.

**Pathogénie.** — Les hernies congénitales sont liées à une anomalie de développement du diaphragme.

Il est nécessaire pour la compréhension de la pathogénie de ces hernies de faire un rappel embryologique rapide sur le diaphragme.

D'après la théorie de Cruveilhier, le diaphragme se développe aux dépens de deux formations : septum transversum et piliers de Uskow.

1° *Septum transversum* : Les veines vitellines et omphaliques soulevant respectivement la splanchnopleure et la somatopleure forment en s'unissant le mésocarde de Kölliker.

Les deux mésocardes latéraux se rejoignent sur la ligne médiane et constituent le septum transversum.

Le bord postérieur du septum est libre. Il limite en avant les gouttières pleuro-péritonéales.

La partie supérieure du septum transversum seule donnera le diaphragme définitif.

2° *Piliers de Uskow* : Ce sont de doubles évaginations de mésoderme s'accolant pour fermer les gouttières pleuro-péritonéales, puis se soudant au septum.

Broman en plus du septum et des piliers fait participer dans la formation du diaphragme, en arrière : le mésentère ; au pourtour : les parois latérales du corps.

L'embryologie explique qu'il existe :

1° Des hernies sans sac où il y a absence complète d'une partie du diaphragme.

Ce sont les hernies embryonnaires où l'orifice occupe la place d'une des ébauches ; le plus souvent elles sont dues à l'absence des piliers de Uskow.

2° Des hernies avec sac où le développement des fibres musculaires s'est localement arrêté. Dans ce cas, il n'y a pas de siège d'élection.

*Mode de formation :* a) Hernie embryonnaire sans sac.

D'après Cruveilhier la solution de continuité du diaphragme est la conséquence de la présence des viscères dans la cavité thoracique.

L'ectopie se fait donc avant la fermeture des orifices pleuro-péritonéaux, empêchant la jonction des ébauches diaphragmatiques.

Actuellement on admet que l'orifice anormal du diaphragme est primitif. Les premiers mouvements respiratoires créent une véritable aspiration thoracique des viscères et la hernie est constituée.

b) Hernie focale avec sac :

Le mécanisme est ici celui de toute hernie.

Il s'agit d'une insuffisance localisée primitive de la musculature du diaphragme permettant le passage des viscères abdominaux dans la cavité thoracique.

**Anatomie pathologique.** — Quand on parle de H. D. il s'agit le plus souvent de hernies de bas en haut, dans la cavité pleurale ; la hernie de haut en bas ou pneumocèle abdominale est exceptionnelle. Les hernies de bas en haut dans le péricarde et le médiastin sont également des raretés.

Nous examinerons successivement les particularités de l'orifice herniaire, du sac, du contenu de la hernie et les modifications apportées par la H. D. dans l'hémithorax correspondant.

1° *L'orifice herniaire.* — L'orifice est généralement unique, très rarement multiple (Chauvet : 4 orifices).

Ses dimensions sont éminemment variables depuis le très large orifice dû à l'absence de la plus grande partie du muscle, jusqu'à l'orifice ne dépassant pas le diamètre du petit doigt.

Le siège de l'orifice herniaire est exceptionnellement médian ou droit. Le plus souvent situé à gauche on le trouve en des points variables : à la périphérie : hernies parasternales, costales, costo-vertébrales ou vertébrales, ou en pleine coupole diaphragmatique.

Parfois l'orifice herniaire occupe un orifice naturel : hernies œsophagiennes surtout.

La forme de l'orifice est aussi variable. On observe des orifices arrondis ou fissuraires, des orifices en croissant (Duguet) ; les bords sont blancs, mousses, fibreux dans le cas des hernies traumatiques, ou lisses, tranchant dans les hernies congénitales.

2° *Le sac.* — Son absence est de règle. Les hernies avec sac s'observent dans 1/6 des cas.

Ces hernies portent le nom de hernies vraies de Nélaton : le sac est généralement formé par les deux séreuses péritonéale et pleurale accolées.

3° *Le contenu de la hernie.* — On peut trouver dans la hernie tous les organes abdominaux. On y rencontre par ordre de fréquence décroissante :

a) L'estomac engagé en partie ou en totalité dans l'orifice herniaire.

b) Le côlon : généralement la moitié gauche du transverse ;

c) La rate : souvent entraînée par l'estomac ;

d) Le grêle : surtout les anses supérieures ;

e) L'épiploon : qu'on rencontre dans 1/3 des cas ;

f) Le foie : il s'agit généralement du lobe gauche ; rarement de la totalité de l'organe.

Enfin, plus rarement on trouve : le duodénum, le coecum, le pancréas, le rein gauche, le rein droit.

Les organes herniés peuvent contracter entre eux et avec les parois du sac des adhérences qui compliquent beaucoup le traitement des H.D.

4° *Modifications apportées par la H. dans l'hémithorax :* la cage thoracique est dilatée à sa base, les côtes sont élevées, les espaces intercostaux élargis.

La cavité pleurale est généralement agrandie. Elle peut être comblée par des adhérences ou être occupée par un épanchement pleural séreux.

Le poumon est refoulé vers le haut et s'atélectasie.

Le cœur est souvent déplacé vers la droite (dans les hernies gauches qui sont les plus fréquentes).

**Etiologie.** — *Fréquence :* cette affection semble assez fréquente.

Le nombre d'observations rapportées depuis la guerre est très élevé. L'un de nous a pu rapporter six observations personnelles à la Société de Médecine du Nord.

*Age :* elles sont observées surtout chez l'adulte.

*Sexe :* les H.D. traumatiques sont beaucoup moins fréquentes chez la femme. Mais on compte un nombre aussi important de H.D.C. chez la femme que chez l'homme. Celles-ci se révèlent assez souvent au cours d'une grossesse, certaines ont pu s'étrangler lors de l'accouchement.

*Profession :* c'est chez les manouvriers exposés aux traumatismes et les soldats en cas de guerre que l'on trouve le plus grand nombre de H. D. On en trouve aussi beaucoup survenues après les graves accidents d'auto.

*Côté :* les hernies sont beaucoup plus fréquentes à gauche. Si on en observe à droite, elles sont presque toujours congénitales (quelques cas de H. D. traumatiques dont un rapporté par Lemoine).

**Etude clinique.** — Elle doit être faite chez le nouveau-né, chez le nourrisson, chez l'enfant et chez l'adulte.

*H. D. du nouveau-né.* — L'enfant naît en état de mort apparente, ou bien pousse un seul cri sans force, fait quelques inspirations spasmodiques, se cyanose et meurt au bout d'un temps variable : quelques minutes ou quelques heures.

Le diagnostic peut être posé quand est réunie la triade :

— Cri unique poussé par l'enfant (Guéniot) ;

— Perception du choc et de la matité cardiaque à droite (Bonnaire) ;

— Difficulté de la respiration et de l'insufflation.

*H. D. du nourrisson.* — Lorsque la H. D. se révèle un peu plus tard, le nourrisson présente des crises de suffocation, puis de cyanose après ou au cours de chaque tétée. Elles sont assez souvent atténuées lors-



qu'il a vomi. Rapidement le bébé refuse toute nourriture et l'amaigrissement est vite accusé.

La présence de cyanose permet d'éliminer la sténose hypertrophique du pylore.

Le pronostic est très sérieux. L'intervention par voie abdominale, toujours grave, a donné cependant des résultats heureux.

*H. D. de l'enfant.* — Pierret et Breton décrivent :

1° *Une forme pseudo-tuberculeuse* : les signes cliniques font penser à une pleurite de la base, à une bronchite suspecte, à un épanchement pleural ou à un pneumothorax partiel. L'inappétence, l'amaigrissement viennent appuyer cette impression de tuberculose sous roche. C'est l'examen radiographique qui permettra de faire le diagnostic exact.

2° *Forme cardiaque* : l'enfant est essoufflé depuis toujours, se cyanose après les repas. A l'examen clinique on trouve un cœur médian et même nettement à droite.

3° *Forme dyspeptique* : c'est la plus commune, la plus banale et la plus courante, disent Pierret et Breton.

Elle présente un caractère bénin simulant l'aérophagie : gonflement post-prandial, gêne, douleur vague dans la région épigastrique. D'autres fois les troubles sont plus sérieux : régurgitation d'odeur désagréable, méricysme, vomissements, accès de constipation.

*H. D. de l'adulte.* — Le malade porteur d'une H.D. peut se présenter sous de multiples aspects. Bien souvent on ne pensera à la possibilité d'une H. du diaphragme qu'en constatant des cicatrices de blessures ayant pu atteindre ce muscle ou en apprenant que les troubles sont apparus après un traumatisme important de la région thoraco-abdominale.

La plupart du temps on pose un diagnostic d'attente (dont on n'est généralement pas satisfait), on examine le malade en scopic et l'on a la surprise de constater une H. D. Parfois celle-ci est découverte au cours d'un examen général, elle ne s'est traduite par aucun signe (forme silencieuse ou latente).

Nous décrirons les formes cliniques le plus souvent rencontrées.

**I. LE MALADE SE PRÉSENTE AVEC UN SYNDROME DOULOUREUX.** — a) *Epigastrique.* — La douleur qui siège à l'épigastre ou dans l'hypochondre gauche se propage en ceinture ou remonte vers le haut en suivant le trajet du phrénique ou en se dirigeant vers l'épaule gauche.

Elle est exagérée par la pression de l'épigastre, les inspirations profondes et surtout l'ingestion d'une trop grande quantité d'aliments. Chaque malade recherche une position dans laquelle il se trouve soulagé : décubitus dorsal ou latéral gauche le plus souvent.

b) *Phrénique.* — Picot a observé un malade qui présentait une névralgie phrénique typique.

**II. LE MALADE PRÉSENTE UN SYNDROME DIGESTIF.** — Les troubles peuvent être rapportés à l'œsophage, à l'estomac ou à l'intestin.

a) *Troubles œsophagiens.* — Ce sont les moins fréquents. Le malade se plaint de sialorrhée, de douleur à la déglutition. Il éprouve une sensation d'arrêt passer des aliments. Il peut présenter des vomissements à type œsophagien. Parfois même existe une dysphagie progressive, comme chez un malade de Gutmann qui ne présentait aucun trouble au début du repas, puis avait une dysphagie de plus en plus accentuée.

b) *Troubles gastriques.* — On pense à de l'aérophagie parce que le malade accuse de la pesanteur après les repas, des renvois nombreux, des digestions pénibles. Des brûlures et des renvois acides semblent indiquer parfois une gastrite. D'autres sujets ont une véritable symptomatologie d'ulcus gastrique. Certains enfin présentent des crises douloureuses à type solaire intense, avec des nausées pénibles et l'impossibilité de vomir (cas de Courmont et Barjon). Ces cas peuvent être rapportés à une coudure du cardia.

c) *Troubles intestinaux.* — Le plus souvent c'est la constipation qui est observée. Elle peut être légère ou au contraire sévère si l'angle colique gauche est resserré.

D'autres fois existent des crises douloureuses à type colique extrêmement violentes siégeant dans l'hypochondre gauche. Elles se terminent souvent par des borborygmes intestinaux ou des émissions gazeuses et traduisent toujours une menace d'occlusion prochaine.

Tous ces troubles œsophagiens, gastriques ou intestinaux ont pour caractéristique commune d'être *influencés par les changements de position*. Le malade calme ses douleurs dans le décubitus dorsal ou latéral. Elles reparaissent s'il se lève trop tôt.

**III. LE MALADE PRÉSENTE UN SYNDROME RESPIRATOIRE.** — Le symptôme fonctionnel le plus souvent observé est la *dyspnée*, qui est nettement influencée par les changements de position et surtout par les repas. La dyspnée devient de plus en plus intense au fur et à mesure que le repas s'avance. La quantité des aliments seule importe. L'absorption exagérée et rapide de boissons et surtout d'eaux gazeuses, provoque une dyspnée paroxystique manifeste. Picot a observé un malade dont le maximum d'oppression coïncidait avec le repas du soir. A ce moment le repas de midi se trouvait dans le côlon hernié et lorsque l'estomac commençait à être rempli par le repas du soir, la suffocation atteignait son maximum.

Quant aux signes physiques, ils sont éminemment variables et leur réunion a pu simuler la plupart des affections de l'appareil respiratoire.

La *forme pseudo-pleurétique* est le plus souvent rencontrée. La base thoracique est mate, les vibrations abolies ou diminuées, la respiration s'entend mal et le côté gauche a une expansion moindre.

D'autres fois on pense à un *syndrome cavitaire de la base gauche*.

Le *syndrome hydro-aérique* peut être typique, les bruits de glou-glou étant perçus par le malade lui-même.

Un tympanisme marqué de la base gauche peut orienter vers le diagnostic de *pneumothorax localisé*.

Enfin, la forme tuberculeuse n'est pas rare, soit que la H.D. la simule, soit qu'elle lui soit associée.

Dans certains cas la variation des phénomènes à des examens répétés peut faire porter le diagnostic de H.D. soit que les signes cliniques aient une importance très inégale suivant les heures de la journée, soit que leur groupement simule un jour une affection, un jour une autre. Cette variation de la symptomatologie est fonction de l'état de l'estomac, tantôt gonflé de gaz, tantôt rempli de liquide.

IV. LE MALADE PRÉSENTE UN SYNDROME CARDIAQUE. — Les troubles peuvent être bénins : simples palpitations, légères crises de tachycardie, arythmie extrasystolique.

Parfois les malades localisent à droite leurs sensations cardiaques anormales (Lousté et Fatou). La dextrocardie vraie s'associe d'ailleurs parfois à la H.D.C.

Plus rarement s'observent de véritables crises d'angoisse qui peuvent être quotidiennes ou espacées et dont l'intensité va de la simple sensation de striction rétro-sternale à la syncope mortelle. Elles ont pour caractère d'apparaître après l'ingestion d'aliments et d'être calmées par les vomissements (Udaondo et Centeno).

(A suivre.)

## SOCIÉTÉS SAVANTES

### ACADEMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 4 MARS 1935)

Action de l'injection sous-cutanée d'eau contre les doses mortelles de venin de serpent. — M. Etienne SERGENT (d'Alger) expose des faits expérimentaux susceptibles de donner en pratique des résultats intéressants.

A la suite d'injections de plusieurs doses mortelles de venin de vipères à cornes sur les souris en expérience, le sérum spécifique a sauvé 12 sujets sur 30, un sérum actif contre le venin d'autres vipères a sauvé 10 sujets sur 30, et de l'eau physiologique salée à 9 pour 1.000, injectée en un point du corps différent de celui de la morsure, a sauvé 5 sujets sur 30.

L'eau physiologique paraît donc exercer une action empêchante marquée sur les effets des venins de serpent. (Communication faite à la séance du 25 février 1935.)

Rage, maladie de Bornu et neurones périphériques. — M. YERVANTE MANOUELIAN.

Action des rayons X mous sur les microbes. — MM. BARUCH SAMUEL, LEVIN et IWO LOMINSKI.

Iridocyclite expérimentale provoquée par virus typhique. — MM. Georges BLANC et L.-A. MARTIN.

### ACADEMIE DE MEDECINE

(SÉANCE DU 12 MARS 1935)

L'avortement légal en U. R. S. S. — M. BRINDEAU apporte un rapport sur les conséquences possibles de l'avortement provoqué. Voici ses conclusions :

« Il est difficile d'établir le degré de fréquence des accidents consécutifs aux avortements provoqués clandestins,

certaines complications immédiates, comme les hémorragies, les perforations utérines, les péritonites sont très graves, mais rares. D'autres beaucoup plus fréquentes sont les infections locales comme la métrite, la salpingite, la pelvi-péritonite chronique qui rendent souvent la femme infirme et nécessitent parfois l'ablation des organes génitaux internes. Ajoutons qu'un certain nombre de cas de stérilisation sont dus aux lésions consécutives à un avortement mal soigné. »

L'Académie discutera ce rapport dans une prochaine séance.

Action dépilatoire d'une pommade à la folliculine appliquée sur le visage d'une femme atteinte d'hypertrichose. — MM. MISSIO, FOURNIER, BERTOLINI, MORATO MANARO et BUNO, considérant l'hypertrichose comme un symptôme de masculinisation, ont eu l'idée de faire de l'opothérapie ovarienne.

Le traitement à l'aide d'une pommade à la folliculine semble provoquer une féminisation de la région ainsi traitée. Le succès obtenu légitime cette opinion.

Aperçu de la répartition en France des yeux clairs et des yeux foncés. — M. Paul GORDIN (de La Flèche, résidant à Nice), (présenté par M. Marfan). « Cet aperçu ne concerne que les adolescents originaires de la campagne. Il fait suite à deux notes antérieures sur le même sujet, -présentées à l'Académie, l'une à la séance du 9 mai 1933, intitulée : « Evolution de la couleur des yeux sous l'influence de la puberté » ; l'autre, à la séance du 4 juillet 1933, qui a pour titre : « Hérité de la couleur des yeux ».

Avant la puberté, il y a environ 45 yeux clairs sur 100. Après la puberté, le chiffre de 50 % est dépassé, ce qui implique, pour les yeux foncés, une proportion de 55 % avant, et moins de 50 % après. Les changements déterminés par la puberté portent davantage sur les yeux clairs, mais les yeux foncés subissent aussi des modifications variées de leur couleur, et quelques-uns une transformation complète de leur couleur foncée en couleur claire.

C'est la montagne qui fournit le contingent le plus important d'yeux clairs, la montagne étant, bien entendu, le berceau familial, et non pas seulement le lieu de naissance du sujet. En plaine, et sur le rivage marin, les couleurs foncées sont en plus grand nombre.

Quant aux changements de la couleur irienne, leur fréquence est à peu près la même en montagne et en plaine. Les changements, dans l'ensemble, aboutissent à un éclaircissement de la couleur primitive.

La proportion d'yeux clairs, en France, chez les adolescents, est plus considérable qu'on n'aurait tendance à le croire. La zone du territoire située au sud du 46° degré de latitude nord, c'est-à-dire au sud de Vichy, en est fort riche. La Corse elle-même, autour du 42° degré, compte une proportion d'yeux clairs qui ne paraît pas avoir suffisamment retenu l'attention des auteurs.

Mon observation prolongée (1889-1935) m'autorise à envisager comme un fait très sûr cette proportion supérieure d'yeux clairs en France méridionale, explicable d'ailleurs par la prédominance de la montagne sur la plaine, depuis les Pyrénées jusqu'aux Alpes, avec le trait d'union que constituent entre elles les Cévennes de l'Ardèche à l'Hérault, et les massifs des Maures et de l'Estérel. La Corse enfin ne consiste-t-elle pas en une ossature de roches primitives, entourées d'une collerette de rivages marins fort étroits, en sorte que les deux tiers de la population de la grande île sont des montagnards.

Il est à noter que, dans les cas de croisement, l'hérédité dominante sera celle du progéniteur montagnard. »

Nouveaux symptômes roentgénologiques lors des maladies des disques intervertébraux — M. PODKAMINSKY.



**Mesure de la vitesse de diffusion des gaz thermaux dans l'air ambiant au cours des bains de Royat.** — MM. MOUGEOT, AUBERTOT et GROS.

**Election.** — On procède à l'élection d'un membre titulaire dans la IV<sup>e</sup> Section (sciences biologiques), en remplacement de M. Lucien Camus, décédé. Les candidats étaient ainsi classés : en 1<sup>re</sup> ligne : M. André Mayer ; en 2<sup>e</sup> ligne ex aequo : MM. Baudouin, Binet, Champy, Nattan-Larrier, Weinberg. Adjoints par l'Académie : MM. Gautrelet, Henry Labbé, Ch. Richet fils, Vaudremer.

Au premier tour, M. André Mayer, professeur d'histoire naturelle des corps organisés au Collège de France, est élu par 72 voix sur 75 votants. M. Binet a obtenu 1 voix. M. Baudouin 1 voix. Un bulletin nul.

#### SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX (SÉANCE DU 25 JANVIER 1935)

**Epreuve de la centrifugation dans la détermination des compatibilités sanguines.** — MM. BENDA et CORO DEL POZO. Le mérite de cette épreuve serait d'autoriser une réhabilitation du principe de la recherche directe des compatibilités sanguines en vue de la transfusion. Du point de vue doctrinal, il faut insister sur la filiation d'un certain nombre de phénomènes hématologiques, sédimentation globulaire, pseudo-agglutinations, agglutinations authentiques, que l'épreuve de la centrifugation permet de séparer par la comparaison de ses résultats, avec ceux des procédés classiques.

**Syndrome de Stokes-Adam de nature rhumatismale.** — MM. RAMOND, VIALARD et ALBEAUX-FERNET. Observation d'un cas de maladie de Stokes-Adam de nature rhumatismale, durant depuis trois ans et demi et guéri par le salicylate de soude. Les auteurs soulignent la rareté de ces faits comparativement à la fréquence des troubles de la fonction dromotrope dans la maladie de Bouillaud.

**Sujets à sang instable.** — MM. BENDA, PORGE, BOYER, CORO DEL POZO insistent sur la sensibilité de l'épreuve de la centrifugation, dans certains états pathologiques, qu'on peut faire rentrer dans le cadre des sujets à sang instable.

Pratiquement, des auteurs montrent que la transfusion sanguine ne peut être utilisée que prudemment dans les cas médicaux, les hépatiques éthyliques doivent inspirer une grande méfiance.

**Le test électrique de l'angle d'impédance dans les états d'hyperthyroïdie. (Test de Mlle Brazier.)** — MM. SAINTON, DAUSSET et LAMY. Appareil destiné à mesurer l'angle d'impédance (A.I.). Ce nouveau test présente l'avantage d'échapper à un certain nombre de contingences : émotion, menstruation, digestion, variations de température, lesquelles modifient le métabolisme basal. L'A.I. est augmenté dans l'hyperthyroïdie et ses déviations se font en général dans le même sens que celles du métabolisme basal, tandis qu'il est normal qu'il diminue dans les goîtres simples.

**Ataxie aiguë tabétique.** — M. URECHIA (de Cluj). Homme de 28 ans, sans antécédents syphilitiques, qui fut atteint d'ataxie aiguë le confinant au lit en 3 jours. Pas de signe d'Argyll. Réaction de Wassermann négative dans le sang, positive dans le liquide céphalo-rachidien. Réaction colloïdale positive. Amélioration par le traitement spécifique.

**Splénomégalie tuberculeuse guérie médicalement.** — MM. P. WEIL et ISCH-WALL. Jeune homme atteint de splénomégalie à poussées fébriles intermittentes, sans adéno-

pathies ni hépatomégalie, ni signes péritonéaux, avec anémie moyenne et 310 globules blancs et mononucléose de 83 p. 100. Ce syndrome de Banti était d'origine tuberculeuse. Le traitement consista en cure d'air et bains de soleil. Guérison totale en un an. La rate, du poids d'un kilogr. environ, disparut entièrement, ainsi qu'un mal de Pott coexistant.

**Echinococcose secondaire métastatique du poulmon.** — MM. PAGNIEZ, PLICHET, LAPLANE et SALLES. Echinococcose métastatique du poulmon survenue chez un boucher infecté par contact avec des chiens d'abattoir. La radio avait révélé un aspect typique d'échinococcose pulmonaire multiple, le nombre des kystes atteignant le chiffre 11. La mort survint par complication rare, par une péricardite purulente par ouverture dans le péricarde d'un kyste suppuré. A l'autopsie, la maladie secondaire apparut, due à l'ouverture dans la veine cave inférieure d'un kyste du foie occupant le lobe de Spiegel.

**Ascite cirrhotique traitée pendant un an par des injections hebdomadaires intrapéritonéales de neptal.** — MM. MORICHAU-BEAUCHANT (de Poitiers). Dans ce cas, 47 injections intrapéritonéales de neptal furent pratiquées en un an. Elles furent bien tolérées et le malade maintenu en équilibre sans ponction. Mort par hémorragie intestinale.

**Botulisme familial.** — M. RIVET. 6 cas de botulisme survenus chez divers membres d'une même famille quelques jours après consommation d'un pâté de faisan au foie gras. Après des troubles gastriques apparut la paralysie de l'accommodation révélatrice. L'auteur insiste sur la présence de bacilles diphtériques saprophytes dans la gorge et le nez de la première malade qui fut atteinte, présence qui pouvait faire croire à l'existence d'une paralysie diphtérique.

#### SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE (SÉANCE DU 30 JANVIER 1935)

**Valeur des altérations du foie dans la chirurgie biliaire.** — M. DONATI (de Milan) envisage les rapports qui existent entre les altérations hépatiques et les lésions des voies biliaires. Il conclut que très souvent, les premières sont la conséquence des secondes, comme le montre l'amélioration des fonctions hépatiques constatées après l'intervention.

**Tannage des brûlures.** — M. MOURE, après avoir traité les brûlures par l'absence de pansement, pratique maintenant le tannage par pulvérisation d'une solution à 5 % toutes les heures pendant le premier jour, en le combinant à l'absence de pansement.

**Héocolocplastie.** — M. QUENU, complétant la statistique des cas actuellement publiés, apporte des nouveaux cas, qui lui avaient échappé.

**Tétanos après brûlure.** — M. L. BAZY, à propos d'un cas de téanos après brûlure, montre la difficulté actuelle de connaître avec précision dans quels cas il est nécessaire de faire l'injection préventive de sérum, et pose la question de la vaccination antitétanique.

M. GOSSET appuie les conclusions de M. Bazy et estime que cette vaccination doit prendre place à côté des vaccinations antityphique et antidiphtérique.

M. LENORMANT a observé deux cas de téanos après brûlures.

M. MAUCLAIRE insiste sur la gravité des plaies du pied.

M. SORREL a observé un tétanos mortel après injection préventive de sérum.

M. GOSSET montre à nouveau que la codification de cette injection préventive est absolument impossible.

(SÉANCE DU 6 FÉVRIER 1935)

**Traitement des brûlures.** — M. HARTMANN désinfecte les brûlures à l'alcool et laisse en place un grand pansement ouaté durant quinze jours.

**Tétanos.** — M. MONDOR rapporte un cas de tétanos guéri par doses massives de sérum injecté sous anesthésie.

**Perforation duodénale par calcul biliaire.** — MM. PROUST, DREYFUS-LE-FOYER et ROBIN rapportent un cas de calcul vésiculaire, passé dans le duodénum, qui déterminait une perforation sphacélique de la paroi duodénale. La malade guérit après ablation du calcul et drainage d'abcès sous-hépatique.

MM. LARDENNOIS, MAISONNET, BROQ, MONDOR rapportent des cas analogues.

**Ictère par spasme réflexe du sphincter d'Oddi.** — M. CAPETTE rapporte ce travail de MM. Pavel, Caudian et Ghitesco. Ces auteurs considèrent qu'un spasme duodénal révélé par une série de radiographies, plaide en faveur de l'origine d'un ictère par spasme du sphincter d'Oddi.

**Artériographie.** — M. BAZY expose trois travaux reçus à propos de la discussion sur l'artériographie. M. Lambret a observé une gangrène suivie de mort, après injection au thorostrat. M. LECLERC a constaté un cas de stupeur artérielle après injection d'urosélectan. M. LERICHE insiste sur la nocivité de certains produits qu'il incrimine dans les accidents observés ; il rejette les solutions d'iodure de sodium et préconise l'emploi du thorostrat.

M. Robert Monod rapporte un cas d'artériographie qui montra une lésion de la poplitée, qui permit de faire un syme. Mais l'extension de la gangrène nécessita une amputation de cuisse quelques semaines plus tard.

M. ROUX-BERGER rapporte un travail de MM. Contiadès et Nauléon, qui, après des expériences sur le chien, conseillent l'utilisation du thorostrat, qui ne détermine pas de vaso-constriction artérielle, comme les autres produits.

**Radiographie abdominale sans préparation dans l'occlusion intestinale aiguë.** — M. LARDENNOIS indique la possibilité de voir des images hydro-aériques. Il discute de leur valeur pour préciser le diagnostic d'occlusion, et surtout le diagnostic de siège, et montre par le rappel d'exemples cliniques l'utilité de cet examen.

*Présentation de malades :*

M. SORREL présente un cas rare de gyandrie, avec macrogénitosomie.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 5 JANVIER 1935)

**La glande thyroïde de souris cancéreuse après des injections répétées de thyroxine.** — MM. L. MERCIER et L. GOSSELIN ont établi que des injections répétées de thyroxine faites à des souris appartenant à une lignée cancéreuse ne modifient pas les conditions d'apparition du cancer telles qu'elles se présentent dans la lignée. Chez les animaux traités par la thyroxine et devenus cancéreux, la thyroïde est atrophiée et présente une structure qui traduit un état physiologique

correspondant au blocage de la glande. Les auteurs en déduisent que chez des cancéreux dont la thyroïde est déficiente, un traitement thyroïdien appliqué seul ne peut déterminer qu'une amélioration de l'état général et qu'il est sans action sur le développement du cancer.

**Action directe du bleu de méthylène sur le bacille de Hansen dans l'organisme humain.** — MM. P. LÉPINE et J. MARKIANOS. Le bleu de méthylène, injecté par voie intraveineuse et retenu par les tissus lépromateux, y exerce *in situ* une action directe sur le bacille lépreux, se traduisant par les altérations microscopiques progressives (aspect granuleux, polymorphisme, puis cyanophilie) qui caractérisent la dégénérescence de ce microbe.

**Grande susceptibilité du spermophile d'Europe au virus du kala-azar chinois.** — MM. BRUMPT et GALLIARD signalent la facilité de transmettre au spermophile d'Europe le virus du kala-azar chinois. L'avantage est d'autant plus grand que l'animal est très maniable et que l'inoculation réussit à tout coup. Les *Leishmania* étant extrêmement nombreux dans les histiocytes des couches superficielles du derme, les insectes piqueurs sont sûrs d'en aspirer, toutes les fois qu'ils sont mis au contact de l'animal.

**La dispersion du bacille de Koch chez les tuberculeux pulmonaires adultes.** — MM. R. DEBRÉ et M. PERRAULT, ayant étudié les organes et tissus tuberculeux post mortem, concluent que chez ces malades, la bacillémie tuberculeuse est exceptionnelle et, en tout cas, fugace et négligeable.

**La dispersion du bacille de Koch chez le nourrisson atteint de tuberculose initiale.** — Les mêmes auteurs, utilisant la même technique, pensent que la septicémie tuberculeuse reste fugace et de médiocre importance numérique.

(SÉANCE DU 12 JANVIER 1935)

**La toxine staphylococcique possède un pouvoir neurotoxique élevé.** — MM. P. NELIS et H. BONNET. Injectée dans le 4<sup>e</sup> ventricule par injection sous-occipitale, elle tue rapidement l'animal par intoxication du centre respiratoire. On peut prolonger la vie par la respiration artificielle. A cette action principale se joint une action plus lente sur les centres vaso-moteurs, ainsi qu'il ressort de la chute de la pression artérielle observée chez l'animal maintenu en vie par la respiration artificielle.

**Action de la nicotine sur le cœur de tortue. Amphochronose. Antagonisme envers l'iodométhylate d'hexaméthylène tétramine.** — Mme ELISABETH CORTEGGIANI précise la faible dose de nicotine nécessaire pour mettre en évidence la phase vétratrisante de cette substance dans son action sur le cœur de tortue avant la phase curarisante ; elle insiste sur la notion d'amphochronose et montre enfin qu'à certaines doses, la nicotine injectée après l'iodométhylate d'hexaméthylène tétramine réalise un antagonisme aussi bien chronaximétrique que fonctionnel.

**Sur l'étude interférométrique des glandes endocrines dans le diabète sucré.** — MM. L. CORNIL, U. ANTONIOTTI et J. PAILLAS. 1<sup>o</sup> Au cours du diabète sucré, l'atteinte pancréatique n'est pas nécessaire à l'établissement du trouble glycorégulateur, fait qui ressortait déjà des études physiopathologiques antérieures et de l'examen anatomique attentif des îlots de Langerhans des diabétiques.

2<sup>o</sup> La méthode séro-interférométrique autorise la dissociation progressive du syndrome diabétique en établissant, dans chaque cas particulier, la part respective des différentes glandes à sécrétion interne.



3° L'influence du testicule sur le métabolisme hydrocarboné, celle de l'ovaire sur ce même métabolisme précisée par Carnot, Rathery et leurs élèves, paraissent confirmées par les données interférométriques.

**Mode de dispersion du virus lymphogranulomateux dans le système réticulo-endothélial des simiens réceptifs.** — MM. Jean LEVADITI et L. REINIE. 1° La dispersion du virus lymphogranulomateux dans les divers territoires du système réticulo-endothélial des simiens inoculés par voie intra-cérébrale s'explique par la virulence de la lymphe et des globules blancs du sang. 2° Toutefois, le sang total peut paraître dépourvu de virus, alors que les leucocytes en renferment. Cette discordance s'explique par les propriétés virulicides que peut posséder même normalement le sérum du singe.

**Action « in vitro » du rayonnement de la lampe à mercure et des rayons du radium sur le virus lymphogranulomateux.** — MM. C. LEVADITI, J. LEVADITI et L. REINIE. 1° Contrairement aux rayons du radium, les radiations totales de la lampe à mercure, suppriment *in vitro* les propriétés pathogènes du virus lymphogranulomateux ; 2° cependant, la disparition de la virulence n'entraîne pas celle du pouvoir antigénique, si le rayonnement de la lampe à quartz agit pendant trente minutes sur une émulsion névrauxique virulente fraîche ; 3° par contre, le chauffage préalable d'une telle émulsion paraît sensibiliser les propriétés antigéniques du virus, à l'égard des radiations ultraviolettes. Cet effet synergique des radiations caloriques et du rayonnement total de la lampe à mercure, est sans doute attribuable à une dégradation de la matière organique servant de support aux unités virulentes, dégradation exercée par le premier de ces agents physiques.

**Contribution à l'étude de la lymphogranulomatose expérimentale de la souris.** — M. J. LEVADITI. La répétition

chez la souris d'inoculations intra-péritonéales de virus lymphogranulomateux vivant, ou les injections intracérébrales également répétées de virus tué (antigène simien, type Frei) ne provoquent aucune altération névrauxique manifeste. Ce traitement ne les protège nullement contre une infection névrauxique ultérieure effectuée avec la même souche virulente administrée par voie transcranienne.

**Sur l'injection à l'animal d'expérience de la toxine diphtérique en mélange avec différentes substances, en particulier avec la lanoline.** — MM. G. RAMON, R. RICHOU et E. LEMÉTAYER. L'animal d'expérience peut supporter des doses relativement fortes de ce poison microbien enrobé dans la lanoline. Un cobaye résiste à une quantité de toxine diphtérique correspondant à quarante doses mortelles lorsque cette quantité est incorporée à la lanoline, un lapin à 15 doses mortelles.

La lenteur de la diffusion de la toxine enrobée dans la lanoline ne suffit pas à rendre compte des faits observés. Il faut invoquer d'autres causes.

**Sur les résultats de l'injection à l'animal d'expérience de la toxine tétanique mélangée à diverses substances et en particulier à la lanoline.** — MM. G. RAMON, E. LEMÉTAYER et R. RICHOU. La toxine tétanique n'est pas indissolublement fixée à la lanoline non plus que détruite par elle et lorsque le complexe toxine+lanoline est introduit chez un animal sensible, c'est donc l'organisme qui doit lui-même par les moyens naturels de défense dont il dispose, et grâce à l'aide indirecte de la lanoline rendre inoffensif le poison que renferme le complexe.

**Sur la diminution de toxicité et sur l'action immunisante de l'abrine incorporée dans la lanoline et injectée au cobaye.** — MM. G. RAMON, R. RICHOU et E. LEMÉTAYER. On sait que l'abrine se montre beaucoup moins nocive, lorsqu'elle est enrobée dans la lanoline et qu'elle est capable

# DINITRA

alpha-dinitrophénol 1.2.4

## OBÉSITÉ

HYPOTHERMIES — HYPOSPHYXIES  
HYPOTHYROÏDIES

HYPOMÉTABOLISMES

RALENTISSEMENTS

de la NUTRITION



SOCIÉTÉ D'APPLICATIONS PHARMACODYNAMIQUES, 5 & 7, rue Claude Decaen - PARIS 12<sup>e</sup>

DREVILL - grav.





de provoquer chez le cobaye l'apparition de l'immunité spécifique et la production d'anti-abrine.

La lanoline, qui n'agit pas directement sur la toxine pour la détruire, retient momentanément le poison, ralentit sa diffusion dans l'organisme et l'empêche de provoquer une intoxication brutale, fatale à l'animal. La présence de la lanoline entraîne de la part de l'organisme une réaction inflammatoire, grâce à laquelle l'organisme peut concentrer ses moyens de défense sur la toxine peu à peu libérée. Ces moyens de défense font subir à la toxine, des modifications qui la mettent dans l'impossibilité d'exercer son pouvoir toxique, mais qui respectent son pouvoir immunisant, puisque dans le cas de l'abrine par exemple, en pénétrant dans l'organisme, elle va y provoquer la formation d'antitoxine.

M. K. AGADJANIAN, poursuivant ses études des **perceptions visuelles des excitations objectives** réelles, applique maintenant la même méthode de réflexologie associative aux perceptions subjectives, sans objet, pour les distinguer des interprétations délirantes.

Il a exposé le perfectionnement qu'ont atteint M. Walter (constructeur) et lui-même dans l'examen galvano-psychique pour savoir dans quelle mesure la capacité aux impressions réelles extérieures se conserve chez les hallucinés. Ensuite, il a exposé la technique des recherches par la méthode de réflexologie associative de la perceptibilité subjective chez les hallucinés organiques, chez les intoxiqués en général et les mescalinisés en particulier, afin de démontrer la réalité des fausses images et leur prototype : les post-images et les distinguer des interprétations délirantes.

Grâce à cette méthode, on peut examiner également le rôle de l'inhibition et de l'excitation dans le mécanisme de l'origine des fausses images.

## PRATIQUE MÉDICALE

### LE TRAITEMENT DES ÉTATS DÉPRESSIFS

#### PAR LE DINITROPHÉNOL (1)

Par MM. G. VERMEYLEN et J. HEERNU.

L'étude du métabolisme chez les mélancoliques a montré le ralentissement de toutes les fonctions organiques. Ces constatations ont amené certains auteurs à essayer dans ces cas l'extrait thyroïdien. Cette thérapeutique a dû être abandonnée en raison des effets secondaires désagréables qu'elle exerce sur le système nerveux.

Le dinitrophénol augmente les combustions cellulaires, il diminue le poids mais ne provoque pas de nervosité comme la thyroïde.

Les obèses traités par le dinitrophénol signalent une impression d'euphorie et d'activité.

Ce produit a été administré aux mélancoliques dans le but d'augmenter les combustions et de provoquer un meilleur équilibre coënesthésique. Il détermine généralement après quelques jours une amélioration considérable.

Sur onze cas observés récemment par les auteurs, un seul s'est montré réfractaire au traitement : il s'agissait d'un psychasthénique hypocondriaque.

La mélancolie simple donne les meilleurs résultats ; les femmes anxieuses réagissent moins. L'augmentation de l'appétit compense l'effet habituel du dinitrophénol sur le poids. Les résultats sont nuls dans la démence précoce.

Cliniquement, les auteurs n'ont jamais observé aucune toxicité et aucun inconvénient.

L'action du dinitrophénol sur la combustion du glucose dans les muscles est à rapprocher de l'hyperglycémie qui existe souvent chez les mélancoliques, et, d'autre part, de l'action euphorisante de l'exercice musculaire en général. — (*Bruxelles Méd.*, 23 déc. 1934.)

## LIVRES NOUVEAUX

**Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Paris (1)**, par le professeur Paul CARNOT.

Vingt-neuf nouvelles leçons professées à l'Hôtel-Dieu viennent faire suite à celles qui avaient été éditées voici quelques années. Les hasards de la vie hospitalière ont conduit dans une certaine mesure le choix des sujets, mais les nécessités pratiques et surtout l'unité d'esprit ont d'avance paré au décousu. Dans bien des formes cliniques particulières, dans bien des stades évolutifs, dans bien des complications d'affections même importantes où les traités ne peuvent tout dire en détail, le médecin, surtout au début de sa carrière, ne peut que déduire, comparer et interpoler. C'est à combler ces inévitables lacunes de la littérature médicale que semble avoir réussi avec un bonheur particulier le présent recueil de conférences cliniques.

En pathologie endocrinienne, la maladie de Basedow dans ses formes galopantes, les troubles de la lactation chez les acromégaliques, la tétanie d'origine radiothérapique, l'étude des hormones corticosurrénales dans la maladie d'Addison ; en pathologie digestive, l'étude de l'hérédité et de la familiarité de certaines affections digestives, la perforation des cancers gastriques, la selfprotection de l'estomac, les sténoses par corrosion, les manifestations hépato-biliaires de l'amibiase et de diverses infections font la matière de conférences où l'on trouvera abondance de renseignements d'une précision quasi iconographique qu'il serait souvent difficile de trouver ailleurs réunis.

Parmi les autres sujets traités, les septicémies (méningocoque, Friedlander, perfringens), les affections osseuses et articulaires (mal de Pott staphylococcique, ostéites gonococciques, métastases osseuses du cancer) sont des sujets sur lesquels les renseignements circonstanciés sont parfois d'autant moins aisés à découvrir qu'*a priori*, tout est censé avoir été écrit, ou aller de soi sans qu'on entre en de plus amples détails.

D'autre part, la médecine ne tient pas toute entière dans la technique ; les questions professionnelles s'y renouvellent sans cesse ; il faut donc louer particulièrement l'auteur d'une belle leçon liminaire sur la réforme des études médicales. Il est salutaire que parmi ceux qui ont, à la fois, charge, responsabilité et compétence, une voix s'élève pour témoigner non seulement de l'élévation des idées, mais de la difficulté des problèmes pour lesquels les ignorants sont comme toujours si disposés à offrir ce qu'ils appellent des solutions.

C'est ici la clinique de la vie médicale qui est enseignée à côté de la clinique tout court et avec un bonheur égal.

L. BABONNEIX.

**Traitement de la fièvre ondulante**, par le docteur CAMBES-SEDES (2).

L'étude de la fièvre ondulante, à la suite des travaux de Bruce et de Zamit, a fait depuis quelques années d'immenses progrès. A la suite des Journées médicales de Tunis et plus récemment du Congrès d'hygiène méditerranéenne de

(1) Paris, J.-B. Baillière et fils.

(2) Collection « Les Thérapeutiques nouvelles ». In-8 de 50 p. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

(1) Société de médecine mentale de Belgique, séance du 24 novembre 1934.



# GYNŒSTRYL

## FOLLICULINE CRISTALLISÉE

DU D<sup>r</sup> ROUSSEL

(HORMONE OVARIENNE CHIMIQUEMENT PURE)

### Voie buccale

DI-HYDRO-FOLLICULINE  
ASSIMILABLE A 100 %  
DEUX PRÉSENTATIONS { GOUTTES  
COMPRIMÉS

DOSE MOYENNE  
(EN 3 PRISES)  
50 Gouttes ou 4 Comprimés  
correspondent à 1000 U.I.

Le Flacon ou la Boîte représente:  
10 000 U.I. — 18 Fr<sup>5</sup>

Voie intra-musculaire  
ou sous-cutanée

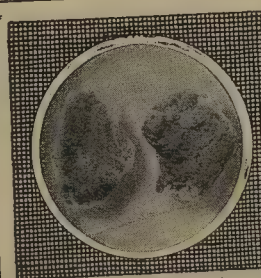
SOLUTION HUILEUSE  
titrée à 1/10 de milligramme  
par c.c.

soit 1.000 UNITÉS  
INTERNATIONALES  
par ampoule  
(De 1/4 c.c. à 1 c.c. tous les deux jours.)

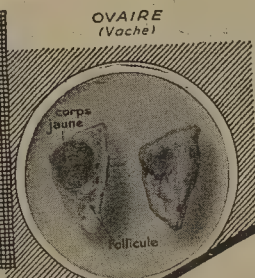
6 ampoules de 1 c.c. 20 Fr<sup>5</sup>

PATHOLOGIE DES RÈGLES  
PUBERTÉ - MÉNopause  
HYPOTROPHIE DES PRÉMATURÉS ET DES NOURRISSONS

LABORATOIRES du DOCTEUR ROUSSEL  
89, Rue du Cherche Midi. PARIS (VI<sup>e</sup>)



THYROÏDE  
(Bœuf)



OVAIRE  
(Vache)

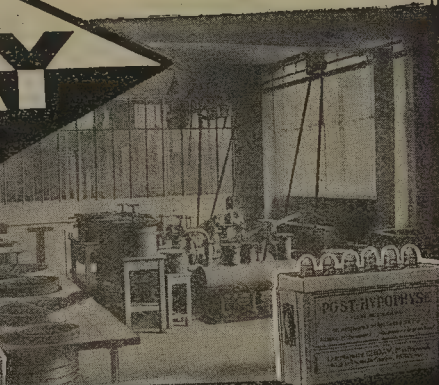
## LA MÉDICATION OPOTHÉRAPIQUE



OPOTHÉRAPIE SIMPLE  
OPOTHÉRAPIE ASSOCIÉE : **SYNCRINES**

EXTRAITS TOTAUX (Poudres d'Organes) | Cachets  
Comprimés

EXTRAITS INJECTABLES en solution aqueuse | Ampoules stérilisées



LABORATOIRES CHOAY - 48, rue Théophile Gautier - PARIS (XVI<sup>e</sup>)

Marseille, son individualité pathologique est bien établie.

On sait que la fièvre ondulante, improprement appelée au début fièvre de Malte, sévit en réalité sur tout le bassin de la Méditerranée, et qu'en France notamment, elle se rencontre dans toute la zone méditerranéenne, des Pyrénées aux Alpes, en passant au nord de l'Hérault, du Gard et de l'Ardèche.

A la veille des journées qui vont être consacrées aux brucelloses dans quelques semaines à Avignon, il était intéressant de mettre au point les connaissances actuelles sur le traitement de la fièvre ondulante. C'est ce que vient de faire le docteur Cambessedès dans une excellente monographie qu'il veut bien nous adresser.

Après une introduction très documentée, l'auteur étudie les traitements : prophylactique, symptomatique et curatif.

Ce dernier peut être conduit soit au moyen des indications physicochimiques, soit des médications biologiques (non spécifiques ou spécifiques).

L'auteur insiste sur le rôle du choc qui conditionne la guérison, qu'on s'adresse au choc non spécifique produit par des méthodes diverses, ou au choc spécifique créé par les vaccins spécifiques.

Il faut surtout retenir que la vaccinothérapie ne donne pas d'insuccès si on l'applique à bon escient.

L. G.

**Précis d'histologie. La Cellule. Les Tissus. Les Organes (1),** par A. BRANCA et J. VERNE, professeurs à la Faculté de médecine de Paris.

Edition entièrement nouvelle d'un ouvrage très estimé et très demandé.

Tout en lui conservant les avantages et l'allure générale des éditions précédentes, le docteur Verne l'a remanié dans sa tendance et en partie dans sa disposition. Sous forme d'un volume commode à consulter, ce précis renferme tout ce qu'il est nécessaire à un étudiant de savoir pour son examen d'histologie, à un médecin et à un biologiste pour être au courant de l'état actuel des problèmes de la structure de la cellule, des tissus et des organes.

Les chapitres I, II, III et IV, sur la substance vivante, le noyau, la cellule et sa physiologie, ont été entièrement refaits, dans un esprit plus physiologique, en accord avec les idées modernes.

Un chapitre spécial a été écrit sur les glandes endocrines, qui se trouvaient, dans les éditions précédentes, rattachées à d'autres appareils. Les chapitres sur le poumon et sur l'appareil génital femelle ont été refondus. Dans tous les chapitres, les résultats nouveaux ont été présentés et discutés, en particulier les données apportées par la précieuse méthode de la culture des tissus. Certaines conceptions surannées ont disparu, pour ne pas alourdir l'ensemble de l'ouvrage.

A la fin de chaque chapitre, on trouvera quelques ouvrages ou mémoires récents auxquels pourra se reporter le lecteur désireux de compléter sa documentation.

L. G.

**Sémiologie des affections de la bouche et des dents (2),** par le docteur CHARLES RUPPE, ancien interne et stomatologiste des Hôpitaux de Paris.

Ce petit livre est conçu de la façon suivante : chaque chapitre commence par l'exposé d'idées générales, préliminaires indispensables à la compréhension des faits patho-

logiques régionaux. Puis sont énumérées les méthodes d'exploration à employer. Ceci a permis à l'auteur d'analyser devant chaque tableau clinique, les nuances symptomatologiques qui font aboutir au diagnostic de la maladie.

Cette manière systématique de procéder a été appliquée par ordre aux affections de la denture, de la région gingivodentaire, des maxillaires et de la muqueuse buccale. Vient ensuite, tout naturellement, la sémiologie des affections qui constituent les parois de la cavité buccale.

Enfin, comme la pratique stomatologique conduit le praticien à donner son avis sur les adénopathies chroniques cervicales, les stomatorragies, les algies faciales, les divers troubles réflexes, salivaires, moteurs, gustatifs, phonatoires, sur la septicité bucco-dentaire, l'auteur termine ce livre par ces chapitres.

Si ce livre convient parfaitement aux étudiants par sa simplicité et la clarté de son exposé, il a été écrit aussi en vue de satisfaire les praticiens. Les affections les plus rares sont présentées à leur place, dans un texte imprimé en caractères plus fins.

L'étudiant pourra se dispenser d'en lire les détails. Devenu praticien et en face d'un cas difficile, il trouvera dans ces notes supplémentaires une indication utile.

L. G.

## ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

### THESES

*Jeudi 14 mars.* (Thèse vétérinaire). — Jury : MM. Tannon, président ; Lesbouyriès, Panisset. — M. ARNOUX. Fièvre ondulante humaine, d'origine bovine en Saône-et-Loire.

*Samedi 16 mars.* — Jury : MM. Carnot, président ; RATHERY, Tannon, Maurice Villaret. — M. VOLLAK. La chrysocyanose (pigmentation aurique primitive des parties découvertes). — M. ANQUETIN. Etude sur les mutilations ethniques. — M. DUJANOVITCH. Du malmenage et du surmenage scolaire. — M. PLAUSSU. Le centre crénotherapique de l'Assistance Publique de Paris. — M. FISCHER. Prophylaxie des diarrhées estivales.

*Mardi 19 mars.* — Jury : MM. Carnot, président ; Nobécourt, Gastinel, Chabrol. — M. FORNARI. Sur quelques points particuliers de l'histoire de la leishmaniose splénique. — M. LESPINAT. Etude clinique et nosologique de la gastrite éthylique. — M. THÉVENIN. Etude des méningites à pneumocoques chez l'enfant.

*Mardi 19 mars* (Thèse vétérinaire). — Jury : MM. Bezançon, président ; Panisset, Verge. — M. PAUL DE BAYO. Traitement des broncho-pneumonies du chien par la bactériothérapie.

*Mercredi 20 mars.* — Jury : MM. Fiessinger, président ; Loeper, Tannon, Joannon. — M. GLEZERIS. La calcémie dans les rhumatismes chroniques. — M. LEBRANCHU. Formes prolongées ou formes curables de la maladie d'Addison. — M. NICOLOFF. Les crises de flatulence dans les affections hépatiques. — M. ROZOWSKI. La réaction cutanée des tuberculeux à l'histamine et à l'iode. — M. ZORMAN. Les troubles gastriques des cardiaques défaillants.

*Jeudi 21 mars.* — Jury : MM. Bezançon, président ; Brumpt, Galliard, Harvier. — M. BLANC. L'érythème noueux. — Mme PERLÈS. La ponction de la rate (procédé de diagnostic cytologique. — M. WEINMAN. Les parasites erythrocytaires relevés par la splénectomie (Bartonella et éperythrozan).

*Samedi 23 mars.* — Jury : MM. Cunéo, président ; Pierre Duval, Brocq, Senèque. — M. BERTHE. Les ruptures de distension du tendon distal du biceps brachial. — M. GROT. Les hématomes spontanés des grands droits de l'abdomen.

(1) Collection de Précis médicaux. In-8 de 635 pages avec 420 figures. — Prix : broché, 50 fr.; cartonné toile, 65 fr. — Paris, Masson et C<sup>ie</sup>

(2) In-8 de 272 pages avec 53 figures. — Prix : 32 fr. — Paris, Masson et C<sup>ie</sup>.



# DIASTOGÈNE F

Kola fraîche  
stabilisée  
Manganèse  
Arsines

Fenuçrec  
*(comprimé glutinisé  
inclus dans le cachet)*

abrège  
les  
convalescences

2 à 3 cachets  
par jour

Laboratoire  
66 rue Nationale



Dehaussy  
Lille



## INFORMATIONS

(SUITE)

**HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'EXTERNAT. —** Liste par ordre de mérite des candidats reçus au concours de l'externat :

MM. Le Brigand, 62 1/2 ;  
 Germain, 62 ;  
 Durupt, 61 1/2 ;  
 Mlles Durkheim, de Laquière, MM. Barré, Girod, 60 ;  
 Brault, Ben Haim, Lanvin, 59 1/2 ;  
 Blancard, Mlle Rist, 59 ;  
 MM. Muller, Didier, Moch, Léger, Neel, 58 1/2 ;  
 May, Le Lay, Debusschère, Morrodo, 58 ;  
 De Vaudelade du Breuilleon, Tran Van Hos, Coste, Marlingue, Lichnewsky, Rie, Lebovici, Hémery, 57 1/2 ;  
 Mlles Caulliez, Rosental, M. Cornillon, Mlle Hufnagel, MM. Soulier, Coblentz, Gougerot, Minkowski, Aubouy, 57 ;  
 Clerfeuil, Mlle Slim y Villegas, M. Labouré, Mlle May, M. Compagnon, Mlle Granier, MM. Dutet, Darricou, Mme Delaffond, MM. Gauthey, Dubost, 56 1/2 ;  
 Kreisler, Buy, Ulmann, Parsy, Aubouy, Barrier, Salet, Gillet, Prochiantz, 56 ;  
 Mme Lejard, MM. Uzan, Zaepffel, Ben Hamou, Piarrat, Pyronnet, Jüllich, Mlles de Lanessan, Kouindjy, M. Roy, Mlle Papot, MM. Fredj, Capron, Pradoura, Danion, Mantoux, 55 1/2 ;  
 MM. Vinour, Dailly, Mlle Gagnier, MM. Mouton, Serre, Sohier, Mlle du Pasquier, MM. Kartun, Ardouin, Albahary, Pantier, 55 ;  
 MM. Le Louët, Forestier, Muller, Maigne, Congy, Nataf, Verriez, Méline, Sterboul, Demassieux, 54 1/2 ;  
 Fournier, Révérand, Masson, Jorge, Gibrat, Schermann, Ferrand, Dubel, Guitard, Courjaret, Hébert, Roch, Raufman, Seyer, Durand, Mendelsohn, Deslandes, Castaigne, Sevilleano, 54 ;  
 Lobjois, Martin, Mlle Monghal, MM. Bonvarlet, Azaïz, Mselati, Lemaire, Granjon, Mlle Bartfeld, MM. Larcelet, Ballade, Mlles Maureil-Deschamps, Pétron, M. Mayaud, 53 1/2 ;  
 Mlle Cahour, MM. Astre, Coulon, Isorni, Denoyelle, Barnier, Hadangue, Marinetti, Landau, Dufresne, Mlle Tostivin, MM. Verliac, Petit, Harel, Rey, Duconrnan, Reynès, Abeille, Rognon, Sclafer, Mlle Kaplan, MM. Alison, Paley, Hewitt, Duval, Radziewsky, Legrand, Umdenstock, 53 ;  
 Tavernier, Stora, Chilot, Petitot, Wibrotte, René-Boisneuf, Colsenet, Bena, Cuzin, Mlle Magallon-Graineau, M. Torlet, Mlle Krilitchewsky M. Bastin, 52 1/2 ;  
 Mlle Soudant, MM. Barré, Paris, Mlle Aftalion, M. Guillaume, Mlle Kletter, MM. Carlotti, Gross, Mlle Laisney, MM. Raymond, 52 ;  
 Rudnansky, Mlles Leuret, Bénétaud, M. Maill, Mlle Faure, M. Crépin, Mlle Defmas, MM. Guyot, Todoskoff, Masson, Vialard-Goudou, Boreau, Vittrant, Berrier, Dufourmentel, Orinstein, Mlles Lethreau, 51 1/2 ;  
 Raab, MM. Druille, Colin, Neufeld, Mlle Tarrade, MM. Mailliez, Martin de Frémont, Mlle Blieblum, M. Mathoron, Mme Carpentier, MM. Leroux, Leulier, Bricaire, Davy, 51 ;  
 Mlle Ganget, MM. Cabrières, Benaliona, Vasquez, Orgozo, Loublie, Schilte, Boucaut, Buchenaud, Le Floch, Caillé, Loiseau, Lemierre, Grémont, Mlle Bourcart, MM. Delcambre, Bernager, Catalogne, Albert, Grünspan, Bles-tel, 50 1/2 ;  
 Mlle Moreillon, MM. Lemarchand, Sieurin, Guimezanos, Roubinet, Goldstein, Mme Témime née Morhange, MM. Tiscas, Roger, Mlle Seror, MM. Lagarde, Carballo, Astié, de Chirac, Mlle Michon, MM. Gaurion, Blanchon, Mlle Sibertin-Blanc, MM. Galmiche, Tricot, Krawiecki, de Fourmestaux, 50 ;

Krewer, Flandin, Nguyen-Tring-Nam, Mlle Lerner, M. Avril, Mlle Pauliac, MM. Villebrun, Jugand, Uzan, Pons, Durgeat, Crevecoeur, Bonvaller, Bailly, Ballerin, Lebette, Mlle Saulnier, MM. Wolf, Enel, 49 1/2 ;

Cuadrado, Gluck, Malingre, Morel, Piot, Pach, Bonnefis, March, Pouret, Prestrot, Decormeille, Mlles François, Lazinier, M. Iancu, Mlles Mangenot, Garnier, M. Postel-Vinay, Mlles Grauld, Keim, MM. Tremblin, Mothon, Habas, Brochenin, 49 ;

Guyot, Léra, Parrot, Lamy, Cariage, Blaire, Mlle Lauer, MM. Monteau, Bernier, Chaouli, Jamme, Azouli, Reynaud, Leibovici, Mlle Mottez, MM. Tola, Marnier, Chardin, Haquin, Jardel, Grel, 48 1/2 ;

Pelaez, de Borg, Neumann, Mme Moulier, Mlle Taver-nier, MM. Apostolidès, Drylewicz, Christophle, Chouinard, Mlle Marette, MM. Penit, Meunier, Cayrol, Mlle Rivet, MM. Elhaïk, Ruel, Hermann, Mlles Saas, Raymond, M. Pestel, Mlle Rémond, MM. Miquelard, 48 ;

Belloy, Tran-Van-Luong, Parigois, Marsault, Loib, Mas-soum-Khani, Chopard, Lobrichon, Fox, James, Lajoinie, Borman, Coriat, Rouget, Verroust, Bessière, Pradelle, Ma-tron, Lanuceau, Lévêque, Diengott, Courchet, Houdart, Pi-nès, Garnal, 47 1/2 ;

Joly, Gibert, Mlle Cheymol, MM. Sadri, Ryckebusch, Gaudron, Carpentier, Pinchinat, Mlles Duval, Cypin, MM. Arnaud, Malvezin, Mlle Merle, MM. Bloch, Camus, Mlles Weissbrod, Szenesniakowski, Jeanperrin, MM. Amado, Vi-gnon, Peyron, Lelièvre, Fronville, Mage, Klein, 47 ;

Mlle Chaminadas, M. Schtakleff, Mlle Jolivet, MM. Raust, Salinési, Coujard, Mlles Baraquin, Molitor, MM. Galle, Berger, Faingold, Graveron, Toufesco, Momon, Agid, Phi-lippe, Collard, Pergola, Giraud, 46 1/2.

## CONGRÈS ET EXCURSIONS

**Croisière en Dalmatie et en Grèce (Pâques 1935).** — Le groupe sportif de l'Ecole des Sciences politiques organise, pour les vacances de Pâques du 14 au 27 avril, une croi-sière de tourisme sur la Riviera dalmate et en Grèce.

Pour tous renseignements, s'adresser au groupe sportif, Ecole des Sciences politiques, 27, rue Saint-Guillaume, Pa-ris (7<sup>e</sup>).

**Dédoublément de la XX<sup>e</sup> croisière médicale franco-belge de Pâques 1935 (Egypte, Palestine et Syrie).** — En raison de l'extraordinaire affluence des inscriptions pour la pro-chaine croisière du *Champollion*, un dédoublément a dû être prévu : un second départ, assuré par l'autre paquebot de grand luxe des lignes de Méditerranée des Messageries Maritimes, le *Mariette Pacha*, sister-ship du *Champollion*, s'effectuera de Marseille le 18 avril, le retour étant fixé au samedi 4 mai.

L'itinéraire du voyage, semblable à celui du *Champol-lion*, sera le suivant : Marseille, Alexandrie (Le Caire), Caïffa (Nazareth-Tibériade), Beyrouth (Baalbeck, Damas), Jaffa (Tel Aviv — Jerusalem, Bethléem), Alexandrie, Marseille.

Les prix seront également les mêmes que pour la croi-sière du *Champollion*, soit depuis 3.500 francs français, *excursions à terre incluses*.

Le départ aura lieu, quel que soit le nombre des adh-erents.

S'adresser à la Section des Voyages de Bruxelles médical, 29, boulevard Adolphe-Max, à Bruxelles.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.





# LORAGA

Emulsion originale d'huile de paraffine  
et d'agar-agar avec phénolphthaléine

## RÉGULATEUR PHYSIOLOGIQUE DE L'INTESTIN

S'incorpore intimement au contenu intestinal.  
Donne au bol fécal la consistance et la  
plasticité normales. Stimule doucement le  
péristaltisme sans provoquer de spasmes.

**INDICATIONS :** Toutes formes de constipation  
et à tout âge. — Paresse intestinale au cours  
de la grossesse et pendant la période de  
lactation. — Atonie intestinale des vieillards.

*Tolérance parfaite. Aucune action secondaire.  
Pas d'accoutumance ni de suintement huileux.*

Littérature et échantillons sur demande à MM. les Médecins

**LABORATOIRES SUBSTANTIA**

F. Guillemoteau, Pharmacien - 13, rue Pagès, Suresnes (Seine)

LE DIURÉTIQUE RÉNAL PAR EXCELLENCE

**SANTHÉOSE**

LE PLUS FIDÈLE, LE PLUS CONSTANT, LE PLUS INOFFENSIF DES DIURÉTIQUES

SES QUATRE FORMES

**PURE**

Le médicament régulateur par excellence, d'une efficacité sans égale dans l'artério-sclérose, la présclérose; l'albuminurie, l'hydropisie, l'urémie.

**PHOSPHATÉE**

L'adjuvant le plus sûr des cures de déchloruration et de désintoxication de l'organisme, dans la neurasthénie, l'anémie et les convalescences.

**CAFÉINÉE**

Le médicament de choix des cardiopathies, fait disparaître les œdèmes et la dyspnée, renforce la systole, régularise le cours du sang.

**LITHINÉE**

Le traitement rationnel de l'arthritisme et de ses manifestations; jugule les crises, enrayer la diathèse urique, solubilise les accidents urinaires.

DOSES : 2 à 4 Cachets par jour. — Ces cachets sont en **FORME DE CŒUR** et se présentent en boîtes de 24.

**PRODUIT FRANÇAIS**4, rue du Roi-de-Sicile  
— PARIS —**PRODUIT FRANÇAIS****SIROP DU D<sup>R</sup> REINVILLIER***(Lauréat de l'Académie de Médecine de Paris)***au Phosphate de Chaux hydraté****TUBERCULOSES - RACHITISME - MALADIES DES OS & DU SYSTÈME NERVEUX  
DENTITION DIFFICILE**

DOSES : 2 à 4 cuillerées à bouche, à dessert ou à café suivant l'âge

**ASSIMILATION  
COMPLÈTE****PRESCRIRE :****BERTAUT-BLANCARD FRÈRES** **AS D'ACIDE**  
SIROP REINVILLIER, un flacon 64, Rue de La Rochefoucauld, PARIS (9<sup>e</sup>) **LIBRE****PARFAIT SÉDATIF DE TOUTES LES TOUX****ADULTES ET ENFANTS  
DE TOUT AGE****GOUTTES NICAN  
GRIPPE****TOUX DES TUBERCULEUX****COQUELUCHE**ÉCHANTILLONS & LITTÉRATURES. Laboratoires **CANTIN A PALAISEAU** S.O. FRANCE



*La Lancette Française*

# GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6<sup>e</sup>. Danton 48-31.PUBLICITE : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6<sup>e</sup>) - Téléph. : LITRÉ 54-93.

## PRIX DE L'ABONNEMENT

### FRANCE

3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.  
Etudiants : 25 francs par an.

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

### ETRANGER

Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.  
Tous les autres pays : 75 francs.

## SOMMAIRE

### TRAVAUX ORIGINAUX

*La transfusion en chirurgie (15 ans de pratique de cette méthode à la Clinique chirurgicale A de Strasbourg), par M. René FONTAINE.*

### NOTES DE MÉDECINE PRATIQUE

*Calcul de la ration alimentaire du nourrisson, par M. L. BABONNEIX.*

### SOCIÉTÉS SAVANTES

*Société médicale des hôpitaux. — Société de pédiatrie. — Société de biologie.*

### INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

*Les Facultés de médecine recevront-elles enfin la Légion d'honneur? L'œuvre salutaire de la répression de l'exercice illégal de la médecine.*

### NOTES DE PRATIQUE

### CONGRÈS ET EXCURSIONS

### NOTES POUR L'INTERNAT

*Diagnostic des icères chroniques par rétention (fin).*

## INFORMATIONS

**FACULTÉS DE MÉDECINE. — NANCY.** — Les concours suivants sont ouverts à la Faculté de médecine de Nancy entre les étudiants français ou anciens étudiants français de ladite Faculté :*Prix Alexis Vautrin.* — Mémoire sur un sujet de gynécologie, y compris la gynécologie cancéreuse. — 1<sup>er</sup> prix : 3.000 fr. ; 2<sup>e</sup> prix : 1.000 fr.*Prix Joseph Rohmer.* — Mémoire sur un sujet d'ophtalmologie. — Prix : 3.000 fr.*Prix Grand'Eury-Fricot.* — Mémoire sur la tuberculose pulmonaire aiguë ou chronique. — Prix : 1.650 fr.*Prix Ritter.* — Mémoire sur un travail original de chimie médicale et fait dans un laboratoire de la Faculté de médecine de Nancy. — Prix : 500 fr.*Prix Heydenreich-Parisot (médecine).* — Concours entre les étudiants de la Faculté de médecine de Nancy et les docteurs en médecine (immatriculés ou inscrits à la Faculté au cours de l'année scolaire). — Travail original sur un sujet de médecine. — Prix : 500 fr.Les mémoires devront être déposés au secrétariat de la Faculté de médecine avant le 1<sup>er</sup> juillet 1935.**ÉCOLES DE MÉDECINE. — ANGERS.** — Un concours pour l'emploi de chef des travaux de physique et de chimie à

l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie d'Angers, est ouvert au siège de ladite Ecole, le lundi 17 juin 1935.

Le registre des inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

— **LIMOGES.** — M. Biais, directeur de l'Ecole de médecine et de pharmacie de Limoges, est admis à la retraite et nommé directeur honoraire de ladite Ecole.

M. Marchand, professeur à l'Ecole de médecine et de pharmacie de Limoges, est nommé directeur de ladite Ecole.

### GUERRE. — Est promu :

*Au grade de médecin général inspecteur.* — M. le médecin général Lafforgue, directeur du Service de santé de la 17<sup>e</sup> région, en remplacement de M. le médecin général inspecteur Dopfer, placé dans la section de réserve.

### CORPS DE SANTÉ MILITAIRE DES TROUPES COLONIALES.

— Sont promus :

*Au grade de médecin général.* — M. le médecin colonel Gaillard, en remplacement de M. le médecin général Mul, placé dans la section de réserve; M. le médecin colonel Pezet, en remplacement de M. le médecin général Vivie, placé dans la section de réserve.

### CONSEIL SUPÉRIEUR D'HYGIÈNE PUBLIQUE DE FRANCE. —

M. le docteur Briau, auditeur au Conseil supérieur d'hygiène publique de France, a été nommé membre de cette assemblée, en remplacement de M. le docteur Vaillard, décédé.

**HÔPITAL FOCH.** — Dimanche a eu lieu l'inauguration du service de consultation externe et de prophylaxie sociale de l'hôpital Foch. La cérémonie était présidée par le maréchal Pétain, ayant à ses côtés M. Queuille, ministre de la Santé publique, et M. Rivollet, ministre des Pensions. EtaientLaboratoire Mialhe - 8 Rue Favart - Paris - 2<sup>e</sup>

La feuille de digitale se prescrit :

**Digi-LANATINE**Extrait total des glycosides  
du *Digitatis Lanata*

également présents : M. Villey, préfet de la Seine; les représentants des ministres de la guerre, de la marine et de l'air; le médecin général inspecteur Rouvillois; le médecin général Morvan, directeur du Service de santé au ministère de la Guerre; M. de Fontenay, ancien président du Conseil municipal.

Le maréchal et les ministres ont été reçus, à leur arrivée, par M. Moussat, président de la Société nationale des médaillés militaires, président du Conseil d'administration de l'hôpital Foch; le docteur Paul Descomps, médecin chef de l'hôpital et président des amis de l'hôpital Foch; et M<sup>me</sup> Jacques Fould, présidente du Comité des dames.

Des allocutions ont été prononcées par le docteur Descomps, M. Moussat, M<sup>me</sup> Jacques Fould et le ministre de la Santé publique.

**ORCHESTRE MÉDICAL.** — L'Orchestre médical donnera son prochain concert le lundi 25 mars, à 21 h., dans la salle du Conservatoire national de musique (2, rue du Conservatoire), avec le concours de M<sup>me</sup> Jeanne Jouve, cantatrice, de M<sup>lle</sup> Annie Hémon, harpiste, et de M. Edmond Marc.

Tous les médecins et leur famille y sont gracieusement invités; ils trouveront des cartes d'entrée à la salle susdite et chez les éditeurs Le François et Maloine.

Au programme : Ouverture de *Ruy Blas* (Mendelssohn); *Trepak*, *Berceuse*, *Hopak* (Moussorgsky), par Jeanne Jouve et Edmond Marc; Symphonie en sol mineur (Lalo); *Viviane* (Chausson); Danses sacrées (Debussy), par Annie Hémon; Romances (G. Fauré), par Jeanne Jouve et Edmond Marc; Marche française de la suite algérienne (Saint-Saëns).

L'orchestre sera dirigé par le docteur Pacaut.

**AÉROCLUB INTERMÉDICAL.** — Un aéroclub intermédical vient de se fonder pour réunir les membres du Corps médical dans une même passion des choses de l'air; rendre l'aviation accessible aux jeunes; collaborer à la réalisation d'une aviation sanitaire pratique.

Pour tous renseignements, s'adresser Aéroclub intermédical, 85, boulevard Saint-Michel, Paris (V<sup>e</sup>).

**NÉCROLOGIE.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. Grandclément, ancien maire de Villeurbanne, conseiller général du Rhône; M. Marcelino Weiss y Gramatges, professeur de stomatologie et fondateur de l'Ecole de chirurgie dentaire de Cuba; M. le professeur Sante de Sanctis, fondateur de l'Institut de psychologie expérimentale de Rome; M. le docteur Jean (de Bordeaux).

## INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

### LES FACULTÉS DE MÉDECINE RECEVRONT-ELLES ENFIN LA LÉGION D'HONNEUR?

Après la guerre, une des listes les plus impressionnantes de morts fut certainement fournie par les médecins de réserve, docteurs et étudiants. On parla alors à diverses reprises, nos lecteurs ne l'ont pas oublié, de décerner la croix de la Légion d'honneur aux Facultés de médecine. En 1928 (voir *Gaz. Hôp.*, 21 juillet 1928, 1<sup>re</sup> page), le ministre de la Guerre, M. Painlevé, interrogé à ce sujet par M. Mordagne, déclara qu'il ne serait plus décerné de citation à des collectivités, et qu'il ne pouvait être question de donner la Croix de guerre à toutes les Facultés. Le lendemain, d'ailleurs, une école du Havre était citée. Depuis cette résolution de M. Painlevé, l'opinion gouvernementale paraît avoir changé. L'Ecole forestière, l'Ecole de Lyon, l'Ecole de Bordeaux, l'Ecole coloniale ont été décorées de la Légion d'honneur. Nul n'ap-

prouve plus sincèrement que nous ces distinctions, qui sont pleinement méritées.

Il ya peu de jours encore, un décret a décerné la croix de la Légion d'honneur au Conservatoire national de Musique et de Déclamation.

Puisque les collectivités reçoivent à nouveau des citations et des croix, beaucoup de confrères se demandent avec nous si le gouvernement voudra bien enfin penser aux Facultés de médecine.

F. L. S.

### L'ŒUVRE SALUTAIRE DE LA RÉPRESSION DE L'EXERCICE ILLÉGAL DE LA MÉDECINE

L'Association corporative des Etudiants en médecine de Paris vient de relever dans les bulletins des syndicats médicaux de la région parisienne, plusieurs listes de médecins ou étudiants étrangers indésirables. Nous avons noté parmi ceux d'entre eux qui ont été condamnés par les tribunaux de la Seine depuis 1926, les noms de 27 individus, parmi lesquels l'un a été atteint par une peine de deux ans de prison.

Voici les catégories de délits :

- a) 15 délits d'exercice illégal, dont 5 avec diplômes d'université, 4 avec diplôme étranger, les autres pour complicité d'exercice illégal;
- b) 5 délits d'escroquerie aux accidents du travail;
- c) 3 délits d'avortement;
- d) 2 délits pour exercice sous un pseudonyme;
- e) 4 usurpation du titre de docteur par des étudiants en doctorat d'Université.

Ensuite, nous avons établi un état des étudiants étrangers ou des docteurs d'Université contre qui des plaintes répétées pour exercice illégal ont été déposées au Parquet. La liste en est fort longue.

Pour terminer, après enquête en lieu sûr, nous devons signaler 9 condamnations prononcées par le Conseil de Famille départemental d'un grand syndicat, en exécution de la loi sur les Assurances sociales, après plaintes des Caisses d'assurance en 1934. Sur un état de 9 peines, 5 ont été encourues par des étrangers. Plusieurs d'entre eux se sont vu interdire de donner leurs soins aux assurés sociaux pendant plusieurs mois et même une année!

Ces données sont concluantes; refusons les naturalisations, expulsons *manu militari* tous ces forbans indignes de soigner les citoyens français, et aidons les étudiants dans leur mouvement de défense.

MAURICE MORDAGNE.

## NOTES DE PRATIQUE

### INSUFFISANCE CARDIAQUE

Que l'insuffisance du myocarde soit à peine esquissée cliniquement ou déjà nettement accusée, l'amélioration de la contractilité du muscle cardiaque rétablira le rythme régulier et fera disparaître les accidents pénibles secondaires aux extrasystoles. En conséquence, conseiller un repos plus ou moins rigoureux — surveiller le régime alimentaire — et prescrire des diurétiques cardiaques, en alternant théobromine, strophanthus, mais surtout, et de préférence, l'extrait total d'adonis vernalis ou Diurène. Ne pas oublier la stimulation hépatique et la dérivation intestinale par l'aloès ou les lavements purgatifs.

**Iodarsenic** de GUIRAUD  
(Contre l'Idiosyncrasie)  
TOUTS ETATS GONDIENNAIRES - LYMPHATISME - MALADIES CUTANÉES  
Littérature et Echantillons: 10, Impasse Milord, Paris (18<sup>e</sup>)

Néuralgies  
Névrites

**BROMÉINE MONTAGU**

**QUATAPLASME**

de D<sup>r</sup> L'ANGLEBERT  
PANSEMENT COMPLET  
Phlegmasies, eczémas, brûlures, etc



# sirop "roche"

## au thiocol

toutes les  
affections  
des voies  
respiratoires

Produits F. HOFFMANN-LA ROCHE & C<sup>ie</sup>  
10, Rue Crillon — PARIS

## Granules de CATILLON

## STROPHANTUS

à 0,001 Extrait Titré de

C'est avec ces granules qu'ont été faites les observations discutées à l'Académie de Médecine en 1889, elles prouvent que 2 à 4 par jour donnent une diurèse rapide, relèvent vite le cœur affaibli, dissipent ASYSTOLIE, DYSPNÉE, OPPRESSION, ŒDÈMES, Affections MITRALES, CARDIOPATHIES des ENFANTS et VIEILLARDS

## Granules de CATILLON 0,0001

## STROPHANTINE

CR.

TONIQUE du CŒUR par EXCELLENCE — TOLÉRANCE INDÉFINIE

Priz de l'Académie de Médecine pour "Strophantus et Strophantine", Médaille d'Or Expos. Univ. 1900

PARIS, 3, Boulevard St-Martin. — R. C. Seine 48283

## TRAITEMENT DU PSORIASIS

PAR UN NOUVEAU COMPOSÉ  
AR/ÉNO-BI/MUTHIQUE

ampoules de 3 cc 1/2  
pour injections  
intraveineuses ou  
intramusculaires

LABRE  
G. FERMÉ

55, Boul. de Strasbourg

PARIS

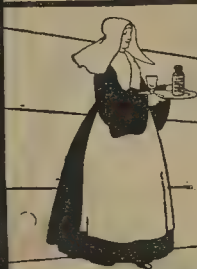
# Psorphanol

Le Psorphanol à 1 cc  
Pour injections intramusculaires  
Thérapeutique autophylactique  
Rénovation leucocytaire.



# UROMIL

ÉTHER PHÉNYL CINCHONIQUE — PIPÉRAZINE — HÉXAMÉTHYLÈNE TÉTRAMINE



MOBILISE — DISSOUT  
ÉLIMINE

L'ACIDE URIQUE

ARTHRITISME

Dr L. BELIERES - 19, RUE DROUOT - PARIS

# NUCLÉARSITOL ROBIN

*Granulé - Comprimés - Injectable*

**TUBERCULOSE - FIÈVRES PALUDÉENNES  
LYMPHATISME - SCROFULE**

**LABORATOIRES ROBIN, 13, Rue de Poissy, PARIS**

POSOMÉTRIE ABSOLUMENT RIGOUREUSE

## CALOMEL VICARIO

PETITS COMPRIMÉS

Un milligramme, quart et demi-centigramme

un, deux et cinq centigrammes

DÉSAGRÉGATION RAPIDE

NEURALGIES — GRIPPE — RHUMATISMES

## NOPIRINE VICARIO

ASPIRINE RENFORCÉE

Pharmacie VICARIO, 17, boul. Haussmann, PARIS



Travail de la Clinique chirurgicale A de la Faculté de Strasbourg.

## LA TRANSFUSION EN CHIRURGIE

(15 ans de pratique de cette méthode à la Clinique chirurgicale A)

Par M. RENÉ FONTAINE.

Au cours de ces 15 dernières années, nous avons pratiqué un très grand nombre de transfusions. Il nous est impossible d'en donner le chiffre exact. Cela nous eût obligés de dépouiller les observations de tous les malades admis pendant ce temps.

Rares au début, les transfusions se sont multipliées dans la suite au fur et à mesure que la technique s'est simplifiée, et qu'il devenait plus facile de se procurer des donneurs. Dans ce sens, la création d'un Centre de Transfusion à l'Hôpital Civil de Strasbourg, dont tout le mérite revient à M. le Professeur Canuyl, a beaucoup contribué à la divulgation de la méthode.

C'est ainsi que dans la seule année 1934, il a été pratiqué à la Clinique Chirurgicale A 125 transfusions, dont 83 avec des donneurs fournis par le Centre de Transfusion, et 42 avec des donneurs occasionnels appartenant à la famille des malades.

**Indications de la transfusion.** — Ce nombre important de transfusions faites au cours d'une seule année prouve que nous avons posé très largement les indications de cette méthode. De fait, tant que la transfusion constituait un véritable acte opératoire, tant qu'elle comportait des préparatifs longs et délicats, tant qu'il était difficile de se procurer des donneurs, elle restait réservée aux cas où l'indication en était absolue. La facilité que donne un centre de transfusion bien organisé permettant d'avoir instantanément à sa disposition un donneur convenablement choisi, facilité qui s'ajoute à la simplification actuelle de la technique, devait par contre en étendre les indications.

Aux indications absolues qui aujourd'hui restent les mêmes que hier, et que l'on peut, en ce qui concerne la chirurgie, résumer en ces deux mots : hémorragie et choc, s'opposent maintenant les indications relatives de la transfusion. Inutile de nous étendre longuement sur les premières. D'une façon absolue, les transfusions restent indiquées dans les grandes hémorragies, quelle que soit leur origine : traumatique, tumorale ou infectieuse, chez les ictériques avant l'intervention, et enfin chez tous les shokés, soit par traumatisme, soit par opération. Ces indications, aujourd'hui classiques, sont universellement acceptées, et personne n'oserait plus mettre en doute l'utilité de la transfusion dans ces cas.

C'est parce que cette méthode est efficace dans les cas extrêmes susvisés, qu'elle a été peu à peu étendue aux cas beaucoup moins graves. Ainsi sont nées les indications relatives de la transfusion. Elles peuvent être synthétisées en quelques mots : sont justiciables de la transfusion avant l'opération tous les malades fatigués, anémiés, tous les hépatiques, tous ceux dont la résistance est diminuée. Doivent être transfusés

après l'opération tous les malades qui viennent de subir des opérations longues et importantes. En somme, l'action tonique qu'exerce la transfusion, présente en chirurgie de très fréquentes indications, et si autrefois elle était surtout utilisée contre le shok et contre l'anémie confirmés, elle peut aujourd'hui servir à la prophylaxie de ces accidents.

C'est à ce titre qu'elle nous paraît avant tout indiquée :

- 1° Dans la chirurgie abdominale, et tout particulièrement dans la chirurgie gastrique ;
- 2° Dans la chirurgie cérébrale.

La résection gastrique s'est rapidement généralisée au cours de ces dernières années. Faite sous anesthésie locale, avec toute la minutie voulue, ce n'est plus une intervention shokante. Elle n'en reste pas moins une intervention grave, qui met l'organisme à une solide épreuve. N'est-il pas logique d'aider celui-ci à mieux supporter cette épreuve, en lui apportant d'emblée l'action tonifiante d'une transfusion, sans attendre qu'il ait montré des signes certains de défaillance ? C'est ce que personnellement nous faisons depuis plus d'une année. Tous nos réséqués d'estomac reçoivent systématiquement, dès la fin de l'opération, 200 à 300 cm<sup>3</sup> de sang.

Cette pratique a-t-elle amélioré nos résultats ? Il est difficile d'en être sûr. Mais ce qui frappe, c'est l'état dans lequel se trouvent ces malades les jours qui suivent l'opération. Les suites sont d'une bénignité remarquable. Ce qui est vrai pour la résection gastrique, l'est également pour les autres interventions abdominales graves, les cholécotomies, les colectomies, les abdomino-périnéales, etc.

Les opérations pour tumeurs cérébrales sont souvent longues et difficiles. Il est fréquent qu'au bout de une à deux heures d'opération, la tension artérielle commence à baisser. Pourquoi alors attendre que la chute de la tension artérielle soit importante, que le shok soit cliniquement évident, ce qui si souvent dans le passé a obligé le chirurgien à terminer hâtivement son intervention, avant d'avoir pu faire quelque chose d'utile sur la tumeur ? Ne vaut-il pas mieux, dès que la tension commence à fléchir, et avant qu'elle ne s'effondre, faire une transfusion, qui permettra de poursuivre l'intervention dans les meilleures conditions ?

Voilà esquissées à grands traits les indications que nous pouvons appeler relatives de la transfusion sanguine en chirurgie.

En somme, si autrefois la transfusion était réservée aux cas où la vie était directement menacée, du fait de l'importance du shok ou de l'anémie, il apparaît aujourd'hui que son rôle est beaucoup plus vaste. Chaque fois qu'une maladie, un traumatisme accidentel ou opératoire exige de l'organisme un effort considérable, la transfusion, dont l'effet tonique n'est égalé par aucune autre méthode, devient indiquée. C'est-à-dire qu'en chirurgie, les indications de la transfusion deviennent journalièrement plus nombreuses. Elle occupe une place de premier plan dans la préparation des malades à l'opération ; elle les soutient au cours de l'acte opératoire. Elle peut enfin

leur permettre de vaincre, dans les meilleures conditions possibles, la maladie postopératoire.

Mais pour que la transfusion sanguine puisse être la méthode adjuvante de choix, dans le traitement des défaillances organiques auxquelles nous pouvons avoir affaire en chirurgie, il faut qu'elle soit : 1° d'exécution rapide et aisée, et à la portée des plus jeunes de nos collaborateurs. Il faut 2° qu'elle constitue une méthode sûre, n'exposant par elle-même à aucun danger.

**Technique.** — La simplicité de la technique est aujourd'hui acquise.

Il y a 15 ans, nous employions exclusivement l'excellente instrumentation du Professeur Jeanbrau. Elle nous a permis de faire de très nombreuses transfusions, mais elle a l'inconvénient de nécessiter chez le donneur comme chez le récepteur la dénudation d'une veine. C'est trop.

Plus tard, nous avons employé la seringue de Jubé, puis celle de Tzank. Les deux modèles sont parfaits, mais ils nécessitent un tour de main ; il faut une certaine expérience pour bien réussir une transfusion à l'aide de ces seringues.

La méthode la plus simple consiste à recueillir le sang dans un récipient faiblement citraté, et à l'infuser comme on ferait avec du sérum physiologique ordinaire. Ceci est à la portée de tout le monde et ne nécessite aucune instrumentation spéciale. C'est, à notre avis, la méthode de choix.

Pour les petites transfusions de 100 grammes, les seringues type Rosenthal ou P.-E. Weill sont très commodes.

Notre manière de faire les transfusions a l'inconvénient de nécessiter l'emploi de petites quantités de citrate de soude. On sait qu'au sang citraté, dont Hédon au cours de la dernière guerre déjà avait montré l'innocuité, beaucoup d'auteurs préfèrent le sang pur. Mais personnellement, nous n'avons pas observé d'inconvénient résultant de l'emploi du citrate de soude. Les reproches qu'on a adressés au sang citraté, nous paraissent donc plus théoriques que réels.

Quant à la quantité de sang transfusé, nous ne croyons pas à l'utilité des doses massives en un temps. Nous avons fait autrefois des transfusions de 800 cm<sup>3</sup>. Actuellement, 250 à 300, au maximum 400 cm<sup>3</sup>, nous paraissent la dose optima. S'il y a utilité, on peut renouveler la transfusion le lendemain et les jours suivants. Même dans les cas graves, deux transfusions de 400 cm<sup>3</sup> chacune, décalées de quelques heures, nous paraissent plus efficaces qu'une seule massive de 800 gr.

Chez les hépatiques, nous dépassons rarement 150 à 200 cm<sup>3</sup> en une seule fois. Après les opérations, à titre prophylactique, nous infusions en général 200 à 300 cm<sup>3</sup>.

La transfusion est donc devenue une méthode simple. Est-elle un procédé sûr, sans danger ?

**Incidents et accidents.** — Les menus incidents, si souvent signalés, au cours des transfusions (pâleur, sueurs, paresthésies linguales, agitations, etc.) ont été dans notre pratique assez fréquents autrefois. Actuellement,

nous les voyons beaucoup moins souvent. Cela tient à la vitesse de l'injection. Avec l'appareil de Jeanbrau, elle se faisait sous pression et assez rapidement ; avec notre technique actuelle, elle est beaucoup plus lente. D'autre part, le débit est homogène, ce qui évite les à-coups successifs, dont Govaerts a montré les inconvénients.

En somme, il faut injecter lentement, avec une vitesse constante ; à cette condition, on évite le plus souvent les incidents auxquels nous avons fait allusion.

**Accidents.** — En 15 ans, nous en avons observé 4, dont un seul mortel.

En 1930, un ouvrier du chemin de fer subit un écrasement de la cuisse droite. Il était saigné à blanc ; après amputation rapide de la cuisse, une transfusion fut jugée indispensable. C'était la nuit. Nous n'avions à notre disposition comme donneurs éventuels que les deux frères du blessé. Avec l'aîné, l'épreuve de Jeanbrau montrait une incompatibilité absolue. Avec le second, la réaction fut douteuse ; une agglutination tardive et partielle dénotait, sinon une grande incompatibilité, tout au moins une tolérance douteuse. Il y avait urgence. La transfusion fut faite. Elle se passa sans incident, et permit au blessé de sortir du shok. Mais 48 heures plus tard, apparut, sans aucun autre symptôme, une hémoglobinurie massive qui dura plusieurs jours, puis disparut sans laisser de traces. Somme toute, la transfusion avait donc été très utile dans ce cas. Les globules rouges du donneur avaient permis au récepteur de remonter son état général, mais mal tolérés par celui-ci ils avaient été détruits très rapidement, alors qu'on sait que normalement ils survivent de 40 à 60 jours dans l'organisme du transfusé.

Restent 3 autres accidents : 2 chocs très graves et prolongés, et un accident mortel, dont nous allons vous entretenir maintenant.

Le premier de ces accidents de shok concerne une femme de 51 ans, atteinte de cancer de l'estomac, avec forte anémie secondaire (hématies 2.500.000). En raison de cette anémie, une transfusion sanguine fut jugée indispensable avant l'intervention. Après épreuve de Jeanbrau, le mari fut choisi comme donneur. Il y avait absence totale d'agglutination. 300 cm<sup>3</sup> de sang légèrement citraté furent infusés sans aucun incident. La malade, bien remontée par la transfusion, fut opérée le surlendemain matin. Sous anesthésie locale, une large gastrectomie fut faite.

48 heures plus tard, alors que la malade allait bien, mais parce qu'elle restait pâle, une nouvelle transfusion fut faite. Le mari fut encore choisi comme donneur. 100 cm<sup>3</sup> de sang avaient à peine été injectés, qu'un état de shok extrêmement violent se déclara. La transfusion fut aussitôt interrompue. Pendant 4 à 5 heures, l'état de la malade inspira de très vives inquiétudes, puis, lentement, sous l'influence d'injections intraveineuses de sérum et de cardiotoniques, le shok se dissipa, et la malade guérit parfaitement.

Frappés par le fait qu'avec le même donneur, à 4 jours d'intervalle, une première transfusion avait été



bien supportée, alors que la seconde avait failli entraîner la mort, nous avons refait l'épreuve de compatibilité. Cette fois, le sérum de la malade agglutinait instantanément les globules du donneur. Que s'était-il passé ?

Eden a signalé des changements de groupe sous l'influence de l'anesthésie et de l'acte opératoire. S'agit-il d'un fait analogue dans notre cas, ou d'un accident d'anaphylaxie ? Nous ne saurions le dire, le groupe de la malade ni de son mari n'ayant pas été déterminé, faute de sérums étalons.

Quoi qu'il en soit, pour la pratique, il convient de retenir de ce fait que la compatibilité peut être modifiée par l'opération. En cas de transfusions répétées avec le même donneur, il faut donc toujours refaire les épreuves directes.

L'accident mortel que nous avons eu à déplorer, est lui aussi très instructif.

Il s'agissait d'une institutrice de 39 ans, admise à la Clinique Chirurgicale A le 29 mai 1934, à la suite d'une hématoméose extrêmement profuse, provenant d'un ulcère calleux de la petite courbure, dont l'existence avait été révélée quelques jours auparavant par un examen radiologique.

Dès l'admission à la Clinique, transfusion de 350 cm<sup>3</sup> avec un donneur universel fourni par le centre. Sang citraté, transfusion sans particularité. La malade continuant à saigner, on fait deux nouvelles transfusions, l'une le 31 mai, de 350 cm<sup>3</sup>, l'autre le 4 juin de 400 cm<sup>3</sup> avec 2 nouveaux donneurs universels. Pendant 2 jours, la malade ne saigna plus, et son état sembla s'améliorer. Mais le 7 juin, au matin, une nouvelle hématoméose survint ; on décida alors d'intervenir, et sous anesthésie locale, on pratiqua une gastrectomie large. La pièce montra un ulcère calleux de la petite courbure, avec une érosion de l'artère coronaire stomacique dans le fond.

L'opération est suivie d'une quatrième transfusion, de 400 cm<sup>3</sup> celle-ci, le sang étant encore fourni par un donneur universel du Centre. Les premiers jours, tout va bien. Les hématies passent de 1.700.000 à 2.300.000 ; l'hémoglobine de 25 % à 35 %. Du point de vue opératoire, la malade évolue simplement.

Mais le 12 juin, un brusque état syncopal est suivi d'un melaena très abondant. La malade meurt au bout de quelques heures.

A l'autopsie, on ne trouve rien de particulier du côté de l'estomac réséqué. Il n'y a pas trace de péritonite. Par contre, dans la plupart des viscères, mais notamment au niveau des deux reins et à la base du cerveau, Mlle le Docteur Hoerner note des thromboses veineuses marquées, qu'on ne saurait expliquer autrement que par un accident en rapport avec les transfusions répétées qu'avait subies cette malade. Du sérum fut d'ailleurs prélevé sur le cadavre de notre malade (1). Il agglutinait les globules du donneur universel, qui avait servi à la dernière transfusion. Malheureusement, l'épreuve de Jeanbrau n'avait pas été faite au préalable. Elle aurait certainement évité la mort de cette malade.

Le donneur a été contrôlé lui aussi. C'est bien un donneur universel. Les donneurs universels ne mettent donc pas à l'abri des accidents de la transfusion.

Il en avait déjà été de même pour un cas observé en 1933 dans le service de notre maître le Prof. Leriche à Lyon.

Après une résection gastrique un peu laborieuse, une transfusion de sang avait été décidée. Un donneur universel, fourni par le Centre de transfusion de Lyon, fut utilisé. La transfusion, faite selon la technique habituelle, entraîna un état de shok extrêmement grave, mais heureusement pas mortel. L'épreuve directe faite après coup montra une agglutination massive, et pourtant, vérification faite, le donneur appartenait bien au groupe 4.

Dans certains cas, le sang d'un donneur universel peut donc ne pas être compatible avec celui d'un malade. C'est surtout chez les malades ayant déjà un long passé pathologique, que pareille éventualité est à craindre. Elle sera infiniment plus rare dans les hémorragies aiguës (traumatiques, hémorragies internes par grossesse extra-utérine rompue, etc.), bref, chez tous les malades qui passent brusquement de l'état normal à l'état pathologique.

Des conclusions pratiques se dégagent des faits ci-dessus rapportés :

1° Il faut, avant chaque transfusion, compléter la recherche des groupes par l'épreuve directe à la Jeanbrau. Si cette dernière n'est pas satisfaisante, il faut éliminer le donneur, même s'il appartient au groupe des donneurs universels ;

2° En cas de transfusions répétées avec le même donneur, il est plus prudent de renouveler l'épreuve directe à chaque nouvelle transfusion.

Arrivés au terme de cette étude, nous pouvons résumer comme suit notre expérience de la transfusion en chirurgie :

1° La transfusion est la méthode la plus efficace que nous ayons à notre disposition, pour lutter contre l'anémie aiguë et le shok, que ce dernier soit d'origine nerveuse, toxique ou infectieuse ;

2° A titre de médication tonique, la transfusion mérite d'être de plus en plus répandue, non seulement dans ses indications absolues sus-mentionnées, mais surtout dans ses indications relatives, que nous avons précisées au début de ce travail ;

3° Procédé appelé à une application quotidienne, il doit être d'exécution aussi simple que possible ; c'est pour cette raison que personnellement, nous n'employons plus que le sang citraté, que nous infusions à la façon du sérum physiologique. Pour les petites quantités, les seringues de Rosenthal et P.-E. Weil sont très commodes ;

4° Les accidents de la transfusion sont en grande partie évitables. Les petits incidents au cours même de la transfusion deviennent rarissimes, si l'on évite une injection trop rapide et par à-coups.

Les accidents graves, voire mortels, existent encore. Nous pensons qu'on peut les réduire en sachant :

a) Même avec des donneurs du groupe 4, l'épreuve directe à la Jeanbrau peut déceler une incompatibilité. Il faut donc toujours compléter la recherche des

(1) Mlle le Dr HOERNER publiera très prochainement en détail les constatations anatomo-pathologiques faites dans ce cas.

groupes par l'épreuve directe, éliminer le donneur universel, si cette dernière n'est pas satisfaisante ;

b) En cas de transfusions répétées avec le même donneur, il faut chaque fois renouveler l'épreuve directe, la compatibilité pouvant changer sous l'influence de l'anesthésie, de l'acte opératoire, voire du progrès de la maladie.

## NOTES DE MÉDECINE PRATIQUE

### CALCUL DE LA RATION ALIMENTAIRE DU NOURRISSON

Par M. L. BABONNEIX,

Médecin de l'hôpital Saint-Louis (Annexe Grancher)

Envisageons successivement :

- 1° Le nourrisson au sein ;
- 2° Le nourrisson au biberon.

§ 1. — Nourrisson au sein. — La ration énergétique totale de l'enfant jeune doit satisfaire :

a) Les mêmes besoins que chez l'adulte (*ration d'entretien*) : dépense de fonds ; travail de la digestion ; travail musculaire ; thermo-régulation ;

b) Les besoins de croissance qui lui sont propres (*ration d'accroissement*), déduction faite de l'énergie encore emmagasinée dans les excréta, cette perte pouvant être évaluée à 10 p. 100 de la valeur calorifique totale.

Comment la calculer ? C'est une question qui a été très fouillée dans ces dernières années, à laquelle restent attachés les noms de Camerer (1894-1900), Rubner et D. Heubner (1898), Ch. Michel (1896-1899), Michel et Perret (1906), E. Maurel (1908), Marfan, Lassablière, Ch. Richet, Lesné et Binet, et qui, malheureusement, n'est pas encore résolue, car, si nous pouvons déterminer la dépense de fonds et évaluer, ne fût-ce que d'une manière approximative, tant le travail de la digestion que les dépenses occasionnées par la croissance, nous sommes beaucoup moins fixés sur les valeurs des dépenses occasionnées par :

- 1° Le travail musculaire ;
- 2° Le rayonnement cutané, dont la calorimétrie ne nous donne qu'une idée très imparfaite (Ch. Richet).

Sous ces réserves formelles, envisageons la manière dont on a cherché à la résoudre en se fondant surtout sur les données de la calorimétrie indirecte, étant donné (Rubner) que la quantité de chaleur produite par les aliments est à peu près équivalente à celle que dégage l'organisme et qu'enregistre le calorimètre.

**Calcul en calories de la ration d'accroissement.** — Il varie avec les auteurs.

Rappelons que les besoins de croissance comprennent :

1° La quantité d'énergie *retenue* par l'organisme de l'enfant sous forme de tissus nouveaux. On a essayé de calculer la somme d'énergie à laquelle correspond l'accroissement d'un gramme de substance corporelle.

Pour MM. Michel et Perret, la composition chimique des gains faits par le nourrisson étant par gramme :

Eau.....	0,69
Sels minéraux.....	0,0337
Azote.....	0,02179
Graisses.....	0,1173

La valeur énergétique d'un gramme de substance ayant cette composition est égale à 1 C. 867, ou, pratiquement, 1 C. 9.

Pour MM. Ch. Richet, Ed. Lesné et L. Binet, 1 gr. de gain correspond à :

Albumine.....	0,1396 × 4C1 = 0,569
Graisses.....	0,1173 × 9C3 = 1,088
	1,657

2° Le *coût énergétique du travail d'accroissement*, qui semble être de 1 C. 5 pour 1 gr. de substance fixée (Rubner).

Le gain de 1 gramme de substance corporelle exige donc, *théoriquement* :

1C867
1C5
3C367

Ces données étant rappelées, voyons comment les auteurs calculent la ration d'accroissement.

Pour le professeur Nobécourt, le nombre de calories exigées par la croissance est très facile à déterminer, si l'on se reporte au tableau de l'accroissement quotidien :

De 0 à 4 mois pour un accroiss. de 25%	: 25 × 1,9 = 47,5
4 à 8	— — 16,6 : 16,6 × 1,9 = 31,5
8 à 12	— — 8 : 8 × 1,9 = 15,2

Ces chiffres sont parfois considérés comme un peu faibles, peut-être parce qu'ils ne tiennent pas compte du coût énergétique du travail d'accroissement.

On admet qu'un nourrisson de 4 kilos utilise, pour sa croissance, de 20 à 30 % (Ribadeau-Dumas) de sa ration journalière.

**Calcul en calories de la ration d'entretien.** — Il fait surtout entrer en jeu la surface, le poids et la taille.

I. — SURFACE. — La ration alimentaire du nourrisson, évaluée en calories d'après la valeur thermique des ingesta, est, relativement au poids de celui-ci, *beaucoup plus grande que chez l'adulte*. Alors que, chez celui-ci, elle est, selon les circonstances, de 32 à 50 C. par kilogr. et par 24 heures, elle est, chez les nourrissons bien portants, de 100 C. (Heubner). De ces calories, les 9/10 sont dépensés par la surface du corps, qui tend continuellement à se refroidir. Cette surface, comment la calculer ?

En usant de certaines formules établies empiriquement et qui donnent la surface en fonction du poids corporel : telle est la formule de Meeh, où K est une constante, variable avec les auteurs :

$$S = 12,3 \sqrt[3]{P^2} \text{ (Ch. Richet et Ed. Lesné),}$$

qui, chez le nourrisson, devient, pour Michel et Perret.

$$S = 9,5 \sqrt[3]{P^2}$$

et, pour P. Lassablière.

$$S = 10,5 \sqrt[3]{P^2}$$

A la formule de Meeh, ce dernier auteur propose d'en substituer deux nouvelles :

$$S = 2,3 \times \text{Périmètre thoracique,}$$

ou

$$S = 0,092 \times T^2 \text{ (taille).}$$

Que donnent ces formules, lorsqu'on les applique au nourrisson ?

2° D'après les tables de Michel et Perret, la surface du corps est, pour les enfants, de :

3 kilogs.....	20 dm <sup>2</sup>
6 kilogs.....	30
9 kilogs.....	40
12 kilogs.....	50

3° A mesure qu'ils augmentent de poids, leur surface spé-



cifique S/P, c'est-à-dire la surface correspondante à 1 kilog. de poids diminue. Elle est, en effet, pour des enfants de

3 kilogs.....	$\frac{20}{3} = 6 \text{ dm}^2$
6 kilogs. ....	$\frac{30}{6} = 5$
9 kilogs.....	$\frac{40}{9} = 4.4$
12 kilogs.....	$\frac{50}{12} = 4,1$

Comment, connaissant la surface du nourrisson, calculer sa ration d'entretien ?

En se rappelant que la quantité de calories dégagée en 24 heures par  $\text{dm}^2$  de surface cutanée étant, chez l'adulte, de 12 (Lapicque et Ch. Richet), elle est, chez le nourrisson de 3 à 8 kilogs, de 15 (Michel et Perret).

Elle sera donc, chez des enfants de :

3 kilogs ayant une surface de $20 \text{ dm}^2$ , de $20 \text{ dm}^2 \times 15 = 300 \text{ C}$	
6 — — — — — $30$	$30 \times 15 = 450 \text{ C}$
9 — — — — — $40$	$40 \times 15 = 600 \text{ C}$

La surface spécifique étant, pour des enfants de :

3 kilogs.....	$\frac{300}{3} = 100 \text{ C}$
6 kilogs.. ..	$\frac{450}{6} = 75 \text{ C}$
9 kilogs.....	$\frac{600}{9} = 66 \text{ C}$

Pour avoir la ration d'entretien du nourrisson, il suffit donc de multiplier par 15 sa surface exprimée en  $\text{dm}^2$ .

II. Le POIDS. — D'après le professeur Marfan, la ration doit être :

dans les six premiers mois, de 14 à 15 % du poids ;  
de six à onze mois, de 12 % ;  
à un an, de 11 % ;

Ce qui fait :

Pour le premier	mois.....	555 calories
second	— .....	660 —
troisième	— .....	765 —
quatrième	— .....	870 —
cinquième	— .....	975 —
sixième	— .....	1.080 —
septième	— .....	1.185 —
huitième	— .....	1.290 —
neuvième	— .....	1.395 —
dixième	— .....	1.500 —
onzième	— .....	1.605 —
douzième	— .....	1.710 —

III. La TAILLE (Variot et Lassablière, Peignaux). — On multiplie par 14 la taille exprimée en centimètres ;

Calcul de la ration totale. — Il est maintenant facile à effectuer. Soit un enfant de 5 kilogr. (Michel et Perret) :  
Ration d'entretien :  $15 \times 27,6$  (surface)..... 414 C  
Ration d'accroissement :  $20 \times 1,660$ ..... 33 C 20  
Ration totale :  $414 + 33,20 = 447 \text{ C } 20$  utiles

Pour avoir 667 calories utiles, il faut prendre 1.000 gr. de lait de femme. La ration totale sera donc :

$$\frac{1.000 \times 447,20}{667} = 670^{\text{e}} \text{ de lait de femme, ou}$$

$$\frac{1.000 \times 447,20}{690} = 648^{\text{e}} \text{ de lait de vache,}$$

chiffre que l'on peut admettre, à condition de le considérer comme un minimum (Ed. Lesné et L. Binet).

§ II. Nourrisson au biberon. — Mêmes lois générales. Une seule différence : la ration alimentaire doit être un peu plus élevée chez lui que chez l'enfant nourri au sein.

## SOCIÉTÉS SAVANTES

### SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 1<sup>er</sup> FÉVRIER 1935)

**Interférométrie.** — M. SAINTON considère qu'il est impossible de diagnostiquer les états d'hyperthyroïdie au moyen des substrats de thyroïde normale. Par contre, il estime que les substrats de goitres avec hyperthyroïdie ont une valeur spécifique. Les résultats présentent des garanties de précision indiscutables.

**Ictère grave de la période secondaire de la syphilis.** — MM. TZANCK et CACHIN se demandent si la description de l'ictère grave de la syphilis secondaire est légitime. Pour eux, la plupart des faits de cet ordre relèvent d'autres causes que la syphilis, alors qu'au contraire, les lésions de la syphilis secondaire sont ou spontanément résolutives ou influencées par le traitement.

**Bacilles tuberculeux aviaires dans l'organisme d'un nourrisson.** — MM. DEBRÉ, BOQUET, SAENZ et LELONG. Nourrisson issu d'une mère phthisique, qui, après la naissance, n'eut aucun contact avec sa mère ; il fut vacciné au BCG et placé à la campagne. A sept mois et demi, il présenta des troubles digestifs, accompagnés de poussées fébriles, pendant plusieurs semaines. Son état s'améliora d'abord, puis la fièvre reparut irrégulière et le malade succomba à 14 mois. On ne trouva aucun bacille du type humain, mais un bacille acido-résistant du type aviaire. Cette constatation étayée sur une étude bactériologique, est très importante.

**Ictères post-thérapeutiques (analyse pathologique).** — MM. TZANCK, CACHIN et BOYER. La nocivité du produit est indéniable, puisque la presque totalité des ictères surviennent à la suite de traitement par les composés arsenicaux et sont rares en dehors d'eux. Ces ictères apparaissent aussi bien pour les doses minimes que pour des traitements intenses. La réaction d'Herxheimer est rare. Les auteurs concluent que le rôle pathogénique le plus important revient au terrain qui réagit sous forme d'une intolérance hépatique.

**Caractère de l'intolérance hépatique.** — M. TZANCK. La possibilité de continuer un traitement arsenical malgré l'existence d'un ictère, s'oppose à la notion d'intolérance hépatique. Mais les fonctions propres du foie expliquent que dans des circonstances pathologiques, l'adaptation soit possible, permettant au foie une désensibilisation spontanée. C'est là un caractère propre à l'intolérance hépatique.

**Les migraines. Rôle du foie dans leur pathogénie, traitement par la thérapeutique hépatique.** — MM. ETIENNE et COLLESSON. L'insuffisance hépatique est le substratum fondamental sur lequel évoluent les divers mécanismes déchaînants. Les signes de l'insuffisance hépatique sont constants sous une forme ou sous une autre chez les migraineux. De nombreux malades ont été soignés par la thérapeutique médicamenteuse de stimulation hépatique. Chez le plus grand nombre, les migraines disparurent complètement.

**Intoxication fongique avec état cholériforme, anurie et azotémie ; traitement par la rechloruration, guérison.** — MM. Ch. AUBERTIN et G. PATEY. Homme de 41 ans, ayant présenté après l'ingestion de champignons blancs, un syndrome d'intoxication des plus graves. L'incubation a été de 18 heures. Les manifestations algido-cholériformes ont entraîné rapidement une déshydratation massive avec anurie. Troubles humoraux graves. 1<sup>o</sup> Anurie, puis oligurie avant

le rétablissement assez rapide de la diurèse : faible taux de l'albuminurie, absence de cylindrurie, présence de sucre.

2° Azotémie très masquée, atteignant 1 gr. 60 au 3<sup>e</sup> jour. Le chlore plasmatique seul fut légèrement abaissé avec diminution de chlore total. Réserve alcaline basse. La viscosité sanguine fortement augmentée. Ce syndrome phalloïdien a été traité par la rechloruration : injections intraveineuses de sérum à 20 %. L'amélioration a été presque instantanée. Cette thérapeutique a peut-être contribué à la guérison, assez rare dans ce genre d'intoxication.

#### SOCIÉTÉ DE PÉDIATRIE

(SÉANCE DU 29 JANVIER 1935)

**Un cas de kala-azar infantile.** — MM. NOBÉCOURT, DUCAS et PRETET présentent un enfant de trois ans atteint de kala-azar contracté au cours d'un séjour dans la région de Toulon. Outre l'existence de fièvre et de splénomégalie, le diagnostic en fut aisé grâce à la présence de leishmanias dans les frottis de rate, alors que tous les autres examens de laboratoire furent négatifs. Il faut enfin signaler l'amélioration rapide sous l'influence des sels d'antimoine.

**Le traitement de l'incontinence d'urine par l'hypophyse antérieure à haute dose.** — M. G. CAÏN relate les bons effets qu'il a obtenus dans le traitement de l'énurésie infantile par les extraits d'hypophyse antérieure à haute dose. Sur 35 cas suffisamment suivis, il a eu 18 succès persistants, 14 améliorations et 3 échecs. Le traitement fut poursuivi pendant une durée de 8 jours à 3 mois, pendant lesquels les enfants reçurent une dose quotidienne d'hypophyse antérieure allant de 0 gr. 10 la première semaine à 0 gr. 60 vers la sixième semaine. Il n'a jamais eu d'accidents liés au traitement, à condition de suivre attentivement ses malades.

**Traitement des diphtéries malignes par la strychnine à fortes doses.** — MM. PAISSEAU, BRAILLON et VAILLE ont obtenu des résultats favorables par l'emploi de la strychnine à hautes doses dans le traitement des diphtéries graves. Dans les formes communes graves, une dose quotidienne de un demi-milligramme de strychnine par kilogr. de poids corporel, commencée précocement et poursuivie pendant toute la période critique de la maladie, a semblé éviter les paralysies tardives et le syndrome secondaire malin. Dans les formes malignes hypertoxiques, une dose plus élevée de un milligramme par kilogr. a permis d'obtenir la guérison de 5 cas, dont 3 au moins paraissaient désespérés.

**Erythème infectieux. (Discussion avec la fièvre boutonneuse.)** — MM. H. GRENET, ISAAC-GEORGES et BRÉHIER ont observé chez deux enfants un syndrome caractérisé par de la fièvre, des arthralgies et une éruption de quelques éléments arrondis, nettement saillants, de teinte rosée, siégeant sur les membres inférieurs et le tronc principalement. Ils ont été frappés par les analogies qui unissent ces deux cas aux observations de fièvre méditerranéenne récemment observées, mais aucun élément ne leur permet d'affirmer ce diagnostic.

**Appendicite tuberculeuse chez une enfant atteinte de bacillose pulmonaire évolutive.** — Mlle DREYFUS-SÉE, MM. GORECKI et ASCHKENASY présentent l'observation d'une fillette de 8 ans atteinte de tuberculose pulmonaire excavée bilatérale, chez qui se révéla tardivement, à l'occasion d'une crise aiguë, une appendicite tuberculeuse latente. L'intervention montra un abcès endo-appendiculaire réchauffé. L'enfant guérit sans séquelle, et son état parut amélioré par l'appendicectomie.

**Ostéite kystique du fémur de nature syphilitique.** — MM. SORREL et GUICHARD présentent un nouveau cas d'ostéite kystique syphilitique, siégeant cette fois sur le fémur. Ce cas se compliqua d'une fracture spontanée au niveau du kyste ; grâce au traitement antisiphilitique, la consolidation fut observée dans des délais normaux et la lésion kystique tend à se combler.

**Emphysème de la région sus-claviculaire consécutif à un violent traumatisme thoracique sans fracture de côtes.** — MM. SORREL et GUY présentent un enfant de trois ans qui fut atteint à la suite d'un accident de fractures multiples des membres et qui était atteint d'une dyspnée intense, bien que ne paraissant pas avoir de fracture de côtes. Le lendemain, la cause de cette dyspnée fut expliquée par l'apparition d'un volumineux emphysème sus-claviculaire qui se résorba spontanément les jours suivants.

**Trois cas d'invagination intestinale de forme rare chez l'enfant.** — MM. SORREL, GUICHARD et SABOURIN rapportent trois cas d'invagination intestinale d'observation peu courante chez des enfants de 5 à 10 ans : un cas d'invagination iléo-iléale, un cas d'invagination du fond du caecum, en enfin une invagination de l'appendice. Le diagnostic put en être posé grâce à la précocité de l'examen.

**Remarques sur la colibacillose infantile.** — Mlle SCHOEN a observé cinq cas de colibacillose infantile et en étudie les principaux caractères. Elle insiste en particulier sur la fréquence en pareil cas des malformations urinaires.

**Colibacillose aiguë du nourrisson.** — MM. RAILLET et GINSBOURG (de Reims) ont observé un cas de colibacillose aiguë chez un nourrisson de 6 mois. Le diagnostic en fut fait par la constatation d'une pyurie fourmillant de colibacilles, alors qu'avant cet examen il était resté plusieurs semaines en suspens. Ils ont obtenu une grosse amélioration suivie de guérison par la sérothérapie anticolibacillaire.

**Anémie grave par alimentation au lait de chèvre.** — Mlle Louise WEILL.

**Deux cas de purpura rhumatoïde ayant débuté par une hémorragie intestinale.** — MM. CASSOUTE, ZUCCOLI et MONTUS (de Marseille) ont vu deux fois un purpura débuter par une hémorragie intestinale abondante ; ce n'est que plusieurs jours après que l'apparition des autres signes permit le diagnostic.

#### SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 19 JANVIER 1935)

**Effet inhibiteur de la pilocarpine sur l'intestin imprégné par le marron d'Inde.** — M. H. BUSQUET. Si on entretient l'intestin isolé en survie dans la solution de Tyrode et si on ajoute à cette solution un peu d'Intrait de Marron d'Inde, le tonus intestinal subit une notable élévation qui dure 2 ou 3 minutes. Quand le tonus est revenu à la normale, on ajoute à la solution nutritive un peu de pilocarpine et on constate alors que cette substance, qui habituellement a un effet moteur, exerce, au contraire, une action inhibitrice.

A quel principe du Marron d'Inde doivent être attribués ces effets ? On trouve, dans cette drogue, trois constituants actifs : l'aesculine, le tanin et la saponine. Si on les expérimente isolément, on constate que seule, la saponine donne qualitativement les mêmes effets que la plante entière, c'est-à-dire qu'elle augmente le tonus et inverse l'action de la pilocarpine. Cette action spéciale de la saponine semble devoir être attribuée à son acidité ; cette hypothèse est con-



forme à une notion établie récemment par MM. Tiffeneau et Broun, à savoir que la diminution des ions  $\text{OH}^-$  favorise l'inhibition intestinale et peut renverser les effets de la pilocarpine.

**Différenciation des bacilles tuberculeux des mammifères, des bacilles paratuberculeux et des streptothricées révélée par l'étude de la toxicité comparée de l'acide sulfurique et de l'acide acétique.** — MM. A. SAENZ, M. SADETTIN et L. COSTIL. L'action de l'acide sulfurique s'exerce différemment suivant qu'il s'agit de bacilles tuberculeux des mammifères, de bacilles paratuberculeux ou de Streptothricées : s'il se montre parfaitement inoffensif pour le bacille de Koch, à la même concentration, il empêche tout développement des bacilles paratuberculeux et des Streptothricées.

L'acide acétique se révèle très toxique pour les bacilles de mammifères et les streptothricées tandis qu'il permet encore le développement des bacilles paratuberculeux à la concentration de 10 %.

Cette technique présente un grand intérêt particulièrement quand il s'agit de différencier un bacille paratuberculeux d'une Streptothricée ou d'une Nocardia acido-résistantes, très difficiles à identifier par les autres méthodes habituellement employées.

(SÉANCE DU 26 JANVIER 1935)

**Régulation de la tension artérielle et hypothalamus.** — MM. DE JAEGER et A. VAN BOGAERT confirment l'existence, dans le plancher du troisième ventricule et dans le pèdoncule cérébral qui lui fait suite, de centres et voies, dont l'excitation électrique chez le chien augmente de 10 à 20 cm. de hg. la pression carotidienne. La réaction est fré-

quemment en retard sur le début de l'excitation et persiste très souvent cinq minutes après son arrêt.

**Etude des caractères de culture des bacilles tuberculeux bovins dysgoniques.** — MM. R. LAPORTE et U. BATTAGLINI étudient les caractères culturels de 12 souches bovines venant d'être isolées et appartenant au type dysgonique. Ces bacilles se développent très difficilement sur les milieux de culture ordinaires : milieu à l'œuf de Loewenstein, pomme de terre glycinée, liquide synthétique de Sauton et bouillon glyciné. La culture en est aisée, par contre, sur certains milieux spéciaux, tels que le milieu de Besredka qui permet aussi la culture directe en partant des organes. Par certains caractères de cultures, ces souches dysgoniques se rattachent à la variété S du bacille tuberculeux.

**Etude des caractères morphologiques et de la dissociation des bacilles tuberculeux bovins dysgoniques.** — MM. R. LAPORTE et U. BATTAGLINI continuent l'étude des bacilles tuberculeux bovins dysgoniques, dont ils exposent les caractères morphologiques : bacilles courts, homogènes sur les milieux solides. Les formes bleues ne sont abondantes que dans les voiles jeunes, les formes granuleuses sont plus nombreuses dans le milieu de Besredka. Toutes ces cultures sont très aisément émulsionnables dans les liquides. Deux de ces souches dysgoniques se sont dissociées spontanément en variété eugonique de développement normal sur tous les milieux et appartenant à la variété R. Toutes ces souches S dysgoniques et R eugoniques sont virulentes pour le lapin et le cobaye.

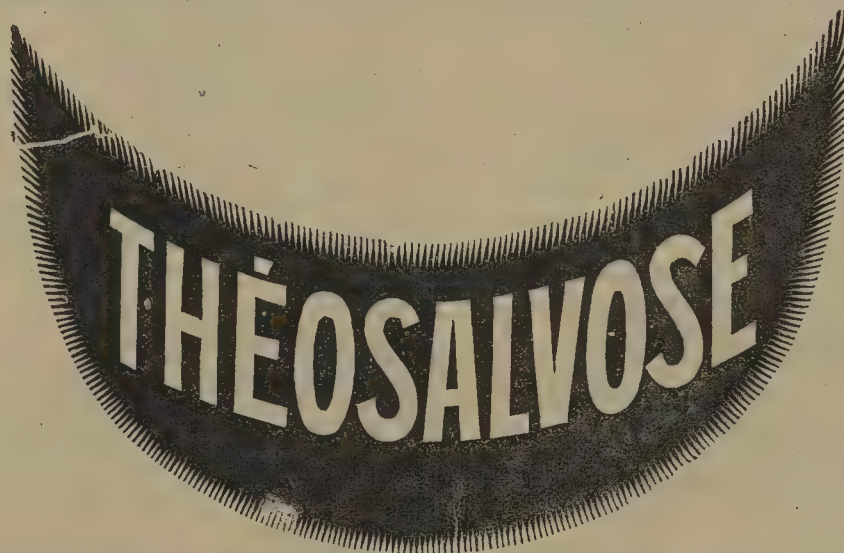
**A propos de la communication de M. Boer concernant un cas d'intradermoréaction dissociée.** — M. F. VAN DEINSE a eu l'occasion d'examiner les crachats de l'enfant à réaction dissociée, dont M. Boer a communiqué récemment ici

## DIURÉTIQUE { D'UN POUVOIR REMARQUABLE D'UNE FIDÉLITÉ CONSTANTE

Pure  
Digitalique  
Strophantique  
Sparléinée  
Scillitique  
Barbiturique

Phosphatée  
Lithinée  
Caféinée

Ne se délivrent  
qu'en cachets



Cachets dosés

0 gramme 25

et 50

0 gramme 50

de Théosalvose

DOSE MOYENNE :

1 à 2 grammes

par jour.

**THÉOBROMINE FRANÇAISE** garantie chimiquement pure

Artériosclérose — Affections cardiaques et rénales — Albuminuries — Intoxications  
Urémie — Urlicémie — Goutte — Rhumatismes — Hydropisie — Maladies infectieuses

Laboratoires André GUILLAUMIN  
PARIS — 13, rue du Cherche-Midi, 13 — PARIS

R. G., 2.10. Seine.

même l'observation. L'inoculation de ces crachats aux cobayes et le traitement de ces animaux par des injections d'extrait acétonique de B. K. lui a permis d'obtenir des lésions tuberculeuses, d'où il a isolé une culture de bacilles tuberculeux. Il donne une description des caractères biologiques de cette souche.

**Sur certaines propriétés biologiques des cultures lisses de bacilles tuberculeux obtenues par la méthode des injections d'extrait acétonique de bacilles de Koch.** MM. L. NÈGRE et J. BRETEY donnent une nouvelle preuve que les souches de bacilles acido-résistants à colonies lisses, qu'ils ont isolées par l'ensemencement sur le milieu de Lowenstein des lésions de cobayes, inoculés avec des produits pathologiques suspects et traités par des injections répétées d'extrait acétonique, sont des bacilles tuberculeux. En effet, injectés à la dose de 10 mgr sous la peau de cobayes, ils donnent à ces animaux une résistance très prononcée à une infection d'épreuve réalisée par inoculation sous-cutanée d'un bacille très virulent d'origine humaine.

**La vitamine C dans la peau.** — MM. A. GIROUD, C.-P. LEBLOND et RATSIMAMANGA montrent par des dosages chimiques de la vitamine C dans la peau que le corps muqueux est assez riche en vitamine C, contrairement aux couches cornées qui n'en contiennent que des traces insignifiantes ; le derme en renferme également assez peu. Ces résultats se superposent à ceux que donne la recherche des substances solubles à fonction sulphydryle type glutathion.

**Les effets des agents sympatho et parasymphathomimétiques sur l'excitabilité de l'innervation sécrétoire de la glande sous-maxillaire.** — M. et Mme A. CHAUCHARD injectent à des chiens chloralosés des solutions d'acétylcholine et d'adrénaline à des doses immédiatement inférieures à celles qui provoquent la sécrétion salivaire. Ils observent des variations de l'excitabilité dans le domaine de la corde du tympan et du sympathique sécrétoire, qui se manifestent surtout par une diminution du temps de sommation. L'action de ces deux substances porte donc sur l'élément glandulaire, tout comme ils l'avaient déjà constaté pour l'atropine et la pilocarpine.

**Sur le pigment noir de la région sous-thalamique.** — MM. ROUSSY et MOSINGER ont repris l'étude comparative des formations à pigment noir de la région sous-thalamique.

L'hypothalamus humain ne présente habituellement pas de pigment noir, mais les auteurs ont pu mettre en évidence, dans les cellules à pigment jaune de certains noyaux (noyaux tangential, paraventriculaire et hypothalamo-mammillaire) des granulations argentophiles.

Chez le chien, les auteurs ont relevé l'existence de cellules à pigment noir dans tous les segments du noyau hypothalamo-mammillaire et dans le noyau latéral.

Dans le mésencéphale de l'homme et des mammifères, les cellules à pigment noir, existent, non seulement dans le locus niger, mais également dans le noyau réticulaire diffus (noyau moyen des auteurs).

Le locus niger apparaît donc comme une condensation de la substance réticulaire, au même titre que le noyau rouge. Par ailleurs, l'étude des fonctions pigmentaires est un élément de plus pour rapprocher le noyau hypothalamo-mammillaire des formations réticulaires.

— Société de biologie de Lyon (séance du 21 janvier 1935) :

**Sur le mécanisme de l'accélération du cœur par excitation du cordon vago-sympathique chez le chien.** — Par des travaux poursuivis depuis plusieurs années, MM. L. JUNG, R. TAGAND et M. PIERRE, ont établi l'existence d'éléments

accélérateurs du cœur, dans le cordon vago-sympathique. Ils viennent de montrer que l'accroissement du rythme persiste après section du deuxième vago-sympathique, éliminant ainsi l'intervention possible de fibres sensitives récurrentes, capables de déclencher un réflexe accélérateur.

**Précarence C expérimentale et réaction de Beszonoff.** — MM. MOURIQUAND et COEUR ont recherché si la réaction de Beszonoff permettait, dans le scorbut expérimental, de déceler les états de précarence avant l'apparition des signes cliniques.

Il ressort de leurs expériences que chez tous leurs cobayes carencés, la réaction de Beszonoff est restée positive après l'apparition des premières douleurs au niveau des fémurs, (signe précoce) ; pour certains cas même, elle l'est restée, alors qu'on note des tuméfactions au niveau des cuisses (grosses hémorragies).

D'après ces résultats, il semble que, dans le scorbut expérimental du moins, la réaction de Beszonoff ne puisse pas être retenue comme un signe précoce de précarence.

## CONGRÈS ET EXCURSIONS

**Voyage médical au Maroc.** — En vue de permettre aux médecins, participant au Congrès d'oto-neuro-ophtalmologie qui se tiendra à Nice, du 15 au 18 avril 1935, de visiter le Maroc, un voyage-croisière sera organisé au départ de Marseille, avec le concours de la compagnie de navigation Paquet, dont les luxueux paquebots seront empruntés à l'aller comme au retour.

Ce voyage est également ouvert aux participants du Congrès de la tuberculose qui se tient à Marseille aux mêmes dates, ainsi qu'à tout le corps médical français et étranger.

La Direction de l'Hygiène à Rabat recevra officiellement les participants au voyage.

Départ de Marseille : le 20 avril 1935, à 10 heures.

L'Office Central des Congrès, 26, avenue de l'Opéra, Paris (1<sup>er</sup>) (tél. Opéra 56-42) enverra aux personnes qui le lui demanderont tous les renseignements concernant ce voyage-croisière.

**Association des gynécologues et obstétriciens de langue française.** (IX<sup>e</sup> congrès (Alger) Pâques 1935.) — Le IX<sup>e</sup> congrès de l'Association des gynécologues et obstétriciens de langue française aura lieu à Alger, les 15, 16 et 17 avril 1935.

Bureau du congrès : président de l'Association : M. Henriotay ; président : M. Laffont ; secrétaire général : M. Fulconis ; secrétaire adjoint et trésorier : M. Ezes.

Les rapports seront les suivants :

1<sup>o</sup> *Indications et techniques thérapeutiques des cervicites chroniques.* — Rapporteurs : M. Labry (Lyon) et Villar (Bordeaux).

2<sup>o</sup> *L'Assistance obstétricale en Afrique française et belge.* — Rapporteurs : MM. Cocq et Mercken (Bruxelles), et MM. Laffont et Fulconis (Alger).

3<sup>o</sup> *Les œdèmes de la grossesse.* — Rapporteurs : MM. Lévy-Solal (Paris) et Gueissaz (Neuchâtel).

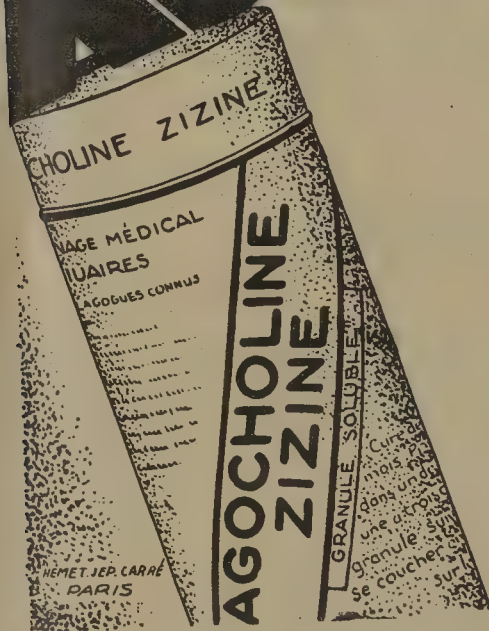
Des réceptions seront organisées en l'honneur des congressistes pendant leur séjour, et un programme d'excursions nombreuses et variées leur permettra de visiter les plus beaux sites de l'Algérie du Sud.

Des réductions de 50 % sur les chemins de fer et de 30 % sur les compagnies de navigation ont été consenties aux congressistes, ainsi qu'à leurs femmes et à leurs enfants.



# AGOCHOLINE

(GRANULÉ SOLUBLE)



## CHOLECYSTITES CHRONIQUES CONGESTION DU FOIE

Lithiase biliaire - Ictère et Cholémie  
Dyspepsies réflexes - Constipation  
Migraines, Vertiges, Eczéma, Prurit

d'origine  
hépato biliaire

**Posologie :** 1 à 3 cuillerées à café le matin à jeun, dans un demi verre d'eau chaude.

**LABORATOIRES DU D<sup>r</sup> ZIZINE**  
24, 26, Rue de Fécamp - Paris (XII<sup>e</sup>)

**avez-vous lu :**

LES APPLICATIONS CLINIQUES DE L'INSULINE EN DEHORS DU DIABÈTE

L'ATHÉRAPEUTIQUE DU DIABÈTE PAR L'INSULINE

LE LABORATOIRE DE L'ENDOPANCRIE est à votre disposition pour vous envoyer ces deux brochures

48, RUE DE LA PROCESSION - PARIS-15<sup>e</sup>

**RHIZOTANIN CHAPOTOT**

Tanin de Fraiser - Sels de chaux et de magnésie

**Tonique -- Reconstituant -- Recalcifiant**

Anémies -- Bronchites chroniques -- Pré tuberculos.  
Amélioration rapide des Accidents Diarrhéiques et des Néphrites Albuminuriques.

**Cachets pour adultes -- Poudre pour enfants**  
**Granulé pour adultes et enfants**

Éch. Méd. grat. P. AUERLOT, Ph. 56, bd Ornano, PARIS-18<sup>e</sup>

**Épilepsie!!**

dans l'état actuel de la Science, les

**Dragées Gelineau**

(Bromure de potassium arsenical et Picrotoxine) demeurent toujours

**le remède le plus actif, le plus puissant à combattre l'Épilepsie**

J. Mousnier, Sceaux (Seine) pres Paris.

**CHARBON DE PEUPLIER** sous forme de **GRAINS ANISÉS** de **CHARBON TISSOT**

Humectent, divisent, asséptisent, expulsent.

**DIVISION du BOL ALIMENTAIRE**

**CONSTIPATION**

et conséquences : MAUVAISES DIGESTIONS, MIGRAINES, LOURDEURS de TÊTE, HÉMORROÏDES, etc. — Une cuillerée à café avalée comme des grains de lin, après chaque repas.

Toutes Pharmacies. — Échantillons : PARIS, 34, BOULEVARD DE CLICHY (Service ad.)



La Compagnie Air-France met en ligne ses avions tri et quadrimoteurs, et pense pouvoir assurer la liaison Paris-Alger en moins de 8 heures.

Pour tous renseignements et pour l'inscription au Congrès, s'adresser : Agence Exprint, 26, avenue de l'Opéra, à Paris, ou au docteur Fulconis, 2, rue Ampère, à Alger.

## NOTES POUR L'INTERNAT

### DIAGNOSTIC DES ICTÈRES CHRONIQUES PAR RÉTENTION<sup>1</sup>

Le diagnostic d'ictère par rétention d'origine calculeuse impose les indications opératoires : date de l'intervention, en particulier ; faire opérer précocement, mais faire opérer un malade assez résistant, après traitement médical préopératoire. *Toujours faire des réserves* sur le degré exact d'insuffisance hépatique et d'infection des voies biliaires pour le pronostic post-opératoire.

L'ictère du cancer de la tête du pancréas s'oppose, dans les cas typiques, au précédent. Il survient, en effet, chez un homme de 40 à 60 ans, sans aucun antécédent lithiasique. L'ictère est apparu insidieusement, et s'est développé progressivement. Il est d'une intensité remarquable, avec teinte verdâtre, noirâtre : le plus typique des ictères chroniques par rétention avec prurit intense, rebelle, pouvant à lui seul, dans certains cas, constituer l'indication d'une opération palliative. Le foie est gros, débordant de plusieurs travers de doigt les fausses-côtes ; il est régulier, lisse, indolore. La vésicule est distendue, nettement perceptible sous forme d'une tuméfaction arrondie, non douloureuse (Loi de Bard et Pic). C'est un ictère indolore, « silencieux », sans tumeur pancréatique palpable.

Il s'accompagne d'une atteinte rapide de l'état général, avec amaigrissement intense et progressif, véritable *cachexie aiguë*. Il est *apyrétique*.

Il est *invariable* : pas de poussées comparables à celle de l'ictère calculeux.

Les radiographies sont *négatives* le plus souvent ; parfois on peut noter des déformations du cadre duodénal (Carnot et Caroli, 1934).

Le *tubage duodénal*, après épreuve de Meltzer-Lyon, est négatif. Parfois, après injection d'éther ou d'acide chlorhydrique dilué, on peut obtenir un peu de suc duodénal, dans lequel l'insuffisance pancréatique est facile à déceler.

L'examen des matières fécales montrant une grosse stéarrhée avec fibres musculaires mal digérées, apporte encore un utile appoint au diagnostic.

Enfin, dans l'ictère du cancer de la tête du pancréas, le gros foie est un foie de *cholostase*, et les différentes épreuves d'insuffisance hépatique sont négatives.

Dans les cas typiques, l'ictère insidieux, progressif, intense, indolore, avec signes d'insuffisance pancréatique du cancer, s'oppose à l'ictère brusque, douloureux, peu intense, fébrile, variable, avec signes d'insuffisance hépatique, du calcul.

Mais de nombreuses exceptions existent dans les deux cas en apparence si schématiques :

*En cas de calcul du cholédoque*, la notion d'âge n'a que peu de valeur ; l'ictère peut être le premier signe révélateur d'une lithiasie biliaire, avec absence de tout antécédent. Dans les calculs enclavés de la partie inférieure du cholédoque, l'ictère peut être régulièrement progressif et intense, verdâtre. La vésicule peut être dilatée (hydrocholécyste). Les

douleurs sont parfois peu intenses, vagues. Les renseignements donnés par la radiologie et le tubage duodénal sont souvent peu démonstratifs. L'ictère calculeux peut s'accompagner de signes de déficience pancréatique, en cas de PANCRÉATITE CHRONIQUE ASSOCIÉE.

*En cas de cancer de la tête du pancréas*, les antécédents lithiasiques peuvent exister. L'ictère peut être douloureux : crises douloureuses, endolorissement permanent de la région pancréatique. La vésicule peut être scléro-atrophique. Les ictères cancéreux fébriles ne sont pas exceptionnels. Un foie de *cholostase* au début, peut devenir insuffisant à la longue.

Les difficultés diagnostiques sont donc parfois très grandes, et, en pratique, devant un ictère chronique par rétention, on devra :

S'efforcer de déceler l'insuffisance hépato-pancréatique, surtout l'insuffisance hépatique ; en cas d'insuffisance, traiter d'abord médicalement l'ictère.

Puis décider l'intervention chirurgicale.

A l'intervention, plusieurs cas peuvent se présenter :

Premier cas : l'intervention chirurgicale lève les doutes.

Il s'agit d'un calcul : après cholécotomie et exploration des voies biliaires, on repère facilement le calcul. Après l'opération, le traitement médical de la lithiasie biliaire s'impose.

Il s'agit d'un cancer de la tête du pancréas : pancréas gros, dur, bosselé ; les voies biliaires sont dilatées et perméables : on se contentera d'une opération palliative cholécystoduodénostomie, cholécododuodénostomie, ou cholécystogastrostomie. (L. Bérard, 1930).

Il s'agit d'un cancer des voies biliaires, expliquant les difficultés du diagnostic clinique : CANCER SUR TERRAIN LITHIASIQUE, soit cancer des voies biliaires principales (hépatique, cholédoque, ampoule de Vater), soit cancer du cystique ou de la vésicule biliaire, propagé.

Deuxième cas : même à l'intervention, on ne peut conclure.

Le pancréas est un peu gros, dur, scléreux, sans noyaux bien palpables ; les voies biliaires sont perméables : s'agit-il de pancréatite chronique ou de cancer du pancréas ? Seule, l'évolution ultérieure fera le diagnostic.

Troisième cas : la cause de l'ictère chronique par rétention est une découverte de l'intervention chirurgicale.

Sténose cicatricielle du cholédoque, brides péritonéales, après opération sur les voies biliaires.

Périviscérite du carrefour sous-hépatique.

Adénite tuberculeuse ou cancéreuse du hile ou du pédicule hépatique ; adénopathies péri-cholécystiennes, de nature variée (M. Brulé et J. David. P. M., 1934) permettant une guérison rapide.

Kyste hydatique du lobule de Spiegel.

Quatrième cas : la cause échappe.

Il existe indiscutablement des ictères chroniques types par rétention sans obstacle sur la voie biliaire principale. Ils sont d'interprétation très délicate : une biopsie du foie permet dans ces cas de voir s'il s'agit d'hépatite dégénérative subaiguë. Dans certaines observations, on a invoqué un spasme prolongé du sphincter d'Oddi (Nanu-Muscel et Pavel. P. M. 1930. Pavel, P. M. 1932).

Le drainage biliaire externe (cholécystostomie) semble indiqué dans ce cas. (P. Mocquot ; J. de ch., 1933).

Certains auteurs ont insisté récemment sur des types exceptionnels d'ictère chronique par rétention, ictère par cholécystite, guérissant par tubages duodénaux. (M. Brulé, P. M., 3 novembre 1934).

ALBERT FIEHRER.

Le Directeur-gérant : D<sup>r</sup> François LE SOURD.

(4) Fin. — Voir Gaz. des hôp., 1935, n° 19, p. 322 ; n° 21, p. 358.



# ESTOMAC-INTESTIN

DYSPEPSIE

GASTRALGIE

ENTÉRITE

CHEZ L'ENFANT  
CHEZ L'ADULTE

## VALS-SAINT-JEAN

EAU de RÉGIME, FAIBLEMENT MINÉRALISÉE et GAZEUSE

Envoi gratuit d'Echantillons et de Notices à MM. les Docteurs sur demande adressée  
DIRECTION-VALS-GÉNÉRALE: 53, Boul' Haussmann, Paris (9<sup>e</sup>). Téléph. 227-76

**ANÉMIE PALUDEENNE.** — Source Dominique  
VALS-LES-BAINS. — Saison du 1<sup>er</sup> juin au 1<sup>er</sup> octobre.

**DÉSINFECTION = CHLORAMINE**  
**INTESTINALE = FREYSSINGE**

1 à 3 pilules à chaque repas. - 6, Rue Abel, PARIS - Aucune contrindication

CURE DE  
**DIURESE**  
**EVIAN**  
SOURCE  
**CACHAT**  
VOIES URINAIRES, FOIE  
GOUTTE GRAVELLE  
ARTÉRIO-SCLÉROSE

# OLÉTHYLE-BENZYLE

# NESTLÉ

FAIT UN LAIT  
EN POUDRE

“*Nestogène*”

LAIT SEC, DEMI-GRAS  
SUCRÉ (SUCRES DIVERS)  
NON DÉVITAMINÉ  
DE BONNE CONSERVATION

LITTÉRATURE ET ÉCHANTILLONS :  
SOCIÉTÉ NESTLÉ (FRANCE) 6, Av. Portalis, PARIS

**ASTHÉNIE GÉNÉRALE**  
**Action Élective sur les Centres Génito-Spinaux**

# **YO-ANDROL**

(Antero-Hypophysine - Vitamine E - Orchilipoïde, etc.)

**NOUVELLE FORME:**

**Ampoules injectables**



**HOMOLOGUE**

**FÉMININ :**

**YO-GYNINE**

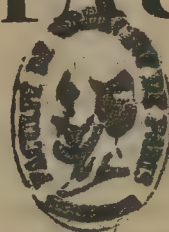
**POSOLOGIE :** 1 injection hypodermique tri-hebdomadaire ou 6 à 9 pilules par jour

---

**LABORATOIRE ISCOVESCO**

**107, Rue des Dames, PARIS**



*La Lancette Française***GAZETTE DES HOPITAUX****CIVILS ET MILITAIRES****PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI****ADMINISTRATION ET RÉDACTION :****49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6<sup>e</sup>. Tél. : Danton 48-31.****PUBLICITÉ : M. A. THIOILLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6<sup>e</sup>) - Téléph. : LITRÉ 54-93.****PRIX DE L'ABONNEMENT****FRANCE**

3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.

*Etudiants : 25 francs par an.*

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

**ETRANGER**Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.  
Tous les autres pays : 75 francs.**SOMMAIRE****REVUE GÉNÉRALE***Les hernies diaphragmatiques (avec 4 fig.) (fin), par MM. Robert GARRAUD et Pierre BASTIEN.***SOCIÉTÉS SAVANTES***Académie de médecine. — Société de médecine militaire française. — Société de médecine de Paris.***INTÉRÊTS PROFESSIONNELS***Les allocations familiales.**Les étudiants et le service de deux ans.***CONGRÈS****LIVRES NOUVEAUX****ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS****INFORMATIONS****HÔPITAUX DE PROVINCE. — SAINT-ETIENNE.** — Un concours public pour la nomination d'un médecin des hôpitaux spécialiste d'ophtalmologie et d'oto-rhino-laryngologie s'ouvrira le lundi 18 novembre 1935, à 8 h. 30, à l'hôpital de Grange-Blanche, à Lyon.

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétariat général des hospices, rue Michelet, 37 bis, à Saint-Etienne.

Le registre d'inscriptions sera clos le jeudi 7 novembre 1935, à 18 h.

**CONFÉRENCES PRÉPARATOIRES AU CONCOURS D'ADMISSION A L'ECOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE** (candidats à 4 inscriptions de médecine). — Une série de conférences d'anatomie et d'histologie destinées exclusivement à la préparation au concours d'admission à l'Ecole du Service de santé militaire en 1935 est organisée au Val-de-Grâce, à partir du 27 mars prochain.

Les auditeurs seront exercés à faire des compositions écrites et à subir des interrogations orales.

Les inscriptions sont gratuites. Elles seront reçues au début de la première séance qui aura lieu au Val-de-Grâce (petit amphithéâtre de l'Ecole d'application) le mercredi 27 mars, à 20 h. 30.

**UNION MÉDICALE LATINE.** — Le dîner de printemps annuel de l'Umfia sera cette année donné en l'honneur de la Roumanie et des médecins roumains.

Ce dîner est fixé au jeudi 11 avril, au Palais d'Orsay, à

20 h. précises, sous la haute présidence de Son Excellence Dinu Cesiano, ministre plénipotentiaire de Roumanie à Paris, et sous la présidence de M. le médecin général inspecteur Rouvillois, président du Comité consultatif de santé.

Pour y participer, envoyer les inscriptions au siège social de l'Umfia ou Union médicale latine, 81, rue de la Pompe, Paris (XVI<sup>e</sup>), en y joignant chèque ou mandat-carte représentant le prix du dîner, soit 50 fr. par personne.**UNE SECTION MÉDICALE DANS LE COMITÉ FRANCE-ESPAGNE.** — M. Dartigues vient de créer une section médicale dans le Comité France-Espagne avec l'assentiment des dirigeants du Comité.

Le bureau de la section médicale est ainsi composé : présidents d'honneur, MM. les professeurs J.-L. Faure et Legueu; président, M. Dartigues; vice-président, M. Baudelac de Pariente; secrétaire général, M. Cambiès; secrétaire général adjoint, M. Parrot; membres, MM. Noir, Desfosses, Gaullieur l'Hardy, Molinéry, Dausset, Armengaud, Debat et Toledano.

Presque tous les membres du Comité parlent l'espagnol, le docteur Gaullieur l'Hardy fut le premier Français qui fit à Madrid, où l'avait envoyé la *Gazette des hôpitaux* en 1912, les conférences d'où est née l'Umfia.**CÉLÉBRATION DU CENTENAIRE DE LA MORT DE DUPUY-TREN.** — Le centenaire de Dupuytren sera célébré à l'Hôtel-Dieu le 7 avril 1935, à 14 h., sous la présidence de M. le professeur Carnot.

Un discours sera prononcé par M. le professeur Gosset.

A cette occasion une exposition rétrospective permettra de réunir des souvenirs de l'illustre chirurgien.

Rappelons que la *Gazette des hôpitaux* (n° 12, 9 fév. 1935) a publié, cent ans jour pour jour après la mort de Dupuytren, quelques souvenirs sur sa mort, ses obsèques et son testament.**OUABAÏNE ARNAUD**LABORATOIRE NATIVELLE, 27, Rue de la Procession, PARIS (XV<sup>e</sup>)

**COMITÉ D'ÉTUDES DE PHOTOGRAPHIE TRANSCENDANTALE.**

— Ce Comité d'études, fondé par M. Emmanuel Vauchez, en 1908, et présidé par M. le docteur Foveau de Courmelles, a décerné les primes suivantes :

1.000 fr. et un diplôme à M. le docteur Albert Leprince, à Nice, pour ses remarquables travaux sur la radiesthésie médicale.

1.000 fr. et un diplôme à M. Larvarou, à Rennes, inventeur du radiocampimètre.

Rappel de prix : un diplôme à M. le docteur Jules Regnault, à Toulon. A obtenu en 1933 un prix de 2.000 fr. pour ses études et ses résultats sur la radiotellurie.

1.000 fr. à M<sup>me</sup> Jacqueline Chantereine, à Paris, pour ses études et ses expériences radio-physiques.

**INSTITUT DES HAUTES ÉTUDES CHINOISES.** — Conférences sur l'épidémiologie et l'hygiène en pays chinois, conférences publiques ayant lieu à l'Institut Pasteur, à 17 h. 30.

Samedi 30 mars : M. Ch. Broquet. Introduction à l'étude et à la prophylaxie des grandes maladies épidémiques en Chine.

Jeudi 4 avril : M. G. Martin. La variole.

Samedi 6 avril : M. Ch. Broquet. Le choléra.

Jeudi 11 avril : M. G. Martin. Les maladies vénériennes.

**COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.** — M. le professeur Dautrebande, de la Faculté de médecine de l'Université de Liège, fera au grand amphithéâtre de la Faculté, à 16 h., les deux conférences suivantes :

Lundi 25 mars : Le syndrome respiratoire de l'insuffisance circulatoire.

Mercredi 27 mars : La paralysie du système vaso-moteur par les solvants volatils industriels (avec projections).

— **COURS DE PERFECTIONNEMENT (Pâques 1935, 1<sup>er</sup>-13 avril),** sous la direction de M. le professeur Maurice VILLARET, médecin de l'hôpital Necker. — *La thérapeutique médicale et hydrologique des affections vasculaires, rénales, rhumatismales et humoro-végétatives* à la faveur des acquisitions récentes de la clinique et du laboratoire. — Cet enseignement de vacances, d'ordre essentiellement pratique, commencera le lundi 1<sup>er</sup> avril 1935, à 9 h. 30, à l'hôpital Necker (salle Renon), avec le concours de M. G. Marion, professeur de clinique des voies urinaires à la Faculté de médecine, et avec la collaboration de MM. Henri Bénard, agrégé, médecin de l'Hôtel-Dieu; L. Justin-Besançon, agrégé de la chaire d'hydrologie et climatologie thérapeutiques, médecin des hôpitaux; Maurice Bariéty, médecin des hôpitaux; Henry Bith, ancien chef de clinique à la Faculté, assistant du service; Fr. Saint-Girons, Grellety-Bosviel, Robert Wahl et Roger Even, anciens chefs de clinique à la Faculté; Henri Desoille, René Cachera, J. Odinet et M. Racine, chefs de clinique à la Faculté; Robert Wallich, ancien interne, médaille d'or, et R. Fauvert, interne des hôpitaux, préparateur de la chaire d'hydrologie et climatologie thérapeutiques.

Il aura lieu régulièrement le matin, à 9 h. 30, l'après-midi, à 15 h. et 16 h. 30.

Il comprendra 37 leçons et sera complet en deux semaines.

Le 42<sup>e</sup> Voyage d'études hydrologiques des cours de perfectionnement sera organisé après le cours des maladies du tube digestif, du foie et de la nutrition, c'est-à-dire après les vacances de Pâques, du 18 au 20 mai, à Vichy. Les élèves de ce cours et des autres enseignements dirigés, au cours de l'année, par le professeur Maurice Villaret, qui seraient désireux d'y participer, sont priés de s'inscrire à l'avance au laboratoire d'hydrologie et de climatologie thérapeutiques de la Faculté de médecine où on leur fera connaître le programme détaillé et les conditions du voyage. Les inscriptions sont limitées.

Un certificat sera délivré aux élèves à l'issue de ce cours. Pour tous renseignements, s'adresser au laboratoire d'hydrologie et de climatologie thérapeutiques de la Faculté de médecine (Ecole pratique).

**HUIT LEÇONS SUR LE TRAITEMENT DES TUBERCULOSES OSTÉO-ARTICULAIRES,** par M. André Richard, chirurgien en chef de l'Hôpital maritime de Berck-Plage, chirurgien des hôpitaux de Paris, avec la collaboration de MM. Bouquier, Delahaye, Allard, chirurgiens assistants de l'Hôpital maritime, du 4 au 13 avril 1935.

Les cours auront lieu à l'Hôpital maritime, l'après-midi, à 2 h.

Les matinées seront consacrées aux opérations de grande chirurgie, aux ponctions et à la confection d'appareils plâtrés.

La première réunion aura lieu le jeudi matin 4 avril, à 9 h., et sera suivie d'une visite des différents services de l'Hôpital maritime.

Les droits à verser sont de 200 fr. (Les internes des hôpitaux de Paris en sont dispensés.)

Pour tous renseignements, écrire au docteur Delahaye, à l'Hôpital maritime, Berck-Plage (Pas-de-Calais).

**CROISIÈRE DE PAQUES 1935** (du 20 avril au 5 mai) à bord du *S. S. Kerguelen*, sous l'égide du commandant Paul Chack : Bordeaux, Madère, Iles Canaries, Maroc, Corse, Marseille.

Prix : depuis 1.500 fr.

Réduction de 5 p. 100 aux médecins, internes, externes et à leurs familles qui remettront leur inscription à l'Association de la Presse médicale française, 23, rue du Cherche-Midi, Paris (VI<sup>e</sup>). Tél. Littré 14-61.

**NÉCROLOGIE.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur John James Reckart Mac Leod, professeur de physiologie à Aberdeen. En 1922 il avait découvert l'insuline en collaboration avec Branting. Tous deux en 1923 avaient obtenu le prix Nobel de médecine.

**RENSEIGNEMENTS**

**LUXEMBOURG AUTO-ÉCOLE,**

15, rue Gay-Lussac, Paris (V<sup>e</sup>).

Tél. : Odéon 25-57. Forfait depuis 60 fr.

Permis en 48 heures.

**ANÉMIES  
DYSPEPSIES  
ANTITOXIQUE**



**DOSE: 4 à 6  
TABLETTES  
PAR JOUR**

**BIOXYDE DE MANGANESE COLLOÏDAL SELS MANGNÉSIENS**  
Laboratoire SCHMIT, 71 Rue Sainte-Anne, PARIS. 2<sup>e</sup>

**Iodarsenic** ou **GUIRAUD**  
(Contre l'acidophilie)  
TOUS ÉTATS CARBONARIENS - LYMPHATISME - MALADIES CUTANÉES  
Literature et Echantillons: 10, Impasse Milord, Paris (14<sup>e</sup>)

*Insomnies  
Toux nerveuse.*

**BROMÉINE MONTAGU**



**CONSTIPATION**  
AUCUNE ACCOUTUMANCE

ACTION RÉGULIÈRE  
ET CONSTANTE

1 à 6 comprimés par jour  
aux repas ou au coucher  
Commencer par deux comprimés

LABORATOIRES  
LOBICA  
46, AVENUE DES TERNES, PARIS



à base de :

- POUDRE DE MUQUEUSE INTESTINALE
- EXTRAIT BILIAIRE
- FERMENTS LACTIQUES
- AGAR-AGAR

**TAXOL**

**NÉVROSES - INSOMNIES**

**LOBÉLIANE**  
**LALEUF**

ANTISPASMODIQUE PUISSANT  
EXCLUSIVEMENT VÉGÉTAL  
GOÛT ET ODEUR AGRÉABLES  
ATOXIQUE

DOSE CALMANTE = 2 à 5 cuillerées à café par jour  
DOSE HYPNOTIQUE = 1 à 3 cuillerées à café le soir

ÉCHANTILLONS ET LITTÉRATURE  
LABORATOIRES LALEUF  
20 - RUE DU LAOS - PARIS (15<sup>e</sup>)

Nouvelle adresse : 51, rue Nicolo, PARIS (XVI<sup>e</sup>).



**Folliculine CHOAY**  
Hormone sexuelle femelle

En ampoules stérilisées de 1<sup>cc</sup> et 2<sup>cc</sup>  
titrées respectivement à 250 et 500 unités internationales



**LABORATOIRES CHOAY** - 48 rue Théophile Gautier - **PARIS (XVI<sup>e</sup>)**



Hypertensions  
ET TOUS ÉTATS  
SPASMODIQUES  
DE LA MUSCULATURE  
LISSE

BENZOATE DE BENZYLE

**OLETHYLE-BENZYLE**

Le seul en **GÉLULES**  
**CAPSULES**  
**MOLLES**

*Littérature - Echantillons - Posologie*  
**LABORATOIRE CENTRAL DE PARIS**  
122, Rue du Faubourg Saint-Honoré, Paris



## CONGRÈS

**Congrès de la Fédération des Sociétés des Sciences Médicales de l'Afrique du Nord** (Oran, les 10, 11, 12 et 13 avril 1935), sous la présidence de M. Abadie, chirurgien en chef de l'hôpital civil d'Oran, membre correspondant de la Société nationale de chirurgie.

Le sujet à l'ordre du jour sera le « kyste hydatique en Afrique du Nord ». Les différents rapports seront : *Epidémiologie du kyste hydatique en Algérie*, par M. le prof. Senevet et MM. Lièvre et Witas (Alger). — *Echinococcose du bétail au Maroc*, par M. Velu, chef du service de l'élevage au Maroc. — *Epidémiologie du kyste hydatique en Tunisie*, par MM. Reynal et Henry (Tunis). — *Biologie expérimentale de l'échinocoque : état actuel*, par MM. Lemaire (Alger) et Anderson (Tunis). — *Etude radiologique du kyste hydatique*, par MM. Pierre Goinard (Alger), Le Génissel et Tillier. — *Ouverture des kystes hydatiques du foie dans le poumon et les bronches*, par M. le prof. Dévé (Rouen) et M. Couniot (Oran). — *Echinococcose osseuse*, par M. le prof. Costantini et M. Sabadini (Alger). — *Traitement des kystes hydatiques multiples de l'abdomen ; résections éloignées*, par MM. Sicard et Wilhelm (Oran). — *Traitement des kystes hydatiques de la rate*, par MM. Brun (Tunis) et Oulié (Constantine).

Des conférences seront faites par MM. Prosper Merklen (Strasbourg), Laubry (Paris), Albert Mouchet (Paris), Viallet (Alger), Maranon et Pittaluga (Madrid).

Des excursions et voyages sont prévus, après le congrès, en Algérie, notamment dans le Sud-Oranais, au Maroc et en Espagne.

Pour tous renseignements complémentaires, s'adresser au secrétaire général du congrès : M. Paul Gasser, 3, rue Général-Joubert, Oran.

**Société française d'ophtalmologie.** — Le 48<sup>e</sup> Congrès de la Société française d'ophtalmologie aura lieu à Paris, du lundi 13 mai au jeudi 16 mai, à la Maison de la Chimie, 28, rue Saint-Dominique.

Le rapport sur l'extraction capsulo-lenticulaire de la cataracte sera présenté par le docteur de Saint-Martin (de Toulouse).

Une séance spéciale pour l'étude du traitement du décollement de la rétine aura lieu le mercredi 15 mai, à 16 heures.

Une séance spéciale de l'Institut d'Optique sera consacrée à l'étude de la photographie du fond d'œil.

Une exposition d'instruments sera organisée pendant le Congrès ; des séances opératoires auront lieu dans les hôpitaux.

La promenade traditionnelle se fera, cette année à Main-tenon, et sera suivie d'un dîner à Versailles.

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétaire général, docteur René Onfray, 6, avenue de la Motte-Picquet, Paris (7<sup>e</sup>).

**VIII<sup>e</sup> Congrès international de médecine et de pharmacie militaires** (Bruxelles 1935.) — Le gouvernement roumain a bien voulu reporter son invitation pour le Congrès international de médecine militaire à l'année 1937, de façon à permettre la réunion du VIII<sup>e</sup> Congrès à Bruxelles en juin 1935, à l'occasion de l'Exposition Universelle qui se tient dans cette ville.

Dans ces conditions, le gouvernement belge vient de lancer les invitations pour le VIII<sup>e</sup> congrès, qui se tiendra du 27 juin au 3 juillet prochain, en même temps que les Journées médicales de Bruxelles.

Nous en rappelons ci-dessous l'ordre du jour :

Principes d'organisation et de fonctionnement du service de santé dans la guerre de montagne (rapporteurs Roumanie-Italie).

Détermination de l'aptitude aux diverses spécialités des armées de terre, de mer et de l'air (rapporteurs Roumanie-France).

Séquelles des blessures de l'abdomen (rapporteurs Roumanie-Etats-Unis).

Recherches ayant pour but l'unification des méthodes d'analyse des aliments et de boissons destinés à l'alimentation du soldat (rapporteurs Roumanie-Tchécoslovaquie).

Soins bucco-dentaires à l'avant (rapporteurs Roumanie-Lituanie).

Etude comparative des attributions des services administratifs sanitaires dans les différentes armées de terre, de mer et de l'air (rapporteurs Roumanie-Chili).

Parmi les fêtes qui seront offertes aux congressistes, nous pouvons déjà énumérer une représentation de gala, un bal à l'Hôtel de Ville, un grand concert symphonique, un cortège folklorique, sans compter les fêtes qui auront lieu dans les jardins de l'Exposition et qui constitueront une véritable féerie. Un grand banquet par souscription clôturera le Congrès.

Par sa coïncidence avec les Journées médicales de Bruxelles, le VIII<sup>e</sup> Congrès international de médecine et de pharmacie militaires réalisera pour la première fois une collaboration avec la médecine civile : cette réunion des médecins civils et militaires donnera à ces assises une importance considérable.

Inscriptions et renseignements : secrétariat général du congrès, inspection générale du service de santé, ministère de la défense nationale, Bruxelles.

Les principales compagnies de transport européennes accordent des réductions variant de 30 à 75 %.

L'inscription est fixée à 125 francs pour MM. les congressistes et à 100 francs pour les membres de leur famille. Cette somme est à envoyer par mandat postal ou à verser au compte chèques postaux N° 316.931 du secrétariat général du VIII<sup>e</sup> Congrès international de médecine et de pharmacie militaires, inspection générale du Service de santé, ministère de la défense nationale, Bruxelles.

Passé le 1<sup>er</sup> mai, le Comité ne garantit plus l'obtention des bons de réduction.

Les **fiches de pratique médicale** fondées par notre excellent confrère Desfour (de Montpellier), viennent de réaliser le beau programme qui a fait leur grand succès. On sait avec quel bonheur le Dr Desfour avait su réunir les collaborations les plus éminentes de France et de l'étranger. L'ensemble des fiches déjà parues et continuellement mises à jour, constitue un traité unique par le choix des sujets traités, par sa documentation et sa facilité de classement.

La publication sera terminée au cours de l'année 1935. Elle se composera de 1.000 fiches de 2, 4, 8 ou 12 pages chacune couvrant un ensemble d'environ 3.000 pages de carton in-8° classées dans une boîte appropriée.

Dès 1935 paraîtront les fiches de complément et de remplacement.

C'est le promoteur du Fichier, notre confrère, le Dr Desfour à Montpellier qui dirige le secrétariat scientifique de cette publication. L'Administration se trouve 15, boulevard Baudouin, à Bruxelles.

Très sincèrement, nous souhaitons à notre confrère Desfour la continuation méritée de son magnifique succès.

F. L. S.



## CRISES URICÉMIQUES AIGÜES

# ATOQUINOL

phénylcinchoninate d'allyle

mobilise et expulse l'acide urique

**Goutte et Arthrites aiguës**  
**Sciatique rhumatismale, etc..**

CACHETS  
2 à 3 par jour

GRANULÉ  
2 à 3 cuillerées à café par jour

## CURES D'ÉLIMINATION URATIQUE

# SANOQUINOL

complexe anti-arthritique à base d'Atoquinol  
et d'agents diurétiques et anti-infectieux.

**Traitement de fond, lytique et éliminateur**

le SANOQUINOL réalise le thermalisme à domicile  
après ou en l'absence du thermalisme à la Station

(1 ou 2 cuillères à café par jour)



LABORATOIRES CIBA-ROLLAND, Pharmacien  
109-111-113, BOULEVARD DE LA PART-DIEU - LYON



## REVUE GENERALE

LES HERNIES DIAPHRAGMATIQUES <sup>1</sup>

Par MM. ROBERT GARRAUD et PIERRE BASTIEN,  
Internes des hôpitaux de Lille.

**Diagnostic.** — Cet exposé des formes cliniques montre suffisamment, croyons-nous, que la H.D. peut être soupçonnée parfois, après l'accident dans les H. traumatiques, ou lorsque les troubles respiratoires varient d'un jour à l'autre, ou lorsque des troubles digestifs sont nettement influencés par les changements de position. Mais le diagnostic de H.D. ne se fait vraiment que grâce à la radio.

**Diagnostic radiologique.** — Un premier examen radioscopique révélera à l'intérieur du thorax une zone

de clarté qui sera rapportée à la poche à air gastrique ou au côlon. Il faut alors par un repas bismuthé et un lavement opaque, mettre en évidence par des clichés de face et de profil, le siège de la hernie et la nature des organes herniés. Ces différents examens devant être faits debout et couché pour étudier la réductibilité de la hernie.

L'estomac peut se déplacer verticalement et en masse ou d'autres fois se retourner en U renversé. Il présente alors deux poches : une inférieure, sous-diaphragmatique, qui se remplit la première, et une supérieure, sus-diaphragmatique.

Parfois l'estomac est multiloculé. Dans un cas de Gaudier et Labbé, il existait 4 cupules.

L'estomac s'évacue plus ou moins facilement. Lorsqu'il est déplacé en masse et verticalement il se vide vite. Au contraire, lorsqu'il est contourné en U, il se vide en deux temps.

Le côlon se reconnaît à son aspect plurilobé. Sa

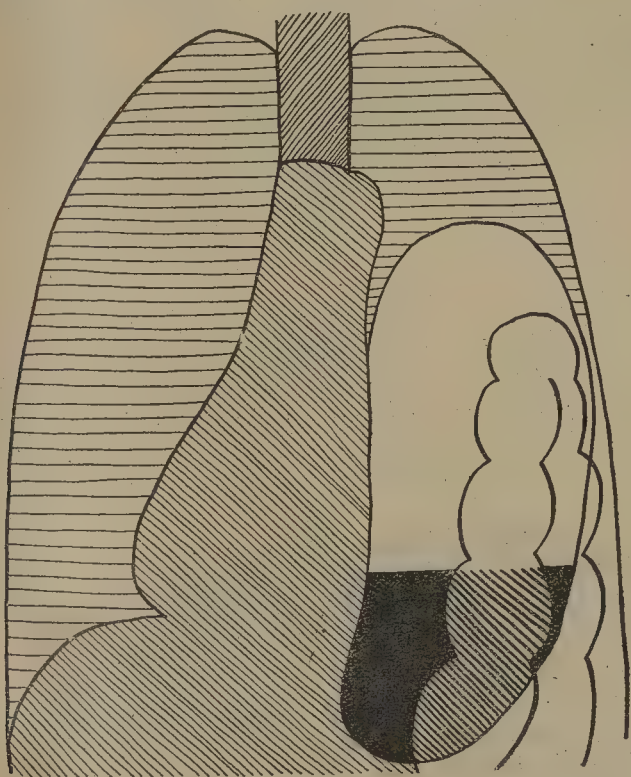


FIG. 1. — *Hernie diaphragmatique (schéma).* — L'hémi-diaphragme gauche a complètement disparu. L'angle splénique du côlon est en avant et en dehors de l'estomac.

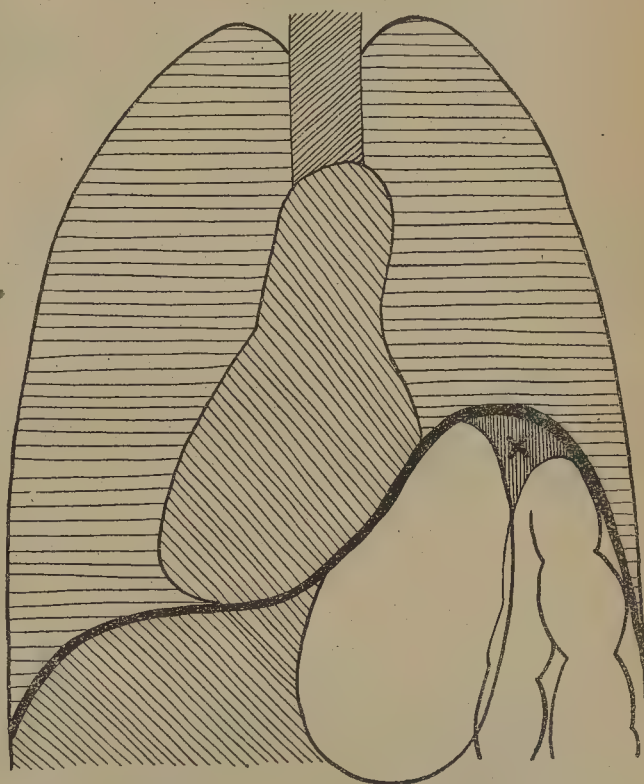


FIG. 2. — *Évagination diaphragmatique.* — On voit nettement la coupole diaphragmatique recouvrant la poche à air gastrique et le côlon, le refoulement du cœur vers la droite, le triangle de P. Duval (X).

poche gazeuse plus petite, se trouve généralement à gauche de l'estomac sur les vues de face, et en avant sur les clichés de profil.

Le cœur est plus ou moins refoulé vers la droite. Parfois existe une vraie dextrocardie, souvent associée alors à une inversion gastrique.

Quant au poumon son volume est très réduit. Son parenchyme est normal ou au contraire est le siège de processus inflammatoires aigus (rarement) ou de processus tuberculeux.

Le radiologiste doit apporter une attention toute

spéciale à l'étude du diaphragme pour pouvoir éliminer le diagnostic d'évagination diaphragmatique (E.D.), qui est caractérisée par la situation permanente, anormalement élevée, d'un hémidiaphragme aminci, mais nulle part rompu (Fatou).

Dans les cas typiques de H.D. on voit le diaphragme décrire une ligne arquée qui part des fausses côtes et vient se terminer au bord externe de la poche à air gastrique ou colique. Parfois la paroi gastrique est rétrécie en ce point, ou bien la portion thoracique de l'estomac vient s'établir au-dessus du diaphragme.

Au contraire dans l'E.D., l'hémicoupole diaphragmatique gauche, très surélevée par rapport à la droite,

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôp.*, 1935, n° 22, p. 367.

décrit une courbe régulière, comme tracée au compas, et passe au-dessus de l'estomac. On trouve alors entre le diaphragme, l'estomac et le colon un triangle à base supérieure qu'a décrit P. Duval et dont il fait un excellent signe de différenciation.

Mais le diagnostic n'est pas toujours aussi facile, aussi a-t-on décrit toute une série de petits signes aidant à différencier H.D. et E.D. Cordier donne d'abord un liquide opaque et repère le niveau gastrique. Puis il fait absorber une potion de Rivière. En cas de H.D. la poche à air se distend. En cas de E.D. le diaphragme coiffant la poche à air, c'est le niveau liquide qui s'abaisse. Mais Wiendenham a vu dans une E.D. le diaphragme se laisser refouler. D'autre part, cette distension gazeuse n'est pas sans inconvénient, comme nous l'avons vu au cours de l'étude clinique.

On ne peut fonder aucun diagnostic sur la constatation d'un signe de Kienböck (mouvement de balance du diaphragme dans l'E.D.).

Janin, Königer ont eu recours à l'électrisation du phrénique. En cas de E.D. il y a un abaissement en bloc de la coupole. Dans la H.D. on ne constate qu'une déformation latérale, et encore à condition que le diaphragme ne soit pas trop sclérosé.

Quant au pneumo-péritoine, en dissociant le dôme diaphragmatique et la coupole gastrique il met en évidence l'E.D., mais il est de pratique trop délicate et expose à des accidents trop sérieux (compression brusque du médiastin en cas de H.D.) pour pouvoir être conseillé.

L'inhibition phrénique qui a été individualisée par E. Sergent se traduit, « comme le mégadiaphragme, par une surélévation de la coupole phrénique, mais, c'est une surélévation acquise, de nature paralytique, d'origine toxique ou infectieuse, et non une surélévation congénitale et idiopathique », disent Trémoière, Tardieu et Caquot.

Trois signes particuliers en seraient la signature radiologique :

1° Le signe de Kienböck ;

2° Seule la partie charnue postéro-externe est susceptible d'élongation ;

3° La pachy pleurite juxta-diaphragmatique se révèle par des irrégularités de la coupole, l'oblitération du sinus costo-diaphragmatique.

**Evolution.** — Certaines H. D. peuvent rester très longtemps latentes et ne se manifester que par une complication grave comme l'étranglement. Mais l'évolution d'une H.D. chronique reconnue est essentiellement variable. Les douleurs peuvent disparaître pendant des mois, puis réapparaître plus violentes, ou bien les douleurs deviennent intenses, s'accompagnent de troubles gastriques graves et amènent une rapide cachexie.

La guérison spontanée n'a jamais été observée.

La durée d'une H.D. est subordonnée à l'apparition de complications graves.

La mort peut être brutale, par syncope ou asphyxie ou lente par amaigrissement et cachexie. Les maladies intercurrentes (surtout les affections pulmonaires aiguës) se développent aisément sur un terrain aussi

fragile. Les tuberculoses pulmonaires sont fréquentes chez ces sujets et évoluent rapidement.

**Complications.** — Les complications locales au niveau de la hernie ne sont pas rares.

Nous n'insistons pas sur la coexistence d'affections gastriques, pleurales ou péritonéales avec la H.D. Ce ne sont pas à proprement parler des complications.

Schwartz a trouvé un cancer du pylore dans une hernie de l'estomac. Plusieurs cas d'ulcères gastriques ont été relevés dans les mêmes conditions.

La tuberculose herniaire (Gaudier et Labbé) peut également coexister avec une H.D.

Mais nous avons l'intention d'insister surtout sur l'étranglement, complication fréquente et d'une extrême gravité.

Nous l'avons vu, l'étranglement peut se produire chez un sujet porteur d'une H. reconnue et dans ce cas le diagnostic est relativement aisé, ou apparaître comme première manifestation d'une H.D. méconnue. Dans cette dernière hypothèse, on conçoit toutes les difficultés de diagnostic.

1° *Le début est toujours brutal.* — Il survient souvent sans cause apparente, parfois après un violent effort (étranglement d'une H.D.C. survenant au cours d'un accouchement). Le malade ressent à l'épigastre ou dans le côté, une douleur très vive, parfois syncope.

2° *Période d'état.* — La symptomatologie est très différente de celle d'un étranglement herniaire banal.

La dyspnée est très précoce et intense. On observe parfois du hoquet. Mais nous insistons sur le fait que l'arrêt des matières et des gaz n'est ni constant, ni absolu et que les vomissements sont toujours très tardifs.

L'examen de l'abdomen montre qu'il n'y a pas de défense musculaire, pas de ballonnement.

Toute la symptomatologie est thoracique. Les signes de percussion et d'auscultation simulent ceux du pneumothorax.

Les signes généraux sont intenses : le malade est inquiet, agité, angoissé, il délire parfois ; pouls rapide, misérable, température basse, urines rares, sudation exagérée.

3° *Evolution.* — Très rarement on observe des crises de subocclusion guérissant spontanément.

Le plus souvent, la mort est l'aboutissant de la crise d'occlusion, si on n'intervient pas. Elle survient plus ou moins rapidement, soit par syncope, soit par asphyxie, soit par stercorémie, soit par complications pleuro-pulmonaires.

L'intervention a rarement été précoce et la mortalité est élevée. Mais les dernières observations rapportées prouvent que le pronostic sera meilleur le jour où la H.D. sera mieux connue et où le diagnostic de son étranglement se fera de façon moins tardive.

**Traitement.** — Nous étudierons successivement les techniques généralement employées et la conduite à tenir devant chaque cas particulier.



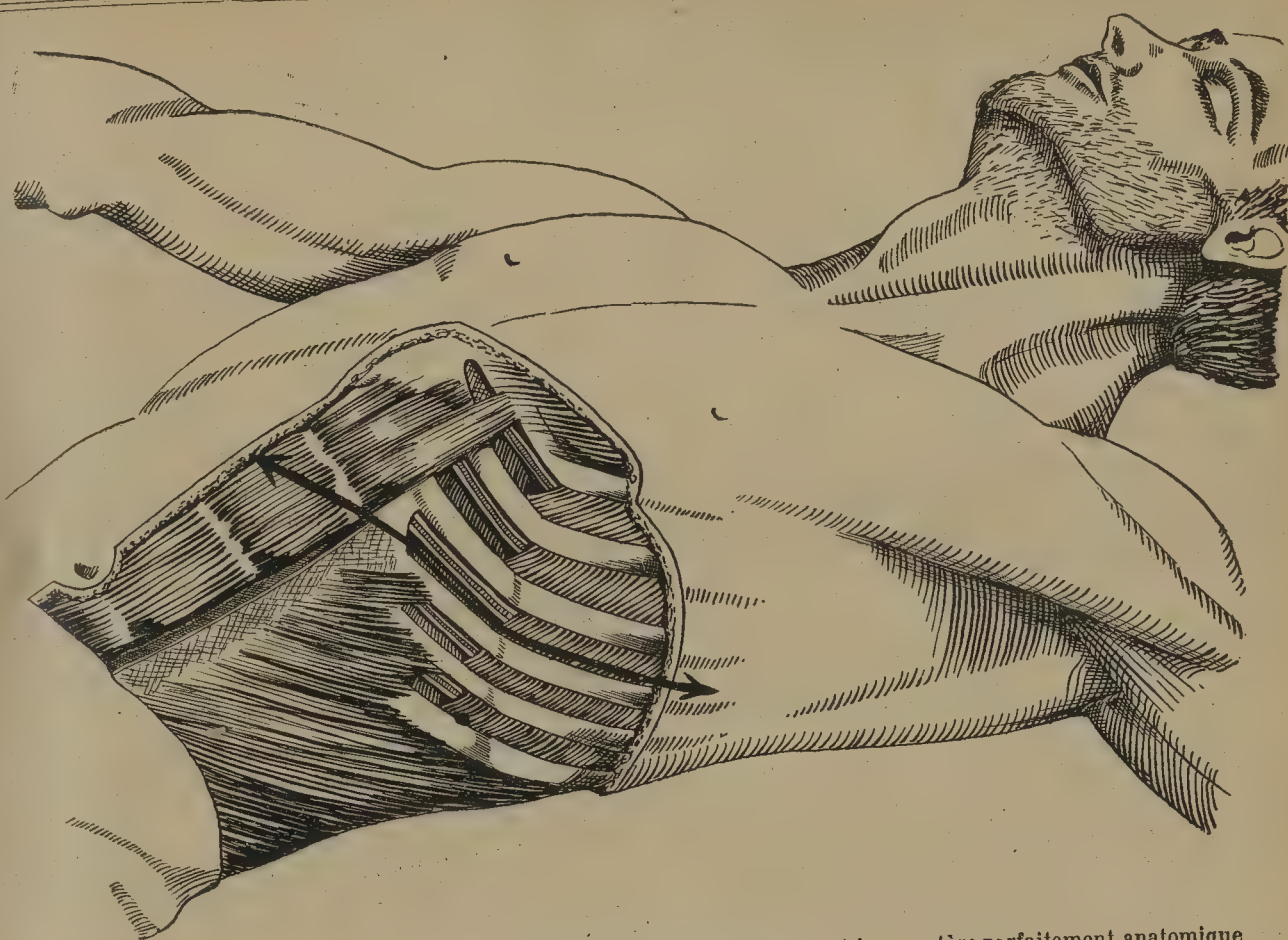


FIG. 3. — Dessin montrant le tracé de l'incision des plans superficiels et le caractère parfaitement anatomique de l'opération de Schwartz-Quénu.

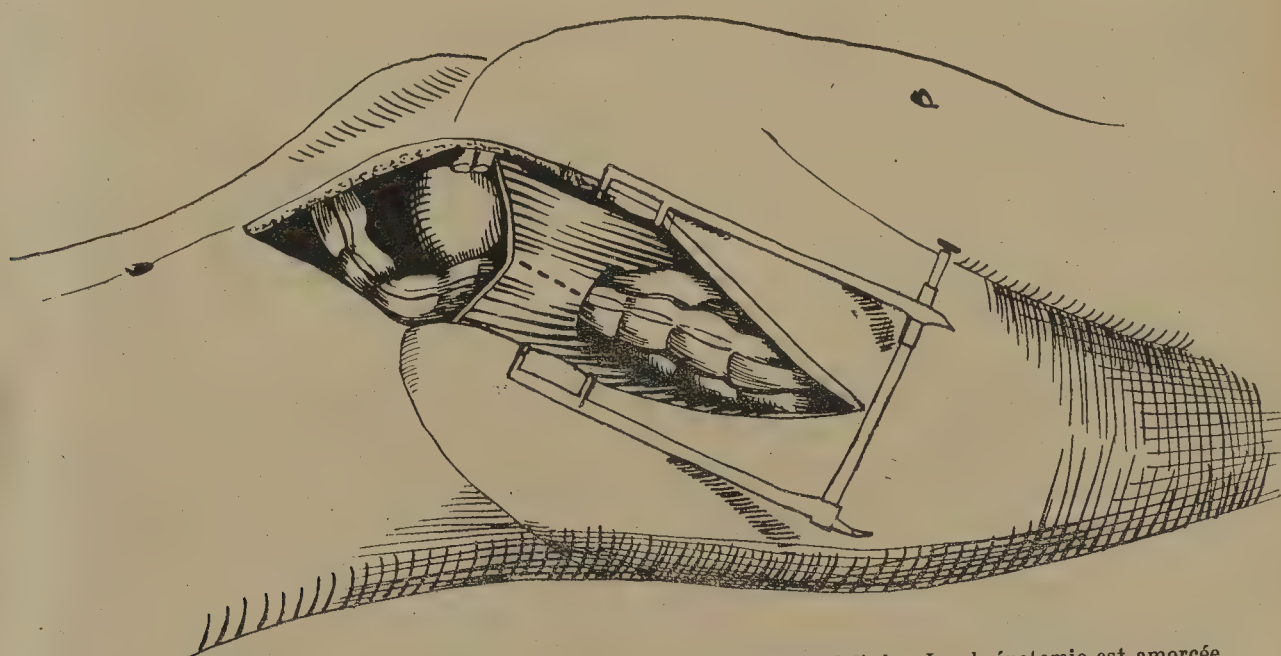


FIG. 4. — La laparotomie, la thoracotomie et la chondrotomie ont été réalisées. La phrénotomie est amorcée. Elle sera poursuivie jusqu'à l'orifice herniaire qui contient le côlon et l'estomac.

*Les techniques :*

On peut aborder le diaphragme :

- 1° Par voie abdominale ;
- 2° Par voie thoracique ;
- 3° Par voie combinée thoraco-abdominale.

1° La voie abdominale. — Elle est moins shockante

que la voie thoracique et n'expose pas à l'infection de la plèvre, mais elle ne donne pas un jour suffisant sur certains organes abdominaux (grosse tubérosité, angle splénique du côlon, rate) et ne permet pas du tout d'examiner les viscères thoraciques. La réduction des viscères abdominaux n'est pas toujours facile lorsqu'il existe des adhérences, elle est même parfois dan-

gereuse. Enfin, la suture de l'orifice herniaire est très difficile, elle a même dû être abandonnée assez souvent.

2° *La voie thoracique.* — Elle donne un meilleur jour sur l'orifice herniaire et sur les organes herniés. Les adhérences peuvent être dilacérées au doigt, on peut suturer plus facilement le diaphragme. Mais elle provoque un pneumothorax important et brutal. D'autre part, les viscères remontent directement au contact du diaphragme, ce qui est très gênant si l'opéré pousse un tant soit peu.

3° *La voie thoraco-abdominale.* — Cette voie qui devrait rallier tous les suffrages est cependant encore discutée. Elle associe cependant les avantages des deux voies précédentes en annihilant leurs inconvénients. Seul persiste le reproche du pneumothorax spontané. On peut diminuer ce danger en faisant dans les jours qui précèdent l'intervention, des insufflations préparatrices.

L'opération la mieux réglée à l'heure actuelle est la laparo-thoraco-chondro-phrénotomie de Schwartz-Quénu.

Elle comprend quatre temps avant d'aborder la réduction de la hernie :

a) Laparotomie oblique partant du milieu de l'espace xypho-ombilical et gagnant l'espace intercostal choisi (7°, 8° ou 9° le plus souvent) ;

b) Incision de cet espace intercostal ;

c) Section du cartilage costal interposé ;

d) Incision du diaphragme jusqu'à l'orifice herniaire.

La technique est ensuite la même que pour toute hernie : libération des adhérences, réduction, fermeture du sac, reconstitution du diaphragme et de la paroi thoraco-abdominale.

*Les indications :*

1° *H.D. traumatique immédiate.* — a) *Par plaie thoraco-abdominale.* — La thoraco-phréno-laparotomie est indispensable. Suivant la prédominance des symptômes sur l'appareil respiratoire ou l'appareil digestif on commencera par le temps thoracique ou le temps abdominal.

b) *Par rupture du diaphragme.* — Le shock est généralement considérable. Aussi vaut-il mieux attendre que l'état général se soit relevé avant d'opérer.

2° *H.D. « à froid »*, c'est-à-dire loin de tout traumatisme, et en dehors de tout accident d'étranglement.

La voie d'accès variera avec :

A) *Le siège de la H.D.* — 1° *H. rétrosternale* : la simple laparotomie médiane suffit ;

2° *H. intercostale* : la cure par voie thoracique est aisée ;

3° *H. par l'hiatus œsophagien* : on réalisera une opération de Quénu très étendue ;

4° *H. de la surface du diaphragme* : la thoraco-laparotomie y trouve sa meilleure indication.

B) *La difficulté.* — Dans les cas faciles toutes les voies d'accès peuvent être employées.

Dès qu'il existe des adhérences ou que l'orifice diaphragmatique est très large, il faut avoir recours à l'opération de Schwartz-Quénu.

C) *L'âge.* — Tout ce que nous venons de dire se rapporte à l'âge adulte.

Chez l'enfant, le peu d'étendue du diaphragme, la facilité avec laquelle on écarte le rebord costal, permettent de se contenter de la voie abdominale seule.

D) *H.D. étranglée* : Trois cas peuvent se produire :

1° *Elle est diagnostiquée.* — Etant donné la gravité du pronostic, on peut tenter de transformer cette H.D. étranglée en une H.D. libre en faisant une infiltration de novocaïne autour du phrénique. Folke Nord a obtenu ainsi d'excellents résultats. L'hémi-diaphragme s'immobilisant, les phénomènes d'irritation mécanique sont supprimés, l'œdème au niveau du collet diminue et la réduction partielle de la H.D. peut ainsi se réaliser. Si au bout de deux, trois heures, les gaz ne passent pas, il faut se décider à intervenir. Si la réduction spontanée est satisfaisante, surveiller le malade et ne l'opérer que quelques jours plus tard.

2° *Elle est reconnue au cours d'une laparotomie exploratrice.* — On branche sur la laparotomie médiane l'incision de Schwartz.

3° *Elle est reconnue au cours de l'empyème* (on a porté le diagnostic de pleurésie purulente ou putride). — On continue par la laparotomie après assèchement de la plèvre.

#### BIBLIOGRAPHIE

On trouvera une bibliographie importante des travaux antérieurs à 1920 dans la Thèse de J. Quénu (Paris, 1920, n° 323, 136 p.). Nous ne donnerons ici que la bibliographie des travaux français postérieurs à 1920 que nous avons consultés.

1921. — CLEISZ et VORWILERVICZ. H. D. congénitale, B. et Mém. Soc. Anat. de Paris, 1921, XCI, 101-103.

JOSSE (H.). Note au sujet d'un nouveau cas de H. D. de l'estomac par blessure de guerre. Arch. de Méd. et Pharm. Mil., Paris, 1921, XXXIV, 552-556.

MOREL (G.). Note sur un cas de H. congénitale du diaphragme, Lyon chir., 1921, XVIII, 730-740.

NEVEUX. H. D. gauche chez un enfant serbe mort-né, Rev. Méd. Est, Nancy, 1921, XLIX, 245-248.

1922. — BAID. De l'Ectopie sus-diaphragmatique de l'estomac, C. R. Soc. Biol., Paris, 1922, XXXVI, 1098-1100.

DUBUS, MERLIN et TIPREZ. Un cas d'éventration diaphragmatique, Echo Médical du Nord, 21 oct. 1922, n° 42, p. 347-349.

LEPOUTRE. Sur un cas de H. D. congénitale chez un enfant de 5 mois, Bull. et Mém. Soc. de Chir. de Paris, 1922, XVIII, 170-177.

MOPPERT. La perforation de l'estomac par gangrène, complication de la H. D., Journ. de Chir., Paris, 1922, X, 453-463.

NILLI et JAUBERT DE BEAUJEU. Estomac dans le thorax gauche, H. D., Journal de Radiol. et d'Electrol., Paris, 1922, VI, 184.

RHENTER. H. D. congénitale, Bull. Soc. d'Obst. et Gyn. de Paris, 1922, XI, 249.

SCHREIBER. Un cas de H. D. congénitale avec hérédité herniaire. Arch. de Méd. d'Enf., Paris, 1922, XXV, 607-610.

VILLARD. H. D. traumatique, Lyon Chir., 1922, XIX, 713.



1923. — BAUMGARTNER. H. D., *Bull. et Mém. Soc. Chir.*, 11 mars 1923.
- COURVOISIER et GOETZ. Deux cas de H. D., d'origine traumatique, de l'estomac et du côlon, *B. et M. Soc. Chir. Paris*, 1923, X-IX, 1022-1027.
- DAUCH. Contribution à l'étude de la H.D. congénitale. *Th. de Montpellier*, 1923.
- DRAYTON. Le syndrome pleuro-pulmonaire de l'éventration diaphragmatique, *Th. de Paris*, 1923, 46 p., n° 154.
- FATOU et LUCY. Etude fonctionnelle de l'estomac et du diaphragme dans l'éventration diaphragmatique. *Arch. des Mal. de l'App. digestif*, Paris, 1923, XIII, 566-581.
- FEY et BRAINE. H. D., *B. et M. Soc. Anatom. de Paris*, 1923, XCIII, 65-67.
- GARCIN. A propos de deux cas de H. D. traumatique, *J. de Radiol. et Electrol.*, Paris, 1923, VII, 177-179.
- GERIN, LIAUTARD et CHAUVIN. H. D. de l'estomac par blessure de guerre, *J. de Radiol. et Electrol.*, Paris, 1923, VII, 452.
- GEREST et FAYARD. H. D. de l'estomac par blessure de guerre, *Loire Méd.*, Saint-Etienne, 1923, XXXVII, 276-278.
- MASSOT et ESCUDIER. H. D. congénitale chez un nouveau-né, *Marseille Méd.*, 1923, IX, 270.
- PATEL. Le diaphragme d'un opéré de H. D. il y a 18 mois; *Lyon Chir.*, 1923, XX, 270.
1924. — ARCÉ. Sur un cas de H. D. traumatique, *B. et Mém. Soc. Nat. Chir. Paris*, 1924, I, 998-1000.
- DUVAL (P.) et QUÉNU (J.). Eventration diaphragmatique gauche, sans mégacôlon splénique. Plicature et fixation du diaphragme par voie thoraco-abdominale, *B. et M. Soc. Nat. Chir. Paris*, 1924, L, 178-193.
- FATOU. L'éventration diaphragmatique, *Th. de Paris*, 1924, n° 483, 76 p. — Revue générale, *Gaz. des Hôp.*, 1924, XCVII, 1617-1623.
- QUÉNU J. et FATOU. L'éventration diaphragmatique. Etude clinique et opératoire, *Journ. de Chir.*, Paris, 1924, XXIV, 1-31.
1925. — ABADIE. H. D. droite partielle de l'estomac chez un enfant. Gastrostomie. Guérison, *B. et M. Soc. Nat. Chir. Paris*, 1925, LI, 868-870.
- BONNIOT et MAURY. Traitement de la H. D. étranglée et sphacélée, *Lyon Chir.*, 1925, XXII, 477-499.
- DE BRUIN. Un cas de H. D. congénitale droite, *Bull. Soc. Pédiatrie de Paris*, 1925, XXIII, 414-421.
- DURAND (G.) et KELLER. H. transdiaphragmatique droite de la grosse tubérosité de l'estomac (non traumatique) chez un adulte, *Arch. des Mal. de l'app. digestif*, Paris, 1925, XV, 1039-1044.
- GRENET, MAINGOT et SCHMITE. Un cas de H. D., *Bull. et Mém. Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 1925, XLIX, 1493-1496.
- LE NOIR, GILSON et SAILER. Deux cas de H. transdiaphragmatique de l'estomac non traumatique, *Arch. des Mal. de l'app. dig.*, Paris, 1926, XVI, 258-262.
- SABRAZÈS et PRADE. Des H. D. à propos de leur coexistence éventuelle avec un épanchement pleural, *Gaz. Hebdom. Soc. Méd. de Bordeaux*, XLVI, 337, 354, 369, 385, 1925.
- SAVY. Le faux pneumothorax d'origine gastrique par hémiméiotrophie diaphragmatique, *Journ. de Méd. de Lyon*, 1925, VI, 401-405.
- VIEL (Antoine). Contribution à l'étude des H. D. congénitales, *Th. de Paris*, 1925, 80 p.
1926. — PÉRARD. Deux cas de H. transdiaphragmatique de l'estomac, *B. et Mém. Soc. Nat. Chir.*, Paris, 1926, III, 37-39.
- QUÉNU (J.). La H. D. Diagnostic et traitement, *Arch. Méd.-Chir. de l'appar. respirat.*, 1926, I, 356-378.
- SANTY. Eventration diaphragmatique opérée, *Lyon Chir.*, 1926, XXIII, 102-106.
- RIÉAUME. H. D. gauche. Opération. Récidive. *Presse Méd.*, Paris, 1926, XXXIV, 791.
1927. — ETIENNE et SICARD. Un cas de H. D., *Bull. Soc. des Sc. Méd. et Biol. de Montpellier*, 1927, VIII, 170-173.
- FEINLY. Deux cas de H. D., *Arch. des Mal. de l'appar. dig.*, 1927, XVII, p. 62-64.
- LECÈNE. H. D. succédant à une rupture du diaphragme. Opération. Guérison, *Bull. et Mém. Soc. Nat. de Chir.*, LII, 1102-1104, 29 oct. 1927.
- TIPREZ et BONVIN. Quelques cas d'éventration diaphragmatique gauche, *Echo Méd. du Nord*, 16 juill. 1927, n° 29, p. 380-383.
- VIGNAL. Un cas de H. D. diagnostiqué par la radio, *B. et M. Soc. de Radiol. méd. de France*, XV, 29-31 janv. 1927.
1928. — BAUDET. La H. D. Revue générale, *Gaz. des Hôp.*, C, 1305-1308, 15 sept. 1928.
- DELBET. H. D. opérée par voie abdominale, *B. et M. Soc. Nat. Chir.*, LIV, 812, 16 juin 1928.
- DUJARRIER et ROUILLARD. H. D. droite opérée. Guérison. *B. et Mém. Soc. Nat. Chir.*, LIV, 217, 1928.
- GAUDIER. H. D. du côlon, *B. et M. Soc. Nat. Chir.*, LIV, 399-402, 17 mars 1928.
- LAFOURCADE. Deux cas de H. D. traumatique, *B. et Mém. Soc. Nat. Chir.*, LIV, 559-563, 1928.
- LERICHE. Récidive d'une H. D. opérée 7 ans auparavant, *B. et Mém. S. Nat. Chir.*, LIV, 812, 16 juin 1928.
- PAUCHET et LUQUET. H. D. de l'estomac, *Bull. Acad. de Méd. de Paris*, IC, 92-96, 1928; — *Journ. de Méd. de Paris*, III, 407, 24 mai 1928.
- SCHWARTZ. Deux cas de H. D., *B. et Mém. Soc. Nat. de Chir.*, LIV, 482-491, 1928.
1929. — BARBAIANZ et MARTIN. H. D. droite, *Rev. Méd. de la Suisse Romande*, IL, 424-427, 25 juin 1929.
- GIRAUD et PARÈS. H. D. gauche, *Arch. des Soc. Méd. et Biol. de Montpellier*, X, 555-559, sept. 1929.
- JONAS. H. D. gauche, *Arch. des Mal. appar. digestif*, XIX, 756-758, juin 1929.
- NOBÉCOURT et BOULANGER-PILET. Anémie pernicieuse avec hernie diaphragmatique de l'estomac, *Bull. Soc. de Pédiatrie de Paris*, XXVII, 190-192, mars 1929; — *Arch. Méd. des Enfants*, XXXII, 660-665, nov. 1929.
1930. — BROG et JAUBERT DE BEAUJEU. Estomac biloculaire congénital avec hernie à travers l'hiatus diaphragmatique, *J. de Radiol. et Electrol.*, XIV, 13-22, janv. 1930.
- CHIRAY, BENDA et LOMON. La H. acquise non traumatique de l'estomac à travers l'orifice œsophagien du diaphragme, *Presse Méd.*, 1930, p. 1601-1605.
- COMBY (J.). La H. D., Revue générale, *Arch. de Méd. des Enfants*, XXXIII, 233-240, avr. 1930.
- LEMAITRE. Hernie du côlon transverse. *Echo Méd. du Nord*, XXXIV, 49-52, 1<sup>er</sup> févr. 1930.
- LUTON et GAUCH. Hernie de l'estomac, *Bull. et Mém. Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, LIV, 302-304, 30 mars 1930.
1931. — DEBRÉ, SÉMELAIGNE et UHRY. H. D. congénitale droite chez un nourrisson de 3 mois, *Bull. Soc. de Péd.*, nov. 1931.
- DIOLÈS et SILIAN. L'examen téléstéréoradiographique des H. D., *Bull. et Mém. Soc. de Radiol. Méd. de France*, XIX, 278-281, juin 1931.
- QUÉNU (J.). H. D. Thoracophrénolaparotomie, *Bull. et Mém. Soc. Nat. de Chir.*, LVII, 307-325, mars 1931.
- SAVIGNAC. Hernie diaphragmatique de l'estomac, *Arch. des Mal. de l'app. digestif*, XXI, 99-107, janv. 1931, et 205-207, févr. 1931.
- VANSTEEBERGHE. Diagnostic difficile dans un cas de H. D. du côlon transverse, *Loire Méd.*, VI, 62-69, févr. 1931.

## SOCIÉTÉS SAVANTES

## ACADEMIE DE MEDECINE

(SÉANCE DU 19 MARS 1935)

**Hygiène de l'enfance.** — M. LESAGE dépose son rapport annuel sur la mortalité infantile (1<sup>re</sup> et 2<sup>e</sup> années séparées), après quelques généralités sur la façon de faire les statistiques, il étudie la mortalité de tous les enfants de France.

Il y joint une étude sur l'Algérie et les diverses colonies.

**De l'emploi possible des injections sous-cutanées d'eau physiologique contre l'envenimement par morsures de vipères ou piqures de scorpion.** — M. Etienne SERGENT (d'Alger). Il y a quelques jours, M. SERGENT (d'Alger) envoyait à l'Académie des Sciences une note sur les résultats expérimentaux obtenus sur des souris envenimées avec du venin de vipère à cornes. Il en résultait que les animaux traités par l'injection en un point quelconque du corps d'eau physiologique (salée à 9 p. 1000) étaient sauvés dans une proportion assez importante, moindre évidemment qu'avec les sérums thérapeutiques. L'eau exercerait une action empêchante à l'égard du venin.

Les résultats qu'il apporte à l'Académie de médecine sont du même ordre, ils ont été obtenus par l'injection d'eau physiologique à des souris ayant reçu plusieurs doses mortelles de venin de scorpion. M. Sergent pense qu'il serait intéressant de rechercher si des injections massives d'eau physiologique ne pourraient être employées utilement pour traiter l'envenimement chez l'homme et chez les animaux domestiques. Il y aurait intérêt à injecter la plus grande quantité possible d'eau. De même, il paraît indiqué d'utiliser pour l'hyper-immunisation des animaux destinés à produire des sérums thérapeutiques des solutions étendues de venin en eau physiologique.

**Valeur comparative de quelques réactions de fixation du complément ou de floculation sur le sang et le liquide céphalo-rachidien dans la syphilis expérimentale et dans la spirochétose spontanée du lapin.** — MM. BESSEMAN et ASAERT.

**Prix Albert-1<sup>er</sup> de Monaco.** — En comité secret, l'Académie discute le sujet à mettre au concours pour ce prix d'une valeur de 100.000 francs. Après une discussion qui a duré une heure et demie, discussion qui fut aussi très vive, l'Académie n'a pu se mettre d'accord. Le sujet sera donc choisi dans une séance ultérieure et une commission de 13 membres sera élue. Nous pouvons dire que les sujets envisagés ont été les suivants : la *maladie de Nicolas-Favre*, l'*anaphylaxie*, les *hormones sexuelles* et la *teigne*.

**Commissions de prix 1935.** — *Prix généraux.* — Prix de l'Académie : MM. Desgrez, Bougault, Rathery. Prix Alvarenga, Pannetier; Perron : MM. Sergent, Loeper, Lesné, Rathery, Vaquez, Coutière, Debré. Prix Desnos, Otterbourg : MM. Duval, Couvelaire, Lemierre. Prix Laval : MM. Roussy, Cunéo, Carnot. Prix Monbinne, Larrey : MM. Dopter, Rouvillois, Sacquépée. Prix Huchard : MM. Siredey, Roussy, Sergent, Legueu, Lasnel, Mourier.

*Médecine générale.* — Prix Argut, Barbier, Daudet, Desportes, Dreyfous, Guérétin, Guzman, Hadot, Le Piez, Louis : MM. Roger, Rist, Vaquez, Sergent, Labbé, Carnot, Nobécourt, Le Noir, Loeper, Laubry, Renault, Lesage, Lesné.

*Maladies de la nutrition.* — Prix Cailleret, Ricaux : MM. Labbé, Le Noir, Rathery.

1932. — CARNOT, BERGERET et CAROLI. H. de l'estomac à travers l'orifice œsophagien, deux cas, *Arch. des Mal. de l'app. dig.*, XXII, 789-799, 1932.

DEVOIS. H. D. droite, *Bull. et Mém. Soc. de Radiol. Méd. de France*, XX, 68-69, 1932.

DUMAS, CONTAMIN et AUSTETT. H. D., dextrocardie et dilatation des bronches, *Lyon Méd.*, CIL, 797-799, 1932.

DURAND (G.) et MORIN. H. D. non traumatique, *Arch. des Mal. de l'app. dig.*, XXII, 273-277, 1932.

FUNK-BRENTANO (P.). Eviscération épiploïque transthoracique, *Avenir Méd.*, XXIX, 13-15, 1932.

MERCET et LEURET. H. D. congénitale. Etude pathogénique et clinique, *Gynéc. et Obstétr.*, XXVI, 399-426, nov. 1932.

PELLOT et MÉGNIN. Volumineuse H. D. congénitale gauche, *Bull. et Mém., Soc. Nat. Chir.*, LVIII, 664-666, 1932.

SOUPAULT. H. D. congénitale droite, *Bull. et Mém. Soc. Nat. de Chir.*, LVIII, 889-896, 1932.

VICHARD et FRUHNHOLZ. H. D. embryonnaire, *Bull. Soc. d'Obst. et Gynéc.*, XXI, 566-568, 1932.

1933. — CONTAT. Contribution à l'étude des H.D., *Annales An. Path.*, X, 1<sup>er</sup> janv. 1933, p. 1-22.

COSTANTINI et BONAFOS. La phrénicectomie dans le traitement de la H. de l'estomac, *Bull. et Mém. Soc. Nat. de Chir.*, LIX, 1134-1136, 1935.

GAUDIER et MINET. Deux cas de H. D. traumatique, *Bull. et Mém. Soc. Nat. de Chir.*, LIX, 39-42, 1935.

FUNK-BRENTANO, MÉGNIN et ALLARD. H. D. médiosternale, *Ann. An. Path.*, X, 401-405, 1933.

LABBÉ (M.). Eventration et H. D., *Arch. Mal. App. digest.*, XXIII, 241-255, mars 1933.

LAMARQUE (P.), DUFOIX, MOURGUES et Mme BADEL. H. D. congénitale chez un enfant de 7 ans, *Arch. de la Soc. des Sc. Méd. et Biol. de Montpellier*, XIV, 250-257, 1933.

LOUTE. H. D., *Bruxelles Méd.*, XIII, 772-776, 1933.

PAILLEZ et GERNEZ (L.). Hernies multiples chez un nouveau-né, *Bull. Soc. d'Obst. et Gynéc.*, XXII, 296-298, 1933.

SERGENT, KOURILSKY et ROBERT. H. du côlon et de l'estomac compliquée d'accidents pulmonaires à répétition et de pleurésie purulente, *Bull. et Mém. Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, IL, 723-724, 1933 ; — *Arch. des Mal. de l'app. respir.*, VIII, p. 353-363, n° 4, 1933.

1934. — CAIN et OLIVIER. Ectopie totale de l'estomac dans l'hémithorax droit avec hernie colique, *Presse Méd.*, 1934, p. 2071.

PIERRET et BRETON. La H. D. chez l'enfant, *Echo Méd. du Nord*, 25 mars 1934, p. 430-444.

TREMOLIÈRES, TARDIEU et CAQUOT. Le diagnostic de la hernie diaphragmatique de l'estomac, *Presse Méd.*, 1934, p. 292-297.

1935. — TRÉSARIEUX, COULOUMA et GARRAUD. Formes cliniques des hernies et éventrations diaphragmatiques, *Soc. de Méd. du Nord*, séance du 25 janv. 1935 ; — *Echo Méd. du Nord*, mars 1935.

## NOUVELLE REVUE

La Revue d'Immunologie, publiée par MM. Robert Debré, G. Ramon et Pasteur Vallery-Radot, paraît à la librairie Masson. Le premier fascicule contient des articles de Jules Bordelet, Charles Nicolle, G. Ramon, Pasteur Vallery-Radot et G. Mauric, R. Debré et G. Sée, Jean Hamburger.

Tous nos vœux les meilleurs.



*Anatomie pathologique.* — Prix Blondet, Helme, Mège, Portal, Saint-Lager : MM. Sergent, Carnot, Loeper, Bezançon, Portier, Roussy, Brumpt, Jolly, Martin, Tiffeneau.

*Neuro-psychiatrie.* — Prix Civrieux, Falret, Day, Herpin, Lefèvre, Leveau, Lorquet : MM. Claude, Guillaïn, Souques, Crouzon.

*Dermatologie.* — Fondation anonyme, Ricord, Roussille : MM. Marfan, Darier, Jeanselme.

*Hygiène, maladies contagieuses.* — Prix A.-J. Martin, Clarens, Guillaumet, Mesureur, Vernois : MM. Marfan, Jeanselme, Balthazard, Nobécourt, Lereboullet, Vincent, Netter, Dopfer, Debré, Sacquépée, Martin, Lemierre, Dumas, Marchoux.

*Tuberculose.* — Prix Audiffred, Boggi, Ricaux : MM. Bezançon, Sergent, Rist, Lereboullet, Marfan, Brouardel, Lesné, Auvray, Ombrédanne.

*Cancer.* — Prix Berraute, Chevillon, Marmottan : MM. Menetrier, Brault, Darier, Regaud, Bécère, Hartmann, Gosset.

*Chirurgie.* — Prix Godard, L. Labbé, Laborie, Reboulet : MM. Routier, Walther, Hartmann, Sieur, Delbet, Legueu, Faure, Maucclair, Duval, Auvray, Gosset, Rouvillois, Cunéo, Ombrédanne, Marion.

*Obstétrique. Gynécologie.* — Prix Capuron, Barthélemy, Jacquemier : MM. Guéniot, Bar, Deléris, Couyclaire, Brindeau.

*Spécialités chirurgicales.* — Prix Meynot : MM. Sieur, de Lapersonne, Morax.

*Anatomie, Physiologie.* — Prix Bourceret, Pourat, Marc Sée : MM. Lapique, Lemierre, Rouvière, Sébilleau.

*Physique et chimie.* — Prix Apostoli, Buignet : MM. Bécère, Desgrez, Pouchet, Tiffeneau, Strohl.

*Pharmacie.* — Prix Mativelle, Demarle : MM. Béhal, Léger, Fourneau, Courtière, Perrot, Delépine.

*Vétérinaire.* — Prix Reynal : MM. les membres de la Section médecine vétérinaire.

*Eaux minérales.* — Prix Robin : MM. Siredey, Carnot, Rathery, Pouchet, Radais, Goris.

### SOCIÉTÉ DE MÉDECINE MILITAIRE FRANÇAISE

(SÉANCE DU 14 FÉVRIER 1935)

**A propos des néphrites post-vaccinales.** — M. F. MEERSSEMANN demeure convaincu qu'en pratique il convient, dans l'état actuel des choses, de maintenir les prescriptions réglementaires qui contre-indiquent la vaccination antitypho-paratyphique et la vaccination associée chez les albuminuriques.

**Forme cutanée pure de la maladie de Nicolas-Favre.** — MM. JAME, RIOU et HENRION présentent un malade atteint de maladie de Nicolas-Favre avec localisation cutanée. Le nodule cutané lymphogranulomateux, situé au niveau de l'abdomen, a été la première manifestation apparente de la maladie et les auteurs se demandent s'il ne représente pas la porte d'entrée du virus.

**Un cas de paralysie faciale chez l'enfant.** — MM. MARVIER et LISCOET ont observé une fillette de trois ans qui présentait une paralysie faciale périphérique d'étiologie hérédospecifique probable.

**A propos de la résercino-réaction de Vernes.** — M. P. MILLISCHER, après six années d'une pratique de cette réaction,

ADOPTÉ PAR LES HOPITAUX DE PARIS

# SCILLARÈNE

## " SANDOZ "

*Glucoside cristallisé, principe actif isolé du Bulbe de la Scille*

DIURÉTIQUE GÉNÉRAL — DIURÉTIQUE AZOTURIQUE VRAI

AMPOULES  
1/2 à 1 par jour.

GOUTTES  
xx, 2 à 8 fois par jour.

COMPRIMÉS  
2 à 8 par jour.

SUPPOSITOIRES  
1 à 2 par jour.

PRODUITS SANDOZ, 20, rue Vernier. — PARIS-17<sup>e</sup>.

B. JOYEUX, Pharmacien de 1<sup>re</sup> classe.

MÉDICATION CHLORHYDRO-PEPSIQUE

DYSPEPSIES  
Anorexie  
Vomissements  
LIENTÉRIE

## ELIXIR GREZ

ET PILULES

CHLORHYDRO-PEPSIQUES  
Amers et Ferments  
digestifs

DOSES : 1 verre à liqueur ou 2 à 3 pilules par repas. Enfants : 1 à 2 cuillerées à dessert  
Dépôt : 49, Rue de Maubeuge, PARIS — Envoi franco Échantillons.

## CONTREXEVILLE

SOURCE PAVILLON

LA SAUVEGARDE DU REIN

GOUTTE, GRAVELLES, ARTHRITISME

**CHARBON DE PEUPLIER** sous forme de **GRAINS ANISÉS** de **CHARBON TISSOT**  
Humectent, divisent, aseptisent, expulsent.  
DIVISION du BOL ALIMENTAIRE  
**CONSTIPATION** et conséquences : MAUVAISES DIGESTIONS, MIGRAINES, LOURDEURS de TÊTE, HÉMORROÏDES, etc. — Une cuillerée à café avalée comme des graines de lin, après chaque repas. Toutes Pharmacies. — Échantillons : PARIS, 34, BOULEVARD DE CLICHY (Service 24)

tion, confirme sa valeur tant pour le diagnostic que pour le pronostic de la tuberculose.

**A propos d'un cas de cellulo-cervico brachialite.** — MM. BARRAUX et GIBELIN relatent l'observation d'un sujet jeune ayant présenté une algie cervico-brachiale, s'accompagnant de phénomènes généraux importants, de troubles pariéto-sensitifs et vaso-moteurs. Ils établissent une relation entre une apophysite cervicale, un syndrome des trous de conjugaison, une angine aiguë, une thyroïdite, seules manifestations d'une maladie rhumatismale, et une phlegmasie cellulitique diffuse agissant par compression plexuelle et funiculaire, pour déterminer le syndrome paréto-algique très rapidement enrayé par les massages des placards cellulitiques, alors que les traitements salicylés et la radiothérapie semi-pénétrante n'avaient point apporté d'amélioration très sensible.

**Notes rétrospectives à propos de l'aliénation mentale dans l'armée à l'époque de la guerre de Crimée.** — M. WAHL a rassemblé, en dépouillant les archives de l'Asile des Bouches-du-Rhône, les observations des militaires évacués de Crimée et internés dans cet asile. Leur nombre fut relativement faible : 117 malades mentaux pour un effectif d'environ 450.000 hommes. L'auteur conclut de cette étude que la folie est moins fréquente dans les armées de métier que dans les armées modernes, que les maladies mentales qu'on y rencontre sont les mêmes, mais en proportions différentes. Les plus fréquentes furent la paralysie générale, la démence précoce et l'alcoolisme. La confusion mentale était rare autrefois, tandis qu'aujourd'hui, elle est la plus fréquente des psychoses militaires.

**La chaussure du soldat. Avantages d'un soulier mixte à semelle de cuir et talon caoutchouté.** — M. H. GOUNELLE rapporte les résultats d'une enquête sur le ressemelage complet en caoutchouc des chaussures de la troupe, qui paraît devoir être écarté. Il a préconisé l'adoption d'un brodequin mixte à semelle de cuir cloutée et talon de caoutchouc, conciliant les avantages de ces ressemelages sans en présenter les inconvénients respectifs.

**Un cas de spirochétose rénale à forme chlorurémique s'apparentant à certaines néphrites de guerre.** — M. H. GOUNELLE a observé une néphrite oedémateuse ayant débuté par des céphalées, épistaxis, raideur de la nuque, asthénie et subictère de 48 heures. Constatation des signes rénaux et de l'œdème 20 jours plus tard avec séro-diagnostic de la spirochétose ict. hém. positif. Ces cas s'apparentent à certaines néphrites humides de guerre, à l'origine desquelles on suspecta un moment le rôle du spirochète, mais qui furent ensuite placées uniquement sur le compte de facteurs inhérents à la vie des tranchées. A la lumière des faits actuels, c'est pourtant bien l'étiologie spirochétiennne qui doit être retenue.

**Épanchement pleural séro-fibrineux lymphocytaire au début d'une pneumopathie aiguë.** — MM. PILON, BOIDE et HENRI rapportent l'observation d'une pneumopathie aiguë, dont le tableau clinique initial et éphémère fut celui d'un épanchement pleural séro-fibrineux, dont la cytologie le jour même de l'entrée à l'hôpital et le deuxième jour de la maladie comportait 72 % de lymphocytes, 15 % de cellules endothéliales et 13 % de polynucléaires. Très rapidement le syndrome pleurétique s'effaça et fut remplacé par un syndrome d'hépatisation lobaire. Cette évolution et cette cytologie un peu anormale méritaient d'être signalées.

**Les réactions vaccinales bénignes au cours des vaccinations associées. Etude clinique.** — MM. HENRI, GUILLEMAN et PASSA, à l'occasion de la vaccination, par le mélange antityphoparatyphique et anatoxine diphtérique, d'un con-

tingent de 136 sapeurs-pompiers, reprennent l'étude des réactions vaccinales bénignes ; elles s'accompagnent régulièrement d'une élévation du taux de la polynucléose sanguine qui dépasse, en général, 80 %. Elles traduisent l'existence de particularités individuelles latentes, qui paraissent devoir être rattachées à une hyperergie acquise par un contact antérieur avec l'antigène. Les auteurs appuient cette assertion sur des arguments cliniques et biologiques.

**La conduite à tenir vis-à-vis des militaires devenus tuberculeux au cours du service au point de vue de la prophylaxie.** — M. J. SOTTY.

**Acrocyanose et syndrome de Basedow.** — MM. L. FERABOUX et A. JUDE rapportent l'observation d'un homme de 33 ans présentant ces deux syndromes associés. L'acrocyanose est apparue la première, mais les auteurs pensent qu'elle fut sous la dépendance des troubles endocriniens déjà latents. Ils soulignent la diversité des réactions sympathiques chez un même sujet.

#### SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(SÉANCE DU 11 JANVIER 1935)

**Diathermocoagulation des métrites chroniques du col.** M. J.-E. MARCEL présente un film sur ce mode de traitement ; il débute par la présentation de l'instrumentation de l'auteur, puis il passe en revue les différentes formes de métrites chroniques du col (exocervicite des nulli ou des multipares, endocervicite isolée, forme mixte) et permet ainsi d'assister à leur évolution avant la diathermocoagulation, pendant les jours et les semaines qui suivent et à l'époque de la guérison. Dix cols guéris, dont deux chez des malades jusqu'alors stériles devenues ensuite enceintes, terminent ce film, qui illustre la valeur de cette méthode, défendue depuis quelques années par l'auteur, et qui ouvre en même temps des horizons nouveaux sur la cinématographie des cavités profondes de l'organisme — jamais réalisée jusqu'alors — et par conséquent sur l'enseignement des sciences médicales.

**Syndrome de Raynaud.** — MM. P. AUBOURG et P. LE GO présentent un malade dont le syndrome douloureux, l'impotence fonctionnelle et les ulcérations du pied ont disparu, après un traitement électrique par courants exponentiels de basse fréquence.

**Vérification des courbes des courants employés en électrothérapie.** — MM. P. AUBOURG et P. LE GO, sur un oscillographe Casser, montrent à l'écran et présentent en photographie les courbes des courants employés, en électrothérapie, au service de l'hôpital Beaujon. Cet étalonnage devrait être exécuté lors de la mise en usage de tout appareil de thérapie par l'électricité et vérifié de nouveau après un certain temps de fonctionnement.

**Diagnostic rapide des états leucémiques.** — M. A. BECART indique un moyen simple et facile de diagnostic des leucémies à portée du praticien : l'examen à l'œil nu du sang étalé sur lame, sans coloration, sans microscope, qui montre un aspect granité très caractéristique.

**La bronchoscopo-thérapie dans les abcès pulmonaires, chroniques, à propos de quelques cas guéris.** — M. SOULAS montre que la bronchoscopo-thérapie est un des éléments essentiels du traitement des abcès du poumon, mais avec des succès variables et qui sont influencés par certains facteurs dont la chronicité est un des plus importants. Le pourcentage des guérisons complètes, qui est de 70 pour 100 dans les abcès aigus, ne sera que de 50 pour 100 dans





Le premier produit spécialisé à base d'Extrait de Sangsues.

Créé et expérimenté dans les Hôpitaux de Paris.

**INSUFFISANCES VEINEUSES  
INFECTIONS  
VASCULO-SANGUINES  
PHLÉBITES - SEPTICÉMIES  
AMÉNORRÉES**

# hirudinase

(DRAGÉES)

DOSE MOYENNE : 4 A 6 DRAGÉES PAR JOUR

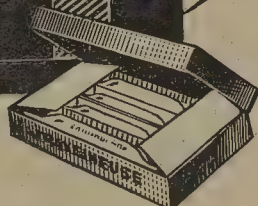
LABORATOIRES "ANA", 18, AVENUE DAUMESNIL — PARIS (XII<sup>e</sup>)



**COEFFICIENT DE FIXATION  
du Salicylate ANA sur la  
fibre cardiaque : 170%**

Salicylate de Na      Salicylate ANA

150  
100  
50  
0



# Salicylate

SURACTIVÉ  
"ANA"

SALICYLATE DE SODIUM  
en combinaison  
CALCO-MAGNÉSIENNE  
THIOSULFATÉE

**RHUMATISME  
articulaire aigu  
et ses COMPLICATIONS  
ALGIES  
Infections - Septicémies  
Troubles hépatiques**

GOÛT TRÈS AGRÉABLE - TOLÉRANCE PARFAITE  
24 grammes de Salicylate de Na  
suractivé : 15 frs

**SOLUTION**

1/2 cuil. à café = 1 gr. de Salicylate  
ou 70 gouttes de Na suractivé

**AMPOULES (INTRAVEINEUSES)**

10 cc. = 1 gr. de Salicylate de Na  
suractivé

LABORATOIRES "ANA", 18, AVENUE DAUMESNIL — PARIS (XII<sup>e</sup>)



les abcès chroniques récents (2 à 5 mois) et de 15 à 20 pour 100 dans les vieux abcès chroniques. Si la guérison n'est pas obtenue, on aura à peu près toujours une amélioration qui permettra de pratiquer, dans de bonnes conditions, une opération sanglante. La conduite du traitement, variable selon les circonstances, doit s'inspirer non seulement de la complexité des lésions pulmonaires, mais aussi des remaniements anatomo-pathologiques du système bronchique ainsi que des désordres de la physiologie des bronches. La bronchoscopie, qui rend compte de l'état bronchique, devient donc un guide pour la thérapie endobronchique et un élément d'information dans l'appréciation du pronostic.

(SÉANCE DU 26 JANVIER 1935)

**A propos de la réflexothérapie nasale.** — M. Louis LE-ROUX est d'avis que, limité au traitement des troubles vasomoteurs ou spasmodiques d'origine vago-sympathique, l'emploi de la réflexothérapie endonasale peut rendre de réels services chez les déséquilibrés sympathiques et endocriniens si nombreux et si difficiles à soigner. Si on peut supprimer des céphalées, des spasmes pharyngés, des coryzas vasomoteurs, on ne peut cependant transformer un tempérament, mais seulement réfréner les poussées paroxystiques. Cette méthode présente encore actuellement beaucoup d'inconnues dans sa physiologie, ses techniques et ses indications. On peut espérer que, dégagée de tout charlatanisme, elle deviendra une arme utile et plus précise dans la thérapeutique des troubles du système neuro-végétatif.

**La calcémie dans quelques grossesses pathologiques.** — M. Pierre LABIGNETTE montre que la calcémie, habituellement constante entre 95 et 105 milligrammes par litre de sang, peut subir des variations assez importantes au cours de certaines grossesses pathologiques, notamment chez les albuminuriques et les éclamptiques, sans que le taux de l'albuminurie en soit cause. Des résultats obtenus, il faut penser qu'il n'y a pas de rapport constant entre la calcémie et les signes cliniques observés.

**Comment faire grandir un enfant trop petit.** — M. Jacques SÉDILLOT raconte l'histoire d'un enfant pour lequel, à 8 ans, fut proposée la greffe testiculaire de singe (méthode Voronoff) et pour lequel les opothérapies thyroïdienne hypophysaire et orchitique n'ont rien donné. Il est à 15 ans un obèse en retard de 12 centimètres pour la taille (1 m. 42) ; Sédillot prescrit l'opothérapie thymique de glande fraîche (thymus de veau). De 15 à 18 ans, le jeune homme prend  $10 + 8 + 6 = 24$  centimètres. De 18 à 20 ans, à nouveau 5 centimètres et il se présente au conseil de révision avec 1 m. 71 et seulement 66 kilos.

**« Dos rond » hypotonique et hypotonie générale en pédiatrie.** — M. Albéric BOUDRY estime que le « dos rond fonctionnel » hypotonique peut être le type objectif et particulier d'une hypotonie générale et de nombre d'états fonctionnels et inapparents, de moindre résistance, liés chez l'enfant aux fatigues dont l'auteur a écrit une synthèse clinique, sous la rubrique « La Fatigue chez l'enfant », clinique de la fatigue, prévention et thérapeutiques à lui opposer sont, pour l'auteur, du plus haut intérêt en pédiatrie.

**Soins de la peau et traitement des dermatoses inesthétiques,** par le professeur Louis TÖRÖK, traduit du hongrois par le docteur Marianne Gajos Török et le docteur Germaine APPL-DUCLAUX. In-8° de 192 pages. — Prix : 20 fr. — Paris, Vigot frères.

## INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

### LES ALLOCATIONS FAMILIALES

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 1935, les médecins doivent être affiliés à une caisse de compensation pour leur personnel médical.

Le personnel intéressé est défini par la loi du 11 mars 1932, dans les termes suivants : « Tout employeur occupant habituellement des ouvriers ou des employés... ».

En s'exprimant ainsi, la loi a précisé que devaient être inscrits pour ces allocations tous ceux qui, exerçant un métier, étaient des salariés permanents, soit du même employeur, soit d'employeurs différents, mais de la même profession. Et on conçoit aisément qu'il en soit ainsi, car cette permanence est indispensable à la gestion normale d'une caisse de compensation. Comment celle-ci pourrait-elle en effet faire des prévisions et établir son budget si elle admettait des inscrits transitoires ? Pour les uns, des versements seraient effectués pendant quelque temps, puis ils disparaîtraient et les sommes versées pour eux seraient sans objet ; d'autres seraient inscrits au moment où ils pourraient bénéficier des allocations, sans que des versements antérieurs aient pu être effectués : il y aurait là un désordre qui risquerait de fausser tous les calculs.

Cette distinction n'est pas inutile dans le cas qui nous intéresse, car il a été question d'étendre de façon abusive les obligations des médecins et, pour rétablir les choses, nous devons nous reporter aux termes mêmes de la loi. Les médecins peuvent avoir à leur service des « employés ou ouvriers », dont le métier est d'être au service des médecins : s'ils quittent leur employeur, ils vont tout naturellement exercer leur métier chez un autre médecin : ils sont des ouvriers ou employés permanents, et à ce titre, ils doivent être inscrits à une caisse de compensation et ils peuvent l'être sans inconvénients pour cette caisse.

Par ailleurs, les médecins utilisent les services de salariés transitoires en ce sens que leurs services n'ont rien de spécifiquement médical, que ce n'est en quelque sorte que par accident qu'ils travaillent chez un médecin et que, s'ils le quittent, il y a toutes chances pour qu'ils aillent rendre les mêmes services à un non-médecin. Dans ces conditions, il n'y a aucune raison pour qu'ils soient inscrits à une caisse de compensation créée pour les gens exerçant un métier et toujours le même ; bien mieux, leur inscription à la Caisse de compensation médicale risquerait fort de ne leur procurer aucun avantage ; par contre, elle présenterait de graves inconvénients pour cette dernière. Ce sont les gens de maison.

On a tenté de justifier leur inscription par des considérations complètement étrangères à la question. C'est ainsi qu'on a mis en avant ce fait que pour certains d'entre eux, les salaires et l'entretien étaient, dans les déclarations fiscales, défalqués des bénéfices professionnels. Ce faisant, on a établi une confusion entre l'assistance et la fiscalité qui n'ont cependant rien à voir entre elles.

Il y a certainement des professions assujetties aux allocations familiales dans lesquelles un employeur utilisant les services d'un domestique pour des raisons d'ordre professionnel, est amené à défalquer ses gages de ses bénéfices : nous ne pensons pas que, pour cela, il ait inscrit ce domestique à une caisse de compensation avec ses « employés et ouvriers ». D'autre part, un médecin peut fort bien utiliser régulièrement les services d'un chauffeur de taxi, par exemple : il s'ensuivra une dépense constante, assimilable à un salaire, qu'il défalquera de ses bénéfices professionnels. Conçoit-on qu'il doive faire inscrire ce chauffeur de taxi à la caisse de compensation médicale ?



<b>AÉROCID</b> AIR TUE	nouveau traitement DE L'AÉROPHAGIE PAR L'OPOTHÉRAPIE	un cachet ou deux comprimés au lever et au coucher
	LABORATOIRE DE L'AÉROCID, 71, RUE SAINTE-ANNE, PARIS	

# OLÉTHYLE-BENZYLE

## TRAITEMENT DE L'ENTÉRITE ET DE L'ENTÉRO-COLITE

La plupart des entérites et des entéro-colites sont dues au développement dans l'intestin des germes pathogènes protéolytiques dont les sécrétions irritent les parois intestinales, d'où les spasmes, l'hypersécrétion, les coliques, la diarrhée dans la plupart des cas, notamment dans les entérites aiguës, la constipation dans certains cas d'entéro-colite, quand le spasme domine l'hypersécrétion.

On sait depuis les travaux de METCHNIKOFF que le vrai traitement de l'infection intestinale consiste à favoriser le développement du bacille lactique, l'antagoniste des microbes protéolytiques.

Le traitement lactique pourtant n'a pas tenu ses promesses; parce qu'on s'est contenté jusqu'ici de faire absorber du bacille lactique. Trouvant dans l'intestin des conditions de développement défavorables, il ne peut profiter et reste sans effet. Pour réaliser un traitement lactique efficace, il faut lui fournir un aliment. C'est là le secret du succès de l'AMIDAL.

L'AMIDAL associe aux ferments lactiques de l'amidon paraffiné, préparé suivant la technique du professeur DOUMER, qui parvient non digéré jusque dans les parties les plus éloignées de l'intestin et y fournit au bacille lactique l'aliment qui permet sa prolifération. Dès lors, l'infection putride anaérobie ne résiste pas à son ennemi naturel.

Les entérites aiguës guérissent d'habitude en moins de quarante-huit heures, même dans les cas les plus graves, dans la diarrhée infantile par exemple. Toutes les diarrhées sont rapidement enrayées, même la diarrhée des tuberculeux si tenace; l'entéro-colite chronique que les antiseptiques intestinaux, toujours irritants, ne parviennent pas à améliorer, cède au seul bon traitement physiologique des infections intestinales que représente l'AMIDAL. Ce médicament agit non seulement sur les formes qui donnent de la diarrhée, mais aussi sur la constipation d'origine spasmodique des entéro-colitiques.

L'AMIDAL s'ordonne, soit en poudre à la dose d'une cuillerée à soupe à la fin de chacun des deux repas principaux, mêlée à de la confiture ou à une demi-banane bien écrasée, soit en cachets, comprimés ou dragées à la dose de 6 à 8 par vingt-quatre heures.

Il est utile dans certains cas d'entéro-colite d'associer au traitement de l'infection un traitement symptomatique dirigé contre le spasme et l'hypersécrétion qui favorisent dans une certaine mesure la persistance de l'infection protéolytique. A ce point de vue, la GENATROPINE est d'une efficacité remarquable. A petite dose (x à xx gouttes ou 1 ou 2 granules 2 ou 3 fois par jour) elle fait disparaître les coliques douloureuses, lève le spasme, tarit la diarrhée.

Laboratoires des Produits AMIDO,

4, Place des Vosges, PARIS

Echantillons médicaux sur demande.

AMIDAL

GÉNATROPINE

Ce qui est regrettable, c'est que cette confusion ait été soumise à l'appréciation du Ministre, car c'était aller au-devant d'une obligation supplémentaire et parfaitement injustifiée. Au reste, il apparaît bien, d'après la réponse, que le ministre a dû être fort embarrassé, car il s'est bien gardé de donner une précision quelconque. Malheureusement si l'obligation d'inscription est laissée ainsi à l'appréciation du médecin, elle se trouve laissée également à celle de l'inspecteur du travail, ce qui ne manquera pas de contribuer à créer de multiples conflits. Quant à dire que les gens de maison doivent être compris ultérieurement dans cette obligation, on peut répondre que l'administration se charge bien toute seule d'augmenter nos charges et que nous n'avons aucune raison d'aller au-devant de celles qui sont encore problématiques.

*Quoi qu'il en soit de cette mise au point qui nous a paru nécessaire à la suite des divergences qui se sont manifestées dans cette question, les syndicats médicaux se sont efforcés d'atténuer ces charges nouvelles : pour ce faire, ils ont, dans la Seine, créé une caisse de compensation qui fonctionnera avec le minimum de frais. Ainsi, les cotisations seront sensiblement réduites : alors qu'elles sont, en général, de plus de 2 %, on arrivera certainement à 1,50 ou 1,30 %. Le droit d'entrée unique a été fixé à 25 francs et la cotisation annuelle à 20 francs. Tous les membres des professions médicales, médecins, pharmaciens, sage-femmes, dentistes, maisons de santé, hôpitaux privés, herboristes et vétérinaires, assujettis à la loi du 11 mars 1932, doivent obligatoirement s'affilier à la même caisse de compensation.*

Celle-ci, *Caisse d'allocations familiales des professions médicales de Paris et de la Seine*, 42, rue Lamartine, Paris (9<sup>e</sup>) reçoit, depuis le 1<sup>er</sup> janvier, les adhésions pour les employés et ouvriers des médecins ; jusqu'à nouvel ordre, elle a adopté les considérations que nous donnons plus haut, et n'inscrit pas les gens de maison.

Mais la loi étant en vigueur, pour les professions médicales depuis le 1<sup>er</sup> janvier 1935, il est indispensable que les bénéficiaires soient inscrits avant la fin du premier trimestre.

A. HERPIN.

#### LES ÉTUDIANTS ET LE SERVICE DE DEUX ANS

La prolongation du service militaire soulève quelques inquiétudes parmi les étudiants en médecine en sursis d'appel. Ils se demandent si leur sort sera celui du contingent appelé ou celui de leur classe.

Aucune décision n'a encore été prise par le ministre, mais il apparaît vraisemblable que conformément à la logique et à l'équité, les étudiants suivront le sort de leur classe.

Dès que la décision sera prise, nous la ferons connaître.

### LIVRES NOUVEAUX

**Nouvelles lettres à un médecin praticien sur la dermatologie et la vénéréologie** (1), par le Dr Clément SIMON, médecin de l'hôpital Saint-Lazare.

La première série des « Lignes à un médecin praticien sur la Dermatologie et la Vénéréologie » publiées en 1930, avait été très favorablement accueillie par la critique et par les médecins. Ce nouveau recueil en est le complément et les 39 lettres qu'il contient font connaître bien des points de la Dermatologie usuelle qui n'avaient pas été traités dans le premier volume.

La forme épistolaire qu'adopte l'auteur lui permet de traiter les questions les plus diverses sans aucun ordre prémédité. Il exclut les théories, ne présente que des faits et les seules conclusions thérapeutiques qui en découlent et que la pratique a montrées valables, ce livre n'est-il pas d'ailleurs fondé sur une pratique journalière et sur une expérience acquise au cours des années.

S'il est parfaitement inutile au médecin praticien de connaître toutes les classifications élaborées jusqu'à ce jour en dermatologie, il lui faut un livre qui lui permette d'apprendre à voir, à entendre, à conduire une enquête symptomatique et une fois parvenu au diagnostic, qui lui indique les moyens de guérir.

Ce nouveau recueil d'exposés cliniques, comme le premier, aura toute sa faveur.

L. G.

### ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

#### THESES

**Lundi 25 mars.** — Jury : MM. Loeper, président ; Sergent, Strohl, Dognon. — M. GUIR. Valeur thérapeutique du bleu de méthylène dans l'asphyxie. — M. WOLSTAJN. Les troubles digestifs au cours de la période menstruelle. — M. LAQUERRIÈRE. Des images triangulaires du lobe inférieur droit, le rôle du lobe cardiaque. — M. GUIBOURG. Etude des courants de basse fréquence.

**Mardi 26 mars.** — Jury : MM. Lemaître, président ; Lenormant, Lereboullet, Halphen. — M. PAGES. Thérapeutique endo-nasale de l'asthme. — M. GARY. Fracture de la base du premier métacarpien. — M. NAUD. Contribution à l'étude des ostéo-arthropathies dans la syringomyélie. — M. PERGOLA. Myosites infectieuses aiguës et chroniques, abcès primitifs des muscles. — M. FULCONIS. La mastoïdite dans la pathologie infectieuse du nourrisson. — M. JOSEPH. La tension artérielle chez les vieillards.

Jury : MM. Brindeau, président ; Claude, Lévy-Valensi, Philibert. — M. MYMARK. Considérations sur la présentation de l'épaule et son traitement. — Mlle DEROMBIÈS. Une forme particulière de la méconnaissance systématique. L'illusion du sosie. — M. DEVALLET. La paralysie générale chez l'enfant. — M. GOLDENSTEIN. L'élément psychique comme facteur déterminant ou déclanchant certaines anémies aplastiques. — M. ROYER. La réaction de types méningitiques du benjoin colloïdal dans certaines maladies mentales.

Jury : MM. Gougerot, président ; Tanon, Gastinel, Joannon. — M. HORNSTEIN. Etude de l'opothérapie thyroïdienne dans l'hérido-syphilis de la seconde enfance. — M. SCHAI-NÈS. Eczéma et insuffisance hépatique. — M. LAROCHE. Sur l'ordre hygiénique et psychologique de la construction et disposition intérieure des établissements hospitaliers. — M. SELBONNE. Le principe de similitude en thérapeutique. — M. TRINH-HUM-LOI. Etudes de quelques mesures d'hygiène et de prophylaxie applicables aux villages annamites au Tonkin.

**Mercredi 27 mars.** — Jury : MM. Couvelaire, président ; Mathieu, Proust, Portes. — M. FISZMAN. Le test d'Aldrich et Mac-Chure chez la femme enceinte. — M. LÉPINE. Les accouchements en occipito-sacrée. — M. MIRZAI. Les rapports de la rétrodéviations de l'utérus et de la stérilité. — M. WEISZ. Etudes des perforations utérines dans l'avortement. — M. LEROY. Les manifestations menstruelles extra-génitales.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.



Par l'Association de  
ses composants

Extrait pancréatique désinsuliné  
Phényl - Ethyl - Malonyl - Urée  
Trinitrine

# le Disonyl Ex-Nidyl

Constitue  
l'Agent thérapeutique Type

dans les :

**TACHYCARDIES**

**EXTRA-SYSTOLES**

**ALGIES CARDIOTHORACIQUES**

**ANXIÉTÉS**

**INSOMNIES NERVEUSES**

**POSOLOGIE :**

3 à 6 dragées par jour  
à avaler sans les croquer

Echantillons

**LABORATOIRES DU D<sup>r</sup> ROUSSEL**  
97, Rue de Vaugirard - PARIS. (6<sup>e</sup>)

**ESTOMAC****SEL DE HUNT****HYPERCHLORHYDRIE  
FERMENTATIONS ACIDES  
GASTRALGIES****LABORATOIRES ALPH. BRUNOT  
16, Rue de Boulainvilliers, PARIS****LABORATOIRES CARTERET****Pas d'accoutumance • Agit vite • Pas d'accumulation****DIURÈNE****"Extrait total" d'ADONIS VERNALIS****CARDIOPATHIES - ARTÉRIO-SCLÉROSE  
NÉPHRITES & CIRRHOSSES  
OEDÈMES &  
ASCITES****LIQUIDE****PILULES****Posologie : 2 à 6 cuillerées à café  
ou 4 à 12 pilules par jour.****CONTIENT TOUS LES PRINCIPES ACTIFS DE L'ADONIS VERNALIS****Echantillon et Littérature : 15, rue d'Argenteuil, PARIS**



*La Lancette Française*

# GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6°. Tél. : Danton 48-31.

PUBLICITE : M. A. THIOLLIER, 416, boulevard Raspail, PARIS (6°) - Téléph. : Littré 54-93.

## PRIX DE L'ABONNEMENT

## FRANCE

3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.

Etudiants : 25 francs par an.

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

## ETRANGER

Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.  
Tous les autres pays : 75 francs.

## SOMMAIRE

## CLINIQUE MÉDICALE DES ENFANTS

*Les pyélonéphrites des petits enfants : II. Etude clinique et thérapeutique*, par M. le professeur P. NOBÉCOURT.

## SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences. — Société médicale des hôpitaux. — Société de chirurgie.

## LIVRES NOUVEAUX

## NOTES POUR L'INTERNAT

Signes, diagnostic et traitement des cancers coliques.

## ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

## INFORMATIONS

FONDATION ROUX. — « Sous l'égide du nom respecté de celui qui, par le sérum spécifique, a lutté victorieusement contre ce fléau redouté de toutes les mères de famille : la diphtérie, les admirateurs, les amis et les élèves du regretté docteur Roux, les amis de l'Institut Pasteur, ont décidé d'ouvrir, à partir du 1<sup>er</sup> mars, une souscription nationale à l'effet de réunir des ressources qui, sous le nom de Fondation Roux, serviront à payer des bourses d'études à de jeunes étudiants qu'attire le goût des sciences biologiques.

L'Institut Pasteur qui, comme tous les rentiers, a vu son capital amputé et ses revenus diminués, dispose d'un budget qui suffit à peine au traitement du personnel et aux dépenses imposées par les recherches qui sont la raison d'être de la Maison. Il faut donc trouver des ressources qui permettent de recueillir des boursiers parmi lesquels s'effectuerait le recrutement, amoindri depuis la guerre, des savants qui auront à maintenir notre grand Institut de recherches au niveau de la réputation qu'il s'est acquise.

La souscription à laquelle, nous l'espérons, tous les Français de la Métropole et des Colonies tiendront à honneur de participer, est d'un minimum accessible à tous, représenté par des reçus de 1 fr., détachables d'un carnet qui en contient 100, et d'un maximum indéterminé en échange d'un nombre de carnets quelconque.

Elle s'ouvre patronnée par un Comité dont le Président de la République a bien voulu accepter la présidence et qui comprend depuis des membres du gouvernement jusqu'au personnels ubalterne de l'Institut Pasteur, employés et gar-

çons, plus attachés que n'importe qui à la grandeur de l'établissement où ils sont heureux de servir. »

Les secrétaires généraux : docteur Sieur, médecin général inspecteur de l'armée, et professeur Marchoux, membres de l'Académie de médecine.

Pour les envois de souscriptions et les demandes de carnets de reçus de 1 fr., s'adresser à M. Dufaure, trésorier, 205, rue de Vaugirard, compte chèque postal Paris 1857/20.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — PARIS. — Prix des thèses (1933-1934) :

*Médailles d'argent.* — M<sup>lle</sup> Barnaud, MM. Baumann, Bennaerts, Billet, Bonnet, Boquien, Bzowski, Callot, Canet, Caron, Contiadès, Cord, Cornilleau, Dany, Dezoteux, Dhotel, Dufour, Gandy, Gavois, Gaucher, M<sup>lles</sup> Gautheron, Gothié, M<sup>me</sup> Grand, M<sup>lle</sup> Hahn, MM. Hamelin, Hepp, Hesse, Ingrand, Jonard, Jude, Kayser, Lachelin, Laffaille, Lafitte, Lancon, Langlois, Leblond, Le Dinh Thi, Lemaire, Lepage, M<sup>me</sup> Liberson, MM. Longuet, Louvet, Maison, Mareschal, Masse, Mencièrre, Mériqot, Michel, Miget, Moricard, Naggiar, Odinet, Perrault, M<sup>lle</sup> Poulain, M. Racine, M<sup>lle</sup> Rappaport, MM. Rault, Raymond, Ribadeau-Dumas, Robert, Robin, Roquejeoffre, Rudaux, Sée, Serdaris, Théodoridès, Thiéry, Trocmé, Voillemin, M<sup>lle</sup> Willm, M. Zagdoun.

*Médailles de bronze.* — MM. Adam, Allard, Ardouin, Aubert, Azar, Berger, Bideau, Biétrix, Boisramé, Bourgoin, Boursat, Boussoulade, Bréhon, M<sup>me</sup> Breton, M. Brzezinski, M<sup>lles</sup> Bui Quang Chièu, Bujeaud, MM. Castets, Chabert Ostland (de), M<sup>lle</sup> Danzig, MM. Dillange, Djian, Enquin, Fautrel, Felgines, M<sup>lle</sup> Finkelstène, MM. Fournié, Fuentes-Novella, Gautier, Gautrelet, Goldszajn, Gomes de Mattos, Grenet, M<sup>me</sup> Grenet, MM. Guibé, Hadjigiorgiou, Herscovici, Jouy, Jullien, M<sup>me</sup> Kern, MM. de Langre, Lebel, Lefèvre, Legry, Lobel, Maleyric, Marçais, Marcombes, Mathis, Maynadier, M<sup>me</sup> Meillaud, M<sup>lle</sup> Mélik-Ogandjanoff, MM. Mendelsohn,

**DIGITALINE NATIVELLE**

LABORATOIRE NATIVELLE, 27, Rue de la Procession, PARIS (XV°)

Nico, Nikoff, Nocton, Pach, Pâris, Patte, Pigeon, Piraud, Renaud, Rizoff, Rocher, Rollin, M<sup>lle</sup> Ronget, MM. Rosanoff, Roy, Vandenbossche.

**Mentions honorables.** — MM. Blondeau, Bourdeau, Brandenburg, Duchemin, Dourousseau-Dugontier, Franco, Hamon, Hébert, Helluy, Herscovici, Jame, Le Go, Le Tohic, M<sup>lle</sup> Mahieu, MM. Merle, Prunet, Reynaud, M<sup>lle</sup> Roule, M. Saleim, M<sup>lle</sup> Velentzas.

**UNE OEUVRE DE PRÉVOYANCE.** — Lundi 11 mars a eu lieu à l'Hôtel de la Confédération des syndicats médicaux français, 93, rue du Cherche-Midi, l'assemblée générale annuelle de l'Association confraternelle des médecins français.

Cette Association qui, au décès du sociétaire, accorde un secours immédiat et de droit de 10.000 fr. à sa famille, compte actuellement plus de 1.750 cotisants et, depuis 26 ans qu'elle fonctionne, elle a distribué ainsi près de 2 millions et demi de secours.

L'assemblée était présidée par M. le professeur Vanverts (de Lille), son président; 760 membres y étaient présents ou représentés.

Le docteur P. Barlerin, trésorier, a donné lecture du compte rendu moral et financier de l'année 1934 : 120 adhésions, 480.000 fr. de secours distribués, 4.950 fr. reçus de membres bienfaiteurs en constituent le bilan, qui a été unanimement approuvé, après quoi le bureau a été réélu par acclamation.

L'Association confraternelle est une œuvre de solidarité et de prévoyance que tous les médecins doivent connaître et à laquelle les jeunes (ceux qui ont moins de 45 ans) doivent adhérer.

Pour tous renseignements, s'adresser docteur Grahaud, secrétaire général, 7, rue Labie (XVII<sup>e</sup>); P. Barlerin, trésorier archiviste, 10, rue de Strasbourg (X<sup>e</sup>).

**L'INAUGURATION DE L'HÔPITAL FRANCO-MUSULMAN.** — Vendredi dernier l'hôpital franco-musulman de Bobigny a été inauguré sous la présidence de M. Queuille, ministre de la Santé publique, de M. Régnier, ministre de l'Intérieur, et de M. Mallarmé, ministre de l'Education nationale. M. Beand, président du Conseil général, MM. Ponsot et Carde, M. Godin, conseiller général, assistaient à la cérémonie ainsi que MM. Villey, préfet de la Seine; Langeron, préfet de police; Si Kaddour ben Ghabrit, président de la Société des lieux saints de l'Islam; M. Thalheimer, chirurgien du nouvel hôpital, etc.

Ce magnifique établissement, que nécessitait la présence dans la région parisienne de 80.000 Nord-Africains, est construit dans un style arabe. Il est digne de l'effort fait par le Conseil général.

**COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.** — TRAVAUX PRATIQUES SUPPLÉMENTAIRES DE MÉDECINE LÉGALE. — M. Dervieux, chef des travaux, fera une série supplémentaire de travaux pratiques au laboratoire de médecine légale (Institut médico-légal, place Mazas), à 14 h., tous les jours, du lundi 1<sup>er</sup> avril au samedi 6 avril 1935 inclus.

Cette série est exclusivement réservée aux étudiants de 5<sup>e</sup> année qui n'ont pas pu assister aux séries réglementaires.

Les demandes doivent être adressées, sur feuille de papier timbré à 4 fr. à M. le Doyen qui les soumettra à la Commission scolaire. Celle-ci appréciera les excuses invoquées et accordera, s'il y a lieu, l'inscription à la série supplémentaire.

Les élèves verseront un droit de laboratoire de 100 fr. en s'inscrivant, après autorisation, au secrétariat (guichet n° 4) jusqu'au vendredi 29 mars inclusivement, date à laquelle le registre d'inscription sera clos.

**N. B.** — Les étudiants qui ont assisté aux séances de leur série réglementaire, mais dont les travaux pratiques n'ont pas été validés, devront se présenter au laboratoire le samedi 6 avril, à 14 h., pour y subir une nouvelle interrogation.

Ils n'auront pas à s'inscrire au secrétariat et n'auront pas à verser de droits.

— **ANATOMIE PATHOLOGIQUE.** — Les séries de revision de travaux pratiques commenceront le lundi 2 avril, à 15 h.

Inscription : 25 fr. au secrétariat, guichet n° 4.

Mise en série : au laboratoire, sur présentation de la quittance.

Chaque série comporte dix séances.

**Vacances de Pâques sur la Côte d'Azur.** — Le IX<sup>e</sup> Voyage médical de Pâques, organisé par la Société Médicale du Littoral Méditerranéen, se déroulera durant la Semaine Sainte (14-21 avril). La concentration se fera à Cannes le dimanche 14 avril, et les voyageurs visiteront successivement Le Cannet, le Golfe Juan, Vallauris, Juan-les-Pins, Antibes, Actinopolis, Grasse, Vence, Gagnes. La journée du 17 avril sera consacrée à Nice. Le voyage continuera par la visite de La Turbie, de Roquebrune, du Cap-Martin, de Menton et du Château de Grimaldi (Italie), avec les Laboratoires du docteur Voronoff. Après une journée consacrée à la Principauté de Monaco et à Monte-Carlo, le retour s'effectuera par Beaulieu, le Cap-Ferrat et Villefranche. La dissociation du voyage se fera à Nice, le dimanche de Pâques 21 avril. Des excursions facultatives sont prévues, durant les jours suivants, dans l'Estérel, les Alpes et en Corse.

Ce voyage est placé sous le patronage de la Faculté de Médecine de Strasbourg et de son Doyen, le professeur Forster. Il sera dirigé par le professeur Fontes, de la chaire d'Hydrologie et de Climatologie de la même Faculté. Les parcours en autocars et les séjours seront assurés dans les conditions de luxe et de confort qui sont de tradition dans les Voyages de la Société Médicale du Littoral Méditerranéen. Des permis de parcours à demi-tarif, valables un mois sur les chemins de fer français, italiens et roumains, seront mis à la disposition des adhérents. Les membres de la famille du médecin sont admis. Des conditions particulières sont accordées aux étudiants. Le nombre des places est limité. Les inscriptions sont reçues dès à présent. Ecrire au Secrétariat de la Société Médicale, 24, rue Verdi, à Nice, qui répond gratuitement à toute demande.

#### ENCARTAGES DE PUBLICITÉ DANS LA GAZETTE DES HOPITAUX

A la requête de nos lecteurs et pour faciliter leur documentation, notre service de publicité (A. Thiollier, 116, boulevard Raspail, Paris VI<sup>e</sup>) est à leur disposition pour recevoir, par envois groupés sous une seule enveloppe, les demandes d'ECHANTILLONS ou de renseignements et les répartir entre les différents laboratoires intéressés.

**QUATAPLASME** du D<sup>r</sup> L'ANGLEBERT  
PANSEMENT COMPLET  
Phlegmasie, eczémas, brûlures, etc.

Extrait hépatique  
de Morue irradié.

**MORUBIASE**  
PILULES ET GRANULES

Rachitisme,  
Lymphatisme.

Toux  
Oyspnée

**IODEINE MONTAGU**



# LENIFORME

**2.5 et 10%**

HUILE ANTISEPTIQUE NON IRRITANTE

est indiqué dans le

**CORYZA**

**PUISQUE**

l'agent pathogène  
est un virus filtrant  
**qui ne permet pas**  
de fabriquer un vaccin  
prophylactique ni curatif.

Echantillon :  
26, rue Péterelle, 26  
PARIS (9<sup>e</sup>)

**SE VEND EN FLACON OU EN RHINO-CAPSULES**



## le traitement arsenical

de la **SYPHILIS ACQUISE**  
traitement d'entretien  
de l' **HÉRÉDO-SYPHILIS**  
des **SYPHILIS ANCIENNES**  
des **DERMATOSES**  
associées à la syphilis  
par

# *l'Acétarsan*

*rigoureusement indolore  
discret, facile  
neurotonique & eutrophique*

composé arsenical d'élimination facile  
se prêtant à toutes les modalités du traitement mixte

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE

**Spécia**

Marques POULENG FRÈRES et USINES DU RHÔNE

21, rue Jean Goujon - PARIS (8<sup>e</sup>)

# VACCINS CLIN

**ANTICOQUELUCHEUX**

**ANTISTAPHYLOCOCCIQUE**

**ANTISTREPTOCOCCIQUE**

**ANTIGONOCOCCIQUE**

I. MONOMICROBIEN et II. POLYMICROBIEN

**COLI-ENTÉRO-VACCIN**

I. BUCCAL

Boîte de 6 ampoules de 5 c.c.  
de forte concentration uniforme.

II. INJECTABLE

Boîte de 10 ampoules de 1 c.c.  
à concentrations croissantes

**PNEUMO-BRONCHO-VACCIN**

ADULTES - ENFANTS

Concentration élevée en microbes - Tolérance parfaite - Conservation illimitée

*Injections sous-cutanées ou intra-musculaires*

Les Vaccins Clin injectables sont délivrés en boîtes de 10 ampoules de 1 c.c.

## PYOVARGOL

POMMADE AU COLLOIDO-VACCIN CLIN

ARGENTIQUE ANTIPYOGÈNE

POUR PANSEMENTS des plaies infectées et suppurations locales

LABORATOIRES CLIN. COMAR ET Cie, 20, rue des Fossés-Saint-Jacques, PARIS



CLINIQUE MÉDICALE DES ENFANTS  
(HÔPITAL DES ENFANTS-MALADES.)

## LES PYÉLO-NÉPHRITES DES PETITS ENFANTS

### II. ÉTUDE CLINIQUE ET THÉRAPEUTIQUE<sup>1</sup>

Par le professeur P. NOBÉCOURT.

Samedi dernier (2), je vous ai présenté deux petites filles, Micheline et Régine, atteintes de pyélo-néphrites, et raconté l'histoire de quatre autres petits enfants soignés dans le service, en 1934, pour cette affection.

A leur propos, j'ai étudié l'étiologie et la pathogénie des pyélo-néphrites des petits enfants.

Aujourd'hui, je désire vous exposer leurs modalités cliniques et le traitement qu'elles comportent.

\* \* \*

En clinique, la pyélo-néphrite des petits enfants ne se présente pas, le plus souvent, comme une affection des voies urinaires.

Ce sont les symptômes généraux qui attirent l'attention et qui dominent la scène ; la pyélo-néphrite n'est reconnue que le jour où on pratique, de propos délibéré, l'examen des urines.

En étudiant l'étiologie, nous avons appris qu'on rencontre des *pyélo-néphrites cliniquement primitives* et des *pyélo-néphrites secondaires* à des affections diverses, notamment à des affections du tube digestif et à des affections des voies respiratoires.

Nous allons étudier ces deux variétés.

Les PYÉLO-NÉPHRITES CLINIQUEMENT PRIMITIVES sont la forme la plus habituelle dans la petite enfance.

Elles se présentent comme des maladies infectieuses dont l'intensité diffère suivant les malades.

Il existe une *forme intense*, une *forme légère* et, entre elles, tous les *degrés intermédiaires*.

Dans la FORME INTENSE le symptôme principal est la *fièvre*. Elle marque le début de l'affection, elle caractérise la période d'état, elle persiste jusqu'à la mort ou disparaît après un temps plus ou moins long.

Le début est brusque et rapide ; la température atteint rapidement 39°, 40° et même 41° ; puis elle se comporte de façons diverses.

Tantôt, comme pour Micheline, notre première malade, le tracé dessine un plateau plus ou moins régulier à 39°-40° pendant six, dix, quinze jours.

Tantôt il présente des oscillations plus ou moins grandes ; la fièvre est rémittente, intermittente ou irrégulière, comme chez René et Maurice, nos deuxième et quatrième malades.

Il n'y a pas de type uniforme. Les diverses modalités peuvent d'ailleurs se succéder : par exemple, la température peut d'abord être en plateau, puis présenter des oscillations quotidiennes et devenir irrégulière.

En même temps que la fièvre, apparaissent des *symptômes généraux, fonctionnels, physiques* divers. Ils apparaissent sans ordre et réalisent des *complexus morbides* différents suivant les malades et les phases de l'affection.

Le bébé est pâle, cyanosé ; son facies est misérable, ses extrémités sont froides. Assez souvent, à la pâleur s'ajoute une légère bouffissure de la face.

Il est abattu, somnolent, plongé dans la torpeur ; quelquefois la torpeur est entrecoupée de périodes d'agitation.

Dans certains cas, on observe un véritable syndrome catatonique. Nous en avons vu un exemple très caractérisé chez la petite Régine. Le bébé reste immobile, le regard fixe, sans expression ; il conserve les attitudes qu'on lui impose, véritable catalepsie ; il refuse de boire, de manger ; il présente une sorte de négativisme.

Cet état est comparable à *cette stupeur catatonique par pyélite colibacillaire*, observée par M. H. Baruk chez un garçon de 18 ans, dont il a rapporté l'observation à la *Société médico-psychologique*, le 17 mai 1934. Pour cet auteur, la catatonie est causée par les toxines du colibacille. Il l'a reproduite expérimentalement chez les animaux, chat, souris, cobaye, pigeon, par l'injection de l'exotoxine neurotrope du colibacille, isolée par le professeur H. Vincent.

Quelquefois, au début, quand l'élévation de la température est brusque ou rapide, l'enfant peut avoir des convulsions : ce sont des convulsions fébriles.

Avec ou sans convulsions, on peut observer un syndrome méningé, de la raideur de la nuque, du signe de Kernig ; ce syndrome est généralement discret.

Il peut d'ailleurs apparaître à n'importe quel moment de la période fébrile.

La respiration et le pouls sont rapides.

L'anorexie est de règle ; le bébé prend mal le sein ou le biberon ; il refuse même l'eau.

Les vomissements ne sont pas rares au début, au moment de l'ascension de la fièvre. Dans la suite, ils peuvent se répéter, ils sont plus ou moins fréquents ; ils n'ont pas de caractères particuliers.

Au début, les selles sont souvent normales ; il peut même y avoir de la constipation.

Pendant l'évolution, fréquemment apparaissent des selles glaireuses, plus ou moins liquides, plus ou moins fréquentes.

L'examen du malade apprend peu de choses.

Dans certains cas, on découvre une rougeur légère du pharynx, une rhino-pharyngite discrète.

L'abdomen peut, au début, être tendu, météorisé, sensible à la palpation ; le plus souvent, il ne présente rien de particulier.

L'examen des viscères reste négatif.

En général, aucun symptôme n'attire l'attention sur l'appareil urinaire. Tout au plus, d'après le professeur Gorter, faut-il penser à la possibilité d'une pyélo-néphrite quand le bébé présente une pâleur inaccoutumée et une légère bouffissure de la face, sans œdème caractérisé, et de la somnolence.

Mais, chez le petit enfant, il est impossible d'apprécier si les mictions sont douloureuses, s'il y a de la

(1) Leçon du 19 janvier 1935.

(2) Leçon du 12 janvier 1935. Les pyélo-néphrites des petits enfants : I. Étiologie et pathogénie, *Gaz. des hôp.*, 1935, n° 21, p. 349.

polyurie ou de la pollakiurie ; on ne constate rien à la palpation des reins.

Il faut donc toujours recueillir et examiner complètement les urines.

Au début de l'affection, les urines peuvent ne pas contenir du pus, être seulement légèrement albumineuses. Quelquefois, elles présentent les caractères des urines de néphrite ou sont hématuriques.

Je vous ai cité, samedi dernier, l'observation d'une fille de 6 ans et demi, relatée par MM. Armand-Delille, Bessaloff et Pierre Louis-Marie.

Au cours d'une broncho-pneumonie à un premier examen, les urines contiennent un dépôt sanguinolent, des hématies à l'examen microscopique, de l'albumine, sans aucun microbe ni sur lames ni dans les cultures. Au deuxième, elles contiennent de l'albumine, des cellules rénales et des cylindres assez abondants. Au troisième, elles contiennent les mêmes éléments et, en plus, des leucocytes et des colibacilles.

Les faits de ce genre témoignent, nous l'avons vu, de l'infection hémotogène, du début par néphrite.

Quand la pyurie est installée, les urines sont caractéristiques.

Elles sont troubles à l'émission, ont un aspect moiré. Le trouble est rarement très accentué. Le dépôt est de faible ou de moyenne abondance.

La réaction est acide à l'émission.

Au microscope, on voit des polynucléaires altérés, des cellules épithéliales qui sont surtout des cellules rondes du bassinet, souvent des cylindres épithéliaux, granuleux ou purulents.

Au début, et seulement pendant les trois premiers jours, d'après M. Gorter, on trouve quelques hématies.

L'albumine y est plus ou moins abondante, quelquefois à l'état de traces. Le taux de l'albumine ne semble pas en rapport avec l'abondance du pus, mais avec les lésions des reins. Peu d'albumine et pus abondant semblent témoigner de la prédominance de la pyélite.

On voit généralement sur les lames en grande abondance des bacilles Gram négatif, qui sont des colibacilles, comme le vérifie la culture. Assez souvent il y a également des cocci Gram positif, qui sont difficiles à cultiver à cause de l'abondance des colibacilles. Je n'ai pas besoin d'insister sur les précautions à prendre pour les recherches bactériologiques. Je ne m'arrête pas sur les constatations bactériologiques. J'ai étudié la question samedi dernier.

Je rappelle que la présence des colibacilles ne suffit pas à caractériser une pyélo-néphrite, car les colibacilluries simples, sans pyurie, ne sont pas rares.

Une fois la pyurie constatée, il faut rechercher si le pus vient du bassinet, s'il y a pyélite, s'il vient de la vessie, s'il y a cystite, ou s'il vient des deux, s'il y a pyélo-cystite.

Le diagnostic différentiel est très difficile. Chez les jeunes enfants, on ne peut analyser les troubles de la miction et faire l'épreuve des trois verres. On dit que les urines sont acides dans la pyélite, alcalines dans la cystite, mais ce caractère ne paraît pas être pathognomonique.

Chez un malade atteint d'une affection urinaire, il faut toujours analyser les *syndromes rénaux*.

Il n'y a pas d'œdème ; on observe tout au plus une légère bouffissure des téguments. Chez certains malades il y a cependant une certaine rétention hydrochlorurée ; en effet, le poids reste stationnaire pendant quelques jours, puis diminue notablement ; cette diminution peut traduire la résorption d'un œdème profond. Cette interprétation nous paraît admissible pour Micheline : du onzième au vingt-troisième jours, son poids tombe de 8 kg. 020 à 6 kg. 840 ; en douze jours elle perd 1 kg. 180, soit 14,7 % de son poids initial.

L'attention est attirée sur le syndrome azotémique par l'anorexie et la torpeur ; mais l'état infectieux peut aussi les expliquer. Nous avons constaté l'azotémie chez Micheline : son sérum sanguin contenait, le vingt-et-unième jour de la maladie, 0 gr. 78 d'urée par litre et, le vingt-huitième jour, 0 gr. 45.

Le syndrome cardio-vasculaire ne peut guère être étudié avec précision. Chez nos malades, je n'ai pas observé de troubles cardiaques importants.

La pyélo-néphrite est donc reconnue.

La fièvre se prolonge plus ou moins longtemps. L'état général s'affecte plus ou moins ; souvent l'enfant prend l'aspect d'un hypothyroïdisme et même d'un athyropsique. Le poids diminue plus ou moins vite : cette diminution peut résulter, je l'ai dit tout à l'heure, de la résorption d'un œdème profond ; mais ce n'est pas le seul facteur, interviennent également l'infection, l'anorexie, les troubles digestifs, l'alimentation insuffisante.

Quand l'évolution est favorable, la fièvre diminue au bout de quinze, vingt, trente jours. Généralement la défervescence se fait en lysis ; quelquefois, elle est brusque ou rapide.

Rarement la fièvre disparaît d'emblée complètement. Généralement, pendant plus ou moins longtemps, pendant dix, quinze, vingt jours, il persiste encore un état subfébrile, entrecoupé de poussées de fièvre durant un, deux, trois jours.

Enfin l'apyrexie s'installe.

Parallèlement les symptômes généraux s'atténuent, l'appétit revient, les fonctions digestives s'améliorent ; mais le poids est long à reprendre.

Malgré l'amélioration générale, les urines restent longtemps purulentes et riches en colibacilles.

Puis, tantôt elles s'éclaircissent et redeviennent normales, tantôt la pyurie persiste et devient chronique.

Dans les deux éventualités, des rechutes ou des reprises surviennent à l'occasion d'une rhino-pharyngite, d'un trouble gastro-intestinal ou de toute autre cause sont assez communes.

La mort n'est pas rare.

Elle peut survenir à la première période, plutôt du fait de l'infection générale que de celle des voies urinaires ; assez souvent elle est causée par une broncho-pneumonie.

Elle peut survenir à une période avancée, même alors que l'amélioration se dessine. Alors elle peut être due à la pyélo-néphrite, et nous avons vu qu'on trouve



à la nécropsie, dans certains cas, de petits abcès du rein. Mais plus souvent elle est le résultat d'une infection intercurrente, d'une broncho-pneumonie, ou de la cachexie ; celle-ci s'installe surtout chez les bébés qui présentaient antérieurement des troubles de la digestion et de la nutrition, chez des hypothyroïdiens.

Telle est la pyélo-néphrite cliniquement primitive dans sa forme intense.

Dans d'autres cas, la pyélo-néphrite présente une symptomatologie dégradée jusqu'à réaliser une FORME LÉGÈRE.

Le début est marqué par la fièvre, mais celle-ci est modérée ; la température est de 38°, 38°5, quelquefois 39°.

Il y a de la pâleur, de l'amaigrissement, de l'anorexie, un ou deux vomissements, souvent des selles muco-granuleuses, quelquefois de la diarrhée. Mais ces symptômes sont moins importants que dans la forme intense.

On fait le diagnostic par l'examen des urines.

Les symptômes durent pendant huit, dix, quinze jours, puis disparaissent ; mais la pyurie persiste plus ou moins longtemps.

Il y a même une forme occulte ou latente, dans laquelle le syndrome urinaire existe seul.

Après la description des pyélo-néphrites cliniquement primaires, je puis être bref sur celle des PYÉLO-NÉPHRITES SECONDAIRES. Elles s'installent au cours d'affections diverses caractérisées, d'une rhino-pharyngite, d'une broncho-pneumonie, d'une affection gastro-intestinale, etc...

Les symptômes se confondent avec ceux de l'infection première. La pyélo-néphrite est reconnue seulement par l'examen des urines.

Il serait sans intérêt de m'étendre sur le DIAGNOSTIC des pyélo-néphrites.

Pour les *pyélo-néphrites primitives*, les phénomènes infectieux et des symptômes divers font penser à la grippe, à la pneumonie, à une méningite cérébro-spinale ou tuberculeuse, à l'encéphalite aiguë ; plus tard, à la fièvre typhoïde, au paludisme, à une fièvre de cause indéterminée.

Pour les *pyélo-néphrites secondaires*, on porte le diagnostic de l'affection primitive, on ne pense pas à la pyélo-néphrite, si on ne sait pas qu'elle peut apparaître.

Il faut toujours penser à la possibilité d'une pyélo-néphrite et examiner les urines. La constatation de la pyurie la fait reconnaître.

Toutefois, il y a des cas où le résultat de cet examen peut prêter à discussion. On peut se demander parfois s'il s'agit d'une pyélo-néphrite ou d'une néphrite. Dans la néphrite, les leucocytes peuvent être nombreux ; mais on ne trouve pas de colibacille.

Il peut encore s'agir d'une colibacillurie sans pyélo-néphrite ; alors la pyurie manque.

Lorsque la pyélo-néphrite est reconnue, il faut en préciser l'étiologie, en passant en revue les causes possibles.

Si la pyélo-néphrite se prolonge, il faut penser à la possibilité d'une *pyonéphrose*. Dans ce cas, le bassin est distendu et on peut, par la palpation, dans certains cas, sentir la masse pyélo-rénale. Il faut rechercher également s'il n'y a pas de *malformations des voies urinaires* ; cette recherche est particulièrement difficile chez les petits enfants ; elle est du ressort de l'urologiste.

Voici quelques statistiques de la MORTALITÉ des petits enfants atteints de pyélo-néphrite.

M. G. F. Still, en 1912, sur 28 cas observés chez des bébés âgés de moins de 2 ans, relève 3 décès, soit 10 %.

M. John Thomson, sur 74 cas de malades de ce même âge, relève 11 morts, soit 14,8 %.

M. Gorter, sur 114 cas dans la première année, enregistre 7 morts, soit 6 %.

On peut donc admettre une mortalité moyenne de 10 %.

Ces statistiques établissent que la pyélo-néphrite guérit le plus souvent, étant entendu que, dans nombre de cas, elle passe à la chronicité.

\*\*\*

Bien des méthodes sont proposées pour le TRAITEMENT des pyélo-néphrites. Aucune ne paraît douée d'une efficacité certaine ; sur toutes les opinions sont partagées.

Le mieux est de rester sur le terrain clinique et de préciser, pour chaque malade, les indications thérapeutiques majeures.

A la phase aiguë, la fièvre et les symptômes généraux, c'est-à-dire les phénomènes infectieux, dominent la scène.

On institue le traitement habituel des infections, les bains tièdes, les enveloppements humides et frais du tronc ; on fait des injections sous-cutanées de sérum glucosé, de camphre. Dans les formes particulièrement graves, la transfusion du sang ou l'hémothérapie sous-cutanée ont de bons effets.

M. Bayma, dans un mémoire sur le traitement des *pyélites graves de la première enfance par la transfusion du sang*, publié par *Annales Paulistas de Medicina e Cirurgia*, de février 1928, rapporte les observations de 8 filles de 11 à 17 mois, atteintes de formes graves de pyélo-néphrite ; traitées par des transfusions de 200 à 700 cc. de sang et par des autovaccins anticolibacillaires, elles guérirent.

Il est très important de régler l'alimentation, en tenant compte de l'état des selles et de l'âge du bébé.

Lorsqu'il n'y a pas de troubles digestifs appréciables, on donne du lait coupé d'eau d'orge, d'avoine ou de riz ; des bouillies légères au lait, maltées au besoin, des panades, du jus de fruits, etc.

Lorsqu'il existe une affection gastro-intestinale caractérisée, on institue une diète hydrique passagère, puis on réalimente progressivement le malade avec les aliments appropriés.

Il faut revenir dès que possible au régime alimentaire normal et s'efforcer de donner une alimentation suffisante.

S'il y a une *infection du rhino-pharynx*, une *broncho-pneumonie*, de l'*impétigo*, etc., on institue le traitement de ces affections.

Une seconde indication est l'*infection des voies urinaires*, dont on se propose de réaliser la désinfection.

On assure une diurèse convenable par des boissons suffisantes ; mais il n'y a aucun intérêt à provoquer une diurèse très abondante.

On prescrit des antiseptiques chimiques. L'hexaméthylène-tétramine ou formine est donnée aux doses suivantes, qui correspondent à 0 gr. 50 pour l'adulte : 0 gr. 05 de la naissance à 1 mois, 0 gr. 10 de 2 à 7 mois, 0 gr. 15 de 8 mois à 5 ans.

Ces doses sont réparties en plusieurs prises. Le médicament est dissous dans de l'eau sucrée. Il a une action irritante et doit être manié avec précaution.

Le bleu de méthylène est souvent utilisé aux mêmes doses que la formine.

On donne la dose en plusieurs fois dans de l'eau sucrée.

On peut prescrire le sirop de térébenthine au 10<sup>e</sup> aux doses suivantes, qui correspondent à 50 gr. pour l'adulte : 5 gr. de la naissance à 1 mois, 10 gr. de 2 à 7 mois, 15 gr. de 8 mois à 5 ans.

On le mélange à parties égales avec du sirop de tolu.

Tous ces médicaments sont peu efficaces. Il n'y a pas intérêt à les prescrire au début de l'affection ; on y a recours quand la pyurie se prolonge. On les donne par périodes de dix jours.

Certaines médications visent plus spécialement le colibacille.

Une méthode est basée sur le fait que le colibacille a son développement optimum dans les milieux faiblement acides. On cherche donc ou bien à modifier les urines, soit dans le sens de l'alcalinité, soit dans le sens de l'acidité forte, ou bien à réaliser des modifications alternatives.

Les médecins anglais emploient depuis longtemps le traitement par l'*alcalinisation des urines*. Leur technique est décrite notamment dans le mémoire de M. Still et dans le livre de MM. Thomson et Findley, que j'ai cités samedi dernier. Ils se montrent généralement satisfaits des résultats.

Ils prescrivent le citrate de sodium ou le citrate de potassium, à la dose de 0 gr. 30 par prise, à raison de six à dix prises dans les vingt-quatre heures. Si les urines restent acides, ils élèvent les prises à 0 gr. 40, 0 gr. 50 et même 0 gr. 60. Le traitement est continué pendant dix jours.

Le médicament n'est pas toujours bien supporté, il peut provoquer de l'anorexie et de la diarrhée.

Très souvent son efficacité est nulle. M. Gorter, en 1925, a fait remarquer que, chez l'enfant qui n'est pas soumis au traitement, une baisse notable de l'acidité urinaire se produit spontanément au moment de la chute de la température.

La recherche de l'*acidification* est peu utilisée.

La recherche de l'*alternance des modifications du pH urinaire* a été préconisée.

Dans l'*Année pédiatrique* de 1934, MM. Robert Broca et Julien Marie décrivent ce mode de traitement des

pyélo-néphrites à colibacilles, d'après M. Wolf fromm.

Pendant une première période de dix jours, on institue un régime alcalin avec des boissons abondantes, une alimentation végétarienne hypoazotée, du citrate de sodium à la dose de 1 à 3 gr. suivant l'âge du malade ; d'autre part, on donne de la belladone ou de l'atropine pour combattre le spasme de l'uretère.

Dans une seconde période de dix jours, on prescrit un régime acide, avec restriction des boissons, alimentation carnée, médication acidifiante, réalisée par du chlorure d'ammonium à la dose de 2 à 4 gr., du phosphate acide de sodium à la dose de 1 à 2 gr. ou de l'acide phosphorique officinal, et enfin de l'hexaméthylène-tétramine.

Ce traitement, écrivent les auteurs, « a l'inconvénient d'être irritant ; il peut parfois favoriser les hématuries... ». Si d'ailleurs il peut être employé pour des enfants déjà grands, il ne peut l'être pour un petit enfant ; le régime végétarien prolongé est nuisible, le régime carné est impossible.

Ce traitement n'est donc pas à retenir pour les petits enfants.

On peut avoir recours à la *sérothérapie anticolibacillaire*. Nous n'avons que peu de documents sur elle.

MM. Railliet et Ginsbourg, au *Congrès international de la colibacillose* tenu à Chatel-Guyon en 1934, rapportent une observation de *Pyélo-néphrite aiguë* chez un nourrisson de six mois et montrent l'efficacité du *sérum anti-colibacillaire* de l'Institut Pasteur. Ce bébé présente un état général très grave ; le diagnostic de pyélo-néphrite est posé le quatrième jour de la maladie ; le cinquième jour, on lui fait une injection de 20 cc. de sérum ; la température tombe au bout de quarante-huit heures et l'amélioration persiste. Notons que ce bébé paraît avoir contracté l'infection de sa mère qui était infectée par le colibacille.

On préconise les *vaccins anticolibacillaires*. Les résultats sont différents suivant les auteurs. Il y a des cas où ils paraissent favorables, d'autres où ils sont nuls.

Etant donné la grande variété des colibacilles, le vaccin employé doit être un auto-vaccin.

D'ailleurs le professeur H. Vincent a démontré que les anticorps colibacillaires ne passent dans l'urine qu'en petite quantité.

Le professeur Gorter et son élève Hengeveld dans une thèse de Leyde, soutenue en 1913, disent avoir observé de bons effets des vaccins anticolibacillaires dans les formes aiguës (5 cas de guérison sur 5, après trois à six injections de vaccin), des résultats moins bons dans les formes à rechutes (6 cas de guérison sur 8), des résultats peu favorables (nuls dans 3 cas sur 5) dans les formes chroniques. M. Gorter se garde bien d'affirmer que les guérisons sont dues au vaccin.

On a encore recours au *bactériophage anticoli*.

En 1925, à la *Réunion combinée de la Société de Pédiatrie de Paris et de la Société néerlandaise de pédiatrie*, M. Sickenga a exposé que la recherche systématique « a montré l'existence d'une grande variété de bactériophages purs, spécifiques pour chaque cas ». Il a constaté que, dans certains cas, les bactériophages font défaut alors que l'affection a le même aspect clinique. Pour lui, « la présence du bactériophage ne



semble pas être d'une importance clinique prépondérante », les injections de bactériophage ne semblent pas être d'une très grande efficacité.

A la même réunion, le professeur Rohmer et Mlle Vera Berg exposant *Quelques remarques sur la pyélite des nourrissons et son traitement au bactériophage*, relatent que sur 5 pyélites aiguës ils ont obtenu 3 guérisons, mais que dans 7 pyélites chroniques l'effet du traitement a été nul.

SOMME TOUTE, on ne peut tirer aucune conclusion précise sur l'efficacité des diverses médications.

A la phase aiguë, la pyélo-néphrite est le plus souvent une maladie infectieuse à localisation sur les reins et les bassins ; elle a tendance à évoluer spontanément vers la guérison. Or, c'est à cette phase que les diverses médications paraissent surtout efficaces. Rappelons-nous que souvent le colibacille n'est pas le premier agent de l'affection.

A la phase chronique, l'infection est exclusivement urinaire et a souvent tendance à se prolonger. Or, à cette phase, les médications sont peu efficaces. C'est cependant la désinfection des urines qui est le véritable critérium de leur efficacité.

Donc, en règle générale :

A la phase aiguë, il convient de s'occuper surtout de combattre l'état infectieux et de soutenir les forces du malade.

A la phase chronique, il convient d'employer les diverses médications qui se proposent la désinfection des voies urinaires.

A tout moment il faut chercher à supprimer la cause de l'infection et alimenter l'enfant le mieux possible.

\*  
\*\*

REVENONS A NOS MALADES.

Examinons d'abord les observations des quatre plus anciens.

Daniel, le cinquième malade, est sorti trop tôt de l'hôpital pour que nous puissions juger de l'évolution.

Les trois autres malades sont morts.

Lucien, le sixième, présentait de l'hypotrophie staturale et pondérale ; il est mort le dix-septième jour de la maladie avec un syndrome infectieux grave, des vomissements, de la diarrhée, de la congestion pulmonaire.

René, le troisième, est mort, le vingt-sixième jour, d'une broncho-pneumonie.

Maurice, le quatrième, présente une amélioration vers le dix-huitième jour de la maladie ; puis il meurt d'une broncho-pneumonie le quarante-neuvième jour de la maladie.

Pour ces trois enfants, la pyélo-néphrite ne semble pas être directement responsable de la mort.

Les deux malades actuels sont très améliorés.

Micheline, la première malade, est sortie le 17 janvier. A cette date, le début de son affection remonte à soixante-trois jours ; elle est apyrétique depuis onze jours. Elle a 8 mois ; son état général est satisfaisant,

elle pèse 6 kg. 700, mais son poids n'augmente pas ; elle s'alimente bien et ses selles sont bonnes.

Cependant ses urines contiennent encore du pus et de nombreux colibacilles, sur lame et en culture.

Régine, la deuxième malade, est âgée de 1 an et 7 mois, elle est malade depuis cinquante-sept jours et apyrétique depuis longtemps. Elle se décide à manger et prend du poids ; elle pèse 9 kg. 100. Elle est plus vivante, plus éveillée. Mais ses urines contiennent encore du pus et de nombreux colibacilles sur lame et en culture.

Ces malades sont sortis de la phase dangereuse de la pyélo-néphrite ; on peut prévoir leur guérison sans pouvoir en préciser l'époque. Il semble qu'aucun des traitements prescrits n'ait influencé la pyurie et la colibacillose.

Retenez donc l'histoire des pyélo-néphrites des petits enfants. Ces affections ne sont pas aussi rares en France qu'on le pensait autrefois ; la preuve en est donnée par les six malades que nous avons soignés dans le service pendant l'année 1934.

## SOCIÉTÉS SAVANTES

### ACADEMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 11 MARS 1935)

L'eau lourde a-t-elle une action sur les bactéries ? — MM. René DUJARRIC DE LA RIVIÈRE et Etienne ROUX. Certains auteurs ont reconnu à l'eau lourde des propriétés abiotiques. Il a donc paru intéressant de rechercher si elle est toxique pour les bactéries. Les expériences ont montré que l'échantillon d'eau lourde examiné avait un pouvoir bactéricide nul ou très peu marqué suivant les microbes examinés, et assez voisin de celui de l'eau distillée. Il est possible que d'autres échantillons, à d'autres concentrations, aient une action bactéricide plus marquée. C'est sur ce point que portent actuellement les recherches des auteurs.

Influence de la température et de la saison sur la mortalité. — M. Louis BESSON.

Recherches sur les restes d'audition chez les sourds-muets. La perception osseuse et son utilisation pédagogique. — MM. Aristide MALHERBE, Raymond VILENSKI et Noël HERMAN.

De l'action du titane sur les rats porteurs de sarcomes de Jensen. — Mlle Dinah ABRAGAM.

### SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 8 FÉVRIER 1935)

Applications cliniques de l'épreuve de l'hyperpnée provoquée. — M. LARUELLE (Bruxelles). Présentation de films cinématographiques qui montrent les services que peut rendre en neurologie l'épreuve de l'hyperpnée provoquée, en révélant par anticipation des symptômes qui normalement ne sont destinés à apparaître qu'à un stade plus avancé et en précisant le siège et l'étendue des lésions. Cette méthode permet de dépister les premières manifestations des affections nerveuses organiques.

**Un cas parisien de kala-azar traité par l'urée-stibamine.** — MM. BÉNARD, POUMAILLOUX et BRINCOURT. Parisienne ayant séjourné antérieurement dans le Midi, présentant des symptômes d'abord imprécis qui se jugèrent par l'apparition d'une splénomégalie importante avec anémie. Le diagnostic de kala-azar fut confirmé par ponction de la rate qui permit de mettre en évidence des Leishmanias. Au point de vue thérapeutique, l'urée-stibamine a donné un résultat favorable remarquablement rapide. Il apparaît qu'il y a intérêt à ne pas dépasser un centigramme par jour par kilogr. de poids.

**Un cas de kala-azar observé à Paris chez un adulte et guéri par la stibio-thérapie.** — MM. DECOURT et ARIES. Parisienne de 42 ans, atteinte de kala-azar contracté deux ans avant dans un séjour sur la Côte d'Azur. Tout permit de reconnaître aisément la leishmaniose viscérale. Guérison rapide par injections intra-veineuses d'un sel organique d'antimoine (uréastibosane). Ce traitement a été entrecoupé de périodes d'intolérance en rapport sans doute avec une floculation des albumines sanguines.

**Un cas de tétanos traité et guéri par la sérothérapie et le gardénal intraveineux.** — MM. ETIENNE et DROUET (Nancy). Dans un cas de tétanos de gravité moyenne, les auteurs ont substitué au chloral le gardénal sodique en injections intraveineuses, de pair avec la sérothérapie intensive. Résultat frappant. Amélioration dès le deuxième jour du traitement : retour du sommeil, cessation des contractures et guérison rapide.

(SÉANCE DU 15 FÉVRIER 1935)

**Un cas d'ostéopocilie.** — MM. GANDY, GUILBERT, Mme CRASNEASISCHI. Homme de 23 ans chez lequel, à propos de manifestations articulaires insignifiantes, l'exploration radiologique du squelette mit en évidence la présence de nodules donnant aux zones osseuses qu'ils occupent l'aspect moucheté caractéristique de l'ostéopocilie (Ledoux-Lebard), forme d'ostéite condensante généralisée bénigne. Ces nodules se retrouvent uniquement aux membres. Sur les membres ils siègent surtout aux extrémités, dans les petits os du massif du carpe et du tarse. Du point de vue de leur structure, on remarque qu'ils sont constitués par du tissu de structure lamellaire à travées épaisses. Il s'agit donc d'une anomalie dystrophique du système osseux, de cause imprécise.

**Un cas de polynévrite tuberculeuse à prédominance motrice, au cours d'un pneumothorax artificiel.** — M. EDHEM (Istamboul).

**Modifications des images radiologiques pulmonaires à la suite de la chrysothérapie.** — M. EDHEM (Istamboul).

**Examen médical des étudiants en médecine.** — M. WEILL-HALLÉ. Il faut encourager les étudiants en médecine à un examen médical, à une épreuve tuberculinique, et aussi à une vaccination au B C G. L'auteur croit que c'est avant tout contact avec l'hôpital que l'examen doit être pratiqué.

**Un cas de guérison de méningite tuberculeuse.** — MM. PLAZY et MORDON (Toulon). Cas typique de méningite tuberculeuse guéri par l'allergine de Jousset. La guérison se maintenait 8 mois après, le sujet n'ayant conservé que des séquelles nerveuses légères.

**Maladie d'Addison avec tension artérielle normale et rétention de potassium.** — MM. URÉCHIA, DRAGONIER, Mme RETEZEANU (Cluj). A noter la constatation dans ce cas typique de maladie d'Addison, de rétention du potassium

dans le sérum sanguin, ce qui concorde avec les observations de Hartings et Compère sur des chiens décapsulés.

**Volumineux kyste gazeux du poulmon chez une enfant de 12 ans.** — MM. P. BERNARD, TRIBOULET, THOREL, Mlle MATHIEU. Fillette de 12 ans chez laquelle un examen systématique de prophylaxie fit découvrir dans le poulmon droit une poche gazeuse occupant les deux tiers de l'hémithorax. Il s'agissait d'un kyste gazeux d'origine congénitale. L'enfant avait été opérée à l'âge de 4 ans pour un kyste dermoïde de la région cervicale. A noter la latence complète de cette lésion.

**Métastases néoplasiques simulant un myélome multiple des os.** — MM. G. MARCHAL, MALLET, SOULIÉ et Guy ALBOT. Cas de cancer du sein dont les métastases ostéo-médullaires ont simulé un myélome multiple des os. C'était un épithélioma atypique, à variété pseudo-acineusée, forme rare du cancer du sein. Par ailleurs intégrité clinique de la rate et du foie, caractère global osseux et médullaire et généralisation cancéreuse frappant la totalité du squelette.

**Néphrite mercurielle aiguë. Métabolisme de l'eau.** — MM. LEVY-VALENSI, JUSTIN-BESANÇON, Mlle ABADI et M. KAYSER. Médecin ayant avalé par erreur de l'oxycyanure de mercure. Anémie consécutive pendant 6 jours, poussée hypertensive, syndrome azotémique, anémie, guérison.

A signaler la constitution d'un diabète insipide, d'origine rénale, succédant à l'urémie. En 15 jours, le rein du malade, incapable de concentrer l'urée et les chlorures à plus de 5 gr. par litre d'urine, a réussi à ramener l'azotémie de 3 gr. 58 à la normale, grâce à la polyurie. La restriction globale des liquides pendant 48 heures fit monter la fièvre à 39°3, fièvre qui céda à la rehydratation.

**Abcès du poulmon chez un homme porteur d'un diverticule œsophagien de pulsion de Zenker.** — MM. PRUVOST et LEBLANC. Abcès fétide du poulmon droit guéri après une vomique. A noter :

1° L'image radiographique presque homogène constatée avant l'apparition de la félicité et de la vomique.

2° Existence d'un diverticule de l'œsophage révélé par l'examen lipiodolé.

3° Ces abcès semblent rentrer dans le groupe des abcès de déglutition, par aspiration bronchique.

4° Possibilité d'intervenir chirurgicalement et de mettre les malades à l'abri des récides.

## SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 13 FÉVRIER 1935)

**Perforation duodénale du calcul biliaire.** — M. LARDENNOIS rappelle une observation de son ancien interne M. Morice. Puis il en relate une deuxième. Il s'agissait d'une femme qui, 20 jours après une hystérectomie, vit sa cicatrice sous-ombilicale se rouvrir, et s'écouler du liquide bilieux. La malade fut réopérée quatre ans après, et l'on trouva une anastome cholécysto-gastrique spontanée.

**Synovectomie pour tuberculose du genou.** — M. RICHARD n'a jamais vu que de très mauvais résultats après cette opération pour des lésions démontrées tuberculeuses. Il relate deux observations caractéristiques.

**Novocaïne dans les artérites douloureuses.** — MM. LERICHE et FONTAINE ont utilisé cet analgésique en injection péri-artérielle ou péri-sympathique lombaire. Depuis quelques temps, ils font l'injection dans l'artère elle-même. Le soulagement dure parfois 48 heures.

**Volvulus de l'S iliaque.** — M. HARDOUIN (de Rennes) rapporte quatre observations personnelles. Dans un cas, il



à traité la liaison par simple détorsion, et le malade fit une récédive traitée par résection. Les trois autres malades ont été traités par la résection.

**Histidine dans les ulcères gastro-duodénaux.** — MM. DESPLAS, LENORMAND et FOURNIAL. D'après 15 cas personnels, les auteurs ne croient pas pouvoir affirmer que l'histidine donne des guérisons définitives. Mais l'amélioration fonctionnelle est toujours intéressante, en particulier dans le traitement pré et post-opératoire.

**Histidine et ulcères gastro-duodénaux.** — MM. STOLZ et WEISS font part de leur expérience personnelle, qui remonte maintenant à deux ans. Ils concluent que l'histidine espace et diminue les crises ulcéreuses, qu'elle exerce sur la muqueuse digestive une action trophique et qu'elle semble favoriser la cicatrisation des ulcères.

**Vaccination antitétanique.** — M. J.-L. FAURE estime qu'il faut être prudent, mais qu'il est possible actuellement de la recommander.

M. DESPLAS, considérant que le risque de tétanos n'est pas important, croit que la vaccination obligatoire est superflue.

**Sympathectomie veineuse.** — M. MERRY (de Gien), M. PICOT, rapporteur. L'auteur a fait une résection d'une veine poplitée, oblitérée, et a vu l'œdème chronique dont se plaignait le malade régresser. Dix ans après, la guérison s'est maintenue.

**Moignon douloureux.** — M. PROUST. L'opéré, qui présentait des crises douloureuses épileptiformes dans son moignon, n'a pas été très amélioré par la résection d'un gros névrome.

**Jéjunostomie en Y.** — M. LARDENNOIS présente une malade à qui il a fait cette opération pour un néoplasme gas-

trique ayant envahi le côlon transverse et ayant déterminé une occlusion.

**Résection tibio-tarsienne.** — M. BASSET présente ce malade, chez lequel il a fait cette opération avec un bon résultat.

(SÉANCE DU 20 FÉVRIER 1935)

**Tumeurs confluentes du cuir chevelu.** — M. AUVRAY rappelle une observation de M. Guimarad Porto (Rio de Janeiro), qui observa chez une femme 90 adénomes sébacés.

**Flexion permanente des deux pouces.** — MM. CHUREAU et DEROUILHOU (Châtillon) ont obtenu une guérison d'un cas de flexion permanente des deux pouces par simple incision de la gaine du tendon fléchisseur.

**Abcès colibacillaire de la région épigastrique.** — M. BASSET, après incision d'un abcès épigastrique, observa une fistule persistante se dirigeant vers la fosse iliaque droite. Guérison après appendicectomie.

**Examen radiologique dans les occlusions.** — M. BROCCQ, par un exemple clinique, montre l'utilité de cet examen pour indiquer le siège de l'occlusion, et par des exemples d'expérience sur le chien il montre la précocité des images hydro-aériques.

M. MONDOR expose les avantages et inconvénients des examens avec petit index opaque liquide, et des examens sans préparation. Par des exemples cliniques, il montre l'intérêt de ces examens chez le vieillard, lorsqu'on hésite entre cancer et volvulus. Une série de saisissantes radiographies illustre ses dires.

M. P. DUVAL juge que cette exploration doit être un examen courant, qui parfois détermine à la laparotomie et

traitement bromuré, intensif, dissimulé.

**sédobrol**  
"roche"

tablettes d'extrait  
de bouillon concentré  
achloruré et bromuré  
1 à 3 par jour.

Produits F. HOFFMANN-LA ROCHE & C<sup>ie</sup> 10, Rue Crillon, PARIS

évitait un anus néfaste. Même en dehors de l'occlusion on peut voir des images aériques, des images en damier, et même des images hydro-aériques. Des radiographies démonstratives rendent prudent sur l'interprétation de ces images. On peut voir en particulier d'impressionnantes distensions gazeuses dans les coliques néphrétiques. Des images de péritonite se superposent à celles d'occlusions dynamiques. Mais, dans l'ensemble, la radiographie donne des renseignements des plus utiles.

**Intervention par voie dorsale pour luxation rétro-lunaire du carpe.** — M. CADENAT rapporte six observations de MM. Couniot (Oran) et Merz (Armée), qui tendent à étendre la voie dorsale aux luxations complètes du semi-lunaire en avant.

#### Présentation de malades :

M. SÉNÈQUE : ulcère de l'estomac affirmé par la radiographie.

#### Présentation de pièce :

M. SORREL : rein polykystique enlevé chez un nourrisson de deux mois.

## LIVRES NOUVEAUX

### La sténose hypertrophique du pylore chez le nourrisson. Etude clinique et thérapeutique (1), par Henri GAVOIS.

Après qu'en 1769, Armstong décrivit le syndrome clinique, la sténose hypertrophique parut oubliée jusqu'aux travaux d'Hirschprung (1887). Une période purement médicale couvre alors une vingtaine d'années. En 1907 Fredet a enfin fixé la technique de la pylorotomie extra-muqueuse, traitement héroïque et qui semble devoir le rester. Depuis lors, le pronostic de l'affection s'est transformé dans tous les cas où l'opération a été assez précoce. On ne saurait donc que se louer de voir une fois de plus mettre en lumière l'importance d'un diagnostic et d'une décision opératoires assez précoces.

C'est en des termes excellents que la présente monographie établit les données du problème et la méthode pour le résoudre. La lésion unique est constante, elle demeure latente tant que le spasme ne s'y ajoute pas, et les particularités de la physiologie du nouveau-né sont la raison de l'intervalle qui sépare la naissance du début des accidents. L'auteur met en pleine lumière les signes cliniques auxquels doit s'attacher l'attention pour conduire sans perte de temps aux décisions nécessaires, signes auxquels viennent s'ajouter les résultats du tubage et de l'examen radiologique. Une série abondante d'observations de diverses origines, auxquelles se joignent des documents personnels et d'excellentes figures radiologiques vient appuyer ces notions théoriques.

Il importe assez peu d'individualiser les formes cliniques d'après des détails symptomatiques ; comme le montre l'auteur, il est peu d'affections entre lesquelles puisse en pareil cas hésiter longtemps un clinicien averti ; seul le pylorospasme peut être d'un diagnostic malaisé et ce problème clinique est étudié avec toute la clarté et tout le développement que comporte la nécessité d'éviter l'erreur, lourde de conséquences. Il faut en effet agir vite et parfois d'urgence.

Le traitement médical n'est pas sans valeur, mais l'auteur montre qu'il est pour une grande partie de nature discriminative ; à d'autres égards c'est une préparation utile à l'acte opératoire qu'il ne devra cependant jamais conduire à différer ; l'étude des selles et de la courbe pondérale sont ici des guides sûrs.

L'opération de Fredet-Ramstedt est le seul traitement efficace de la sténose organique, et sa gravité est entièrement proportionnée à l'état du malade qui y est soumis ainsi qu'à la préparation durant les heures qui précèdent. L'auteur donne à cet égard de très judicieuses prescriptions. Tout se passe habituellement sans incident ; les 5 pour 100 de mortalité frappent surtout des sujets tardivement traités.

Une très intéressante étude des suites éloignées cliniques et anatomiques termine cette monographie d'une affection dont le diagnostic et le traitement ne doivent plus désormais laisser de place à l'incertitude. L. BABONNEIX.

**Manuel de clinique médicale (1)**, par Jean MINET, professeur à la Faculté de médecine de Lille, avec la collaboration de : Emile Bertin, A. Hayem, Charles Gernez, René Legrand, Pierre Dupire, Paul Nayrac, Emile Houcke, Henri Warembourg, Albert Duthoit, André Patoir.

Ce livre est d'une conception nouvelle et la plupart des chapitres y sont traités sur un plan différent de celui qu'adoptent les traités en usage.

Il n'est en effet à aucun degré un aide-mémoire (comme on pourrait penser en apprenant qu'il traite en un seul volume toute la pathologie interne) ; il ne comporte pas de ces résumés secs que ceux qui savent déjà repassent rapidement à la veille d'une épreuve. Non : ce livre est écrit. Il ne procède pas par allusions : ce qui doit être expliqué, il l'explique. L'étudiant, à peine sorti de l'Anatomie, peut le lire sans difficulté.

Simple, moderne, et avant tout pratique, cet ouvrage, de par ses dimensions, est impropre aux développements de science pure. On n'y trouvera, en pathologie théorique, que l'essentiel des notions solidement acquises. Quant à la clinique, le titre indique assez qu'on a entendu lui donner le premier rang. On a développé tant qu'il a fallu l'étude des maladies importantes dans la pratique, en négligeant un peu celles dont la rareté fait seule l'intérêt.

Ce manuel, complément des matinées d'hôpital, permettra à l'étudiant de débrouiller rapidement n'importe quelle question dans sa forme actuelle. L. G.

### Médecus 1935, Guide-Annuaire du Corps Médical Français (2).

Cet Annuaire, complètement remanié, tout en conservant sa même disposition et ses mêmes divisions et chapitres, a été complété par des indications plus récentes ou modifié par suite de nouveaux décrets et arrêtés.

Un chapitre nouveau est venu s'ajouter à la documentation déjà très complète que *Médecus* contient ; c'est celui du « Tarif des Frais Médicaux et Pharmaceutiques relatifs aux Accidents du Travail ».

Cette partie a été établie d'après les documents officiels et contient les renseignements les plus utiles aux Médecins et Pharmaciens ; elle leur indique, d'une façon claire et précise, toutes les formalités à accomplir en ce qui concerne le fonctionnement et l'application de l'arrêté du 5 février 1932.

Pour ne pas faire double emploi, on a supprimé dans la liste alphabétique des docteurs des départements le nom des rues et les heures de consultation qui se trouvent à la rubrique de chaque ville. Les numéros de téléphone ont été complétés et les listes des préfectures revues à nouveau.

En un mot, l'édition de *Médecus* 1935 constitue un annuaire complètement à jour.

(1) In-16 de 4.280 pages avec 78 figures dans le texte. — Prix : cartonné, 100 fr. — Paris, G. Doin et C<sup>ie</sup>.

(2) In-8 raisin, relié pleine toile de 1.400 pages. — Prix : 30 fr. (France et colonies, 35 fr.). — Paris, A. Légrand.



---

OPOTHÉRAPIE CARDIAQUE

la

# **CRINOCARDINE LALEUF**

AMPOULES BUVABLES  
A BASE D'EXTRAITS SPÉCIAUX CONCENTRÉS DE  
**MYOCARDE . PANCRÉAS . FOIE . REIN  
MUSCLE STRIÉ**

RÉALISE

**SANS CONTRE-INDICATIONS**

**L'ORGANOTHÉRAPIE**  
POLYVALENTE ET SYNERGIQUE

DES

**AFFECTIONS CARDIO-VASCULAIRES**

---

ÉCHANTILLONS . LITTÉRATURE  
LABORATOIRES LALEUF  
20, RUE DU LAOS . PARIS-15<sup>e</sup>

---

Nouvelle adresse : 51, rue Nicolo, PARIS (XVI<sup>e</sup>).

## ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

*Mercredi 27 mars.* (Thèse vétérinaire). — Jury : MM. Fliessinger, président ; Coquot, Panisset. — M. TARDIEU. Hémoglobinurie paroxystique « frigore » du cheval.

*Vendredi 29 mars.* — Jury : MM. Clerc, président ; Marcel Labbé, Maurice Villaret, Abrami. — Mme WALDMANN. Valeur thérapeutique cardiaque de la teinture de digitale. — M. FAUVERT. Le foie vasculaire. Etude sur le rôle du foie dans l'hydraulique circulatoire.

*Vendredi 29 mars.* (Thèses vétérinaires). — Jury : MM. Mathieu, président ; Proust, Coquot, Bresson, Lesbouyriès. — M. BAUSSANT. Essai d'une technique d'hystérectomie chez les carnivores domestiques. — M. PHILIPPE. Suture tendineuse en chirurgie canine.

*Samedi 30 mars.* — Jury : MM. Carnot, président ; Ratheury, Léon Binet, Henri Bénard. — M. TERRENOIRE. Diabète rénal.

### NOTES POUR L'INTERNAT

## SIGNES, DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT DES CANCERS COLIQUES

Il est classique d'envisager sous cette dénomination tous les néoplasmes du gros intestin, excepté toutefois ceux du rectum ; d'autre part, le cancer du cœcum mérite, en raison de sa symptomatologie clinique assez spéciale, une place à part.

### ETIOLOGIE

C'est un cancer de l'homme âgé (50 à 60 ans), en général constipé chronique.

On a invoqué le rôle « précancéreux » des colites, de la polypose.

*Fréquence.* — Le plus fréquent des cancers digestifs après le cancer de l'estomac et le cancer du rectum.

### ANATOMIE PATHOLOGIQUE

*Topographie.* — Dans l'ensemble : 45 p. 100 sur le côlon descendant ; 35 p. 100 sur le côlon ascendant ; 20 p. 100 sur le côlon transverse.

*Schématiquement.* — Les cancers du côlon droit sont végétants, encéphaloïdes, toujours infectés.

Les cancers du côlon gauche sont en général squirreux, sténosants, et donnent souvent d'une manière précoce des accidents d'occlusion.

Dans l'ensemble, ce sont des cancers *peu envahissants par voie lymphatique, peu métastatiques* : conditions qui, à priori, les font apparaître comme assez favorables pour le traitement chirurgical ; mais leur latence est extrême, leur diagnostic très difficile ; les difficultés techniques de leur exérèse grèvent encore cette chirurgie d'une mortalité assez élevée.

### ETUDE CLINIQUE

*A. Début.* — Parfois marqué par une complication brutale aiguë : crise d'occlusion, abcès de la fosse iliaque droite.

En règle, le début est remarquablement insidieux, d'autant plus qu'il est émaillé de signes en apparence banaux :

*Constipation chronique* : bien souvent elle n'attire pas l'attention, car elle est de date fort ancienne.

Parfois cependant son installation est récente et ceci doit la rendre suspecte chez un homme âgé ayant jusque-là un fonctionnement intestinal normal.

*Troubles dyspeptiques* : anorexie, nausées pénibles, mis trop souvent sur le compte de la constipation.

Parfois enfin, c'est l'atteinte de l'état général : amaigrissement, asthénie, anémie (dans quelques cas à type pernicieux) qui amène le sujet à consulter.

Si l'examen général d'un tel sujet ne révèle rien, il ne faut pas se contenter du diagnostic facile et trompeur de *stase intestinale chronique*, d'anémie ou d'entérocolite ; il convient de faire un *examen radiologique* consciencieux et *complet* du tube digestif (repas opaque, lavement baryté) ; dans certains cas il permet d'étayer suffisamment le diagnostic pour légitimer une laparotomie exploratrice.

*B. Etat.* — A cette période, les malades se présentent :

Tantôt avec une symptomatologie fruste et banale qui fait penser à un cancer du tube digestif sans préjuger de son siège.

Tantôt au contraire, les symptômes mieux accusés permettent de faire d'emblée un diagnostic topographique : cancer du côlon droit ou cancer du côlon gauche. Avec Okinczyc on peut considérer que cette opposition est peut-être un peu trop schématique, et il paraît plus exact de décrire un *syndrome* commun à tous les cancers du côlon ; ce syndrome est caractérisé avant tout par :

*S. F. — Douleur.* — Revêtant en général l'aspect de la *crise colique*, siégeant au-dessus de la tumeur, souvent à distance au niveau du cœcum (Quénu).

Spontanément ou à l'occasion du repas, d'un mouvement, surviennent des douleurs vives, « effrayantes » : c'est une sensation de distension avec paroxysmes atroces.

Cette crise douloureuse est passagère et cède avec une sensation de filtration et parfois même un bruit de glouglou.

Elle se reproduit à intervalles variables, surtout rapprochés quand le malade est en période de constipation.

Elle a une valeur diagnostique considérable, car elle permet d'affirmer l'existence d'un obstacle colique.

*Troubles intestinaux.* — 1. *Constipation.* — « C'est le symptôme initial capital qui va dominer toute l'histoire des néoplasmes du côlon. » (Okinczyc.)

Elle est tenace, opiniâtre, prolongée, douloureuse, surtout lorsqu'elle est d'apparition récente.

2. Elle alterne souvent avec des *débâcles* de *fausse diarrhée* muco-purulente masquant la rétention stercorale (dans certains cas il existe une véritable diarrhée par regorgement. Bouveret).

3. *Hémorragies.* — Tantôt occultes (elles sont à peu près constantes et l'on doit les rechercher systématiquement dans les selles).

Rarement hémorragie vraie visible à l'examen des selles :

Soit de sang rouge,

Soit de sang noir et fétide mêlé aux matières.

*Troubles digestifs.* — Ils ne sont pas rares et ont fait décrire des *formes gastriques* aiguës avec indigestion, des formes avec gastrite chronique, etc...

*S. G.* — Amaigrissement de règle et souvent rapide, s'accompagne d'une déshydratation notable.

Anémie tantôt discrète, tantôt très marquée.

*S. Ph.* — L'inspection révèle parfois un léger météorisme prédominant dans la fosse iliaque droite avec quelques mouvements péristaltiques à ce niveau (Bouveret).

On s'attache surtout à dépister l'existence d'une tumeur d'ailleurs inconstante, variable dans ses caractères suivant son siège.

(A suivre.)

P. LANCE.

Le Directeur-gérant : D<sup>r</sup> François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.



Troubles digestifs  
de l'enfance

1 cuillère à café  
par année d'âge

# EUPHORYL INFANTILE

GRANULÉ SOLUBLE

LABORATOIRES "ANA"  
18, AV<sup>UE</sup> DAUMESNIL - PARIS

DERMATOSES  
PRURITS  
ANAPHYLAXIES

TOUTES les Affections du **FOIE** et du **REIN** :  
1 à 2 capsules à chacun des deux principaux repas de :

# CAPARLEM

HUILE DE HAARLEM (au Juniperus Oxycedrus)

QUALITÉ INCOMPARABLE ET ACTIVITÉ INSOUÇONNÉE

Laboratoire Lorrain de Produits Synthétiques purs

— ETAIN (Meuse)

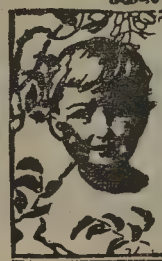
R. G., 225.781 B

A. GUERBET & C<sup>o</sup> PHAR<sup>CIENS</sup>  
THÉRAPEUTIQUE & RADIOLOGIE  
**LIPIODOL**  
**LAFAY**  
Huile iodée à 40%.  
0. gr. 54 d'iode par cm. 3  
22, Rue du Landy - St-Ouen près Paris

CURE DE  
**DIURÈSE**  
**EVIAN**  
SOURCE  
**CACHAT**  
VOIES URINAIRES, FOIE  
GOUTTE GRAVELLE  
ARTÉRIO-SCLÉROSE

**DÉSINFECTION** = **CHLORAMINE**  
**INTESTINALE** = **FREYSSINGE**

1 à 3 pilules à chaque repas. - 6, Rue Aber, PARIS - Aucune contrindication



USAGE ENFANTS  
DES DOCTEURS  
SUC D'ORANGE MARRON  
INOFFENSIF - DÉLICIEUX  
**NÉO-LAXATIF**  
**CHAPOTOT**

Echant. : 56, Bou<sup>LE</sup> Ornano PARIS

INFECTIONS  
AIGUES  
FÉBRILES

# SEPTICEMINE CORTIAL

7, r. de l'Armorique  
PARIS (XV<sup>e</sup>)



# FARINES MALTÉES JAMMET

de la Société d'Alimentation diététique

## RÉGIME DES MALADES, CONVALESCENTS, VIEILLARDS

Farines très légères

### RIZINE

Crème de riz maltée

### ARISTOSE

à base de farine maltée de blé et d'avoine

### CÉRÉMALTINE

(Arrow-root, orge, blé, maïs)

Farines légères

### ORGÉOSE

Crème d'orge maltée

### GRAMENOSE

(Avoine, blé, orge, maïs)

### BLÉOSE

Blé préparé et malté

Farines plus substantielles

### AVENOSE

Farine d'avoine maltée

### CASTANOSE

à base de farine de châtaignes maltée

### LENTILOSE

Farine de lentilles maltée

*Alimentation  
des Enfants*

**CACAOS, MALTS, SEMOULES, CÉRÉALES** spécialement préparées pour **DÉCOCTIONS**

Usine et Laboratoires à LEVALLOIS-PERRET. — Brochure et Échantillons sur demande.

ETABLISSEMENTS **JAMMET** Rue de Miromesnil 47, Paris



## De Trouette-Perret

<sup>1<sup>re</sup></sup>  
**Aphloïne**

Spécifique des Troubles  
de la Ménopause  
et du système veineux

<sup>1<sup>re</sup></sup>  
**Nisaméline**

(Guaco)

Prurits - Eczémas - Prurigos  
Néuralgies

<sup>1<sup>re</sup></sup>  
**Papaine**

Gastro-Entérites  
Diarrhées - Vomissements  
Troubles Dyspeptiques

61, AVENUE PHILIPPE-AUGUSTE — PARIS



**OLETHYLE-BENZYLE**

Hypertensions  
ET TOUS ÉTATS  
SPASMODIQUES  
DE LA MUSCULATURE  
LISSE

BENZOATE DE BENZYLE

Le seul en **GÉLULES**  
**CAPSULES**  
**MOLLES**

Littérature - Échantillons - Posologie.  
LABORATOIRE CENTRAL DE PARIS  
122, Rue du Faubourg Saint-Honoré, Paris



*La Lancette Française***GAZETTE DES HOPITAUX****CIVILS ET MILITAIRES****PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI****ADMINISTRATION ET RÉDACTION :****49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6°. Tél. : Danton 48-31.****PUBLICITE : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6°) - Téléph. : Littré 54-93.****PRIX DE L'ABONNEMENT****FRANCE**3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.  
*Etudiants : 25 francs par an.*

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

**ETRANGER**Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.  
Tous les autres pays : 75 francs.**SOMMAIRE****REVUE GÉNÉRALE***L'encéphalite épidémique, par M. Amour F. LIBER.***SOCIÉTÉS SAVANTES***Académie de médecine. — Société de pédiatrie. — Société de biologie.***NÉCROLOGIE***Arnaud Routier.***INTÉRÊTS PROFESSIONNELS***Les étudiants en médecine à la Commission de l'hygiène de la Chambre des députés. — La loi sur la défense passive.***LIVRES NOUVEAUX.** — *Le livre du professeur Dominguez sur Carlos J. Finlay.***ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS****INFORMATIONS****HOSPICE DÉPARTEMENTAL PAUL BROUSSE A VILLEJUIF (SEINE).** — Un concours est ouvert en vue de la nomination de deux médecins adjoints à l'hospice Paul Brousse.

Les inscriptions seront reçues du 4 au 13 avril 1935, de 10 à 12 h. et de 14 à 17 h., à la Préfecture de la Seine (direction des affaires départementales, service de l'assistance départementale, 3° bureau, annexe de l'Hôtel de Ville, 2, rue Lobau, pièce 227), dimanches et fêtes exceptés.

Peuvent seuls y prendre part les docteurs en médecine français ou naturalisés depuis au moins dix ans.

Le concours comporte une épreuve de titres, une épreuve clinique et une épreuve de laboratoire.

**HÔPITAUX DE PROVINCE. — ROUEN.** — M. le docteur Réversé a été nommé ophtalmologiste adjoint des hôpitaux.

— Un concours pour la nomination dans les hôpitaux de Rouen d'un médecin oto-rhino-laryngologiste adjoint s'ouvrira le jeudi 27 juin 1935 dans l'un des hôpitaux de Paris.

Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat des hospices civils de Rouen, 1, rue de Germont (enclave de l'hospice général) où ils pourront prendre connaissance du règlement détaillé; la liste sera close le samedi 1<sup>er</sup> juin 1935, à 18 h., et passé cette date aucune inscription ne sera admise.**FACULTÉS DE MÉDECINE. — STRASBOURG.** — Ont été nommés agrégés, pour une période de neuf ans, à dater du1<sup>er</sup> janvier 1935, près la Faculté de médecine de l'Université de Strasbourg :

Bactériologie : M. Le Guyon.

Médecine générale : M. Waitz.

**ÉCOLES DE MÉDECINE. — ROUEN.** — M. le docteur Des-saint a été nommé professeur suppléant de la chaire d'anatomie de l'Ecole de médecine.**ÉCOLE DE MÉDECINE DE HANOI.** — Le docteur Charles Massias (de Bordeaux) a été délégué à la chaire de clinique médicale et chargé d'un cours de pathologie médicale. Il dirigera le laboratoire central de l'hôpital.**MÉDAILLE D'HONNEUR DES ÉPIDÉMIES.** — La médaille d'honneur des épidémies en or est décernée, à titre posthume, à M. Piet, docteur en médecine à Denain, décédé victime de son dévouement.**CONSEIL SUPÉRIEUR DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE.** — Le *Journal officiel* du 23 mars publie la liste des hôpitaux, hospices, bureaux de bienfaisance, œuvres privées, appelés à concourir aux élections du Conseil supérieur.**MINISTÈRE DE LA MARINE.** — Les concours pour les emplois de chef de clinique médicale et de chef de clinique chirurgicale à l'Ecole d'application des médecins et pharmaciens chimistes de 2<sup>e</sup> classe auront lieu à l'hôpital Sainte-Anne, à Toulon, aux dates indiquées ci-dessous :A. Le mercredi 8 mai 1935 : *Chef de clinique médicale.* — Jury d'examen : président, M. l'inspecteur général du Service de santé.Membres, MM. le médecin en chef de 1<sup>re</sup> classe Plazy et le médecin en chef de 2<sup>e</sup> classe Hederer, professeurs, médecins des hôpitaux maritimes.

Membre suppléant, M. le médecin principal Germain, médecin des hôpitaux maritimes.

**NATIBAÏNE**

ASSOCIATION DIGITALINE NATIVELLE ET OUABAÏNE ARNAUD

LABORATOIRE NATIVELLE, 27, Rue de la Procession, PARIS (XV<sup>e</sup>)

B. Le jeudi 9 mai 1935 : *Chef de clinique chirurgicale*. — Jury d'examen : Président, M. l'inspecteur général du Service de santé.

Membres, MM. les médecins en chef de 2<sup>e</sup> classe Solcard, professeur, et Coureaud, chirurgiens des hôpitaux maritimes.

Membre suppléant, M. le médecin principal Perves, professeur agrégé, chirurgien des hôpitaux maritimes.

ASSOCIATION POUR LE DÉVELOPPEMENT DES RELATIONS MÉDICALES (A. D. R. M.). — *Séance du Conseil d'administration du 19 mars 1935*. — M. Forestier, au retour d'une mission aux Etats-Unis, montre l'intérêt qu'il y aurait à faire faire, par un professeur ou à son défaut un agrégé, des conférences scientifiques sur les travaux d'hydrologie faits en France, qui sont complètement inconnus de l'autre côté de l'Atlantique. M. Villaret serait peut-être disposé à aller aux Etats-Unis l'an prochain avec son agrégé M. Justin-Besançon. MM. Sergent et Gros pensent qu'il serait important de faire des conférences cliniques.

M. Forestier signale ensuite l'effet déplorable produit aux Etats-Unis par les réclames en faveur d'une levure. Le public médical américain est indigné en voyant dans ces réclames les portraits de médecins français, les seuls qui paraissent actuellement, ceux de médecins étrangers ayant cessé de paraître.

M. Minopoulos expose les grandes lignes d'une association internationale qu'il est en train de constituer en réunissant médecins, légistes, ingénieurs, etc., ayant fait leurs études en France.

M. Hartmann donne lecture d'un article publié dans le grand journal espagnol *El Delbate* exposant que 200 étudiants sud-américains demandent à continuer leurs études en Espagne et à quitter la France étant donnée la manière dont y sont traités les étudiants étrangers.

Election de nouveaux membres : docteurs Deschamps, Justin-Besançon, Martin, Emanuel Anca.

LA DURÉE DU SERVICE MILITAIRE POUR LES SURSITAIRES ET AJOURNÉS. — La question a été posée de savoir à quelle durée de service seraient astreints les sursitaires, ajournés et réformés temporaires incorporés avec les contingents devant accomplir dix-huit mois ou deux ans de service ou appelés à parfaire leurs obligations militaires avec ces contingents.

Ainsi que nous le laissons prévoir, le ministre de la Guerre a décidé que les jeunes gens dont il s'agit ne seront soumis qu'aux obligations militaires de leur classe d'âge, c'est-à-dire aux obligations imposées aux contingents avec lesquels ils auraient dû normalement, en raison de leur âge, accomplir leur service légal.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Alfred Rumpelmeyer (de Nice), victime du devoir professionnel; Emile Choquet (d'Armentières).

#### RENSEIGNEMENTS

LUXEMBOURG AUTO-ÉCOLE,  
15, rue Gay-Lussac, Paris (V<sup>e</sup>).  
Tél. : Odéon 25-57. Forfait depuis 60 fr.  
Permis en 48 heures.

SECRÉTAIRE STENO-DACTYLO expérimentée,  
désire emploi chez médecin. — M<sup>me</sup> S. Colombani, 25, rue du Louvre, Paris. 387.

Néuralgies  
Névrites **BROMÉINE MONTAGU**

## Arnaud ROUTIER

C'est avec un vrai chagrin que j'apprends la mort de mon vieux et cher maître Arnaud Routier. Il y a peu de jours je le voyais encore à l'Académie de médecine, la démarche un peu alourdie, mais se tenant toujours très droit. Avec son habituelle bonté, il me demandait de mes nouvelles, me parlait de son pays natal où il se proposait de se rendre bientôt. Et nous avions échangé quelques souvenirs sur l'époque, déjà lointaine, où je fus son élève dans son beau service de chirurgie de Necker.

Routier était né le 10 octobre 1853, à Astaffort, dans le Lot-et-Garonne. Après avoir fait ses études au lycée d'Agen, il vint faire ses études de médecine à Paris. En 1876, il est reçu 5<sup>e</sup> à l'internat, dans une promotion qui comptait plusieurs de ses collègues actuels à l'Académie de médecine, MM. Legendre, Paul Bar et Brault. Rapidement il devient aide d'anatomie; en 1881, il est prosecteur; en 1883, chef de clinique de Trélat.

L'étendue de ses connaissances, son art d'exposition, sa voix chaude et agrémentée de cet accent du terroir, plein de bonhomie, qu'il avait eu le bon goût de conserver, en font un chef de conférence recherché.

En 1885, il arrive aux hôpitaux, en 1893 il est chef de service à l'hôpital Necker. Il est déjà un chirurgien réputé. Il a une importante consultation de voies urinaires très fréquentée, malgré la proximité de la célèbre clinique de la Terrasse à Necker. Il fait de la gynécologie et, avec bonheur, de la chirurgie abdominale.

A cette même époque, le professeur Dieulafoy entreprend une campagne que l'on n'a pas oubliée en faveur de l'intervention précoce dans l'appendicite. Routier, qui s'était déjà fait l'apôtre de cette intervention précoce, eut la satisfaction de voir ses collègues se rallier à son opinion.

Il n'était pas seulement un remarquable opérateur (rappelez son procédé pour le traitement de la rétraction de l'aponévrose palmaire), il fut aussi un maître, dont l'enseignement oral fut très suivi.

Très estimé de ses collègues, Routier fut président de la société nationale de chirurgie, et en 1914, l'Académie de médecine lui ouvrit ses portes. Depuis 1916, atteint par la limite d'âge, il partageait son temps entre son pays natal et Paris où nous étions si heureux de le revoir!

Que Mme Routier et ses enfants veuillent bien trouver ici l'expression de notre sympathie très douloureusement émue.

F. L. S.

ANÉMIES  
DYSPEPSIES  
ANTITOXIQUE



DOSE: 4 à 6  
TABLETTES  
PAR JOUR

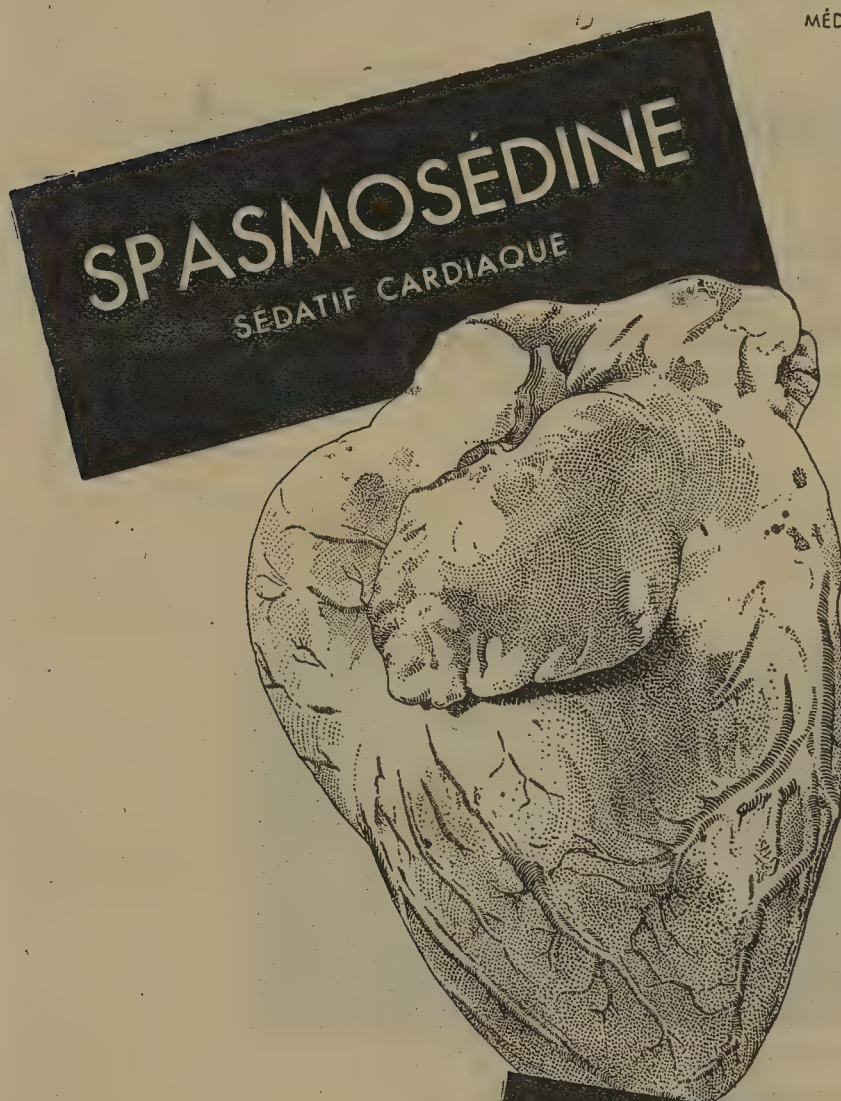
BIOXYDE DE MANGANESE COLLOÏDAL. SELS MAGNÉSIENS  
Laboratoire SCHMIT, 71 Rue Sainte-Anne, PARIS. 2<sup>e</sup>

**Iodarsenic** <sup>DR</sup> **GUIRAUD**  
(Contre l'iodophilie)  
TOUTES ÉTATS SANGUINAIRES - LYMPHATISME - MALADIES CUTANÉES  
Literature et Echantillons: 10, Impasse Milard, Paris (16<sup>e</sup>)



LABORATOIRES DEGLAUDE  
15, BOUL<sup>g</sup> PASTEUR, PARIS (XV<sup>e</sup>)

MÉDICAMENTS CARDIAQUES  
SPÉCIALISÉS



**SPASMOSÉDINE**  
SÉDATIF CARDIAQUE

**DIGIBAÏNE**  
TONIQUE CARDIAQUE

*les 2 médicaments cardiaques essentiels*

\*\*\*

## FICHES DE THÉRAPEUTIQUE PRATIQUE

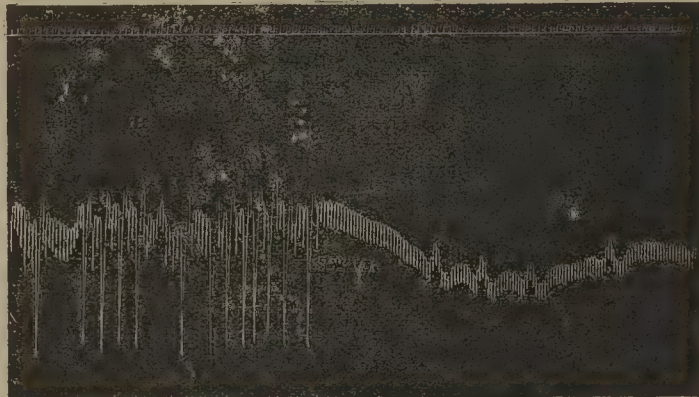
# La Spartéine “Houdé”

*Sulfate de Spartéine :  $C_{15} H_{26} N_2, SO_4 H_2 + 5H_2 O$ .  
sel cristallisé, chimiquement pur, préparé à partir de la  
Spartéine du genêt (*Sarothamnus scoparius*).*

*Action cardiaque démontrée par de nombreux essais physiologiques.*

## PHARMACODYNAMIE

- la **Spartéine** : a) soustrait le cœur à toute action nerveuse extrinsèque<sup>(1)</sup>;  
b) supprime les extrasystoles physiologiques et pathologiques<sup>(2)</sup>;



- c) exerce une action cardio-tonique marquée<sup>(3)</sup>.

## INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES

- 1° **Régulateur du cœur** : arythmies, palpitations; névroses cardiaques, etc.  
2° **Cardio-tonique** : maladies infectieuses, hyposystolie, asystolie.

Très peu toxique, très maniable, ne s'accumulant pas, la **Spartéine** est le meilleur toni-cardiaque d'entretien.

**DOSES** : 0 gr. 10 à 0 gr. 25 et même 0 gr. 40 *pro die* sous forme de **Granules de Spartéine HOUDÉ**, titrés à 0 gr. 02 de sulfate de spartéine par granule.

**Laboratoires HOUDÉ, 9, rue Dieu, PARIS**

(1) F. MERCIER et L. J. MERCIER. *C. R. Soc. Biol.*, 93 (1925), 339 et 1468.

(2) DELAS et SOULA. *Arch. Int. Physiol.*, 25 (1925), 1.

(3) R. ROGER. *Thèse. Doct. médecine*, Toulouse (1927).



## INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

### LES ÉTUDIANTS EN MÉDECINE A LA COMMISSION DE L'HYGIÈNE DE LA CHAMBRE DES DÉPUTÉS

M. Mordagne, délégué permanent de l'Association corporative des étudiants en médecine, a été reçu à deux reprises par la Commission de l'Hygiène qui l'a chaque fois écouté avec la plus grande bienveillance. Le 12 février, il était avec M. Lafitte, président de l'Union Nationale des étudiants de France ; le 13 mars, M. Gleises l'accompagnait au nom de l'entente des Associations d'étudiants en médecine de Paris. M. Mordagne a tenu à préciser le point de vue logique en ce qui concerne les différences capitales à établir entre Français et étrangers.

Voici le communiqué qu'il veut bien nous adresser :

#### « CE QUE NOUS VOULONS

« A) En matière de *remplacements médicaux*, que seuls puissent en effectuer les étudiants français candidats au doctorat en médecine d'Etat et possesseurs du certificat de fin scolarité mentionnant : « est autorisé à faire des remplacements ».

Que le contrôle de ces remplacements soit fait automatiquement par l'administration intéressée, sans quoi la signature du remplaçant et tous ses actes médicaux sont *illégaux*.

B) En ce qui concerne la *naturalisation*, nous réclamons un contrôle sévère des enquêtes de police visant les médecins ou étudiants en médecine considérés toujours à tort par beaucoup d'inspecteurs de la sûreté comme parfaitement honorables ; le principal répondant de l'étudiant étranger est son logeur ou la gérante de l'hôtel meublé qui lui sert de domicile. Comment ces commerçants, sur lesquels nous ne lançons aucune suspicion, peuvent-ils être renseignés sur les faits et gestes délictueux de leurs locataires ? Que de trafic de drogues est fait par des étudiants étrangers en dehors de leur résidence et ceci pour ne citer qu'un exemple. Il faudrait les suivre au cours des remplacements illégaux qu'ils ne cessent de faire, pour se faire une opinion sur leur honnêteté qui n'a rien de proverbiale.

Nous demandons donc une sélection sérieuse des naturalisations et nous voulons aussi que tout naturalisé, même au delà de 30 ans, soit tenu de faire le service militaire actif, ce qui va avoir pour nous une importance capitale avec la loi de deux ans.

C) Au point de vue *des études et des diplômes de doctorat*.

Voici quelle est notre position :

*Obligation pour l'étranger à son arrivée en France de faire un choix*, et dire s'il veut uniquement s'instruire pour repartir, ou s'instruire pour exercer chez nous.

Deux cas sont donc à considérer :

a) 1<sup>er</sup> cas : *l'étranger ne vient que pour s'instruire* :

Il fournit une des 95 équivalences reconnues par l'Etat français pour le baccalauréat, équivalences que nous voudrions du reste voir révisées et ramenées à un chiffre plus raisonnable (l'équivalence des îles Hawaï devrait en particulier disparaître), certaines d'entre elles ne correspondent même pas à notre brevet d'enseignement primaire supérieur, lui-même inférieur au brevet élémentaire de notre enseignement primaire. C'est pourquoi ces étudiants sont d'une culture générale si sommaire, et qu'ils ont l'esprit de bas mercantilisme aussi développé.

Donc, l'étranger en question s'inscrit avec son équivalence du bachot français, fait ou ne fait pas le P. C. N. qui pour lui n'est pas obligatoire, puis fait ses études médicales ; quelques-uns, ceux qui ont fait chez eux de bonnes

humanités, feront ici de bonnes études médicales, parce qu'ils y seront préparés beaucoup plus que les titulaires d'équivalences notoirement insuffisantes comme l'équivalence afghane.

Le doctorat d'Université clôturera les études médicales de cet étranger qui, en aucun cas, ne pourra être autorisé à prendre les inscriptions pour le doctorat d'Etat, comme cela se pratique actuellement sur une vaste échelle.

b) 2<sup>e</sup> cas : *l'étranger vient pour se fixer plus tard en France* : dans ce cas, il ne pourra, comme actuellement, aller à la Faculté de Médecine, il devra aller préparer le baccalauréat français et en passer les deux parties *sans aucune équivalence possible*. Ensuite il préparera à la Faculté des Sciences le P. C. N., puis, titulaire de ce certificat, il aura au moins alors trois ou quatre ans de séjour en France. A ce moment, il devra demander la naturalisation ; en attendant, il pourra s'inscrire pour le doctorat d'Etat ; si la naturalisation lui est refusée, il devra abandonner le doctorat d'Etat et se rabattre sur le doctorat d'Université, le seul qui soit réservé aux étrangers.

Si la naturalisation lui est accordée, il ira immédiatement à la caserne (ce que l'étranger ne fait pas à l'heure actuelle en attendant d'avoir dépassé 30 ans pour demander la naturalisation). Enfin il continuera ses études jusqu'au doctorat d'Etat et s'installera chez nous : nous le considérerons comme assimilé beaucoup plus que ses congénères actuels qui ont passé un mauvais bachot devant des jurys de complaisance, parce qu'ils sont déjà docteurs d'Université quand ils s'y présentent.

Ceci revient à dire que nous réclamons l'interdiction de transformer le diplôme d'Université ou les inscriptions en vue de ce diplôme en inscriptions ou diplômes d'Etat.

De cette façon, nous barrerons la route aux médecins étrangers de qualité inférieure, tant au point de vue moral que technique. Les barrières que nous voulons voir dresser dans l'intérêt des malades français seront infranchissables pour tous ceux qui, à 18 ans, ne posséderont pas la culture secondaire française. Nous voudrions même voir imposer les baccalauréats A ou A' pour éviter qu'avec leur langue maternelle, ils n'arrivent à avoir le point nécessaire pour être reçus.

D) Du point de vue de *l'exercice de la médecine*, et de façon à exiger une certaine assimilation à la mentalité française, nous demandons avec insistance *l'interdiction pour tout étranger naturalisé d'exercer la médecine en France, — pendant 10 ans après la naturalisation*. (Loi Dcmmenge).

Enfin l'interdiction de l'accès aux fonctions publiques rétribuées par l'Etat, les départements ou les communes pendant les 10 ans après leur naturalisation.

Bien entendu, notre comité d'entente a codifié tous nos desiderata et les a présentés sous la forme d'un projet de proposition de loi judicieusement libellé. Nous demandons à toute la presse de nous comprendre et de nous aider dans nos efforts, car l'œuvre que nous avons entreprise est une œuvre salubre d'épuration du corps médical qui doit rejeter hors de son sein tous les indésirables étrangers au pays. Pour tous les médecins qui veulent vivre de leur diplôme en France, l'égalité devant la loi française nous semble un axiome que n'auraient pas renié les grands ancêtres de 89. »

#### LA LOI SUR LA DÉFENSE PASSIVE

La Chambre des députés, dans sa séance de lundi dernier, a enfin voté par 453 voix contre 11 la loi sur la défense passive. La parole est maintenant au Sénat.

# Traitement du Parasitisme intestinal

## par les Pyréthrine (du Pyrèthre)

C. R. Acad. Sciences, p. 1847, 1923

C. R. Acad. Médecine, 24-4 1928

C. R. Soc. Thérapeutique, 9-5 1928

# CHRYSÉMINE

## Pyréthrine Carteret

Sans contre-indications

Aucune toxicité

Dose quotidienne pour adultes :

**Ascaris, Oxyures, tous helminthes et protozoaires** = 5 Perles ou 150 Gouttes

Cure de 5 jours consécutifs à renouveler après 8 jours de repos (plusieurs dans le cas des oxyures).

**Trichocéphales et Tœnias** = 12 Perles ou 300 Gouttes

Cure de 2 jours consécutifs — diète préalable la veille du début de la cure.

Pour les enfants, abaisser ces doses suivant l'âge en commençant par 50 gouttes.

Perles glutinisées et gouttes — Prescrire { **CHRYSEMINE PERLES**  
**CHRYSEMINE GOUTTES**

---

Echantillons et Littérature :

Laboratoires CARTERET, 15, rue d'Argenteuil, PARIS (1<sup>er</sup>)



## REVUE GÉNÉRALE

## L'ENCÉPHALITE ÉPIDÉMIQUE

Par M. AMOUR F. LIBER.

(Travail de l'hôpital Henri Rousselle.)

(Synonymes : E. léthargique, encéphalo-myéélite ou névrite épidémique, maladie de Cruchet ou d'Economo, encéphalite européenne, encéphalite épidémique type A.). Décrite en 1917 par Cruchet, Moutier et Calmette ; peu de temps après par Economo.

## 1. DEFINITION.

L'E. E. est une maladie infectieuse cosmopolite, épidémique ou sporadique, affectant surtout le mésodiencephale mais également tout le système nerveux ; elle est causée par un virus filtrant.

## 2. SYMPTÔMES ET ÉVOLUTION.

Les symptômes sont extrêmement polymorphes. On décrit comme type la *forme oculo-léthargique-parkinsonienne de l'adulte*. Cette forme évolue schématiquement en trois périodes : AIGÜE, INTERMÉDIAIRE et CHRONIQUE.

I. Période aiguë. — Le début peut être soit brutal avec frissons et ascension thermique rapide ; soit insidieux avec quelques jours de fatigue, céphalées.

Plus ou moins rapidement se constitue la *triade de symptômes cardinaux* : fièvre, hypersomnie et paralysies oculaires, accompagnés ou non de symptômes accessoires.

A. La fièvre est d'allure variable, généralement oscillante entre 38° et 39°, avec tachycardie et polypnée, urines rares et albumineuses, souvent herpès, quelquefois gonflement des glandes salivaires.

B. *Hypersomnie*. Le malade dort continuellement pendant des jours ou des semaines ; c'est un véritable sommeil, que l'on peut interrompre, et non pas un coma. Le malade se réveille « étonné ». Il peut alors s'alimenter, faire sa toilette, parler avec lucidité. Mais après quelques instants, invinciblement, il se rendort.

C. Les paralysies oculaires sont de type nucléaire, souvent parcellaires, portant avant tout sur le III, avec strabisme externe, diplopie croisée, mydriase. Il y a souvent également des paralysies de fonction ou des mouvements associés des globes oculaires, surtout de la convergence, plus rarement du regard en haut ou des mouvements de latéralité. Quelquefois on voit du nystagmus, de la cycloplégie, de la faiblesse ou de l'abolition des réflexes pupillaires, soit à la lumière, soit au regard de près. L'atteinte de la VI<sup>e</sup> paire est rare (81).

Tous ces troubles sont plus ou moins fugaces, peuvent disparaître et réparaître plusieurs fois.

D. Ces symptômes sont les plus constants, mais ils sont souvent accompagnés d'une foule d'autres troubles

bles accessoires, très variables, dont nous énumérerons les principaux.

a) *Troubles moteurs* : 1. *Paralysies des nerfs moteurs* autres que le III, dans l'ordre suivant de fréquence : VI, VII, IX, XI, XII, V, nerfs cervicaux, en fin les autres nerfs spinaux. 2. *Myoclonies* isolées ou diffuses, hoquet, spasmes toniques, oculaires, linguaux, vélo-palatins, faciaux, etc. 3. *Mouvements involontaires*, soit convulsifs, soit choréo-athétosiques. 4. Quelquefois une ébauche d'hypertonie. 5. Réflexes ostéo-tendineux, généralement normaux, peuvent être exagérés. 6. Exceptionnellement, des paralysies flasques ou spasmodiques des membres.

b) *Troubles sensoriels et sensitifs* : Vertiges, acouphènes, hyperacousie, algies, crampes, paresthésies.

c) *Troubles végétatifs* : instabilité vasomotrice, raie méningitique ; vomissements. Quelquefois diabète insipide ou même glycosurie.

d) *Troubles mentaux* : hallucinose, surtout visuelle, parfois auditive ; délire onirique plus ou moins agité à maximum vespéral ; actes désordonnés, impulsions diverses, fugues, suicide.

La durée de la période aiguë est très variable, en moyenne de 3 semaines, suivies de la régression graduelle de la plupart des troubles, sinon de tous.

## II. La période intermédiaire peut être soit :

A. Entièrement libre, donnant l'impression d'une guérison complète.

B. Soit avec quelques petits troubles, qui sont de 3 ordres, isolés ou associés :

a) *Persistance de symptômes de la période aiguë*, mais atténués : somnolence diurne, diplopie intermittente, défaut de convergence.

b) *Dépression physique et mentale*, anxiété, fatigabilité, impulsivité, sautes d'humeur, irritabilité, instabilité, troubles du rythme de l'activité (d'où « période neurasthénique ») (84).

c) *Ebauche de parkinsonisme* ou d'autre symptôme de la période suivante.

La durée de la période intermédiaire est très variable, de quelques semaines à 2 ou 3 ans, même jusqu'à 5, 8 ans.

III. La période chronique ou des séquelles (38 a) est en rapport avec de véritables séquelles anatomiques mais également avec une *névrite évoluant à bas bruit*. Insidieusement s'installe un ensemble de troubles, souvent fort complexe, caractérisé essentiellement par le *syndrome acinéto-hypertonique* ou *parkinsonien*, accessoirement par des *mouvements involontaires* ; des troubles végétatifs ; sensitivo-sensoriels ; des troubles de la régulation de l'activité globale ; des troubles psychiques.

A. Le *syndrome acinéto-hypertonique* (90) comprend trois ordres de troubles d'intégration motrice :

a) La diminution et le ralentissement de tout mouvement (*hypo- et brady-cinésie*) ;

b) La perte des mouvements automatiques associés (*asynchronisme*) tels que le balancement des bras au cours de la marche ; la mimique ; la gesticulation, la modulation de la voix en rapport avec le parler ; la flexion

dorsale de la main en faisant le poing, les automatismes complexes de l'alimentation, de la toilette, etc. Les défauts des mouvements associés des globes oculaires peuvent, jusqu'à un certain point, entrer dans la même catégorie, associés ou non aux déficits d'origine nucléaire.

En outre, il y a des *désordres complexes*, infiniment variés, des automatismes, où il y a plus qu'un simple déficit. La marche se fait à petits pas. Certains malades ne peuvent se déplacer qu'en courant ou ne peuvent marcher qu'à reculons (progression antidromique) ; d'autres s'inclinent de plus en plus en avançant et sont obligés de s'arrêter, de se redresser pour éviter la chute en avant. Quelquefois il y a de l'astasia-abasie trépidante. Certains ont des tics en parlant, de la palilalie (répétition automatique de certains sons ou syllabes). L'écriture est constamment troublée : il y a généralement de la micrographie (28).

c) L'*hypertonie*, ou, plus exactement, *dysstasie* ou *dystonie d'attitude*, est de type *extra-pyramidale* : rigidité plastique avec contracture à la fois des agonistes et des antagonistes et désordres de leur innervation réciproque : ainsi l'extension et la flexion de l'avant-bras sur le bras se font par une *série de saccades*, des contractions intempestives des antagonistes venant gêner l'action des agonistes — c'est le *phénomène de la roue dentée*. Un phénomène analogue se produit dans les mouvements de latéralité des yeux.

Les *réflexes de posture* (ou *contractions paradoxales*) sont augmentés alors que les réflexes ostéo-tendineux sont d'amplitude normale ou même diminuée par la rigidité. La contraction idio-musculaire est exagérée.

L'*hypertonie* est le plus souvent généralisée. Le malade est *soudé* en une pièce, son faciès est *figé*, la bouche souvent à demi-ouverte, laissant s'écouler la salive, le regard fixe. La face, la nuque, le tronc sont atteints en général avant les membres. Il y a souvent une *prédominance sur un côté* ou, plus rarement, sur un segment. Mais le véritable hémiparkinsonisme avec atteinte exclusive d'un côté est rare dans l'E. E. On peut voir la main hypothalamique (54).

Enfin, la rigidité peut atteindre sa plus haute expression, soit par une exagération de son caractère plastique : c'est la *catatonie*, soit par l'exagération extrême du tonus d'attitude : c'est la *rigidité décérébrée*, prédominant sur les muscles anti-graviques.

Assez souvent, la rigidité s'atténue ou disparaît dans certaines *attitudes*, différentes pour chaque malade, ou lors d'un *acte volontaire* : c'est une *rigidité de repos*, permettant l'exécution de certaines tâches manuelles. Mais la rigidité peut également s'atténuer dans le *repos statique complet*.

L'*examen électrique* des muscles montre une hyperexcitabilité fréquente, quelquefois une réaction galvanotonique. La *chronaxie* varie selon l'*attitude*. Elle tend à être *égale* dans les *agonistes* et les *antagonistes*.

B. Les *contractions musculaires involontaires* (90) sont fréquentes mais moins constantes que le syndrome acinétio-hypertonique.

a) Le plus fréquent est le *tremblement rythmique*, d'amplitude variable, atteignant surtout les *maines*, où il peut affecter des formes *athétoïdes* (mouvements

d'enroulement, de rouler une cigarette, etc.). Comme l'*hypertonie*, il est généralement plus intense au *repos* et peut disparaître dans l'action volontaire, mais n'est pas directement inhibé par la volonté. Il disparaît dans le sommeil, est exagéré par l'émotion. Le tremblement intentionnel est rare.

On peut voir en outre, associés ou non au tremblement :

b) Des *myoclonies*, qui sont souvent en rapport avec une poussée évolutive; myorhythmies, myosismies, vermiculations ;

c) Des *spasmes* divers : spasmes de torsion (dystonie lenticulaire, dysbasie lordotique) (39 b, 75) ; spasmes du facial supérieur, paraspasme facial (52) ; torticolis spasmodiques ; spasmes des paupières (87) ; spasmes oculaires (91) ; surtout des mouvements associés des globes : convergence, latéralité (quelquefois associés à des spasmes céphalogyres) et surtout, *spasmes des élévateurs*. Dans certains cas ceux-ci peuvent être inhibés par une position donnée de la tête dans l'espace (27). Ils sont exagérés par l'émotion, l'imitation et sont assez souvent associés à des troubles psychiques.

d) Des mouvements choréo-athétosiques ; des tics (32) ; de grands mouvements coordonnés, relativement lents (« bradycinésie ») des membres, des mâchoires, de la bouche, etc. ;

e) Des crampes et phénomènes crampoïdes, notamment la *crampe des écrivains* ;

f) Des convulsions toniques ou cloniques (10) ;

g) Le syndrome striaire du type de la maladie de Wilson.

C. Les troubles végétatifs.

Les plus fréquents sont :

a) *Sécrétoires* : hypersécrétion *sébacée* (« masque pommadé »), *salivaire*, rhino-pharyngées ; quelquefois lacrymale, sudorale, gastrique ;

b) *Respiratoires* : crises de tachypnée, pouvant aboutir à la tétanie ; plus rarement tachypnée permanente ; bradypnée ; respiration suspirieuse ou irrégulière avec pauses en apnée ; bâillement, tics respiratoires.

Plus rares sont les troubles :

c) Vaso-moteurs ;

d) Oculo-sympathiques basedowïdes (51) ; syndrome de Cl. Bernard-Horner (9) ;

e) Vagotoniques ;

f) Trophiques : arthropathies (33) ; amyotrophies, qui peuvent accompagner un véritable syndrome de myasthénie grave ; troubles cutanés : hyperchromies, hypertrichose (43) ; atrophie de tout un côté du corps avec hémiparkinsonisme (67) ;

g) Métaboliques : adiposité (68) simple ou syndrome adipo-génital ; troubles hépatiques, thyroïdiens et parathyroïdiens (14 a) ; troubles du métabolisme des corps cétoniques (93) ; diabète sucré (11) ou insipide (95), celui-ci pouvant mener à l'alcoolisme (74) ; hyperthermie.

D. Les troubles sensitivo-sensoriels, plutôt rares : vertiges, vision paradoxale, quelquefois avec stase papillaire ; algies, viciation des sensations : paresthésies, macresthésies.



E. Les troubles de la régulation de l'activité globale (57 a, 80) sont pour cette activité ce que l'hypo, la brady et l'asynchronisme sont pour la simple motricité. Le malade est plus ou moins inactif, tant au point de vue mental que physique, tend à rester immobile pendant des heures entières. Ses processus psychiques : l'idéation, l'association sont réduits et ralentis. Mais comme pour les désordres moteurs, il n'y a pas que des troubles quantitatifs, il y a également une *viciation* de l'activité et particulièrement de son rythme. Une de ses manifestations les plus simples est la reprise inopinée d'activité chez un malade immobile et soudé. C'est la *cinésie paradoxale*. Plus complexes, mais du même ordre sont les *impulsions* très fréquentes, pouvant mener à des accès d'agitation, de colère, des fugues, des actes violents (auto-mutilation) (31), suicide, homicide (46) et donnant lieu parfois à des problèmes médico-légaux (3, 4, 34, 46, 72).

Des troubles du sommeil (57 b) : hypersomnie ou narcolepsie (68, 91), quelquefois avec cataplexie (91) ; insomnie ; inversion du rythme hypnique ; des dissociations dans l'activité de rêve, telles que l'hallucinoïse visuelle, l'onirisme vespéral tiennent également à des troubles de régulation (13).

Le ton affectif du malade est presque toujours triste. L'expression de l'émotion est constamment troublée, généralement instable et explosive, avec, souvent, rire et pleurer spasmodique ou accès de colère. Il est difficile de préciser jusqu'à quel point ces troubles de l'expression correspondent à de véritables troubles de l'émotivité.

Les postencéphaliques ont souvent une tendance à une insistance exagérée, à répéter des questions auxquelles on a répondu (akathisie).

En général il n'y a pas de déficit intellectuel grossier, pas de dysmnésie, pas de diminution notable du niveau mental. Certains auteurs se basant sur des tests rapportent un affaiblissement constant (19) mais il y a là un facteur d'interprétation. La plupart des tests ne sont pas applicables à des ralentis rigides.

Enfin, on peut rencontrer à peu près tous les syndromes psychiatriques (45) : cyclothymie (53), schizoses (13), psychoses hallucinatoires, délires chroniques (20) ou bouffées délirantes et confusionnelles, hystérie, anxiété, phobies (6), obsessions, impulsions, changements permanents du caractère. Lorsqu'il s'agit de phénomènes périodiques, ils ont un caractère commun ; le *maximum vespéral* et peuvent avoir un rythme atypique (tachyrythmie) (53).

F. Quelquefois une *méningite séreuse* peut survenir tardivement, avec sa symptomatologie habituelle (94).

L'évolution est chronique mais peut être entrecoupée de reprises aiguës ou subaiguës de névralgie avec fièvre, hypersomnie, etc. Les troubles peuvent se stabiliser pendant des années ou au contraire s'aggraver soit insensiblement, soit par à-coups à la suite d'incidents aigus répétés. La terminaison se fait le plus souvent par la cachexie, le décubitus ou une infection intercurrente, rarement par un trouble lié directement à l'E. E., tel que trouble de la déglutition.

### 3. FORMES CLINIQUES.

En dehors de la forme décrite, elles sont infiniment variées, suivant le groupement, la prédominance des symptômes, l'évolution, etc. Nous ne ferons que mentionner les principales.

I. Suivant les symptômes et l'évolution de la phase aiguë. — A. *Algo-myoclonique* : forme grave, avec douleurs généralisées extrêmement violentes, de type thalamique, myoclonies généralisées intenses, incessantes, ne laissant aucun repos au malade (formes dites insomniques) ou seulement quelques accalmies pendant lesquelles le malade dort comme dans la forme habituelle. La fièvre est élevée (39°-40°), continue. La durée moyenne est de 1 mois. La terminaison mortelle est la règle, après une phase de délire ou de coma. Il existe également des formes algiques ou myocloniques pures.

B. *Choréo-athétosique*, pouvant simuler la chorée de Sydenham, fréquente dans les premières épidémies, rare actuellement.

C. *Convulsive*.

D. *Parkinsonienne d'emblée*.

E. *Délirante*.

F. *Formes sensitivo-sensorielles*, en particulier, forme vertigineuse.

G. *Formes basses*, avec myélite, radiculites, polynévrites et même syndrome de Landry — formes graves.

H. *Forme méningée, grave*.

I. *Formes frustes* : hoquet épidémique ; formes ambulatoires en général bénignes mais qui peuvent donner lieu à des accidents (automobilisme) par leur endormissement incoercible et inopiné, et qui peuvent se transformer en formes plus graves ; formes atténuées, souvent sans séquelles.

J. *Formes graves avec la symptomatologie typique*, mais rapidement mortelle : formes foudroyantes avec coma presque d'emblée, quelquefois avec respiration de Cheyne-Stokes.

II. Suivant l'évolution : formes à rechutes, parfois après un long intervalle libre ou des symptômes chroniques en apparence stabilisés.

III. Suivant l'âge : forme infantile (3, 4) avec fréquence de convulsions, de crises de polypnée ; le syndrome acinétos-hypertonique est peu développé ; les troubles psychiques dominent souvent le tableau, en particulier des troubles du caractère avec inadaptabilité, impulsivité, instabilité, mythomanie, fugues, vols, actes violents.

4. LES EXAMENS DE LABORATOIRE ne donnent guère que des renseignements négatifs ou d'ordre banal.

I. Le L.C.R. — A. Dans beaucoup de cas il ne montre aucune altération pathologique, même à la période aiguë.

B. Assez souvent on trouve une *pléiocytose fugace modérée* (10-30 éléments par mm<sup>3</sup>), à formule mononucléaire.

C. Dans les formes *méningées*, on peut trouver jusqu'à 100 éléments par mm<sup>3</sup> avec ou sans hyperalbuminose et hyperglobulinose.

D. On n'attache plus guère d'importance à l'*hyperglycorachie*, inconstante d'ailleurs, car le sucre liquide varie fortement et les taux trouvés (0 gr. 75-1 gr.) se rencontrent dans d'autres affections et même en dehors de tout état pathologique.

E. Exceptionnellement, on trouve une hyperalbuminose isolée (38).

F. On trouverait de la mucine (38), un phénomène non spécifique, car il est en rapport avec la dégénération mucocytaire de l'oligodendrogliose.

G. Le virus herpétique peut dans un petit nombre de cas être mis en évidence à toutes les périodes (56).

II. Les autres humeurs ne montrent pas d'altérations spécifiques.

A la phase fébrile, rarement plus tard (47) il y a une hyperleucocytose sanguine, avec ou sans polynucléose. Le « syndrome striaire du sang » (absence de peroxydases, conservation des oxydases des polynucléaires) semble être controuvé (18, 26).

Chimiquement, à la phase chronique, les anions, particulièrement le Ca<sup>++</sup> et le K<sup>+</sup>, sont augmentés ou sont inégalement répartis dans le sang des extrémités (14 b). Il y a une inversion de la courbe de mobilisation du sucre sanguin par l'éphédrine (23). La glutathionémie est normale (96).

Dans les urines, il y a une uniformité nyctémérale anormale du pH (69) ; l'ammoniaque, la créatine, le rapport de l'azote ammoniacal à l'azote total (coefficient de Maillard-Lanzenberg) sont augmentés — phénomènes qui seraient en rapport avec le surmenage musculaire et l'acidose lactique consécutive (25).

## 5. ETIOLOGIE.

I. L'E. E. se voit à tous les âges, au maximum dans l'adolescence et la 2<sup>e</sup> décade, moins souvent dans la 2<sup>e</sup> enfance, rarement au delà de la quarantaine.

II. Sexe : aucune prédominance nette.

III. Distribution géographique : cosmopolite.

IV. Début presque toujours en hiver et au début du printemps.

V. En dehors de la pandémie de 1918-1919, l'E. E. a lieu surtout en petites épidémies sporadiques. Il y a également des cas absolument isolés, tout au moins en apparence. Il est probable que des cas isolés existaient avant 1917 (8).

VI. La Contagion doit être rare, mais son existence semble établie dans un certain nombre de cas (71). Les conditions du contagion sont inconnues mais la virulence pour l'animal de la salive et des sécrétions rhino-pharyngées, souvent exagérées dans la période chronique, est démontrée. La possibilité de la transmission par un hôte vecteur, insecte ou autre ; par des porteurs de germes ; par des objets inanimés (vêtements du malade, etc.) n'est pas exclue (38). La transmission intra-

utérine au fœtus, la transmission au nourrisson par le lait maternel semblent démontrées (82).

VII. La grippe précède souvent l'E. E. et la grande pandémie de celle-ci a fait suite à celle de la grippe. Les relations pathogéniques des deux maladies sont encore discutées. Toujours est-il que les agents pathogènes semblent être différents et que l'encéphalite grippe n'a pas les mêmes caractères que l'E. E. (17). Il se peut que la grippe diminue l'immunité envers l'E. E. ou il peut s'agir d'une simple coïncidence saisonnière. La *maladie de Gerlier* (vertige paralysant) peut être suivie de parkinsonisme (78).

VIII. Des réveils d'une E. E. latente ou stabilisée ou des rechutes sont souvent en rapport avec une infection aiguë quelconque, un choc, un traumatisme, une intoxication, peut-être une émotion intense. La grossesse est souvent mal supportée et donne lieu à des poussées aiguës qui peuvent être mortelles (82).

IX. L'agent pathogène (Levaditi et Harvier 1920) (56) serait un virus filtrant du groupe des ectodermoses neurotropes, apparenté d'une part à ceux de la poliomyélite, de la rage, de la maladie de Borna, de l'encéphalite du renard, d'autre part à ceux du zona, de la varicelle et surtout de l'*herpès* dont il serait la race neurotrope (virus herpéto-encéphalitique). Inoculé au lapin sur des scarifications de la cornée, il provoque une kératite puis une encéphalite mortelle — une épreuve qui ne peut malheureusement pas servir pour le diagnostic, car le lapin est souvent atteint d'une maladie spontanée analogue (77).

La spécificité de ce virus a été mise en doute, car l'*encéphalite herpétique* expérimentale se distingue de l'E.E. humaine par plusieurs points et notamment par les inclusions cellulaires constantes, rares dans la maladie humaine et qui caractérisent la rage, la variole, etc. (16).

Le virus herpétique serait simplement associé à celui de l'E.E. comme, d'ailleurs, à beaucoup d'autres maladies. L'E.E. ne serait pas une entité nosologique, mais un groupe hétérogène et mal défini d'affections causées par des agents différents (16) — une hypothèse qui n'exclut pas, d'ailleurs, le virus herpéto-encéphalitique.

L'hypothèse d'une étiologie *toxique* (5, 91 bis) est encore soutenue par quelques auteurs (lathyrus, phaseolus lunatus).

## 6. PATHOGENIE ET ANATOMIE PATHOLOGIQUE (83, 1, 29, 59, 45).

I. En dehors du syndrome initial d'infection (fièvre, etc.), les symptômes ne sont pas en rapport avec la nature des lésions nerveuses, qui sont banales : infiltrations périvasculaires à prédominance lympho-monoplasmocytaire ; chromatolyse et neurophagie des cellules ganglionnaires ; démyélinisation, dégénération cylindraxile ; gonflement aigu et dégénération mucocytaire de l'oligodendrogliose ; réaction et mobilisation de la microglie avec formation de corps granuleux ; enfin gliose cicatricielle. Tardivement, on peut trouver des infiltrations persistantes ; la lésion neuro-fibril-



laire d'Alzheimer, des globes argyrophiles intracellulaires, qui seraient les témoins d'un processus d'hysteresis des colloïdes protoplasmiques — un processus qui serait beaucoup plus important que sa manifestation histologiquement visible (22, 41).

Il y a parfois des inclusions cellulaires et on a voulu isoler une forme à inclusions, dans un cas cliniquement atypique, amyostatique-acinétique avec troubles mentaux. Il s'agit de corps éosinophiles dans les noyaux et le cytoplasme des cellules ganglionnaires et dans les noyaux des gliocytes (16). Des sphérules homogènes éosinophiles peuvent se trouver en dehors de cellules (42).

II. Par contre, la topographie des lésions dans le névraxe, plus que la nature des lésions, explique le groupement particulier des symptômes et définit la maladie. L'E.E. est une *polioencéphalite discontinue* avec atteinte élective du mésocéphale et du diencephale. On a voulu faire entrer dans le cadre de cette maladie, à titre de formes atypiques, des lésions de névrite disséminée en foyer (49) — un procédé qui n'est guère défendable dans l'état actuel de nos connaissances, puisque la topographie définit la maladie.

A. Les symptômes cardinaux sont en rapport avec cette topographie élective :

a) Les groupes cellulaires du diencephale médian (noyaux du tuber, n. du trigone, n. supra-optique, n. paraventriculaire, substance grise centrale, etc.) sont en rapport avec l'hypersomnie, les troubles végétatifs.

b) Les noyaux oculo-moteurs, en particulier celui

du III, sont en rapport avec les paralysies oculaires (1, 62). Des lésions voisines sont en rapport avec l'hallucinoïse pédonculaire (57 b). Le tubercule quadrijumeau antérieur est en rapport avec la paralysie des éleveurs.

c) Le *pallidum* ou *paléo-striatum*, la substance noire (qui peut être détruite en entier) (60) et des groupes cellulaires, pigmentées ou non, disséminés dans la calotte ponto-pédonculaire, sont en rapport avec le syndrome acineto-hypertonique et, au moins en partie, avec les troubles de l'affectivité et de son expression.

B. Accessoirement, il y a des lésions groupées lâchement ou complètement erratiques et disséminées dans tous les segments du névraxe : le thalamus (syndrome algique) ; le noyau rouge, le néo-striatum (choréathétose, myoclonies, tremblement, spasmes) (39 b), les noyaux ponto-bulbaires et leurs connexions (troubles labyrinthiques, linguaux, vélo-palatins, respiratoires, etc.) ; la substance grise de la moelle, même les nerfs périphériques.

Les lésions parcellaires de l'écorce cérébrale, de ses voies d'association et de ses connexions avec les noyaux gris centraux et la substance noire, peuvent expliquer, jusqu'à un certain point, les troubles mentaux. Mais les lésions de la région infundibulo-tubérienne et du mésocéphale, par les désordres de la régulation de l'activité corticale, doivent également participer à la genèse des troubles psychiques (57 a, 80).

Cette systématisation est toutefois un peu schématique, les symptômes débordant souvent les lésions ou inversement.

# DINITRA

alpha-dinitrophénol 1.2.4

## OBÉSITÉ

HYPOTHERMIES — HYPOSPHYXIES  
HYPOTHYROIDIES

HYPOMÉTABOLISMES

RALENTISSEMENTS

de la NUTRITION



SOCIÉTÉ D'APPLICATIONS PHARMACODYNAMIQUES, 5 & 7, rue Claude Decaen - PARIS 12

DREVIL - grav.



En dehors du système nerveux il n'y a aucune altération spéciale. Contrairement au syndrome hépatostrié, le foie est à peu près intact ou ne présente que des lésions terminales (65).

III. Le surmenage musculaire jouerait un grand rôle dans la détermination de certains troubles métaboliques : insuffisance hépatique, exagération du métabolisme de base, acidose lactique, cachexie — troubles qui exagéreraient encore l'hypertonie et qui pourraient créer des lésions secondes hypothétiques, musculaires, hépatiques et même nerveuses, entretenant ainsi un cercle vicieux pathologique (25).

IV. La porte d'entrée du virus. — Les voies de dissémination dans l'organisme sont inconnues.

On soupçonne une porte d'entrée rhinopharyngée ou oculaire et une dissémination lymphatique.

Quant aux organes réservoirs de virus, en dehors du système nerveux on connaît le rôle des glandes salivaires (71).

(A suivre.)

## SOCIÉTÉS SAVANTES

### ACADEMIE DE MEDECINE

(SÉANCE DU 26 MARS 1935)

M. LE PRÉSIDENT fait part de la mort de M. Arnaud Rou-tier, membre titulaire dans la 2<sup>e</sup> section (chirurgie) depuis 1914.

Recherches sur les dystrophies alimentaires, dystrophies « spécifiques » et dystrophies générales. — M. G. MOURIQUAND (Lyon). Les faits expérimentaux, appuyés sur les faits cliniques, montrent que les dystrophies par carence passent par une phase de dystrophie « spécifique » pure, curable, qui se double à un moment donné d'une dystrophie générale échappant à la thérapeutique « spécifique ».

Mais il paraît légitime de penser que cette notion peut s'étendre à la plupart des dystrophies (quelle qu'en soit la cause).

Il importe donc, au clinicien, de saisir la période plus ou moins brève, où la dystrophie reste dominée par son facteur primordial. Le plus souvent, si l'on peut agir sur ce facteur, le déséquilibre nutritif disparaîtra avec lui. Plus tard (comme dans l'athrepsie du premier âge), la dénutrition s'installera dans ses processus irréversibles, échappant à toute médication « spécifique » ou non.

Vaccination par le B. C. G. — M. GUÉRIN rappelle les preuves expérimentales de l'efficacité de la vaccination contre la tuberculose par le B. C. G., en partant de la constatation si importante de Marfan, à savoir : la résistance qu'oppose, aux surinfections tuberculeuses, un sujet, du fait même qu'il est déjà porteur de bacilles tuberculeux ; la démonstration expérimentale du bien-fondé de cette observation capitale est facile à faire sur les animaux de l'espèce bovine.

L'état allergique étant actuellement le seul critérium de cette résistance à la tuberculose, il est possible, par la vaccination B. C. G., de conférer aux sujets sensibles la faculté de réagir positivement à l'épreuve de la tuberculine, sans que pour cela ils soient tuberculeux au sens médical

du mot. De tels sujets devenus artificiellement allergiques, se comportent vis-à-vis des surinfections tuberculeuses expérimentales, comme s'ils étaient réellement tuberculeux, c'est-à-dire qu'ils sont résistants.

Pour ce qui est des sujets de l'espèce humaine, de nombreux expérimentateurs ont montré que, consécutivement à la vaccination par le B. C. G., l'état allergique se manifeste dans des conditions d'apparition, de durée, d'intensité, variables selon les sujets et aussi les modalités d'utilisation du vaccin B. C. G.

Cette constatation permet d'escompter, pour de tels sujets, les mêmes bons résultats que l'expérimentation sur les animaux de l'espèce bovine met en évidence.

Election. — On procède à l'élection de deux correspondants étrangers dans la IV<sup>e</sup> division (sciences biologiques). MM. HOPKINS (de Cambridge) et INADA (de Tokio) sont élus.

Prix Albert-1<sup>er</sup> de Monaco. — L'Académie, en comité secret, a choisi le sujet mis au concours pour cette année. Le prix sera décerné à des travaux sur l'anaphylaxie.

### SOCIÉTÉ DE PÉDIATRIE

(SÉANCE DU 19 FÉVRIER 1935)

Syndrome adipo-génital guéri. — M. L. BABONNEIX présente un jeune garçon de 14 ans, chez qui un syndrome adipo-génital s'est grandement amélioré sous l'influence d'un traitement spécifique discret, et bien qu'il n'y ait chez lui aucune raison décisive d'incriminer l'héredo-syphilis.

Curieuse histoire clinique d'un kyste thyro-hyôidien. — M. Marcel OMBREDANNE rapporte l'histoire d'un enfant de 9 ans, chez lequel apparut brusquement à la suite d'un mouvement violent une douleur vive de la région pré-laryngée. Huit jours plus tard seulement, alors que la douleur avait disparu et qu'aucun autre signe fonctionnel ne s'était manifesté, apparut au voisinage de la ligne médiane et au-devant du larynx une petite tuméfaction qui augmenta rapidement de volume : au bout de quelques jours, elle donnait l'impression d'une petite galette doublant les légumens auxquels elle n'adhérait pas. Les divers examens endoscopiques pratiqués permirent d'affirmer l'intégrité du larynx.

Le diagnostic d'adénopathie bacillaire put être facilement levé du fait que la cuti-réaction était négative. Les hésitations entre périchondrites et kyste congénital furent tranchées par l'intervention qui montra qu'il s'agissait d'un kyste thyro-hyôidien que l'auteur extirpa, et dont il présente la pièce.

Maladie exostosante chez un enfant de trois ans. — MM. MM. P.-P. LÉVY et Alain RUBENS-DUVAL présentent un enfant de 3 ans atteint d'exostoses multiples, dont les premières manifestations furent observées vers l'âge de 18 mois. Elles affectent avec symétrie les régions infra-condyliennes des fémurs, les extrémités inférieures du radius et les péronés ; il existe d'autres localisations sur les omoplates, les côtes et les phalanges. La santé générale de l'enfant et sa stature sont normales ; les parents sont indemnes de l'ares importantes.

Traitement de la maladie de Basedow chez l'enfant. — MM. HEUYER NICOLAS et STERNE présentent une fillette atteinte de tachycardie, de tremblement, d'une légère exophtalmie, mais chez laquelle il n'existe pas de tuméfaction diffuse du corps thyroïde et le métabolisme de base est voisin de la normale. Il s'agit donc plutôt d'un adénome thy-



roïdien avec quelques signes de basedowification que d'une véritable maladie de Basedow. Ils discutent à ce propos les différentes thérapeutiques qu'on pourrait envisager en pareil cas, et concluent dans le cas particulier à la nécessité de l'intervention chirurgicale.

**Troubles de la croissance avec apparition prématurée de certains caractères sexuels secondaires.** — MM. R. DEBRÉ, Julien MARIE et Mme BERNARD présentent l'observation d'une fillette de 4 ans atteinte d'hypertrophie staturale avec apparition de certains points d'ossification correspondant à l'âge de 12 ans. On constate de plus une hypertrichose pubienne et axillaire et une hypertrophie du clitoris.

L'étiologie de ce syndrome qui rappelle certaines observations rapportées sous le nom de *syndrome génito-surrénal* n'a pu être précisée, et l'intervention exploratrice n'a pas permis de découvrir une tumeur dans la fosse lombaire gauche, où la masse sentie antérieurement était en réalité un rein posé.

**Forme cérébrale de la maladie de Buhl.** — M. SLOBOZIANU (de Bucarest), décrit une troisième forme de la maladie de Buhl (dégénérescence graisseuse des principaux viscères et en particulier du cœur), la forme cérébrale à laquelle il faudra penser chez certains enfants, dont l'état évoque l'idée d'une hémorragie méningée, alors que la ponction lombaire infirme ce diagnostic.

**Forme fébrile de scorbut infantile. Examen anatomo-pathologique.** — MM. LESNÉ, Cl. LAUNAY et GILBRIN rapportent l'observation clinique et anatomique d'un enfant de

10 mois, scorbutique et rachitique, ayant succombé peu après une intervention chirurgicale qui avait fait découvrir un hématome sous-périosté du fémur, seul symptôme du scorbut.

**Syndrome de Klippel-Feil.** — MM. GIRAUD et HUGUET (de Marseille).

**Mécanismes histologiques dans la syphilis osseuse de l'enfance.** — MM. PÉHU et POLICARD (de Lyon) opposent les caractères histologiques de la syphilis osseuse dans la première et la seconde enfance.

Le squelette fœtal est envahi par le spirochète vers le 5<sup>e</sup> mois de la vie intra-utérine, avec une fréquence telle que 70 p. 100 des hérédo-syphilitiques évidents ont des lésions osseuses. Les lésions, toujours symétriques, frappent d'abord le cartilage de conjugaison, et l'ostéochondrite est la seule lésion des trois premiers mois de la vie. Ultérieurement apparaît la périostite ossifiante qui persiste jusque vers un an. Les autres lésions, gommes, métaplasie osseuse, sont exceptionnelles. Le traitement mercuriel a dans tous les cas une action remarquable.

Il s'agit donc de lésions qui frappent l'ensemble du système osseux et qui sont presque exclusivement médicales.

Au contraire, la syphilis osseuse de la seconde enfance frappe un os déterminé plutôt que l'ensemble du système osseux et est plutôt du domaine du chirurgien.

**Présentation de pièce.** — M. SORREL présente un rein polykystique qu'il a extirpé chez un nourrisson porteur d'une volumineuse tuméfaction de l'hypocondre gauche.

# SIROP GUILLIERMOND

iodo-TANNIQUE

**AFFECTIONS CARDIO-VASCULAIRES, AFFECTIONS PULMONAIRES CHRONIQUES  
LYMPHATISME, GOITRE, DERMATOSES, ALBUMINURIE**

DOSES : 2 à 4 cuillerées à bouche, à dessert ou à café suivant l'âge

PRESCRIRE :

SIROP GUILLIERMOND, un flacon

**BERTAUT-BLANCARD FRÈRES**  
64, Rue de La Rochefoucauld, PARIS (9<sup>e</sup>)

**ESTOMAC ! INTESTIN**

DYSPEPSIE

GASTRALGIE

ENTÉRITE

CHEZ L'ENFANT  
CHEZ L'ADULTE

**VALS-SAINT-JEAN**

EAU de RÉGIME, FAIBLEMENT MINÉRALISÉE et GAZEUSE

Envoi gratuit d'échantillons et de notices à MM. les Docteurs sur demande adressée  
DIRECTION-VALS-GÉNÉRALE : 53, Boul<sup>e</sup> Haussmann, Paris (9<sup>e</sup>). Téléph. 227-76.

**ANÉMIE PALUDEENNE.** — Source Dominique.  
VALS-LES-BAINS. — Saison du 1<sup>er</sup> juin au 1<sup>er</sup> octobre.

**RHIZOTANIN CHAPOTOT**

Tanin de Fraiser - Sels de chaux et de magnésie

**Tonique -- Reconstituant -- Recalcifiant**

Anémies -- Bronchites chroniques -- Prétubercules.  
Amélioration rapide des Accidents Diarrhéiques  
et des Néphrites Albuminuriques.

Cachets pour adultes -- Poudre pour enfants  
Granulé pour adultes et enfants

Éch. Méd. grat. P. AUBRIOT, Ph. 56, bd Ornano, PARIS-18<sup>e</sup>

**OLÉTHYLE-BENZYLE**

BENZOATE DE BENZYLE

LABORATOIRE CENTRAL DE PARIS  
122, rue du Faubourg Saint-Honoré



## SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 2 FÉVRIER 1935)

**Antagonisme du curare, du cyanure d'éthyle et de l'hémolymphe sur l'action inhibitrice de l'acétylcholine sur le cœur d'*Helix pomatia*. Influence de l'ésérine.** — MM. J. GAUTRELET et N. HALPERN. — Le curare, le cyanure d'éthyle et l'hémolymphe fraîche de l'animal peuvent exercer sur le cœur isolé d'*Helix* une action antagoniste de l'acétylcholine. Si le curare ne provoque qu'une reprise progressive et incomplète des mouvements du cœur arrêté par l'acétylcholine — fait traduisant un antagonisme fonctionnel incomplet, — l'hémolymphe détermine la reprise immédiate du cœur avec son amplitude normale. Ce phénomène est attribué à la destruction rapide de l'acétylcholine devenue inapte à exercer son action inhibitrice : l'addition d'ésérine à l'hémolymphe — non chauffée — empêche en effet l'action antagoniste de se manifester.

**Influence des inoculations répétées de vaccins Pasteurella et de filtrats de cultures sur l'évolution de la tuberculose expérimentale du cobaye.** — MM. J. VALTIS et F. VAN DEINSE. Les vaccins de Pasteurella, de même que les filtrats de cultures de ce microbe, injectés à des cobayes tuberculés avec des doses relativement faibles d'un bacille de Koch virulent, activent la marche de l'infection.

Cette action favorisante, relativement faible, lorsqu'on injecte des vaccins constitués par des cultures vivantes atténuées par un séjour prolongé à l'étuve, est très prononcée, lorsqu'il s'agit de vaccins formolés et de filtrats de cultures de Pasteurella.

**La teneur en fer de la rate et du foie chez le chien. Action des injections intraveineuses de caséinate de soude.** — MM. Ch. ACHARD, M. BARIÉTY et F. GALLAIS. 1° Chez des chiens d'apparence normale, le fer du foie et de la rate varie dans de larges limites.

2° Chez des chiens traités par des injections intraveineuses de caséinate de soude, il est environ deux fois plus abondant.

3° Le taux de l'eau contenue dans ces organes est remarquablement constant.

a) Dans le foie, le taux moyen est de 71,8 %.

b) Dans la rate, le taux moyen de l'eau est de 76,3 %.

Chez des chiens traités par le caséinate de soude, le pourcentage de l'eau est de 73,8 dans le foie, de 76,9 dans la rate.

L'augmentation du fer tissulaire après traitement par le caséinate de soude, exprime bien l'action de cette substance sur les éléments figurés du sang, dont les perturbations sont parallèles à celles des protides.

**Sur la neuronolyse physiologique dans l'hypothalamus des mammifères.** — MM. ROUSSY et MOSINGER ont relevé, de façon constante, des processus de désintégration neuronale dans les noyaux végétatifs de l'Hypothalamus des mammifères, processus qu'ils proposent d'appeler *neuronolyse*. La variabilité d'intensité de ce phénomène, suivant les sujets, aussi bien chez l'homme que chez l'animal, permet de penser qu'il est sous la dépendance de facteurs physiologiques cycliques.

La neuronolyse peut affecter des types histologiques différents : vacuolaire, hyalin, colloïde, granuleux, éosinophile, homogénéisant, pigmentaire ; ces différents types pouvant s'associer dans une même cellule. Les neurones du système neuro-végétatif se distinguent ainsi nettement, par leur fragilité, des neurones du système cérébro-spinal. Cette labilité explique que les péricaryones végétatifs de l'hypothalamus réagissent intensément dans les conditions patho-

logiques les plus diverses. Il ne s'agit là que de l'exagération d'un processus physiologique.

**Sur l'action hypoglycémiant de l'extrait testiculaire dans le diabète sucré.** — MM. L. CORNIL et J.-E. PAILLAS. 1° L'injection intraveineuse d'une solution aqueuse d'extrait testiculaire de taureau provoque, chez les diabétiques, une baisse nette du taux du sucre sanguin.

2° La chute de la glycémie notée de demi-heure en demi-heure pendant trois heures est variable en quantité et en durée, suivant les sujets.

Elle se présente sous trois modalités : tantôt cet abaissement, très important, se poursuit rapidement au début, puis plus lentement ; tantôt, il est plus discret et s'établit progressivement ; dans une dernière condition, la chute importante qui peut s'affirmer en 1 h., 2 h., ou 2 h. 1/2, est suivie d'une ascension progressive de la glycémie.

**Recherche comparative par la culture et l'inoculation au cobaye pour l'isolement du bacille de Koch dans les épanchements séro-fibrineux de la plèvre.** — MM. A. SAENZ, J.-M. DE MIGUEL et L. COSTIL. La culture de 15 liquides séro-fibrineux d'origine pleurale, ne contenant pas de bacilles acido-résistants à l'examen direct, a permis de déceler le bacille de Koch dans 60 % des cas, tandis que l'inoculation simultanée au cobaye n'a fourni des résultats positifs que dans 30 % des cas.

Elle donne donc des résultats plus rapides et plus certains que l'inoculation au cobaye.

**Action des divers étages de centres encéphaliques sur l'excitabilité du réflexe médullaire chez les Sélaciens.** — M. P. CHAUCHARD, pratiquant des sections successives de l'encéphale aux divers étages, constate, d'une part, une subordination du nerf sensitif, qui disparaît après l'ablation de la base du mésencéphale. D'autre part, le réflexe ne devient itératif qu'après ablation du bulbe ; jusque-là, il répondait à l'excitation unique.

**Election d'un membre titulaire.** — M. Hazard est nommé membre titulaire.

(SÉANCE DU 9 FÉVRIER 1935)

**Isolement de l'expectoration d'un enfant de bacilles présentant les caractères « aviaires » et « mammifères ».** — MM. J. VALTIS, G. PAISSEAU et F. VAN DEINSE, au cours de recherches qu'ils poursuivent afin de déterminer la forme sous laquelle le virus tuberculeux peut être présent dans les crachats des enfants atteints de localisations initiales de tuberculose, ont eu l'occasion d'isoler des bacilles tuberculeux présentant d'une part des caractères du type « aviaire », d'autre part ceux du type « mammifère » dans le même échantillon de crachats d'un enfant qui, cependant, ne réagissait pas à la tuberculine.

**Un milieu pour obtenir des cultures homogènes de streptocoques.** — M. F. NITTI. La difficulté d'obtenir des cultures homogènes pour rechercher l'agglutination spécifique des streptocoques, est un des obstacles auxquels se heurtent les bactériologistes. M. NITTI propose un milieu phosphaté contenant de l'amidon et du sucre d'érable. Dans la plupart des cas, on obtient des cultures homogènes qui se prêtent parfaitement à l'étude de l'agglutination. Celle-ci apparaît au bout d'une heure. Avec des échantillons de sérums particulièrement actifs, il a obtenu l'agglutination des streptocoques jusqu'à une dilution au 1/10.000.

**Effet de l'excitation du bout périphérique des nerfs sensitifs sur la sécrétion gastrique. Transmission neuro-humorale histaminique.** — M. G. UNGAR. L'excitation du bout



**ANTISEPTIQUE  
PULMONAIRE**

**calme  
la toux**

# Guéthural

ALLOPHANATE DE GUÉTHOL

**puissant modificateur des  
sécrétions bronchiques**



**GRANULÉ**

**POUVANT ÊTRE CROQUÉ  
OU PRIS DANS UN PEU  
D'EAU, DE TISANE**

**DOSES QUOTIDIENNES :** 3 ou 4 cuillerées à café prises  
dans l'intervalle des repas.



**Échantillons & Littérature sur demande à MM. les Docteurs**

**Laboratoires PÉPIN & LEBOUcq**  
**30, Rue Armand-Sylvestre** **COURBEVOIE (Seine)**

..... COURMONT .....

périphérique des nerfs sensitifs libère une substance qui, versée dans la circulation, active notablement la sécrétion gastrique. Il s'agit vraisemblablement de l'histamine ou d'un corps à action analogue.

**Influence de l'âge sur les variations de la cholestérinémie et du pouvoir cholestérololytique.** — MM. ECK et DESBORDS.

1° Chez l'enfant, le sérum est en équilibre, la tendance précipitante exceptionnelle. Il y aurait tendance au contraire à dissoudre un excès de cholestérine.

2° Chez l'adulte, les différences s'accusent. A côté de rares sérums nettement négatifs, on constate que la majorité des sérums tend à dissoudre un excès de cholestérine.

3° Chez le vieillard, la majorité des sérums a un pouvoir cholestérololytique négatif.

1° Quant au pouvoir cholestérololytique, il est conditionné par la quantité de cholestérol extraite par précipitation des protéines du sérum ainsi que par le rapport

N-protéique/N-non protéique.

2° La tendance à l'acidose, marquée par une baisse de la réserve alcaline, semble être un facteur de précipitation.

3° La facilité ou la difficulté de clivage des complexes lipoprotidiques du sérum est également un facteur de précipitation ou de non-précipitation de la cholestérine.

**Action anti-exophtalmique et myotique de la corynanthine.** — MM. L. JUSTIN-BESANÇON, D. BOVER et Mlle Denyse KOHLER. La corynanthine, plus active et moins toxique que l'yohimbine, possède une action anti-exophtalmique très puissante, et, à faible dose, chez le chien, s'oppose à la production d'une exophtalmie de type basedowien. Ses effets myotiques sont également intenses et prolongés. Les expériences poursuivies sur le lapin et la souris mettent en évidence l'antagonisme de la corynanthine pour la mydriase adrénalinique.

**Injectons lentes intraveineuses d'adrénaline.** — MM. A. BAUDOUIN, H. BÉNARD, J. LEWIN et J. SALLET ont pratiqué chez le chien, au moyen d'un appareil à transfusion sanguine, des injections intra-veineuses, lentes et continues, d'une solution d'adrénaline. Ils étudient leur action sur la glycémie. Ils ont constaté qu'à une dose de 0 gr. 05 mmgr d'adrénaline par kilog et par heure, il se produit, dès la première heure, une hyperglycémie manifeste : quand on augmente les doses, l'hyperglycémie augmente, mais relativement peu, et sans aucune proportionnalité avec la dose. D'autre part, l'hyperglycémie est provoquée par des doses qui ne déclenchent pas l'hypertension.

**L'épreuve de la galactosurie provoquée chez l'enfant.** — MM. G. PAISSEAU, G. BROUET et Ch. VAILLE. Le pouvoir glycopexique et glycolytique, plus considérable chez l'enfant que chez l'adulte, et d'autant plus marqué que l'enfant est plus jeune, est un fait anciennement connu.

L'emploi de l'épreuve de la galactosurie provoquée pour l'exploration fonctionnelle du foie nécessite de tenir compte de cette faculté d'assimilation et les auteurs ont mis au point les quantités de galactose qu'il convenait de faire ingérer à l'enfant suivant l'âge, en étudiant des prélèvements fractionnés préconisés par MM. Fiessinger, Dieryck Walter et Thiébaud.

Chez l'enfant normal, les doses à employer pour obtenir une galactosurie à la concentration maximum de 5 gr. p. 1000 dans les 2 premières heures, et de 2 gr. p. 1000 dans les 2 heures suivantes, sont :

De 1 an 1/2 à 2 ans 1/2, 2 gr. de galactose par kilog ;

De 2 ans 1/2 à 5 ans, 1 gr. 50 de galactose par kilog ;

De 5 ans à 9 ans, 1 gr. de galactose par kilog ;

Au-dessus de 9 ans, 0 gr. 75 par kilog.

## LIVRES NOUVEAUX

**Carlos J. Finlay. Son centenaire (1933), sa découverte (1881),** par le professeur FRANCISCO DOMINGUEZ, associé de l'Académie de Médecine (1).

Il y a quelques mois, l'Académie de Médecine célébra le centenaire du grand savant cubain Carlos J. Finlay, à qui l'on doit la découverte de l'agent de transmission de la fièvre jaune. Au cours de cette cérémonie, que les lecteurs de la *Gazette des Hôpitaux* n'ont pas oubliée, le professeur Dominguez prononça l'éloge de son illustre compatriote et exposa l'histoire de la découverte grâce à laquelle la fièvre jaune a pu être vaincue.

Aujourd'hui, en un beau volume auquel l'éditeur M. Louis Arnette a assuré une parfaite présentation, M. le professeur Dominguez retrace l'histoire de la découverte de Finlay. On sait qu'elle ne fut pas acceptée sans de nombreuses luttes, et encore maintenant, il arrive que les Américains oublient parfois Finlay et s'attribuent le mérite de la grande victoire remportée par le savant cubain.

Rappelons donc les faits, ils ont la valeur d'une grande leçon :

Le 18 février 1881, à la Conférence sanitaire internationale de Washington, Finlay, délégué de Cuba, prit la parole et déclara que les méthodes employées jusqu'à ce moment au point de vue sanitaire n'étaient pas d'accord avec les études et travaux qu'il venait de réaliser et desquels il déduisait que, pour la propagation de cette maladie, il fallait :

1° Un cas de fièvre jaune ;

2° La présence d'un sujet apte à la contracter ;

3° La présence d'un agent dont l'existence était complètement indépendante de la maladie et du malade, mais qui était indispensable pour le transport de la maladie du sujet malade au sujet sain.

En effet, les principes sanitaires employés visaient le premier et le second de ces points, mais abandonnaient complètement le troisième, qui était justement celui auquel il fallait s'attaquer.

De retour à La Havane, et ayant terminé ses expériences, il présenta à l'Académie de Médecine de La Havane, le 15 août 1881, le travail qui devait l'immortaliser, et qu'il avait intitulé : « Le moustique hypothétiquement considéré comme l'agent de transmission de la fièvre jaune », et il désignait le « *Culex Mosquito* » comme étant le seul capable de transmettre la maladie. Aujourd'hui, après cinquante-quatre ans, personne n'a pu découvrir un autre moustique capable de transmettre la fièvre jaune.

Finlay accompagnait son mémoire de cinq cas expérimentaux de transmission de la fièvre jaune par le moustique : un cas indiscutable, deux de forme légère et deux non contrôlés.

Pendant vingt ans Finlay lutta pour perfectionner et faire connaître sa théorie ; il publia plus de soixante travaux. Il fut longtemps incompris.

Nous arrivons ainsi à la fin de 1898, au moment où se termine la Guerre d'indépendance de Cuba. Les Etats-Unis prennent possession du pays et commencent l'organisation sanitaire, donnant la préférence aux deux ports importants de Santiago-de-Cuba et de La Havane, où se trouvait Finlay.

D'une façon méthodique, avec le concours de médecins américains et de médecins cubains, le docteur Gorgas, commandant en chef du Département de Santé, commença la campagne contre la fièvre jaune ; mais, malgré l'insistance



# PNEUMOGÈINE

**IODE**

ACTIVE LA VENTILATION  
PULMONAIRE  
DÉCONGESTIONNE  
LES BRONCHES

**CAFÉÏNE**

SOUTIENT LE CŒUR

**THÉOBROMINE**

AUGMENTE LA DIURÈSE

**EMPHYSÈME**  
**DYSPNÉES, CARDIAQUES**  
**BRONCHITES CHRONIQUES**

**ACTION SURE ET RAPIDE**

EN DEHORS DES CRISES 2 à 4 CUILLERÉES À CAFÉ DANS UN PEU D'EAU BIEN SUCRÉE  
PENDANT LES CRISES 4 à 8 CUILLERÉES À CAFÉ DANS UN PEU D'EAU BIEN SUCRÉE

**LABORATOIRES RENARD 142 Avenue de Clichy PARIS**

quotidienne de Finlay lui demandant de mettre en pratique sa méthode Culicidienne, le docteur Gorgas s'obstinait, comme tout le monde, à ne pas croire à sa théorie. C'est un point très important dans l'histoire de cette grande découverte; car si le docteur Gorgas avait à ce moment ordonné l'isolement des malades atteints de fièvre jaune et qu'il eût entrepris une campagne contre le moustique, la révélation de la vérité de la théorie de Finlay aurait éclaté et sa gloire n'aurait pas été mise en doute.

Pendant deux ans les préceptes sanitaires ne furent pas changés, et plus La Havane devenait propre, plus l'épidémie de fièvre jaune augmentait.

Les principes exposés par Finlay à Washington en 1881 trouvaient là une preuve éclatante, car le troisième point, l'agent de transmission, le moustique, n'était pas inquiété.

La Commission américaine de la Fièvre jaune, présidée par le commandant docteur Reed, arrive à La Havane et commence les travaux de contrôle qu'elle devait réaliser sur les maladies infectieuses et principalement sur la fièvre jaune. Elle se réunit pour la première fois le 25 juin 1900 au Campement Colombo, et elle décide de faire porter ses premières expériences sur le bacille ictéroïde de Sanarelli, en ce moment très en vogue, expériences dont les résultats furent complètement négatifs.

Comme on le voit, la Commission américaine ne se préoccupait nullement de Finlay, qui était cependant à La Havane, et dont l'autorité en fièvre jaune était bien connue.

Finalement, devant les insuccès du contrôle du bacille de Sanarelli et des moyens sanitaires employés, et affolée par l'épidémie de fièvre jaune qui s'aggravait, la Commission daigna avoir un entretien avec Finlay, qui lui fit connaître ses travaux et lui remit même les œufs du moustique qu'il considérait comme le seul agent de transmission de la fièvre jaune.

Après avoir fait examiner les œufs par M. Howard, du Département de l'Agriculture de Washington, la Commission commence ses expériences le 11 août 1900, employant les moustiques issus des œufs donnés par Finlay et qui servirent pour la première inoculation de onze cas, dont la dernière en date du 31 de ce même mois. De ces onze cas, deux furent déclarés positifs.

A cette nouvelle, le général Leonard Wood, gouverneur général des Etats-Unis à La Havane, et lui-même médecin très compétent, se rendit compte de l'importance décisive de ce contrôle et décida de faire une manifestation publique en l'honneur du grand savant cubain Carlos J. Finlay. Il lui offrit un banquet, on lui remit un bronze et des discours élogieux lui furent adressés. Il était temps !

Dans son rapport annuel, le général Wood informa son Gouvernement dans ces termes :

« La confirmation de la doctrine du docteur Carlos Finlay est le pas le plus grand qui ait été faite en sciences médicales depuis la découverte du vaccin de Jenner. »

Le général Wood l'avait dit : la découverte de Finlay faisait faire un pas extraordinaire aux sciences tropicales ; elle établissait les principes de la transmission des maladies infectieuses de l'homme malade à l'homme sain par l'intermédiaire des insectes suceurs de sang.

Les conséquences immédiates devaient en découler, et les dispositions furent prises immédiatement pour l'application de la méthode culicidienne, dont le résultat fut que, sept mois après le commencement de sa mise en pratique, la fièvre jaune avait disparu de Cuba.

Cette immense découverte ne pouvait manquer de réveiller des ambitions, c'est pourquoi l'œuvre du professeur Dominguez s'applique à mettre au point tous les faits historiques que nous venons d'énumérer. Ils ne peuvent être contestés. La cérémonie de l'Académie de Médecine de Paris fut donc un acte de justice éclatant.

N'oublions pas que le professeur Dominguez en fut l'animateur dévoué, comme il avait été le fidèle disciple de Finlay.

A ce double titre, il mérite la gratitude de ses compatriotes et aussi des nombreux confrères attachés comme nous à l'amitié franco-cubaine.

F. L. S.

## ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Mardi 2 avril. — Jury : MM. Pierre Duval, président ; Lemaître, Rouvière, Cunéo. — M. SACHOT : Traitement des sinusites maxillaires chroniques par les lavages de l'acide chromique. — M. LIEFFRING : Les glandes vulvo-vaginales ou glandes de Bartholin.

Jury : MM. Brindeau, président ; Lereboullet, Lantuéjoul, Vaudescal. — M. OUVRIEU : Etude de l'action thérapeutique des différents térébenthines au cours de la puerpéralité. — M. WECHSLER : Effets de la cure sanatoriale sur les tuberculeuses gravides. — M. SORIN : Recherches sur le mode d'action de l'eau minérale d'Uriage en injections intra-veineuses.

Mercredi 3 avril. — Jury : MM. Couvelaire, président ; Grégoire, Lacomme, Mondor. — M. AJZENSZTADT : Fonctionnement de la Maternité Lariboisière en 1934. — M. LACHENY : Ictère grave congénital du nouveau-né par infection colibacillaire transplacentaire. — M. MUTRICY : Fractures du calcanéum. Le problème thérapeutique qu'elles posent.

Jeudi 4 avril. — Jury : MM. Claude, président ; Tanon, Hazard, Joannon. — M. COULÉON : La mélancolie présénile, étude clinique. — M. ALTÉRESCU : Les affections pulmonaires chez les mineurs. — M. SÉGAL : Etat actuel de la stérilisation des eaux de boisson. — M. SOLIAKAN : Les laits aigres et leurs bacilles.

Le Directeur-gérant : D<sup>r</sup> François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

**Tout Déprimé  
» Surmené**

**Tout Cérébral  
» Intellectuel**

**Tout Convalescent  
» Neurasthénique**

est justiciable  
de la :

**6, Rue Abel  
PARIS (12<sup>e</sup>)**

**NEVROSTHENINE FREYSSINGE**

Gouttes de glycérophosphates alcalins (0,40 par XX gouttes).  
XV à XX gouttes à chaque repas. — **Ni sucre, ni alcool.**





# TRAITEMENT DES AFFECTIONS PULMONAIRES AIGUES ET CHRONIQUES

## DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE

PAR LES VACCINS du Professeur MINET

(ASTHME — EMPHYSEME — PNEUMONIE, BRONCHO-PNEUMONIE — GRIPPE  
et COMPLICATIONS GRIPPALES : Otites, Mastoïdites, Sinusites)

Ces vaccins établis sur des données scientifiques nouvelles sont des vaccins adaptés, c'est-à-dire des vaccins qui ont été créés à l'aide de souches microbiennes multiples provenant de l'expectoration de nombreux malades. Ils sont par conséquent polyvalents. D'autre part, ils doivent une activité toute particulière à leur mode de préparation qui est tout à fait spécial.

Le vaccin antigrippal donne des résultats heureux dans toutes les formes de la grippe, qu'elle soit grave ou bénigne; le pourcentage des guérisons dépasse 90 p. 100. Le vaccin antigrippal MINET est employé à titre préventif de la grippe : une injection répétée pendant deux ou trois jours consécutifs évite la contagion.

En présence d'une grippe sérieuse avec ou sans localisations pulmonaires, injecter une à deux ampoules par jour en se guidant sur la courbe de température. Le vaccin antigrippal jugule très rapidement les complications grippales suppuratives : otites, sinusites, mastoïdites, pleurésies, etc.; il agit même quand de la purulence s'est manifestée. Nous insistons tout particulièrement sur les traite-

ments des otites inflammatoires ou purulentes, dont l'injection sous-cutanée du vaccin arrête complètement l'évolution en empêchant la production de leurs complications habituelles.

Le vaccin antipneumonique donne dans tous les cas de pneumonie, aussi bien dans la broncho-pneumonie infantile que dans la pneumonie franche de l'adulte et dans la broncho-pneumonie des vieillards, la guérison dans la presque totalité des cas.

Le vaccin antiasthmatic, préparé selon les mêmes méthodes, amène d'après le professeur MINET, la guérison dans le tiers des cas traités et une très grande amélioration dans un autre tiers. Son emploi est donc des plus intéressants.

Tous ces résultats ont été consignés dans une série de communications faites par le professeur MINET à la Société médicale des hôpitaux de Paris et ont été vérifiés en France depuis plus de cinq ans par un bon nombre de cliniciens français.

Ces vaccins présentent le grand avantage de ne jamais amener d'accidents. Leur conservation est indéfinie.

MAISON DE VENTE :

Laboratoires STÉNÉ, 2, Place des Vosges, à PARIS (4<sup>e</sup>)

LE DIURÉTIQUE RÉNAL PAR EXCELLENCE

# SANTHÉOSE

LE PLUS FIDÈLE, LE PLUS CONSTANT, LE PLUS INOFFENSIF DES DIURÉTIQUES

SES QUATRE FORMES

**PURE**

Le médicament régulateur par excellence, d'une efficacité sans égale dans l'artério-sclérose, la présclérose, l'albuminurie, l'hydropisie, l'urémie.

**PHOSPHATÉE**

L'adjuvant le plus sûr des cures de déchloruration et de désintoxication de l'organisme, dans la neurasthénie, l'anémie et les convalescences.

**CAFÉINÉE**

Le médicament de choix des cardiopathies, fait disparaître les œdèmes et la dyspnée, renforce la systole, régularise le cours du sang.

**LITHINÉE**

Le traitement rationnel de l'arthritisme et de ses manifestations; juggle les crises, enraye la diathèse urique, solubilise les accidents urinaires.

DOSES : 2 à 4 Cachets par jour. — Ces cachets sont en FORME DE CŒUR et se présentent en boîtes de 24.

PRODUIT FRANÇAIS

4, rue du Roi-de-Sicile  
— PARIS —

PRODUIT FRANÇAIS

# BISMUTHOÏDOL

Bismuth colloïdal à grains fins, solution aqueuse

*Procédé spécial aux Laboratoires ROBIN***Injectons sous-cutanées, intra-musculaires ou intra-veineuses**

Immédiatement absorbable — Facilement injectable

**COMPLÈTEMENT INDOLORE**

1 ampoule de 2 cmc. tous les 2 ou 3 jours.

R. G., 221.839, Seine.

**LABORATOIRES ROBIN, 13. Rue de Poissy. PARIS**

## LAC-SER

LACTOSERUM DESSÉCHÉ

Un paquet de 5 gr. dilué dans 100 gr. de liquide reconstitue 100 gr. de lactosérum naturel

Boîte de 30 paquets

LABORATOIRE

MONTAGU

49, Bd de PORT-ROYAL

PARIS

# UROMIL

ETHER PHÉNYL CINCHONIQUE — PIPÉRAZINE — HÉXAMÉTHYLÈNE TÉTRAMINE

**MOBILISE — DISSOUT  
ÉLIMINE****L'ACIDE URIQUE****ARTHRITISME**

D. L. BELIERES - 19, RUE DROUOT - PARIS



*La Lancette Française***GAZETTE DES HOPITAUX**

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6°. Tél. : Danton 48-31.

PUBLICITE : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6°) - Téléph. : Littré 54-93.

## PRIX DE L'ABONNEMENT

## FRANCE

3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.

*Etudiants : 25 francs par an.*

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

## ETRANGER

Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.

Tous les autres pays : 75 francs.

## SOMMAIRE

## TRAVAUX ORIGINAUX

*Contribution à l'étude des troubles nerveux consécutifs à l'intoxication oxycarbonée aiguë, par MM. Cot et GUILLEMAN.*

## SOCIÉTÉS SAVANTES

*Académie des sciences. — Société médicale des hôpitaux.*

## INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

*Responsabilité médicale.*

## CONGRÈS

## NOTES POUR L'INTERNAT

*Signes, diagnostic et traitement des cancers coliques (suite).*

## ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

## INFORMATIONS

**HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX** (admissibilité). — Total des points obtenus :MM. Albot, 44; Benoist, 52; Bernal, 55; Bize, 41; Blondel, 55; Busson, 42,5; Cachera, 60; Cahen, 44; Cattan, 62,5; Chabrun, 42; Degos, 61,5; Derot, 56; Desoille, 55,5; Ducas, 48; Even, 54; Fouquet, 60,5; Froment, 55; Goldberg, 46; Guillaïn, 49; Launay, 50,5; Lenègre, 63; Lereboullet, 56; Lièvre, 62,5; Mamou, 59; Mauric, 49; Merklen, 58; Michaux, 52,5; Mollaret, 61; Moussour, 52; Oumansky, 61,5; Périssou, 47; Perrault, 56; Poumailloux, 50; Poumeau-Delille, 53; M<sup>me</sup> Roudinesco, 60; MM. Rouquès, 52,5; Schwob, 49; de Sèze, 75; Sigwald, 47,5; Soulié, 66,5; Thiébaud, 57; Thiroloix, 43; Uhry, 57; Wallich, 68,5; Weill, 58; Worms, 50,5.Sont déclarés admissibles : MM. de Sèze, Wallich, Soulié, Lenègre, Cattan, Lièvre, Oumansky, Degos, Mollaret, Fouquet, Cachera, M<sup>me</sup> Roudinesco, MM. Mamou, Weill, Merklen.— **CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX** (admissibilité). — Total des points obtenus :

MM. Audouin, 58; Arousseau, 73,5; Blondin (S.), 76; Chabrut, 72,5; Cordier, 61; Couvelaire, 65; Dreyfus-Le-Foyer, 57; Dufour, 63; Gérard-Marchant, 64; Gosset (Jean), 62,5; Guillot, 46,5; Hepp, 56; Lecœur, 69; Longuet, 70; Mouchet (Alain), 71; Padovani, 66; Patel, 64; Sauvage, 60; Sicard (André), 77; Vuillième, 59,5.

Sont déclarés admissibles : MM. Sicard, Blondin, Arousseau, Chabrut, Mouchet, Longuet.

**LÉGION D'HONNEUR.** — Est promu dans l'ordre de la Légion d'honneur :**SANTÉ PUBLIQUE.** — *Au grade de commandeur.* — M. Serge Gas, directeur général de l'hygiène et de l'assistance au ministère de la santé publique et de l'éducation physique.**MÉDAILLE D'HONNEUR DES ÉPIDÉMIES.** — La médaille d'honneur des épidémies en or est décernée à titre exceptionnel à M. le docteur Rumpelmayer, à Nice (Alpes-Maritimes), pour maladie très grave contractée dans l'exercice de ses fonctions.**ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS.** — M. le docteur Briau, médecin chef de service à l'asile privé faisant fonction d'asile public d'aliénés de Plouguernevel, est nommé médecin directeur de l'asile public d'aliénés de Vanclaire (Dordogne), en remplacement de M. le docteur Perret, appelé à un autre poste.

— Le poste de médecin chef de service à l'asile privé faisant fonction d'asile public d'aliénés de Plouguernevel, est vacant par suite du départ de M. le docteur Briau, appelé à un autre poste.

**MINISTÈRE DES PENSIONS.** — La Commission de classement des médecins, pharmaciens, chirurgiens dentistes, vétérinaires, invalides de guerre (loi du 12 août 1933) a arrêté :

1° Vacances existant actuellement dans les différentes administrations :

*Ministère de l'air.* — Un poste de médecin à l'école supérieure de l'aéronautique à Paris; soixante et une conventions de médecins; quarante-cinq conventions de dentistes; trente-huit conventions de pharmaciens dans les services extérieurs du ministère de l'air arriveront à expiration au cours de l'année 1935.**EXTRAIT DE MALT FRANÇAIS  
DÉJARDIN**

Bière de Santé - Eupeptique - Galactagogue

**Ministère des postes, télégraphes et téléphones.** — Deux postes de médecins de circonscriptions à Paris; un poste de médecin de circonscription à Bordeaux; un poste de médecin consultant au comité régional de Paris.

**Ministère des finances.** — Quatre postes de médecins dans les manufactures suivantes : Pantin, Le Havre, Le Mans, Bordeaux.

**Ministère de la justice.** — Un poste de médecin à la maison d'arrêt de Montpellier.

**2° Liste d'aptitude établie dans les conditions prévues par les articles 7 et 8 de la loi du 12 août 1933 :**

**Ministère de l'air.** — M. Fradet, pharmacien, a passé une convention pour une fourniture de médicaments au centre de Velizy-Villacoublay.

**Ministère des postes, télégraphes et téléphones.** — M. le docteur Servel dit Cosmi, 5, rue Dupin, Paris, pour un poste de médecin dans une circonscription de Paris.

M. Baumann (Hippolyte), chirurgien dentiste, 36, rue de Bagneux, à Montrouge (Seine), candidature agréée par l'administration pour Paris.

**Ministère de la justice.** — M. le docteur Vigouroux, à Montpellier, pour le poste de médecin à la maison d'arrêt de Montpellier.

**Ministère des finances.** — M. le docteur Rothereau, Le Havre-Graville (Seine-Inférieure), pour le poste de médecin de la manufacture de tabacs du Havre.

Les listes ci-dessus ont été établies au moyen des renseignements fournis par les différentes administrations au secrétariat de la Commission avant le 20 mars 1935. Les renseignements qui parviendront par la suite donneront lieu, le cas échéant, à la publication d'additifs au cours de l'année 1935.

**LES REVENDEICATIONS DES ÉTUDIANTS EN MÉDECINE.** — Les étudiants en médecine à Paris, pour hâter le vote de la loi réglementant l'exercice de la médecine par les étrangers, ont poursuivi leur mouvement de protestation en faisant grève vendredi et samedi dernier. Une délégation conduite par M. le doyen Roussy a été reçue par M. Mallarmé, ministre de l'Éducation nationale, et lui a exposé les justes revendications établies par le Comité d'entente des étudiants. Nous en avons fait connaître le détail dans notre dernier numéro.

**DÉFENSE PASSIVE.** — Le Conseil général de la Seine avait l'an dernier voté un crédit de 20 millions pour l'organisation de la défense passive dans le département. Il a samedi voté un projet de M. Fiancette autorisant l'administration préfectorale à engager 100 millions de dépenses supplémentaires.

**AVIS DE VACANCE.** — Le poste de directeur du bureau municipal d'hygiène d'Auxerre est vacant. — S'adresser au ministère de la Santé publique (direction de l'hygiène et de l'assistance, 6° bureau) dans un délai de 20 jours à dater du 27 mars.

**BOURSES D'ÉTUDES A L'INSTITUT « CARLO FORLANINI » A ROME.** — La Fédération nationale italienne fasciste de lutte contre la tuberculose met à la disposition de l'Union internationale contre la tuberculose six bourses d'études à l'Institut « Carlo Forlanini » à Rome.

Les conditions offertes sont les suivantes :

Les bourses mises au concours, d'une valeur de 3.000 livres chacune, plus la nourriture et le logement, doivent servir à faciliter le stage de médecins étrangers à l'Institut « Carlo Forlanini » à Rome. Ce séjour se répartira sur l'année universitaire (du 15 novembre au 15 juillet), c'est-à-dire huit mois interrompus par les vacances usuelles.

Les boursiers devront obligatoirement résider à l'Institut.

Les bourses seront attribuées de préférence à de jeunes médecins déjà familiarisés avec les problèmes de la tuberculose et désirant se perfectionner dans cette branche.

Le genre de travail poursuivi à l'Institut sera déterminé par accord entre le directeur de l'Institut et le candidat.

Les publications résultant de ces travaux pourront être payées partiellement ou totalement par l'Institut.

Les intéressés doivent adresser leur dossier au siège du Comité national de défense contre la tuberculose, 66, boulevard Saint-Michel, avant le 1<sup>er</sup> juin 1935.

**NÉCROLOGIE.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Albert Doumergue (de Nîmes) et Maurice Page (de Marseille); A. Marie, chef de service à l'Institut Pasteur.

## INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

### RESPONSABILITÉ MÉDICALE

La 2<sup>e</sup> chambre de la cour de Lyon, présidée par M. Terras, vient de rendre un arrêt ayant trait à la responsabilité médicale. Le plaignant avait reçu, accidentellement, des plombs de chasse dans la jambe. Afin d'en faire opérer l'extraction, il s'adressa à un médecin qui pratiqua l'opération non sans avoir eu recours à un radiologue lyonnais. L'opération réussit mais, quelque temps après, une radiodermite grave se produisit. L'amputation dut être pratiquée. D'où procès en responsabilité contre les deux médecins.

La cour a mis hors de cause le médecin traitant et condamné le radiologue à 100.000 francs de dommages-intérêts.

En première instance, le médecin avait été condamné à des dommages-intérêts, et c'était le radiologue qui avait été mis hors de cause.

**L'eczéma, l'urticaire**, par le docteur Jacques SÉDILLOT. In-8° de 153 pages. — Prix : 15 fr. — Paris, Louis Arnette.

**Thérapeutique des dermatoses**, par R. CAVAILLÈS et Jean DEYRIS. Petit in-8° de 95 pages. — Prix : 10 fr. — Paris, Vigot frères.

**Histoire de la chirurgie française (1790-1920)**, par le docteur DE FOURMESTRAUX, avec une préface du professeur J.-L. FAURE. — Paris, Masson et Cie.

### ENCARTAGES DE PUBLICITÉ DANS LA GAZETTE DES HOPITAUX

A la requête de nos lecteurs et pour faciliter leur documentation, notre service de publicité (A. Thiollier, 116, boulevard Raspail, Paris VI<sup>e</sup>) est à leur disposition pour recevoir, par envois groupés sous une seule enveloppe, les demandes D'ÉCHANTILLONS ou de renseignements et les répartir entre les différents laboratoires intéressés.

Insomnies  
Toux nerveuse.

**BROMÉINE** MONTAGU

**OUATAPLASME**

du D<sup>r</sup> LAVOLEBERT  
PANSEMENT COMPLET  
Phlegmasi, eczémas, brûlures, etc



# CONSTIPATION

## REEDUCATEUR DE L'INTESTIN

AUCUNE ACCOUTUMANCE

LABORATOIRES LOBICA  
46, AVENUE DES TERNES — PARIS



### à base de :

SELS BILIAIRES  
POUDRE DE GLANDES INTESTINALES  
CHARBON POREUX  
FERMENTS LACTIQUES  
POUDRE DE LAMINARIA FLEXICAULIS  
POUR 1 COMPRIMÉ

**1 à 6 comprimés par jour  
aux repas ou au coucher**  
Commencer par deux comprimés

# LACTOBYL

## LABORATOIRES CARTERET

LIQUIDE  
et  
COMPRIMÉS

### ANTISEPTIQUE GÉNÉRAL

*Sans odeur et non toxique*

# LUSOFORME

*Formol saponiné*

DÉSINFECTANT — DÉSODORISANT

S'EMPLOIE EN SOLUTION AQUEUSE à 1/4 ou 1/2 p. 100 en GYNÉCOLOGIE, OBSTÉTRIQUE, CHIRURGIE

**Échantillon et Littérature : 15, rue d'Argenteuil, PARIS**

# CINNOZYL

SOLUTION HUILEUSE DE  
CINNAMATE DE BENZYLE  
CHOLESTÉRINE, CAMPHRE

**PRÉTUBERCULOSE,  
TRAITEMENT ADJUVANT  
DES TUBERCULOSES MÉDICALES  
ET CHIRURGICALES**

**AUGMENTE LA CHOLESTÉRINÉMIE**

De 1 à 2 ampoules  
par jour ou  
tous les 2 jours.  
Séries de 15  
à 20 injections.  
Boîte de 8 ampoules  
de 5 cc.

AMÉLIORE L'ÉTAT GÉNÉRAL, AIDE A METTRE L'ORGANISME  
EN ÉTAT DE RÉSISTANCE VIS-A-VIS DE L'INFECTION BACILLAIRE

**INJECTIONS sous-cutanées INDOLORES ou intramusculaires**

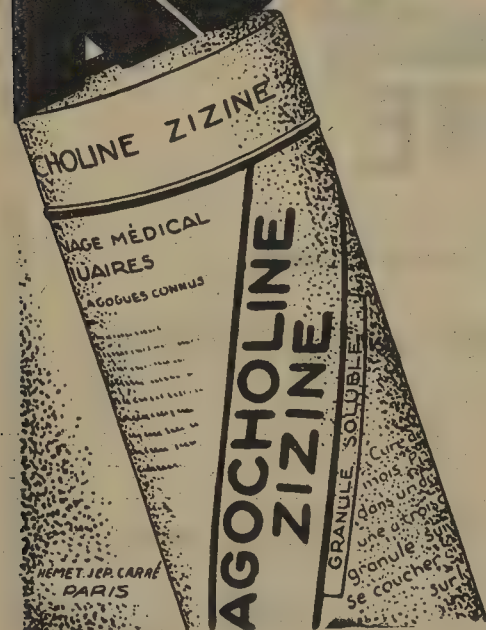
Aucune réaction

Pas de contre-indications

: : LABORATOIRES CLIN, COMAR & C<sup>ie</sup>, 20, rue des Fossés-St-Jacques, PARIS : :

# AGOCHOLINE

(GRANULÉ SOLUBLE)



**CHOLECYSTITES CHRONIQUES  
CONGESTION DU FOIE**

Lithiase biliaire - Ictère et Cholémie

Dyspepsies réflexes - Constipation  
Migraines, Vertiges, Eczéma, Prurit

d'origine  
hépatobiliaire

**Posologie :** 1 à 3 cuillerées à café le matin à jeun, dans  
un demi verre d'eau chaude.

**LABORATOIRES DU D<sup>r</sup> ZIZINE**  
24, 26, Rue de Fécamp - Paris (XII<sup>e</sup>)



## CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES TROUBLES NERVEUX CONSÉCUTIFS A L'INTOXICATION OXYCARBONÉE AIGUE

Par M. le médecin-colonel COT  
et M. le médecin capitaine GUILLEMAN.

Au cours de ces dernières années l'attention a été attirée de façon toute particulière sur les troubles nerveux consécutifs à l'asphyxie oxycarbonée aiguë.

Ces accidents sont connus depuis longtemps puisque, dès 1776, Portal, dans son rapport « sur les effets des vapeurs méphitiques et principalement sur la vapeur du charbon », les signalait déjà.

Depuis lors, un nombre important de travaux ont été publiés en France et à l'étranger. Mais s'il y a, dans l'ensemble, accord entre les auteurs, lorsqu'il s'agit de décrire les principales localisations et la symptomatologie des diverses variétés de séquelles, il y a en revanche divergence d'opinions sur la pathogénie de ces accidents.

Alors que l'Ecole française avec les professeurs Claude et Balthazard invoque le processus de l'asphyxie, l'Ecole allemande avec notamment Sibelius, Hiller, Ruge, Meyer, Pohlisch se basant sur les lésions dégénératives cérébrales constatées à l'autopsie, incrimine une action toxique de l'oxyde de carbone sur le système nerveux, et tout particulièrement sur le système pallidal.

Dans la littérature abondante que nous ne saurions citer, le travail de Desoille (1) tient une place prépondérante, tant par les données expérimentales qu'il renferme que par la collection unique des matériaux cliniques et anatomo-pathologiques qu'il a su recueillir et utiliser avec un sens critique des plus avertis.

Depuis lors, quelques nouvelles observations ont été publiées. Parmi les principales, citons celles de Causade, celle de Delattre, de Lille, concernant un cas de confusion mentale sans troubles moteurs associés, celle de Jacob et Carrot dans laquelle la confusion mentale s'accompagne d'un syndrome fugace d'hypertonie du type extra-pyramidal, celle d'Heuyer et Dublneau qui a trait à un état de démence consécutive à un épisode confuso-anxieux, celle de Van Looy (Société de Médecine Mentale de Belgique) qui relate un cas de troubles confusionnels passagers avec action élective sur la mémoire, celle de J.-A. Chavany, M. David et Gilbert Dreyfus, à propos de manifestations hypertoniques avec troubles du psychisme. Enfin, tout récemment, Courtois et Mme André en ont publié plusieurs. Nous reviendrons plus loin sur l'une d'elles, au sujet de laquelle M. A. Courtois a bien voulu fort obligeamment nous donner quelques précisions intéressantes.

Tous ces cas rentrent dans le cadre général des faits déjà observés et viennent confirmer les conclusions de l'étude générale de Desoille.

Celles-ci, basées sur la méthode anatomo-clinique et sur la méthode expérimentale, sont, rappelons-le en passant, en faveur de la thèse soutenue par l'Ecole française. Elles permettent d'affirmer que la preuve du pouvoir toxique vis-à-vis du système nerveux n'est pas faite, et que c'est, avant tout, par l'intermédiaire du processus asphyxique que les séquelles nerveuses se produisent, tout au moins dans les cas de l'intoxication aiguë par CO.

Il n'est pas dans nos intentions de reprendre l'analyse complète des séquelles nerveuses déjà faite de façon parfaite. L'objet de ces quelques pages est simplement d'apporter un modeste appoint à l'étude des conditions qui déterminent la fréquence et la gravité de ces séquelles et surtout à leur traitement préventif.

Pour cela, il nous a paru intéressant de rechercher, parmi les nombreuses observations recueillies en l'espace de treize mois par le service médical de secours du Régiment de Sapeurs-Pompiers, tous les cas d'asphyxie par l'oxyde de carbone ou le gaz d'éclairage.

Puis, afin de limiter au minimum les erreurs d'interprétation, nous avons retenu parmi ces cas, uniquement ceux concernant les sujets ayant présenté un tableau clinique particulièrement grave, c'est-à-dire, tous ceux qui, plongés dans un état de coma complet, ont dû être soignés, une heure au minimum, avant de reprendre connaissance.

D'ailleurs, parmi les malades dont nous rapportons l'observation, et qui ont pu être ainsi ranimés, certains se trouvaient avec d'autres victimes qui, ayant subi la même intoxication, avaient déjà succombé avant l'arrivée des sauveteurs. Ceci indique suffisamment la gravité de l'atteinte dans les cas que nous allons envisager.

Nous avons pu collationner ainsi 185 observations répondant à ces exigences ; malheureusement, malgré toutes nos recherches, il nous a été impossible de retrouver la trace de 66 de ces anciens malades : ils avaient depuis leur accident, quitté Paris ou changé de quartier.

Il reste néanmoins un lot important de 119 cas, sur lesquels porte notre statistique.

Toutes ces victimes dont l'accident asphyxique remonte au minimum à 3 mois, et au maximum à 16 mois, ont été revues et interrogées individuellement.

91 d'entre elles, c'est-à-dire 77 % environ, n'ont présenté aucun trouble nerveux, sauf une céphalée passagère. Elles n'ont séjourné que fort peu de temps à l'hôpital où elles avaient été transportées et laissées en surveillance dès le retour à la connaissance. Presque tous ces malades ont repris leurs occupations quelques jours après leur intoxication, certains même, dès le lendemain. Sur ce nombre de 91, nous relevons 55 personnes victimes d'un accident, et 36 tentatives de suicide, soit pour ces dernières une proportion d'environ 39 %.

Pour l'instant, et sans vouloir y insister, nous nous permettons de souligner le pourcentage remarquablement élevé des guérisons complètes survenues chez nos malades.

Ce chiffre de 77 % tire toute sa valeur du fait qu'il porte sur un nombre important de cas, et que nous

(1) Les troubles nerveux dus aux asphyxies aiguës, 1932, chez Le François, éditeur, Paris.

n'avons retenu que les comas asphyxiques graves ; dès maintenant il semble logique de l'inscrire au compte de l'ensemble des moyens thérapeutiques mis en œuvre.

A côté de ces guérisons complètes et immédiates, nous avons relevé 28 séquelles nerveuses. A titre documentaire, nous devons signaler que onze d'entre elles concernent des cas d'asphyxies involontaires, alors que dix-sept sont dues à des tentatives de suicide (soit une proportion de 60 % pour ces dernières, chiffre qu'il convient de rapprocher du précédent).

Parmi ces vingt-huit observations, nous notons :

- 20 cas de troubles de la mémoire isolés ;
- 1 cas de confusion mentale ;
- 7 cas de parésie ou paralysie.

Comme cela ressort de tous les travaux publiés sur ce sujet, l'amnésie est fréquemment signalée à la suite de l'asphyxie oxycarbonée ; dans nos observations personnelles il est intéressant de constater que les trois quarts des séquelles relevées par nous sont également des désordres de la mémoire.

Dans 20 cas, ils sont restés isolés, et ne s'accompagnaient pas de l'ensemble des troubles mentaux tels que confusion mentale ou démence si souvent notés comme reliquats d'intoxication oxycarbonée.

Ainsi que l'a bien souligné Desoille, on observe une forme spéciale d'amnésie : la *forme lacunaire*. La victime oublie l'accident et les heures qui l'ont précédé et suivi. Nos malades déclarent ne se rappeler rien et s'être retrouvés couchés dans un lit d'hôpital, sans se souvenir des circonstances qui ont motivé leur transport. Nous constatons quotidiennement l'expression d'étonnement au moment de la reprise de connaissance ; cette amnésie du réveil qui est habituelle, fait selon nous partie du tableau clinique, elle ne saurait être considérée comme une séquelle que si elle persiste dans le temps.

Les troubles de la mémoire peuvent porter non seulement sur la période qui précède l'asphyxie, mais aussi sur celle qui suit, revêtant les types antérograde, ou rétroantérograde que les auteurs ont décrits.

Dans nombre de nos constatations, nous avons pu noter qu'il y avait, non pas absence totale, mais atténuation de la mémoire ; certains faits s'estompent dans le souvenir du malade, qui cependant en conserve quelque vague notion.

Enfin, la caractéristique de toutes nos observations est que, jamais, dans aucune d'elles, nous n'avons relevé de troubles d'amnésie permanente ; leur durée n'a jamais dépassé quelques mois, et la guérison complète a toujours été obtenue.

Or, si nous nous en rapportons aux nombreuses publications consacrées à ces faits, nous voyons qu'à côté des cas où l'amnésie évolue vers la guérison en quelques semaines, il en est un nombre relativement élevé où l'on voit les troubles de la mémoire persister durant des années.

La discrétion des signes observés dans ce domaine, chez nos malades, leur atténuation puis leur disparition rapide, donne, semble-t-il, à cette série de faits une physionomie particulière, que nous nous permet-

tons de retenir, une fois encore, en faveur de la technique des soins donnés.

A côté des troubles de la mémoire qui représentent dans notre statistique la quasi-totalité des symptômes mentaux, nous devons signaler un seul cas de confusion mentale.

Il a fait d'ailleurs l'objet d'une communication à la Société médico-psychologique (séance du 14 décembre 1933) de la part de M. A. Courtois et Mme André.

Il s'agit d'une jeune fille de 24 ans, qui fut asphyxiée accidentellement le 3 juin 1933 par les émanations d'un chauffe-bain fonctionnant au gaz d'éclairage.

Les équipes de secours arrivées quelques minutes après l'appel, trouvèrent la victime en état de coma et lui prodiguèrent immédiatement les secours habituels. Le Médecin de Service, Médecin-Capitaine Valette, quelques instants plus tard, frappé par la cyanose du visage, pratiquait une saignée de 400 gr. En même temps il faisait une injection intraveineuse de 2 cc. d'huile camphrée suivie d'une injection intramusculaire de 10 cc. d'huile camphrée éthérée et 0 gr. 25 de caféine. L'amélioration se manifesta rapidement : au bout d'une heure et demie de soins, la respiration qui était très faible au début se fit spontanément, à un rythme un peu accéléré de 25 à 30 par minute ; le pouls, non perceptible tout d'abord, battait à 100 avec une amplitude presque normale ; enfin la cyanose avait presque totalement disparu.

Mais ce ne fut qu'au bout de trois heures de soins qu'elle reprit connaissance. Elle fut alors transportée à l'Hôpital Beaujon où elle resta jusqu'au 3 juillet dans le service du Dr Stevenin. A cette date, elle fut envoyée à la Salpêtrière, dans le service du Professeur Guillaumin, d'où elle fut évacuée le 15 juillet sur le service du Dr Courtois, à l'Hôpital Henri-Rousselle.

Elle y séjourna jusqu'au 20 décembre et en sortit avec le diagnostic suivant : « Confusion mentale avec torpeur durant trois semaines ; courte période d'excitation avec violences, puis idées délirantes mégalomaniaques et de grossesse ; agitation anxieuse avec crainte de persécution et de mort, enfin troubles de la mémoire, indifférence générale, impulsivité coléreuse paraissant marquer l'installation d'un affaiblissement définitif. »

Cette observation ayant été rapportée de façon très complète par le Docteur Courtois, nous ne saurions rien ajouter aux diverses considérations auxquelles elle a pu donner lieu ; nous n'avons pas d'ailleurs pu revoir la malade, qui est à la campagne depuis le 15 janvier 1934. Nous compléterons simplement ces renseignements que nous devons à l'obligeance du Docteur A. Courtois, par les quelques lignes écrites par le beau-frère de la victime à la date du 22 février en réponse à une demande de renseignements.

« J'ai noté, dit-il, que principalement aux changements de température, ses yeux étaient plus fixes, plus dilatés, la lèvre inférieure tremblante comme si elle était dans un état de colère sourde, ne parlant pas, ne voulant rien faire, et désirant être constamment au lit, la nuit dormant peu, mais conservant un parfait appétit. » Nous ajouterons que le Dr Courtois et Mme André signalent que le père de la malade est mort de tuberculose pulmonaire, et sa mère des suites de couches à la suite d'un huitième accouchement. Une sœur est morte de méningite en bas âge, et la malade elle-même, d'après ces auteurs, aurait été atteinte de débilité mentale.



Telles sont les seules indications que nous ayons pu avoir, tant sur l'état actuel de cette malade que sur son état antérieur, et sur ses antécédents héréditaires ; elles peuvent cependant apporter quelque lumière sur son cas. En ce qui concerne le temps probable de l'asphyxie, la rapidité de l'appel fait aux spécialistes et la mise en action des secours, nous sommes en revanche mieux documentés :

D'après les renseignements recueillis dans l'entourage de la victime, celle-ci avait dû séjourner environ 25 minutes dans l'atmosphère toxique. Elle fut retrouvée étendue dans une salle de bains de dimensions très restreintes. Le robinet du chauffe-bain largement ouvert laissait échapper une abondante quantité de gaz d'éclairage qui signalait la nature de l'intoxication. La caserne des Sapeurs-Pompiers distante de 2 ou 300 mètres du lieu de l'accident fut avertie par un voisin, si bien que l'on peut évaluer à 3 ou 4 minutes le temps qui sépare la découverte de la victime de l'arrivée des secours. Elle était couchée dans le coma le plus complet, en partie dévêtue. Elle fut aussitôt placée sur l'appareil à respiration artificielle construit par l'un de nous et les sauveteurs commencèrent l'administration de carbogène en attendant l'arrivée du Médecin de Service. Celui-ci mit aussitôt en œuvre la thérapeutique dont nous avons parlé. Ces soins furent poursuivis pendant 1 heure 1/2 sur place. Ce n'est qu'au bout de ce temps, après la reprise du rythme respiratoire presque normal et la réapparition d'un pouls bien frappé et suffisamment ample et régulier, qu'elle fut transportée, avec toutes les précautions habituelles, dans une ambulance municipale, à l'Hôpital Beaujon. Un Caporal et un Sapeur l'y accompagnèrent, munis de l'inhalateur à carbogène. Ils poursuivirent les inhalations pendant tout le trajet en ambulance, puis à l'Hôpital, dans le service du Docteur Stevenin. Ce ne fut que 2 heures 1/2 plus tard qu'ils se retirèrent après avis de l'Interne de Service : la malade était alors complètement sortie du coma et avait repris entièrement connaissance. Elle avait été soumise à la carbogénothérapie pendant environ 4 heures.

Le lendemain elle allait très bien et tout faisait prévoir une guérison rapide, comme on l'observe habituellement.

Il nous reste maintenant après avoir rapporté les cas de séquelles d'ordre mental, à analyser rapidement les rares cas de paralysies qu'ont présentés sept de nos « rescapés ».

Comme pour les précédents, le fait que notre enquête a porté sur des sujets qui étaient déjà, pour la presque totalité, tout à fait débarrassés de leurs séquelles nous oblige à n'en faire qu'un résumé fort incomplet du point de vue localisation, et aussi origine.

Sur les sept cas observés, six concernaient des troubles parétiques qui ont eu pour caractères essentiels, d'abord d'être légers, c'est-à-dire de n'entraîner qu'une impotence fonctionnelle partielle, ensuite d'être transitoires puisqu'au moment où nos malades ont été revus, ils avaient déjà disparu.

Dans trois observations, les symptômes parétiques portaient sur les membres inférieurs. Ces sujets accusaient des crampes et des douleurs, intermittentes mais très vives ; ils éprouvaient une sensation de faiblesse, qui les incitait à se munir d'une canne pour marcher. Aucun d'entre eux n'est resté confiné au lit mais tous ont été cependant gênés sérieusement dans leur activité physique pendant quelque temps. Cette gêne n'a heureusement pas été de longue durée, et elle avait disparu chez tous ces malades au bout de 7 semaines au plus.

Dans trois autres cas, nos malades nous ont signalé une impotence fonctionnelle localisée au membre supérieur. Nous retrouvons d'ailleurs ici le même caractère bénin et transitoire de la séquelle nerveuse. L'une des victimes se plaint d'une « raideur dans le bras » ayant duré 15 jours ; cela ne l'avait du reste pas empêché de reprendre son travail dès le cinquième jour après l'accident. Un autre nous a signalé une « maladresse » de la main droite, ne s'accompagnant pas de gêne des mouvements du bras ou de l'avant-bras ; ce trouble avait totalement disparu au bout d'un mois et comme dans le cas précédent, il ne nécessita de la part du malade aucune consultation médicale.

Enfin, la troisième victime, revue un an après son accident, nous a raconté que, durant quatre mois environ, elle avait eu des difficultés à se servir de son bras gauche, qui lui semblait lourd et maladroit. Celui-ci était en outre le siège de douleurs névralgiques assez violentes, siégeant à la fois sur ses faces interne et externe, mais sans caractères topographiques précis. Lors de notre examen il n'en restait aucune trace, et, tout en penchant pour une atteinte plus ou moins discrète des branches terminales du plexus brachial, nous ne nous dissimulons nullement combien, en l'absence d'examen médical et électrique fait dans la période d'évolution, tout diagnostic rétrospectif manque de certitude.

Il est intéressant de noter que, chez ces malades, les troubles parétiques ont été associés à des troubles de la mémoire également passagers.

Du fait de leur fugacité, et de leur disparition totale au moment de notre examen, il ne nous a été possible de recueillir aucune donnée suffisante pour nous permettre de situer de façon précise la localisation de l'atteinte ; néanmoins, l'histoire des symptômes et surtout la présence des troubles sensitifs sont en faveur, dans la plupart des cas, sinon dans la totalité, d'une lésion périphérique.

La seule conclusion qu'il soit logique d'en retirer, c'est ce caractère d'atteinte discrète et « a minima » qui a caractérisé également l'ensemble des troubles amnésiques constatés chez 20 de nos malades.

Il n'en est pas de même pour le dernier cas que nous avons à relater et qui doit retenir quelques instants notre attention.

C'est celui d'une femme âgée de 71 ans asphyxiée accidentellement le 25 octobre 1933 par le gaz d'éclairage. Cette femme fut trouvée, à côté du cadavre de son mari qui, âgé de 76 ans, n'avait pu résister à l'asphyxie.

Il faut noter, au passage, qu'elle était couchée sur le côté droit et que tout, dans son attitude et la disposition des objets et des meubles qui l'entouraient, permettait de supposer qu'elle avait fait une chute. Elle portait du reste sur le côté droit du front une petite plaie contuse récente, provoquée sans doute par le choc de sa tête contre un meuble voisin. Elle fut soignée suivant la thérapeutique habituelle que nous avons exposée pendant 1 heure 1/4 chez elle, puis 1 heure 1/2 à l'Hôpital Beaujon où elle avait été transportée. Ce n'est qu'au bout de ce temps, après qu'elle eut repris complètement connaissance, que les Sapeurs-Pompiers interrompirent leurs soins.

Quelques jours après son accident, s'installait une paralysie du membre supérieur droit qui persistait encore six mois plus tard, entraînant une impotence absolue. Mais ce



qui est plus intéressant, c'est l'apparition dès les premiers jours, « d'un œdème blanc, dur, douloureux » du membre supérieur droit, « simulant de prime abord une phlébite » (Desoille). Ce diagnostic semblait d'autant plus plausible que c'était sur ce membre qu'avait été faite l'injection intraveineuse d'huile camphrée que nous et nos camarades pratiquons régulièrement chaque jour dans des cas semblables (1).

Mais la constitution rapide de l'œdème, ainsi d'ailleurs que l'absence de fièvre, et que la généralisation de la douleur à l'ensemble du membre permettent en pareille circonstance d'éliminer facilement la phlébite. Cependant, dans ce cas, comme dans plusieurs cas analogues rapportés par Desoille, et ainsi que le fait judicieusement remarquer cet auteur, la possibilité d'une thrombose veineuse se résorbant en quelques jours peut se discuter. Cette observation vient donc s'ajouter aux observations d'œdèmes segmentaires signalés parmi les séquelles nerveuses des asphyxies aiguës par l'oxyde de carbone. A celles déjà anciennes publiées par Litten, Mathieu et Sikora, Peter, Desoille ajoute celles de deux malades qu'il a observés avec le Professeur Guillain et Thuirel, celle de Dervieux, et enfin celle qui a été publiée par Lereboullet et Alard.

Dans toutes ces observations, il existe, en même temps que l'œdème, des paralysies associées ainsi que des troubles anesthésiques.

Le cas de notre malade vient s'ajouter aux précédents, et la persistance de la paralysie flasque actuelle, n'ayant aucune tendance à l'amélioration après une durée de six mois, peut s'expliquer en grande partie, à défaut de l'état antérieur (qui n'a pu être recherché : goutte, diabète, rhumatisme, etc.) par le grand âge du sujet. Peut-être faut-il aussi tenir compte du rôle que peut jouer, dans de telles conditions, le traumatisme provoqué par la chute sur le côté droit.

A ce propos, il nous paraît intéressant de rappeler une observation de Barbier et Girard, rapportée en mai 1934, à la Société Médicale des Hôpitaux de Lyon. Ces auteurs citent un cas de paralysie du plexus brachial consécutif à un traumatisme de l'épaule. Cette paralysie était totale avec réaction de dégénérescence, mais ne s'accompagnait d'aucun trouble de la sensibilité. Elle a guéri en 3 mois 1/2 environ, ne laissant qu'une très légère atrophie de l'adducteur du pouce : la récupération motrice fut à peu près totale.

Quelle que soit l'interprétation qu'on veuille donner à ces faits, il n'en reste pas moins vrai que notre observation vient, une fois de plus, confirmer ce qu'énonçait Desoille en ces termes : « Ce qui donne aux paralysies par l'oxyde de carbone, une physionomie clinique très spéciale, c'est la fréquence des troubles trophiques tels que : éruptions bulleuses, œdèmes, etc... ».

**Discussion.** — De l'ensemble des faits que nous venons de relater, il nous paraît intéressant de dégager quelques considérations générales.

La première, la plus importante, celle qui vient tout naturellement à l'esprit, c'est que sur la quantité considérable de malades observés, on ne relève qu'un nombre minime de séquelles nerveuses.

Il faut souligner également que, parmi celles-ci, 26 malades sur 28, pris dans l'ensemble des 119 cas de notre statistique, n'ont présenté que des séquelles légères, totalement disparues quelques semaines ou quelques mois après l'accident, le plus souvent spontanément, sans qu'aucun traitement ait été appliqué.

Seuls deux cas, l'un de confusion mentale, l'autre de paralysie du membre supérieur droit, celui-ci survenu chez une personne âgée de 71 ans, ont donné lieu à des séquelles graves et sans doute incurables.

Si l'on veut bien se rappeler que nous n'avons retenu que des cas de comas asphyxiques profonds, il est logique d'admettre que c'est au moins en grande partie à notre traitement qu'il faut attribuer le si faible pourcentage de séquelles graves observées (2 cas sur 119 cas de comas).

Cette faible proportion est encore plus manifeste, si l'on considère non pas seulement les cas graves traités, mais le nombre total des asphyxiés par CO. ramenés à la vie par nos soins : le chiffre des réanimations atteint actuellement 78 %. Grâce à une intervention prompte, à un traitement immédiat *sur place* avec des moyens appropriés et des spécialistes entraînés, un nombre appréciable de victimes qui, jusqu'alors, étaient condamnées peuvent être ramenées à la vie. Cependant, malgré la gravité particulière de ces atteintes, le pourcentage des séquelles nerveuses demeure extrêmement minime, de même d'ailleurs que celui des séquelles immédiates pulmonaires ou cardiaques si fréquentes jusqu'à présent.

Il ne nous a malheureusement pas été possible de trouver une statistique aussi importante, et basée sur un nombre suffisamment élevé de cas graves de comas asphyxiques par CO, à opposer comme terme de comparaison à la nôtre. Nous ne pouvons que citer, à titre documentaire, une série de 22 cas, due à Kilian et Crohn. Sur ces 22 cas de réanimations, choisis sur un total de malades que nous ignorons, 4 « réanimés » moururent durant les premiers jours après l'accident (dont 2 par suite de pneumonie double) ; les dix-huit autres « guérirent, nous dit Sigismond Bloch, par injections intraveineuses de coramine, malgré que certains aient présenté de très graves symptômes généraux : cyanose, œdème du poumon, paralysie ».

Cet exemple, où on a cependant utilisé un dérivé du camphre, suivant une technique se rapprochant de celle que nous appliquons (mais à notre avis incomplète), témoigne nettement de la différence des résultats.

Voyons maintenant si l'on peut retirer de l'ensemble de nos observations quelques éléments susceptibles de contribuer à l'étude de l'évolution générale et du pronostic des séquelles nerveuses de l'intoxication oxy-carbonée.

Pour ce qui est du tableau clinique de l'accident aigu, nous ne saurions rien ajouter à ce qui est classique, sauf peut-être en ce qui concerne les troubles de la mémoire ; ils nous ont paru plus fréquents qu'on

(1) Ces injections intraveineuses ont déjà été pratiquées dans des centaines de cas de comas asphyxiques par les Médecins du Régiment de Sapeurs-Pompiers, sans qu'il ait jamais été constaté le moindre incident.



ne le dit à la phase post-comateuse, et nous croyons que l'on peut admettre comme constante cette phase d'amnésie lorsque le coma a été assez prolongé ; la durée de la lacune amnésique est très variable, mais cependant le plus souvent elle disparaît assez vite.

De même nous avons observé parfois à cette phase post-comateuse, un délire soit furieux soit onirique ; dans ces cas, nous avons tiré un réel bénéfice de la saignée, qu'au surplus nous pratiquons dans tous les cas de syndrome asphyxique grave, avec pouls petit, filant, dilatation aiguë du cœur droit, cyanose marquée, etc...

Dans l'évolution générale de la période post-asphyxique, nous devons signaler en passant, bien que ceci sorte un peu du cadre de notre sujet, la rareté des séquelles immédiates, et notamment des complications pulmonaires. Ces séquelles ne doivent pratiquement plus se reproduire, si l'atélectasie pulmonaire est combattue dès l'accident, par l'application d'un traitement convenable, qui demande à être continué durant les 48 heures qui suivent et plus, si la ventilation pulmonaire du malade le nécessite. A ce propos, il est utile de rappeler l'intérêt des inhalations du mélange d'Henderson (oxygène 93 %, CO<sup>2</sup> 7 %) auxquelles nous donnons une grande place dans l'ensemble de notre technique. Elles ont pour résultat d'amener la disparition presque complète des séquelles pulmonaires. Nous l'avons constaté dans la plupart des cas où ces inhalations ont été continuées par les confrères qui nous ont succédé auprès des victimes réanimées par nos soins.

Enfin, en ce qui concerne les cas de séquelles nerveuses, nous n'avons eu à déplorer aucun accident mortel, mais seulement deux cas de lésions graves et persistantes, sur nos 28 malades.

Ici aussi, nous devons insister encore sur ce fait que l'évolution générale de ces séquelles a été caractérisée par une benignité toute particulière dans la quasi-totalité des cas. Il paraît difficile d'invoquer d'autre cause pour expliquer cette série favorable que l'efficacité du traitement administré, et aussi la rapidité avec laquelle ces secours sont donnés.

Cette célérité est assurée grâce aux moyens de transport et au libre passage dont disposent les médecins et les secouristes du Régiment de Sapeurs-Pompiers de Paris, et il n'est pas douteux qu'elle ne soit d'une importance réelle pour le résultat. Elle permet notamment l'application immédiate de la carbogénothérapie, de la saignée et de l'injection intraveineuse de camphre, dont l'action combinée s'exerce sur les vaso-moteurs et, partant, sur la panne circulatoire veineuse et capillaire qui commande le syndrome asphyxique.

Les processus hémorragiques et œdémateux n'ont pas ainsi le temps de s'aggraver ou même de se constituer, et il en est de même des thromboses vasculaires intimement liées au ralentissement circulatoire.

C'est à ces diverses raisons qu'il nous paraît judicieux d'attribuer la rareté et aussi la benignité manifestée des cas de séquelles nerveuses observés et notamment des cas de parésies constatés.

Il serait également intéressant, en ce qui concerne cette question de l'évolution générale de l'asphyxie

et de ses séquelles, de pouvoir déterminer s'il existe une relation entre le temps qu'a duré l'asphyxie et l'apparition des troubles nerveux (1). Malheureusement, la concentration de l'oxyde de carbone est variable, et le plus souvent on ignore le début de l'intoxication.

En revanche, si nous tenons comme probable que la durée du coma peut être pour une part fonction de la durée du temps d'asphyxie et de la teneur en CO de l'atmosphère, nous avons pu constater qu'en dehors évidemment des cas où il y a intoxication barbiturique concomitante, cette durée du coma est également en relation certaine avec le retard apporté à la mise en œuvre de secours efficaces.

Notre camarade, le Médecin-Commandant Jacob, ancien Médecin au Régiment de Sapeurs-Pompiers, a rapporté avec Carrot un cas d'asphyxie qui a réalisé un syndrome d'hypertonie du type extrapyramidal par atteinte discrète et passagère des noyaux gris centraux accompagnée d'une crise de confusion aiguë. Il insiste lui aussi sur la prolongation du séjour de la victime dans l'atmosphère toxique et il lui attribue la durée du coma qui a persisté durant une vingtaine d'heures ; il souligne également le temps perdu entre le dégagement de la victime, l'appel et l'arrivée des secours.

Enfin, nous avons l'impression que, dans la production des lésions hémorragiques qui semblent commander l'apparition de nombreuses séquelles nerveuses, le mode d'agression brusque du toxique semble jouer un rôle non négligeable.

Ce n'est pas tant l'inhalation massive d'emblée que le mode d'inhalation soudaine à laquelle nous faisons allusion ici ; ce début brutal qui peut aller parfois jusqu'à la sidération bulbaire détermine généralement, chez certains sujets en état de déséquilibre vago-sympathique un état de *shock*, avec les modifications nerveuses, humorales et circulatoires qui le caractérisent. Chevallier et Desoille ont assigné à « l'agonie rapide » une importance réelle comme facteur des suffusions hémorragiques chez les asphyxiés ; certaines de nos observations et celle de notre camarade Jacob semblent en faveur d'un rapport possible entre la production d'hémorragies au niveau du système nerveux et le mode de début brutal de l'asphyxie.

En dehors des quelques données que nous venons d'apporter dans l'étude de l'évolution générale de l'état asphyxique et de ses séquelles, pouvons-nous retirer de notre statistique quelques éléments du pronostic ?

Seule la question d'âge pourrait être retenue puisque le seul cas d'œdème segmentaire et de paralysie persistante que nous avons relevé l'a été chez une femme âgée de 71 ans. Et encore, le fait qu'il s'agissait d'une asphyxie très grave (mari trouvé mort à ses côtés), que l'état antérieur (diabète, alcoolisme, goutte, etc...) n'a pu être sérieusement établi, et enfin que le rôle de la chute dans la production de la paralysie n'a pu être éliminé, bien au contraire, tout

(1) DESOILLE a démontré expérimentalement qu'une asphyxie prolongée pendant plus d'une heure (oxyde de carbone ou suffocation prolongée) donne lieu à des quadriplégies spasmodiques durables.

cela enlève une grande partie de sa valeur à cet élément de pronostic.

Telles sont les constatations qu'il nous semble possible de faire pour ce qui est des données intéressant l'étude d'ensemble des séquelles nerveuses d'intoxication par CO.

La conclusion à en tirer, nous l'avons laissé pressentir à plusieurs reprises au cours de ce travail.

Au surplus elle est toute entière basée sur les deux faits capitaux que sont : la bénignité remarquable de la quasi-totalité des cas de séquelles nerveuses, et l'infime pourcentage de ces cas par rapport au total des 119 comas graves observés par nous.

Il en résulte de toute évidence que la meilleure prophylaxie de ces accidents réside dans une thérapeutique efficace du syndrome asphyxique aigu lui-même.

Le traitement que nous préconisons et que les résultats apportés ici semblent légitimer largement, est celui qui a été indiqué et réglé il y a déjà plusieurs années, par l'un de nous, et qui depuis cette époque a été appliqué par nos camarades Sarroste, Jacob, Joly, Franchi, Valette, Pasquière et nous-mêmes dans des centaines de cas d'asphyxie grave par CO (1).

Il est basé essentiellement sur l'association du carbogène (ou carboxygène) avec l'injection intraveineuse d'huile camphrée.

A cette technique qui doit être appliquée à tous les cas, soit à ceux du type asphyxique, soit à ceux du type syncopal, on doit ajouter la *phlébotomie* toutes les fois que la gravité du syndrome asphyxique aigu le commande (cyanose, état du pouls, dilatation du cœur droit, etc...).

Enfin, il est à peine besoin d'ajouter que dans tous les cas où la respiration spontanée est insuffisante ou absente, nous faisons pratiquer la respiration artificielle mécanique avec l'appareil que l'un de nous a mis au point ou à défaut avec le procédé manuel de Schafer.

Tel est l'ensemble de la technique que nous conseillons d'appliquer ; elle a largement fait ses preuves, et a acquis actuellement droit de cité dans l'arsenal thérapeutique moderne. Mais encore faut-il, pour en obtenir le maximum de résultats favorables, soit immédiats, soit médiats, que ce traitement soit appliqué suivant les principes que nous ne cessons de rappeler ; c'est-à-dire avec un *minimum de temps perdu*, et aussi *sur place*. Le transport à l'Hôpital ne doit en effet être effectué que dans un deuxième temps, lorsque les fonctions respiratoire et circulatoire ont repris une activité suffisante pour qu'il puisse s'effectuer sans danger pour la victime.

(1) Consulter pour plus de détails : Cot. *Les Asphyxies accidentelles*, 1931, chez Le François ; Cot, *Carbogénothérapie*, in *Presse Médicale*, 3 et 13 déc. 1932 ; Cot, JACOB, JOLY, SARROSTE, *Pratique Médicale d'Urgence des Asphyxies*, *Gaz. des Hôp.*, 30 juillet et 6 août 1932 ; GUILLEMAN, *Traitement Général des Asphyxies*, *Gaz. des Hôp.* des 3 et 10 fév. 1934.

Éléments de chimie organique biologique, par Michel POLONOVSKI et Albert LESPAGNOL, avec une préface de A. DESGREZ. Grand in-8° de 594 pages. — Prix : 100 fr. — Paris, Masson et Cie.

## SOCIÉTÉS SAVANTES

### ACADEMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 18 MARS 1935)

**Sympathectomie périartérielle.** — MM. René LERICHE et René FONTAINE envoient une note démontrant par l'aortographie au thorostrast l'effet vaso-dilatateur de la sympathectomie périartérielle. Cete vaso-dilatation est un état fonctionnel et non anatomique, et cela justifie l'emploi de cette opération anodine dans le cas où les artères d'un membre ne sont pas oblitérées et où dominent des phénomènes spasmodiques.

**Titre antitoxique et pouvoir antiinfectieux des sérums thérapeutiques.** — MM. Michel WEINBERG et Jean DAVESNE.

### SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 22 FÉVRIER 1935)

**Tuberculose pulmonaire évolutive à type exsudatif, chez un sujet âgé ; réactivation d'un foyer éteint depuis 54 ans ; méningo-encéphalite tuberculeuse terminale.** — M. G. CAUSSADE. De cette observation se dégagent les faits suivants :

1° La tuberculose du vieillard est presque toujours le réveil d'une tuberculose plus ou moins ancienne.

2° Ce réveil peut se faire dans des cicatrices scléreuses de vieille date, où le bacille tuberculeux peut se réactiver et d'où il peut essaimer.

3° Si, le plus souvent, ces réveils sont provoqués par des causes évidentes (traumatismes, infections ou affections diverses), il est possible, en leur absence, d'invoquer des modifications sanguines.

4° Le terrain sénile n'est pas réfractaire à la tuberculose, malgré la déchéance organique.

Le vieillard est exposé aussi bien aux formes chroniques et torpides de la tuberculose pulmonaire qu'aux formes aiguës et exsudatives.

**Un cas de kala-azar chinois ; leishmanioses cutanées de formes variées.** — MM. Pr. MERKLEN et L. ISRAËL. Histoire d'un malade de 33 ans qui fit son service à Tien-Tsin, où il contracta un kala-azar que M. Galliard identifia effectivement comme dû à un virus leishmanien d'origine chinoise. Le tableau fut celui d'une anémie splénomégaly fébrile, avec hémorragies, hypotension, albuminurie compliquée d'accidents cutanés et sous-cutanés, véritables leishmanioses qui évoluèrent sous forme de poussées érysipélateuses sans bourrelet, semblant bien appartenir au kala-azar chinois.

**Spondylolyse et spondylolisthésis.** — MM. CORTE, G. MORIN. Deux cas de spondylolyse, l'un accompagné de spondylolisthésis. Chez un malade, la spondylolyse unilatérale provoque une rotation et un déplacement latéral de la 4° lombaire par rapport à la 5°, d'où scoliose lombaire supérieure, croisée par rapport à la névralgie sciatique, dont le sujet est atteint.

**Un cas de pyocyanurie.** — MM. JACOB et ASCHKENAZY. Malade porteur d'un pneumothorax fistulisé dans les bronches ayant déterminé un empyème de nécessité sous-claviculaire. Après pleurotomie, la plèvre se surinfecta par du pyocyanique et une décharge massive de pyocyaniques amena l'émission d'une urine brunâtre, prenant à l'air une coloration presque noire. Ces urines se présentaient presque comme une culture pure de pyocyanique.



Trois cas de sarcome musculo-aponévrotique traités à l'aide du virus-vaccin antirabique. — MM. HAGUENAU, CRUVEILHER et GALLY. Trois malades atteints de sarcome musculo-aponévrotique traités par la radiothérapie associée au virus-vaccin antirabique. Il s'agit sans doute d'un effet de sensibilisation de la tumeur aux rayons. Les auteurs eux-mêmes font toutes réserves sur l'évolution ultérieure de ce cas, car dans la série sarcomateuse, il y a des tumeurs d'une malignité très différente.

La vitesse circulatoire en dehors de l'insuffisance cardiaque. — MM. LIAN et FACQUET. Tachycardie accélère la vitesse circulatoire, ainsi que l'effort et la fièvre. Affections pleuro-pulmonaires, hypertension sans action. Maladie de Basedow, influence accélératrice ; myxœdème ; effet ralentissant ;

Grandes anémies : effet accélératoire ;  
Polyglobulies : effet ralentissant.

Un cas de Soduku. — MM. GAUTIER et BISSERY. Un cas de Soduku chez un homme qui dressait des faucons et qui pour les nourrir, leur donnait à la main de la chair fraîche de rat : il pouvait être griffé et l'origine de la maladie doit tenir à l'inoculation de sang de rat infecté par l'une de ces griffures. Evolution clinique classique. Guérison par le novarsénobenzol.

Trois cas d'érysipèle gangréneux. Etude clinique et bactériologique. — MM. LEMIERRE, BROCARD et PHAM. Chez deux malades, un bacille anaérobie spécial (*Bacillus terebrans*) a été trouvé associé au streptocoque. Dans le troisième cas, le streptocoque a été trouvé associé à un staphylocoque doré. C'est à l'existence de ces associations micro-

biennes qu'a été due l'évolution gangréneuse des érysipèles.

Mesure de la vitesse de circulation dans l'insuffisance cardiaque. — MM. LIAN et FACQUET. Résultats obtenus dans la mesure de la vitesse circulatoire par l'emploi de produits rapides : histamine (sensation acide dans la bouche) ; décholine (sensation amère) ; saccharinate de soude (sensation sucrée) : or dans 50 cas d'insuffisance cardiaque, on constate que le ralentissement de la vitesse circulatoire est constant dans l'insuffisance cardiaque. Le degré du ralentissement est en harmonie avec l'intensité et les variations évolutives de l'insuffisance. Cela permet de découvrir des cas latents d'insuffisance cardiaque.

Kala-azar chronique de l'adulte. — MM. RATHERY, DEROT et CONTE. Algérien venu en France présentant des douleurs dans l'hypocondre gauche et de la fièvre. Cliniquement : hépato-splénomégalie avec anémie et leucopénie, hémorragies gingivales. La formol-leucogélification et la réaction de Choppa étaient positives et la ponction de la rate décèle quelques leishmonia.

Trois cas de kystes congénitaux, isolés et suppurés du poumon. — MM. SERGENT, DURAND, KOURILSKY et PATALAN. Trois cas de kystes congénitaux isolés du poumon révélés par la suppuration du kyste. Signes radiologiques : netteté singulière des contours et persistance invariable de l'image radiologique quelles que soient les vicissitudes de l'évolution. A l'intervention, constatation d'une poche fibreuse inextensible, impossible à extirper et à comprimer chirurgicalement. Pour deux cas, les coupes histologiques ont montré la dysplasie bronchique typique connue dans les bronchectasies congénitales.

**TROUBLES DU CYCLE OVARIEN**  
Puberté  
Ménopause

**OESTROBROL**  
**"ROCHE"**  
(Sédobrol folliculiné)

Chaque Tablette contient: Na Br 1 Gr.  
Folliculine 100. Unités

**Calmant régulateur  
des dysovaries**

Produits **F. HOFFMANN - LA ROCHE & C<sup>ie</sup>** 10, Rue Crillon. PARIS (IV<sup>e</sup>)

## CONGRÈS

**Voyage en Espagne et aux Iles Baléares.** — Pour répondre à l'invitation qui lui a été maintes fois adressée, par nos collègues d'Espagne, le Conseil d'Administration de l'UMFIA ou Union médicale latine, a décidé de faire au cours des vacances de Pâques, un voyage dont l'itinéraire sera le suivant : Paris, Irun, Madrid, l'Escorial, Tolède, Saragosse, Barcelone, Sitges, les îles Baléares. Retour à Barcelone, Paris.

L'organisation de ce voyage confiée à l'Academia Gaya sera faite dans les meilleures conditions et son prix ne dépassera pas 1.500 francs pour 15 jours (dimanche des Ramèaux au dimanche de Quasimodo).

Pour tous renseignements, s'adresser au siège social : Union médicale latine, 81, rue de la Pompe, Paris 16°.

L'inscription au voyage sera définitivement close le samedi 6 avril.

**Journées orthopédiques de Bordeaux.** — Conformément à la décision prise par l'Assemblée générale de la Société française d'Orthopédie, les Journées orthopédiques de 1935, organisées par le Prof. Rocher, professeur de Clinique chirurgicale infantile et d'Orthopédie, vice-président de la Société française d'Orthopédie, se tiendront à Bordeaux les vendredi 7 et samedi 8 juin.

Cette date a été choisie pour rendre le déplacement plus facile aux participants en les faisant profiter des fêtes de Pentecôte (dimanche 9 et lundi 10 juin) qui seront consacrées aux excursions organisées par le Comité des Journées orthopédiques.

Voici les grandes lignes du programme :

Le vendredi 7 juin 1935, à 8 heures et demie, réunion à l'Hôpital des Enfants (cours de l'Argonne) ; visite de l'Hôpital et du service de Clinique chirurgicale infantile et d'Orthopédie ; séance opératoire (Prof. Rocher). A 14 heures : séance de travail à l'amphithéâtre des nouvelles Cliniques chirurgicales de l'Hôpital Saint-André.

Le samedi 8 juin 1935, à 8 heures 30 : réunion à l'Hôpital Saint-André ; visite des cliniques, démonstrations opératoires (Prof. Bégouin et Guyot). A 14 heures, séance de travail.

Des excursions à Arcachon le dimanche 9 juin, à Hossegor et à Saint-Emilion le lundi 10 juin, seront organisées pour les participants.

Secrétaire des Journées orthopédiques : D<sup>r</sup> L. Pouyane, 103, rue Saint-Genès, à Bordeaux (Gironde).

Il est rappelé que la réunion annuelle de la Société française d'Orthopédie se tiendra cette année à Bruxelles, le vendredi 4 octobre, sous la présidence du Prof. Le Fort (de Lille).

**Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française.** — La XXXIX<sup>e</sup> session du Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française se tiendra à Bruxelles, du 22 au 27 juillet 1935.

Présidents : M. le D<sup>r</sup> René Charpentier (de Neuilly-sur-Seine), et M. le D<sup>r</sup> Ern. de Craène, agrégé à l'Université libre de Bruxelles ; vice-président : M. le D<sup>r</sup> O. Crouzon, médecin des hôpitaux de Paris ; secrétaire général : M. le prof. P. Combemale, médecin-chef à l'asile de Bailleul (Nord) ; secrétaire annuel : M. le prof. G. Vermeylen, de l'Université libre de Bruxelles ; trésorier : M. le D<sup>r</sup> Vignaud (de Paris).

Les questions suivantes ont été choisies par l'assemblée générale du congrès pour figurer à l'ordre du jour de la XXXIX<sup>e</sup> session.

**PSYCHIATRIE : L'hystérie et les fonctions psychomotrices ; étude psycho-physiologique.** — Rapporteur : M. le D<sup>r</sup> Henri

Baruk, médecin-chef de la maison nationale de santé de Saint-Maurice (Seine).

**NEUROLOGIE : L'hystérie et les fonctions diencephaliques ; étude neurologique.** — Rapporteur : M. le D<sup>r</sup> Ludo Van Bogaert, d'Anvers, agrégé à l'Université libre de Bruxelles.

**MÉDECINE LÉGALE PSYCHIATRIQUE : Délinquance et criminalité de l'enfance.** — Rapporteurs : M. le D<sup>r</sup> G. Heuyer, médecin des hôpitaux de Paris et de l'infirmerie spéciale de la préfecture de police, et M. le D<sup>r</sup> Paul Vervaeck, de Bruxelles, médecin inspecteur adjoint des asiles et colonies d'aliénés du royaume.

N. B. — Les inscriptions sont reçues par le D<sup>r</sup> Vignaud, trésorier, 4, avenue d'Orléans, Paris (14<sup>e</sup>). C. C. postal 456-30, Paris.

Les membres titulaires de l'Association versent une cotisation annuelle et sont dispensés de cotisation à la session du congrès. Pour être membre titulaire, il faut être docteur en médecine, présenté par deux membres de l'association et être agréé par le conseil d'administration.

Il est possible de s'inscrire à la session comme membre adhérent sans faire partie de l'association : la cotisation est de 80 francs. Les membres titulaires de l'association et les membres adhérents à la session peuvent inscrire comme membres associés les membres de leur famille : la cotisation des membres associés est de 50 francs.

Les membres titulaires de l'association et les membres adhérents à la XXXIX<sup>e</sup> session inscrits avant le 10 juin 1935 recevront les rapports dès leur publication.

Pour tous renseignements, s'adresser au prof. P. Combemale, route d'Ypres, à Bailleul (Nord).

**IV<sup>e</sup> Congrès international de pédiatrie.** — Le Congrès international de pédiatrie se réunira probablement à Rome au mois d'avril 1936. Le comité national demande aux auteurs d'envoyer de brèves conclusions de leurs rapports pour en permettre la publication en temps utile.

Les langues officielles sont l'italien, l'anglais, le français et l'allemand.

Rappelons que les questions à l'ordre du jour sont les suivantes : 1° Métabolisme minéral et hydrique dans la première enfance. Leur importance dans la question de l'allaitement artificiel ;

2° Le problème de la tuberculose de l'enfance, au point de vue de la prophylaxie et de la thérapeutique.

Le problème de la tuberculose de l'enfance, au point de vue de la contagion de la part de l'enfant.

Le problème de la tuberculose de l'enfance, en rapport avec les études modernes sur l'ultravirus ;

3° La maladie neuro-psychique en pédiatrie, du point de vue clinique et social.

## ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

**Vendredi 5 avril.** — Jury : MM. Lemierre, président ; Loeper, Et. Bernard, Chiray. — M. COPREAUX : Des pneumopathies à pneumo-bacilles de Friedländ, forme aiguë rapidement mortelle. — M. JOSEFSBERG : Rôle hypertenseur et vaso-constricteur de l'hypophyse. — M. MAGNIER : Etude du traitement local de la douleur par une association de cresotinates de butyle et de propyle.

**Samedi 6 avril.** — Jury : MM. Bezançon, président ; Carnot, Chevallier, Philibert. — M. GRUNFELD : Etude des pleurésies à échinophiles. — M. KANIEVOSKI : Etude de l'appendicite chez les tuberculeux pulmonaires. — M. CORRÈZE : Remarque sur le mégacésophage (à propos de 13 cas inédits). — M. GUTHMANN : Etude clinique et radiologique des diverticules de l'estomac.

**Mardi 2 avril.** (Thèses vétérinaires.) — Jury : MM. Gougerot, président ; Coquot, Robin. — M. SEVESTRE : Dermite végétante du pied-crapaud ; est-elle curable ?



Granules de **CATILLON****STROPHANTUS**

à 0,001 Extrait Titré de

C'est avec ces granules qu'ont été faites les observations discutées à l'Académie de Médecine en 1889, elles prouvent que 2 à 4 par jour donnent une **diurèse rapide**, relèvent vite le **cœur affaibli**, dissipent **ASYSTOLIE, DYSPNÉE, OPPRESSION, ŒDÈMES, Affections MITRALES, CARDIOPATHIES des ENFANTS et VIEILLARDS**

Granules de **CATILLON** 0,0004**STROPHANTINE**

CR.

**TONIQUE du CŒUR par EXCELLENCE — TOLÉRANCE INDÉFINIE**

Prix de l'Académie de Médecine pour "Strophantus et Strophantine", Médaille d'Or Expos. Univ. 1900

PARIS, 3, Boulevard St-Martin. — R. C. Seine 48283

**TANIN PHYSIOLOGIQUE VIVANT****RHIZOTANIN CHAPOTOT****Tolérance stomacale absolue****Neutralisation des Toxines***Amélioration rapide des accidents diarrhéiques*

2 FORMES | Cachets pour Adultes, 2 à 6 par jour.  
| Poudre pour Enfants, 2 à 4 mesures par jour.  
**Avoir soin de bien spécifier.**

Echantillon médical gratuit  
**AUBRIOT**  
56, Boulevard Ornano — PARIS  
R. C. Seine, 20.019

**QUINBY**

QUINIO BISMUTH "formule AUBRY"

et

**SYPHILIS****QUINBY SOLUBLE**

INDOLORE - INCOLORE PROPRE - INJECTION FACILE

Adopté par :

L'Assistance-  
Publique —  
Les Ministères  
de l'Hygiène et  
des Colonies.

LABORATOIRES  
**AUBRY**62, rue Erlanger  
PARIS 16<sup>e</sup>

Téléphone : JASMIN 33-44

**QUINBY**

EST ÉGALEMENT EFFICACE

CONTRE LA

**TYPHOÏDE****QUINBY**

EST ENCORE INDIQUÉ CONTRE

LA FIÈVRE DE

**MALTE**



## NOTES POUR L'INTERNAT

SIGNES, DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT  
DES CANCERS COLIQUES<sup>1</sup>

## FORMES CLINIQUES

Très schématiquement, on oppose les cancers droits et les cancers gauches :

I. Cancer du côlon iléo-pelvien. — Le plus fréquent des cancers gauches. Se caractérise principalement par :

S. F. — Les *phénomènes d'obstruction* sont très marqués, les crises coliques particulièrement intenses et fréquentes.

S. Ph. — Il existe *rarement* une tumeur perceptible dans la fosse iliaque gauche : tout au plus un palper bimanuel attentif vient-il arriver à déceler un empatement profond qui correspond à un stercorome.

Le toucher rectal montre une ampoule vide souvent distendue.

Deux manœuvres sont essentielles :

1. La radioscopie et la radiographie.

Après lavement opaque, on constate :

Tantôt un arrêt brusque total de la colonne opaque ;

Plus souvent, après un arrêt transitoire, une mince traînée de baryte s'engage dans un défilé tortueux irrégulier, de longueur variable ; au-dessus, elle s'étale dans une poche sus-stricturale ; un cliché fixera l'aspect caractéristique de cette image.

2. La rectosigmoidoscopie peut fournir de précieux renseignements lorsque le néoplasme est accessible au tube explorateur ; elle révèle tantôt une forme végétante avec de petits mamelons serrés les uns contre les autres, saignant facilement ;

Tantôt une tumeur arrondie régulière presque lisse ;

Parfois une forme ulcéro-végétante.

Elle permet, dans les cas douteux, de pratiquer un prélèvement en vue d'un examen histologique.

Du cancer iléo-pelvien, on rapprochera :

b) Le cancer du côlon descendant. — Diagnostic difficile ; son exérèse chirurgicale est plus grave, car il appartient à une région mal vascularisée et surtout fixe du côlon gauche.

c) Le cancer splénique. — Rapidement sténosant, il est également d'exploration clinique difficile, d'exérèse chirurgicale malaisée en raison de sa profondeur, de sa situation sous-costale.

d) Cancer du côlon transverse. — Anatomiquement, c'est un cancer en ficelle.

Cliniquement, il déclenche des *troubles gastriques* marqués avec crises de dyspepsie aiguë ; la tumeur, souvent rendue plus manifeste par des *adhérences* épiploïques très marquées, est sus-ombilicale ou para-ombilicale.

II. Cancer du cœcum. — Marqué par :

S. F. — Douleurs vives avec irradiations par compression nerveuse rétro-cœcale.

Diarrhée dysentérique ou banale (ne se verrait que dans un tiers des cas).

S. G. — Sont habituellement très marqués (anémie, fièvre).

S. Ph. — Il existe une tumeur de la fosse iliaque droite : Masse irrégulière bosselée, à grand axe verticale.

Peu douloureuse à la palpation.

Contours inférieur et externe nets ; le bord supérieur se perd vers le bord inférieur du foie ; la limite interne est souvent imprécise.

La recherche de la *mobilité* est le temps essentiel de l'examen, mais il faut savoir que les adhérences inflammatoires immobilisent rapidement ces tumeurs ; ce n'est guère que l'exploration chirurgicale qui permettra de fixer les possibilités d'exérèse.

Examen radiologique. — 1. Le lavement baryté montre : Des défauts de progression, irrégularité dans la progression, encoche spasmodique.

Une image lacunaire, à condition d'être constante, fixe, retrouvée à plusieurs examens, elle témoigne d'une lésion organique :

Tantôt partielle : c'est une encoche irrégulière déchi-quetée, parfois arrondie : zone moins sombre ou complètement claire en pleine ombre colique, lorsque la lésion siège sur une face.

En cas de tumeur étendue, il ne persiste plus qu'un étroit courant baryté le long du bord opposé.

Tantôt complète : absence de remplissage d'un segment plus ou moins long du côlon ; l'arrêt est tantôt définitif (image d'amputation), tantôt transitoire et, au bout de quelques instants, le lavement baryté s'insinue à travers l'image lacunaire.

2. Repas baryté. — Ne jamais l'employer si l'on soupçonne une lésion sténosante.

Il apporte des renseignements intéressants sur l'envahissement du cancer (J. Gosset).

Du cancer cœcal, rapprocher :

b) Le cancer du côlon ascendant, assez sténosant, rétro-dilatation cœcale douloureuse qui gagne parfois le grêle (d'où ballonnement médian).

c) Cancer de l'angle hépatique. — Symptomatologie d'emprunt. Formes pseudo pylorique, pseudo hépatique, pseudo vésiculaire, et le siège de la tumeur n'est pas fait pour en faciliter le diagnostic.

d) Cancer de la valvule iléo-cœcale. — Forme iléo-valvulaire (se manifestant souvent par une invagination) ; forme cœco-valvulaire.

e) Cancer de l'appendice.

## EVOLUTION ET COMPLICATIONS

I. Occlusion aiguë. — C'est l'aboutissant habituel et parfois le premier signe des cancers gauches.

Elle est plus rare à droite (surtout en raison du contenu, qui est liquide).

En règle, c'est une *occlusion progressive* succédant à l'obstruction déjà ancienne, soit brusquement (à l'occasion du passage d'un corps étranger, d'une purge), soit insidieusement :

Météorisme abdominal en cadre,

Vomissements tardifs.

Occlusion grave car, vue souvent tardivement, malade fatigué, anémié.

Parfois aspect très spécial d'une occlusion aiguë par invagination (cancer de la valvule de Bouhin en particulier).

2. Accidents infectieux. — Les uns sont chroniques : colite et péricolite au voisinage du cancer.

Les autres sont aigus : Un peu plus fréquents à droite, ils sont dus :

Soit à une perforation du côlon (par ulcération du néoplasme ou par rupture d'abcès péricolique) ;

Soit plus souvent à une infection lymphatique des ganglions régionaux ou du tissu cellulaire sous-péritonéal.

L'aspect clinique est en général banal : gros placard empâté et douloureux avec fièvre ; parfois l'état fébrile est le seul signe révélateur de gros abcès profond.

(A suivre.)

P. LANCE.

Le Directeur-gérant : D<sup>r</sup> François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

(1) Suite. — Voir Gaz. des hôp., 1935, n° 23, p. 430.

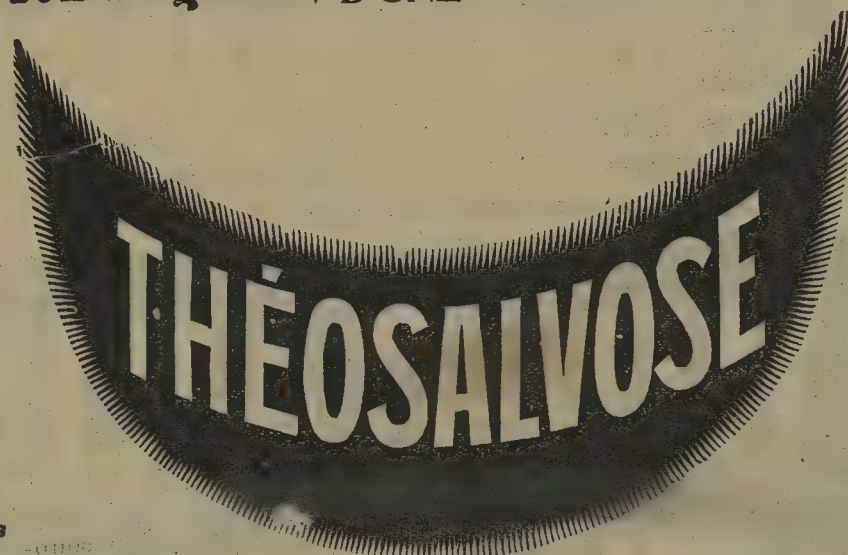


# DIURÉTIQUE D'UN POUVOIR REMARQUABLE D'UNE FIDÉLITÉ CONSTANTE

Pure  
Digitalique  
Strophantique  
Sparléinée  
Scillitique  
Barbiturique

Phosphatée  
Lithinée  
Caféinée

Ne se délivrent  
qu'en cachets



Cachets dosés

0 gramme 15  
et à  
0 gramme 50  
de Théosalvose

DOSE MOYENNE :

1 à 2 grammes  
par jour.

## THÉOBROMINE FRANÇAISE garantie chimiquement pure

Artériosclérose — Affections cardiaques et rénales — Albuminuries — Intoxications  
Urémie — Uricémie — Goutte — Rhumatismes — Hydropisie — Maladies Infectieuses

Laboratoires André GUILLAUMIN  
PARIS — 13, rue du Cherche-Midi, 13 — PARIS

R. G., 2, 16. Seine.

# ANGIOLYMPHE

= Principes Actifs d'Orchidées

Tous ÉTATS DÉFICIENTS - PRÉTUBERCULEUX - TUBERCULOSE

AUCUNE TOXICITÉ — PAS DE CONTRE INDICATIONS

Injections intra-musculaires indolores — 2 à 5 cc. par séries de 10 à 12 injections

# ARGYCUPROL

= Ag (10 %) + Cu (0,1 %)

Attaque le Gonocoque et les Associations microbiennes

BLENNORRAGIE aiguë (traitement abortif) ou Chronique et  
leurs Complications - AFFECTIONS GYNÉCOLOGIQUES :  
Métrites simples ou gonococciques, Vulvite, Vulvo-Vagli-  
nites, etc. - OPHTALMOLOGIE - DERMATOLOGIE

Injections urétrales, Vaginales, Grands lavages uréthro-vésicaux

INDOLORE — NON CAUSTIQUE — NE PROVOQUE PAS DE RÉTRÉCISSEMENTS

Echantillons et Littérature : LABORATOIRES de l'ANGIOLYMPHE, 4 bis, rue Hébert, COURBEVOIE



## Culture pure de Ferments lactiques bulgares sur milieu végétal

**GASTRO-ENTÉRITES** *des Nourrissons et de l'Adulte.*

**DIARRHÉES, CONSTIPATIONS**

**INFECTIONS HÉPATIQUES** *(d'origine intestinale)*

**DERMATOSES, FURONCULOSES**

**RHINITES, OZENES**

**GRIPPES, ANGINES**

**PANSEMENTS DES PLAIES**

**GINGIVO-STOMATITES, PYORRHÉES**

*Prophylaxie de la* **FIEVRE TYPHOÏDE et du CHOLÉRA**



# BULGARINE THÉPÉNIER

**Lucer DEUX COMPRIMÉS de Bulgarine ou boire un verre à madère de BOUILLON de Bulgarine une demi-heure avant le repas.**

*Saupoudrer ou insuffler la Poudre de Bulgarine 3 à 4 fois par jour.*

## Phosphates et diastases des Céréales germées

**ENTÉRITES et DYSPEPSIES** *salivaires et pancréatiques*

**PALPITATIONS** *d'origine digestive*

**MATERNISATION** *physiologique du LAIT*

*Préparation des BOUILLIES MALTEES*

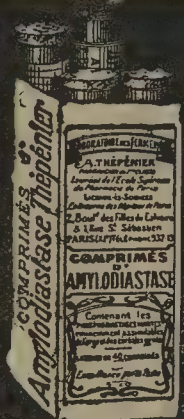
**DIGESTIF PUISSANT** *de tous les FÉCULENTS*

**SURALIMENTATION**

**REPHOSPHATISATION**

**TUBERCULOSES, RACHITISMES**

**NEURASTHÉNIES, CONVALESCENCES**



# Amylodiasase THÉPÉNIER

**Croquer DEUX COMPRIMÉS d'Amylodiasase ou prendre deux cuillerées à café de Sirop Amylodiasase après les repas.**

*Préparation des bouillies : mélanger une cuillerée à café de Sirop Amylodiasase dans la bouillie très chaude mais non bouillante.*

**Préparés par le « Laboratoire des Ferments » du Docteur THÉPÉNIER, 10 et 12, rue Clapeyron, PARIS**

R. C., 150.854, Seine.



*La Lancette Française***GAZETTE DES HOPITAUX****CIVILS ET MILITAIRES****PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI****ADMINISTRATION ET RÉDACTION :****49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6<sup>e</sup>. Tél. : Danton 48-31.****PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6<sup>e</sup>) - Téléph. : Littré 54-93.****PRIX DE L'ABONNEMENT****FRANCE**3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.  
Etudiants : 25 francs par an.

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

**ETRANGER**Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.  
Tous les autres pays : 75 francs.**SOMMAIRE****REVUE GÉNÉRALE***L'encéphalite épidémique (fin)*, par M. Amour F. LIBER.**SOCIÉTÉS SAVANTES***Société de chirurgie.* — *Société de biologie.* — *Société de médecine de Paris.***CONGRÈS****ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS****INFORMATIONS****HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS D'ÉLECTRO-RADIOLOGISTE DES HÔPITAUX (admissibilité).** — Notes des candidats par ordre de classement :MM. Penteuil, 70; Codet, 62; Brunet, 59; Dubost, 57 (admissibles); M<sup>me</sup> Tedesco, 55; MM. Bernard, 45; Corlier, 44; M<sup>me</sup> Baude, 43.**FACULTÉS DE MÉDECINE. — PARIS. — M. Harvier (Paul), agrégé, est nommé, à compter du 1<sup>er</sup> avril 1935, professeur de thérapeutique à la Faculté de médecine de l'Université de Paris (dernier titulaire : M. Loeper).****— Vacances de Pâques 1935, du dimanche 14 avril au dimanche 28 avril inclus.**

Les cours, travaux pratiques et examens reprendront le lundi 29 avril.

Le secrétariat sera fermé du samedi 20 avril au mardi 23 avril inclus.

En dehors de ces dates il sera ouvert tous les jours aux heures habituelles.

**LÉGION D'HONNEUR. — Est nommé dans l'ordre de la Légion d'honneur :***Au grade de chevalier.* — M. le docteur Valette (de Beni-Mellal, Maroc).**MÉDECIN SANITAIRE MARITIME. — Un examen d'aptitude aux fonctions de médecin sanitaire maritime doit avoir lieu à Paris en juin.**

En vue de préparer les candidats, un enseignement spécial sera donné au laboratoire d'hygiène à une date qui sera publiée ultérieurement.

Pour tous renseignements, s'adresser au laboratoire d'hygiène, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris (VI<sup>e</sup>).**COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. —****CLINIQUE MÉDICALE DES ENFANTS.** (Professeur : M. NOBÉCOURT.)**CLINIQUE DE LA TUBERCULOSE.** (Professeur : M. F. BEZANÇON.) —Le docteur P.-F. Armand-Delille, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades, avec le concours du docteur Ch. Lestocquoy, médecin assistant, fera du lundi 6 mai au samedi 1<sup>er</sup> juin 1935 un cours pratique de perfectionnement sur la symptomatologie, le diagnostic et le traitement des principales formes de la tuberculose infantile et s'étendra, en particulier, sur le pneumothorax thérapeutique et la cure héliothérapique, ainsi que sur l'assistance médico-sociale à l'enfant tuberculeux, la préservation de l'enfance contre la tuberculose et la vaccination de Calmette.

Chaque matin, à 10 h., visite dans les salles Gillette et Damaschino, avec examens cliniques, examens radiologiques et recherches de laboratoire.

Leçon à 11 h., dans l'amphithéâtre de la Clinique médicale des Enfants, hôpital des Enfants-Malades, 149, rue de Sèvres.

Droits d'inscription : 250 fr.

Les bulletins de versement sont délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 h.

**— CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE DE L'HÔTEL-DIEU. — M. le professeur F. Terrien, avec le concours de MM. les professeurs Rathery, Regaud, Strohl et Tiffeneau, de MM. les professeurs agrégés Velter, Zimmern, de M. le docteur Ramadier, oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux, et M. Renard, ophtalmologiste des hôpitaux, et de MM. les docteurs Cousin, Veil, Blum, Dollfus, Hudelo, Braun et Goulfier, chefs de clinique, chefs de laboratoire et assistants du service, fera un cours de perfectionnement d'ophtalmologie du vendredi 17 mai au 17 juin 1935.****OUABAÏNE ARNAUD****LABORATOIRE NATIVELLE, 27, Rue de la Procession, PARIS (XV<sup>e</sup>)**

Ce cours est divisé en deux séries :

Première série : Clinique et laboratoire.

Deuxième série : Chirurgie oculaire.

Le droit d'inscription est fixé à 300 fr. par série.

Se faire inscrire au secrétariat de la Faculté les lundi, mercredi, vendredi, de 1 h. à 3 h., avant le 1<sup>er</sup> mai, ou mieux à l'A. D. R. M., salle Bécлар (Faculté de médecine), qui facilitera les formalités d'inscription.

**NÉCROLOGIE.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Joseph Récamier, chirurgien honoraire de l'hôpital Saint-Michel; Champetier de Ribes, accoucheur honoraire des hôpitaux de Paris, membre de l'Académie de médecine.

## CONGRÈS

**Deuxième Congrès international de microbiologie.** — Le Comité international pour la Grande-Bretagne et l'Irlande de la Société internationale de Microbiologie a pris l'initiative d'organiser à Londres, en 1936, un Congrès de Microbiologie. Un comité exécutif, avec le professeur J. C. G. Ledingham comme président, M. St. John-Brooks comme secrétaire, et M. J. T. Duncan comme trésorier, a été chargé d'en poursuivre l'organisation. Ce Congrès se tiendra à Londres, du 27 juillet au 1<sup>er</sup> août 1936.

Le travail scientifique du Congrès sera divisé en sept sections qui se réuniront journalièrement :

Section 1 : Les bactéries : morphologie ; culture ; physiologie. — Section 2 : Virus : maladies à virus filtrant ; les tumeurs au point de vue expérimental ; culture des tissus. — Section 3 : Bactéries et champignons en rapport avec les maladies de l'homme, des animaux et des plantes. — Section 4 : Bactériologie industrielle et agricole ; bactériologie du sol, du lait, etc.; microbiologie industrielle. — Section 5 : Zoologie et Parasitologie médicales, vétérinaires et agricoles. — Section 6 : Sérologie, immunologie et recherches chimiques se rapportant à ces sciences. — Section 7 : Chimie microbiologique.

Pour les renseignements, s'adresser soit à M. St. John-Brooks, Lister Institute Chelsea Bridge Road, London S. W. 1, soit (pour les pays de langue française), à M. R. Dujarric de la Rivière, Institut Pasteur, 28, rue du Docteur Roux, Paris (15<sup>e</sup>).

## ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

### THESES

**Lundi 8 avril.** — Jury : MM. Clerc, président ; Loeper, Strohl, Alajouanine. — M. LEBENSART. Etude clinique du cancer de l'appendicite. — M. GUYOT. La physiothérapie des arthrites gonococciques.

**Mardi 9 avril.** — Jury : MM. Cunéo, président ; Marion, Mocquot, Sénèque. — M. MARX. Le fonctionnement de l'estomac après gastrectomie. — M. VINCENT. L'urétrographie par voie mictionnelle. — Mlle ODRU-TROCMÉ. Etude des accidents articulaires chez les hémophiles.

Jury : MM. Claude, président ; Fougerot, Laignel-Lavastine, Chevallier. — M. DEMARQUET. Etude des tuberculides purpuriques. — Mlle COSTE. Utilisation des extraits post-hypophysaires dans le traitement des rhumatismes chroniques. — M. KOKKINOPOULOS. Le traitement du psoriasis par le régime sans graisse. — M. STERNBERG. Syndrome adipo-

so-génital et hérédosyphilis. — Mlle BASTIER. Stomatites médicamenteuses, signes cliniques. — M. FERRON. Sur quelques cas de cirrhose du foie avec fièvre.

**Mercredi 10 avril.** — Jury : MM. Robert Debré, président ; Lemierre, Cathala, Chiray. — M. MARCU. Les septicémies à streptocoque d'origine auriculaire et leur traitement par le sérum de Vincent.

Jury : MM. Tanon, président ; Haguenau, Joannon, Monquin. — M. DOUTCHEFF. L'organisation de la lutte antimalarienne en Bulgarie. — M. JANCOVICI. Les causes les plus fréquentes des otites chez les enfants. — M. MAZET. Aperçu d'urbanisme sanitaire des villes surpeuplées.

**Jeudi 11 avril.** — Jury : MM. Lemaître, président ; Lenormant, Terrien, Halphen. — M. THIBAUT. Les accidents infectieux d'origine dentaire chez les syphilitiques. — M. LEROY. L'accalmie traitresse dans les affections chirurgicales aiguës de l'abdomen. — M. AUDOUIN. Etude de l'angiopathie traumatique de la rétine. — M. FRUCHON. Etude du nystagmus oculaire congénital spontané ou provoqué par certaines manœuvres sur les globes oculaires.

Jury : MM. Léon Binet, président ; Carnot, Lereboullet, Rathery. — M. SCHULDMAN. Etude des antro-pyloro-duodénites non ulcéreuses.

**Vendredi 12 avril.** — Jury : MM. Gosset, président ; Ombédanne, Proust, Leveuf. — M. CORNESCO. Etude du comportement des plaquettes dans le sang conservé. — M. BARNEVILLE. Traitement des hanches ballantes paralytiques et en particulier de leur traitement de la pelvitrochantéropexie myoplastique à la soie. — M. JURBLUM. Etude des éliminations urinaires des complexes hormonaux antihypophysaires et de la folliculine. — M. KELLERMANN. Propriétés thérapeutiques du Kerva. — M. LEMOINE. Des abcès pelviens tardifs après l'appendicectomie.

**Samedi 13 avril.** — Jury : MM. Bezançon, président ; Nobécourt, Et. Bernard, Philibert. — M. COTTENCEAU. Le Néo-Hippocratismes. — M. KOHEN. Etude de la spondylore rhizomélitique traumatique. — Mlle MAHIEU. Les épanchements pleuraux survenant après la cessation du pneumothorax artificiel. — M. GIRAUDOUX. Etude des encéphalites morbillieuses. — M. MARTEL. Des fièvres typhoïdes à rechute chez les enfants.

## RENSEIGNEMENTS

### LUXEMBOURG AUTO-ÉCOLE,

15, rue Gay-Lussac, Paris (V<sup>e</sup>).

Tél. : Odéon 25-57. Forfait depuis 60 fr.

Permis en 48 heures.

ANÉMIES  
DYSPEPSIES  
ANTITOXIQUE



DOSE: 4 à 6  
TABLETTES  
PAR JOUR

BIOXYDE DE MANGANESE COLLOÏDAL SELS MANGNÉSIENS  
Laboratoire SCHMIT, 71 Rue Sainte-Anne, PARIS. 2<sup>e</sup>

Toux  
Dyspnée.

**IODEINE MONTAGU**

**Iodarsenic de GUIRAUD**  
(Gouttes Faldophtol)  
TOUTS ÉTATS GANGLIONNAIRES - LYMPHATISME - MALADIES CUTANÉES  
Literature et Echantillons: 40, Impasse Milord, Paris (18<sup>e</sup>)





# la Phytine

## DANS LA PUERPÉRALITÉ

Médicament phosphoré très assimilable, la PHYTINE permet d'administrer à une haute concentration, sous une forme commode et toujours bien tolérée, les phosphates organiques végétaux;

### ***Chez les gestantes,***

elle comble le déficit phosphoré causé par l'appel fœtal;

### ***Chez les allaitantes,***

elle augmente la sécrétion lactée et permet à celle-ci de s'effectuer sans fatigue.

CACHETS

2 par jour.

COMPRIMÉS

4 par jour.

GRANULÉ

2 cuillerées à café par jour.

Laboratoires CIBA — O. ROLLAND, Pharm., 109-113, B<sup>d</sup> de la Part-Dieu, LYON

# *Le Percainal*

**"CIBA"**

*anesthésie douleur  
et prurits*

*Toutes affections cutanées  
et lésions des muqueuses*

*Laboratoires Ciba O. Rolland  
109. 113, Boul<sup>a</sup> de la Part-Dieu à Lyon*

---

ASSOCIATION PLURIGLANDULAIRE

# COLLOÏDINE LALEUF

DRAGÉES

## OBÉSITÉ ET MALADIES PAR CARENCE DIASTASIQUE

DE 2 A 8 DRAGÉES PAR JOUR  
SUIVANT PRESCRIPTION MÉDICALE

ÉCHANTILLONS - LITTÉRATURE  
LABORATOIRES LALEUF  
20, RUE DU LAOS - PARIS-15<sup>e</sup>

---

Nouvelle adresse : 51, rue Nicolo, PARIS (XVI<sup>e</sup>).



*Granulés  
ou Dragées*

*Reconstituant - Tonique  
Hémopoïétique - Anti-Toxique*

---

J. PLÉ DOCTEUR EN PHARMACIE - 111<sup>BIS</sup> rue de Turenne PARIS 3<sup>e</sup>

TOUTES les Affections du **FOIE** et du **REIN** :

1 à 2 capsules à chacun des deux principaux repas de :

# CAPARLEM

HUILE DE HAARLEM (au Juniperus Oxycedrus)

QUALITÉ INCOMPARABLE ET ACTIVITÉ INSOUÇONNÉE

Laboratoire Lorrain de Produits Synthétiques purs

— ETAIN (Meuse)



## REVUE GÉNÉRALE

L'ENCÉPHALITE ÉPIDÉMIQUE <sup>1</sup>

Par M. AMOUR F. LIBER.

(Travail de l'hôpital Henri Rousselle.)

## 7. DIAGNOSTIC.

I. Dans l'absence de toute épreuve biologique spécifique, le **diagnostic positif** repose sur un ensemble de signes cliniques dont aucun n'est pathognomonique, car chacun peut être reproduit par d'autres affections des régions ou des systèmes correspondants du névraxe. A la période aiguë les associations de fièvre avec les syndromes oculo-léthargique ou algo-myoclonique, la stérilité du liquide céphalo-rachidien permettent d'affirmer le diagnostic. Plus tard, c'est essentiellement le syndrome acinéto-hypertonique avec les troubles sécrétoires, les reliquats de paralysies oculaires, les commémoratifs des périodes intermédiaire et aiguë.

Myoclonies, spasmes oculaires, spasmes de torsion, crises de tachypnée, tremblement au repos, mouvements athétoïdes ont également une grande valeur lorsqu'ils sont associés à plusieurs des *signes cardinaux*. Mais dans l'absence de ceux-ci, le diagnostic est impossible. Il est fort probable que le virus de la maladie de Cruchet peut produire uniquement des symptômes frustes ou atypiques. En présence d'un quelconque des symptômes habituels de l'E.E., survenant isolément, il faut donc penser à cette étiologie, mais la preuve ne peut être faite que par l'adjonction ultérieure de l'ensemble typique.

C'est sur cette règle que repose

II. Le diagnostic différentiel, souvent très épineux. Le problème est généralement de ne pas prendre pour l'E.E. une autre maladie justiciable d'un traitement efficace.

A. Même lorsque le syndrome est typique, il faut penser à d'autres affections qui peuvent le simuler, quoique rarement : en première ligne et à toutes les périodes les abcès (40) ou tumeurs encéphaliques (39 a, 58) qui comportent fréquemment de l'hypersomnie, des troubles de la motilité oculaire, des poussées fébriles et quelquefois le syndrome parkinsonien. Les examens qu'il faut pratiquer systématiquement — champ visuel, fond d'œil, L.C.R. — permettent généralement de trancher la question. Mais certains cas d'E.E. — heureusement exceptionnels — comportent de la stase papillaire, de l'hyperalbuminorachie, de la xanthochromie, une hypertension liquidienne modérée. Si le doute persiste, il faudra avoir recours à la ventriculographie, l'angiographie ou le repérage ventriculaire, sans attendre la réponse de l'évolution et risquer de dépasser la période chirurgicale. Enfin, dans des cas très rares, l'E.E. se complique d'une méningite séreuse justiciable d'une trépanation décompressive (94).

B. L'E.E. peut simuler toute la pathologie nerveuse. Chacun de ses symptômes isolés devra évoquer le diagnostic.

a) Le syndrome acinéto-hypertonique pose le plus fréquemment le problème. Il se retrouve notamment dans les états *pseudo-bulbaires* ou *lacunaires*, que l'âge avancé du malade, la répétition des ictus, la présence d'artériosclérose généralement évidente, l'absence d'autres symptômes encéphalitiques permettent de distinguer. Dans la *maladie de Parkinson*, contrairement à l'E.E., le tremblement prédomine sur la rigidité (paralysie agitante). Mais aucune de ces distinctions n'est absolue et pour quelques auteurs la maladie de Parkinson n'est qu'une encéphalite du vieillard. Ce diagnostic n'a d'ailleurs qu'un intérêt théorique.

La paralysie agitante toxique (manganèse, lathyrisme, plus rarement plomb) est également dépourvue de signes infectieux. Ce n'est guère qu'avec une E.E. fruste que la question peut se poser — mais elle peut être importante à résoudre du point de vue médico-légal. Le même problème se pose au sujet des séquelles de traumatismes, qui peuvent revêtir toutes les formes de l'E.E. (73). Il s'agit de dépister les coïncidences. On se basera avant tout sur le groupement et l'évolution des symptômes, sur le syndrome infectieux, sur le laps de temps entre le trauma et le début des symptômes. Mais, comme on ne peut arriver qu'à des probabilités, il convient de donner le bénéfice du doute au malade dans les cas médico-légaux.

Enfin toutes les autres maladies du système nerveux, en particulier la *syphilis cérébrale localisée* (mésencéphalite syphilitique) (37), peuvent occasionner un syndrome parkinsonien, des paralysies oculaires, etc. Il faut rechercher la syphilis et quand sa présence est démontrée, donner au malade le bénéfice du traitement spécifique, quelle que soit la présomption clinique en faveur de l'E.E.

On a retrouvé le parkinsonisme dans la pellagre, dans la sclérose en plaque (38 b), dans des affections localisées de l'olive bulbaire (35, 61) et même du cer-velet (36).

b) Les paralysies oculaires peuvent faire hésiter un instant entre l'E.E. et la polioencéphalite hémorragique supérieure. Mais à celle-ci manque le syndrome infectieux et les autres symptômes de l'E.E. ; son évolution est tout autre, l'ophtalmoplégie s'intensifiant et s'étendant par une série d'à-coups. On peut dire la même chose des *paralysies des autres nerfs crâniens* et de la polioencéphalite hémorragique inférieure ou d'autres syndromes nucléaires ponto-bulbaires chroniques : paralysie labio-glosso-laryngée, sclérose latérale amyotrophique.

Les syndromes aigus du tronc cérébral-diphthérie, botulisme, paralysie bulbaire infectieuse d'Aujeszky ont une évolution très spéciale, il leur manque l'hypersomnie, etc.

c) Les formes *méningées* de l'E.E. sont à distinguer de toutes les méningites aiguës et subaiguës (ménin-gococcique, tuberculeuse (48), syphilitique, etc.). On pensera à l'E.E. seulement en présence d'un liquide stérile (examen direct, culture, inoculation) et lorsque d'autres symptômes coexistent avec les signes ménin-

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1935, n° 26, p. 439.

gés. Le diagnostic peut hésiter longtemps avec la *tuberculose*, qui affecte particulièrement le mésocéphale et les parois ventriculaires et dont le bacille ne se montre souvent qu'après des examens répétés.

d) Les *formes basses* de l'E.E., surtout chez l'enfant, peuvent simuler la *maladie de Heine-Medin*. Là encore, seulement le groupement et l'évolution des symptômes et les notions épidémiologiques permettent de trancher le diagnostic. Dans le doute, il ne faut pas hésiter à faire bénéficier le malade de la sérothérapie spécifique antipoliomyélitique.

e) L'*hypersomnie* peut poser le diagnostic avec toutes les affections de la région du 3<sup>e</sup> ventricule, syphilitis, tumeurs, épendymites, etc.; avec les comas de toute nature. La *trypanosomose africaine* présente de l'hypersomnie fébrile. Mais les nerfs crâniens ne sont pas atteints; il y a une adénomégalie généralisée et les parasites se trouvent dans le sang, le suc ganglionnaire ou le liquide céphalo-rachidien. La *narcolepsie*, associée ou non à la *cataplexie* pose un diagnostic étiologique: souvent de cause inconnue, ces troubles sont aussi souvent encéphalitiques (57 b).

f) Les *autres symptômes* et *formes atypiques* peuvent évoquer un instant les diagnostics de maladie de Wilson, d'épilepsie cryptogénétique, d'épilepsie myoclonique, de chorée de Sydenham, de tétanie, de létanos, de la rage, enfin de toutes les maladies mentales: schizoses, catatonie, psychasthénie, encéphalites psychosiques de toute origine (88, 89).

C. Les *encéphalites non suppurées*, secondaires à d'autres infections — fièvres éruptives, coqueluche, typhoïde, oreillons, grippe, typhus, maladie de Bouillaud, tularémie, etc.; les encéphalomyélites disséminées aiguës primitives, sont généralement caractérisées par de l'agitation et du délire, des convulsions ou un coma progressif, des signes d'irritation pyramidale, etc. Elles n'offrent que bien rarement le syndrome de l'E.E. Dans ces cas, le diagnostic est insoluble, puisque nous ne possédons aucun moyen de déterminer s'il s'agit d'une association des deux maladies ou même d'une activation d'une E.E. latente.

Quant aux autres polio-encéphalites aiguës primitives, épidémiques ou non, et leurs rapports avec la maladie de Cruchet, voir l'appendice.

8. Le **PRONOSTIC** est réservé à toutes les périodes, même dans les cas en apparence bénins ou stabilisés. Une rechute, une reprise ou une accélération de l'évolution peut toujours survenir. On ne doit prononcer la guérison qu'après au moins 5 ans sans aucun symptôme (71).

A la *période aiguë*, les éléments de gravité immédiate sont le début violent, la fièvre continue, le sommeil profond, voire le coma; l'extension rapide des symptômes; la présence de certains symptômes surajoutés: convulsions, délire, syndrome algo-myoclonique, signes méningés, atteinte médullaire. Enfin la gravité varie suivant l'épidémie. La mortalité n'a jamais été aussi élevée qu'en 1918-19 (peut-être parce que nous avons appris à reconnaître les formes frustes).

A la *période chronique*, les éléments de gravité sont surtout l'intensité, la généralisation, la continuité de l'hypertonie; l'épuisement ou l'absence de résolution musculaire par les alcaloïdes des solanées; la répétition de poussées aiguës.

9. Le **TRAITEMENT** (64) dans l'ensemble, est des plus décevants. Aucun traitement spécifique n'existe. Nous énumérerons les principaux employés.

I. **Traitements dits anti-infectieux.** — A. *Chimiques*: Avant tout le *salicylate de soude* per os (2-8 gr. par jour et plus comme dans le rhumatisme) et intraveineux (1-3 gr. par jour en solution glucosée). L'uroformine, les iodures, les métaux colloïdaux, le jaune d'acridine, le bleu trypan (55), le mercure en frictions, toutes les préparations arsenicales sont employées seules ou, surtout, associées au salicylate.

B. *Biologiques et de choc*: Abscès de fixation (ne serait efficace que dans la première semaine ou tout au plus dans les premières 2 ou 3 semaines) (71); auto-hémothérapie; sérum de convalescents; L.C.R. intraveineux; vaccins herpéto-encéphalitiques (64, 99); extraits aqueux de méso- et diencéphales, extrait hépatique; sérum antistreptococcique; tous les agents pyrétoènes et de choc.

C. *Physiques*: Rayons X (30), diathermie céphalique.

II. **Traitements symptomatiques.** — A. Contre le *syndrome acineto-hypertonique* et les troubles *sécrétoires* et *respiratoires*, les *solanées* — belladone, jusquiame, datura, stramoine — et leurs alcaloïdes (atropine, hyoscyamine, solanine, scopolamine ou hyoscine, daturine, génoscoplamine synthétique) sont d'une réelle efficacité et peuvent procurer une amélioration considérable, permettant un repos musculaire et même une certaine reprise d'activité, au moins pour un temps. L'extrait de feuilles de datura est une des meilleures formes (0 gr. 30 à 1 gr. 50 et même 2 gr. si bien toléré).

On a aussi employé la harmine et la banistérine (per os 2-8 mgr. par jour en pilules kératinisées, sous-cutanée 2 mgr.); la teinture d'arnica (0 gr. 50 à 3 gr.), le chanvre indien, la bulbocapnine, la cocaïne, la scurocaïne, la strychnine, le curare, le chlorure de calcium, l'insuline, la nicotine.

Les moyens physiques, en particulier la chaleur humide, peuvent procurer un repos musculaire relatif.

La gangliectomie sympathique serait utile dans certains cas (76).

B. Contre les *myoclonies*: le bromhydrate de cicutine (1/2 à 3 mgr. sous-cutanés).

C. Contre les *spasmes oculaires*: le nitrite d'amyle en inhalation au moment du spasme.

D. Contre les *vertiges*: l'excitation vestibulaire prolongée (*sic*), l'adrénaline.

De tous ces traitements, deux surtout sont à retenir: le *salicylate*, avec ou sans uroformine et iodures; les *solanées* et leurs alcaloïdes, seules ou en association. La vaccinothérapie spécifique a donné quelques bons résultats, mais elle est encore expérimentale.



III. Chez les enfants post-encéphalitiques ayant des troubles du caractère, on emploiera des méthodes de **rééducation**. (4). Des institutions spécialisées dans le traitement de l'encéphalite peuvent être utiles.

IV. La **prophylaxie** consiste en précautions pour éviter la dissémination de la salive et des sécrétions rhino-pharyngées (38 a). Dans les hôpitaux, hospices ou autres institutions, en particulier dans ceux où se trouvent des enfants ou des adolescents, il est recommandable de grouper les encéphalitiques dans des salles spéciales. Les vêtements, la literie, les objets de toilette, etc.; la chambre de l'encéphalitique seront désinfectés.

La grossesse et l'allaitement seront déconseillés à cause du risque de transmission à l'enfant autant que de celui d'aggraver la maladie de la mère (82).

## APPENDICE

A côté de l'E.E. ou maladie de Cruchet, telle que nous venons de la définir, il y a un certain nombre d'autres affections *aiguës, primitives*, du système nerveux qui semblent bien répondre à des *polioencéphalites* ou *polionévrites discontinues*, à prédominance *sous-corticale*, et dont certaines au moins sont en rapport avec des *virus filtrants*.

Les unes sont franchement *épidémiques*, les autres *endémiques* ou *sporadiques*.

Deux affections **ENDÉMIQUES** bénignes ont été homologuées à la maladie de Cruchet.

La *maladie de Bornholm* suédoise (58), caractérisée par une évolution fébrile aiguë en 4 ou 5 jours, avec algies et faiblesse musculaire généralisées, sans séquelles, serait une « encéphalite abortive ». Cette affection n'a réellement pas suffisamment de ressemblance avec la maladie de Cruchet pour établir l'homologie.

La *maladie de Gerlier* ou de *David* (78) (vertige paralysant, vertige ptosique, paralysie des trayeurs, kubi-sagari), endémique en Suisse et dans le Nord du Japon, présente bien de la somnolence, de la diplopie, associées à des parésies, des vertiges. Mais son étiologie si spéciale (personnes qui travaillent dans certaines étables « infectées »), son évolution apyrétique et bénigne, le caractère particulier d'être provoquée par des mouvements répétés et par la fatigue, semblaient la distinguer de l'encéphalite. Pourtant un cas de cette affection suivie d'un syndrome parkinsonien chronique pose, sans résoudre, la question d'une parenté possible avec la maladie de Cruchet.

Parmi les **maladies épidémiques**, la plus fréquente et la plus anciennement connue est l'**Encéphalite japonaise** (44, 50, 70), que les auteurs japonais appellent **Encéphalite épidémique type B** (la maladie de Cruchet ou encéphalite européenne étant le type A).

La première épidémie connue eut lieu dans l'été de 1871, la deuxième en 1873, la troisième en 1903. Depuis cette date, la maladie réapparaît à des intervalles de 1 à 5 ans, toujours dans l'été et l'automne, surtout dans des saisons *chaudes, sèches et venteuses*.

Les symptômes sont ceux d'une *méningo-encéphalite aiguë*, avec début brutal, fièvre élevée, céphalée

intense, syndrome méningé, photophobie, tremblement, dysarthrie, somnolence et stupeur ou, plus rarement, délire agité. Le L.C.R. est clair, hypertendu, stérile, avec une pleiocytose constante, mais variable, à prédominance mononucléaire, globulines élevées. La durée est de 4 à 12 jours dans les cas mortels, généralement plus longue, jusqu'à 28 jours, dans les cas suivis de guérison. Celle-ci est complète, *sans séquelles*. Les *nerfs craniens* ne sont que très rarement paralyés. Les sujets atteints sont surtout d'âge moyen, mais aucun âge n'est épargné.

Il n'y a pas de traitement spécifique connu.

On peut juger de l'importance et de la gravité de cette maladie, encore inconnue en Europe, par les chiffres suivants : en 1873, la mortalité fut de 80 à 90 % ; en 1924, la plus grande épidémie, il y eut 6.949 cas, avec 4.164 morts ; dans l'épidémie « mineure » de 1929, à peu près 2.000 cas avec 65 % de morts.

Un virus filtrant, différent du virus herpéto-encéphalitique, a été isolé en 1924. Il aurait des affinités avec le virus rabique (56).

Le diagnostic avec la maladie de Cruchet typique est facile par la symptomatologie méningée dominante, par l'absence de paralysies oculaires, de myoclonies ; par les notions étiologiques et épidémiologiques. On conçoit pourtant que si des épidémies des deux maladies coexistent, les difficultés de diagnostic peuvent être grandes, surtout entre les formes atypiques. C'est ce qui se produisit en 1917, lorsque la maladie de Cruchet apparut au Japon.

L'encéphalite type B — ou des affections qui lui ressemblent — s'accroît au Japon et s'étend à d'autres continents.

En 1913, en 1918 et encore en 1925 l'Australie fut éprouvée par la « maladie X » ou « mystérieuse » (7, 99) qui fit plusieurs centaines de victimes, avec une mortalité de 70 % en 1918. Elle se distingue de l'encéphalite japonaise par l'âge des malades — ce sont presque tous des *enfants*, la moitié ont moins de 5 ans ; par le fait qu'elle a laissé des séquelles parkinsoniennes et psychiatriques, quoique très rarement ; par une symptomatologie ressemblant davantage, dans certains cas, à une poliomyélite. On a isolé un virus filtrant, différent de celui de la poliomyélite, qui produit une encéphalite chez le mouton, le singe.

En 1922-23, Manille subit « une petite épidémie » avec une mortalité de 100 % (79).

En 1919-20, une encéphalite aiguë relativement bénigne, sévit aux Etats-Unis, surtout sur la côte pacifique (100 cas à Spokane, en 1920) (79).

En 1930, 31 et 32, il y a une épidémie de 200 cas en plein continent nord-américain (Indianapolis). Certains cas rappellent le type japonais, et font presque tous suite à une infection des voies respiratoires ; d'autres ont une prédominance spinale ou sont nettement des encéphalomyélites disséminées ; enfin quelques cas ont des séquelles qui évoluent comme la sclérose latérale amyotrophique ou la sclérose en plaque (85, 79).

Dans l'été de 1932 éclate dans la petite ville de Pa-

ris, Illinois; une épidémie du type japonais (38 cas, 14 morts) (100).

Au cours des derniers 8 mois de 1932 et au début de 1933, à Cincinnati, on rapporte 20 cas d'une « encéphalopathie particulière » (66) grave (9 morts) à symptômes méningo-encéphaliques avec somnolence ou coma, diplopie, quelquefois convulsions jacksoniennes. Les signes pyramidaux sont fréquents. Le L.C.R. montre souvent une *hémorragie méningée* (13 cas), quelquefois une lymphocytose et une augmentation des globulines.

Enfin, dans l'été et l'automne de 1933, Saint-Louis (99-108), sa banlieue et quelques villes voisines, subissent une épidémie du type japonais avec 1.017 cas et 221 morts. Jusqu'à présent on n'a pas observé de séquelles. Des études anatomiques montrent des lésions infiltratives et dégénératives, prédominant sur la substance grise, mais plus diffuses que dans la maladie de Cruchet, et une importante infiltration mononucléaire de la méninge molle.

Un virus filtrant isolé du névraxe reproduit la maladie chez la souris et le singe et provoque la formation d'*anticorps capables de protéger d'autres animaux contre des doses léthales du même virus*. Par des expériences d'immunité croisée, le virus a pu être différencié de ceux de l'encéphalomyélite épizootique et de la stomatite vésiculeuse du cheval et de celui de l'encéphalite japonaise. On s'est pourtant demandé si le sérum de malades du Japon n'a pas pu perdre ses propriétés en cours de route.

Dans l'été et l'automne de 1934 des cas sporadiques du type de l'encéphalite de Saint-Louis ont été observés, toujours dans la région centrale des Etats-Unis (Highland, Illinois) (107).

On voit que ces *méningo-polio-encéphalites aiguës primitives* — qu'il s'agisse d'une seule maladie ou d'un groupe d'attente hétérogène — augmentent de fréquence et d'étendue. Le mode de contagion étant complètement inconnu et partant les mesures prophylactiques inexistantes, on peut s'attendre à un essaimage progressif de ces affections si meurtrières.

Puisque l'encéphalite « type A » représente peut-être elle-même un groupe de plusieurs maladies, on ne peut actuellement que spéculer sur ses rapports avec les affections du « type B ». Quelques-uns des cas d'« encéphalomyélite » qui ont servi à la description princeps de Cruchet, Moutier et Calmette se rapprochent des maladies japonaise et américaine. Les formes méningées de la maladie de Cruchet, si souvent mortelles au stade aigu, les cas australiens suivis de séquelles, les cas américains avec diplopie et hypersomnie, mais sans séquelles, représentent peut-être des chaînons intermédiaires entre les deux groupes. Enfin, on peut se demander si des virus de la même famille ne peuvent pas, dans certains cas, provoquer d'une part des leuco-encéphalites (encéphalomyélites) aiguës, et d'autre part des syndromes purement méningés, tels que les méningites lymphocytaires dites bénignes, les méningites séreuses épidémiques.

S'agirait-il de différences de terrain, de différentes espèces de virus ou, suivant la conception de Ch. Ni-

colle, de mutations du même virus ? Autant d'hypothèses qui devront être contrôlées par de nouvelles recherches cliniques, épidémiologiques, anatomiques et parasitologiques si nous voulons être prêts à combattre la menace croissante de ces maladies.

#### BIBLIOGRAPHIE

- (1) ANGLADE (D.), LASSALE (P.). Aspects histologiques du pédoncule cérébrale, etc. *Rev. d'oto-neuro-ophth.*, t. 9, p. 750, avr. 1931.
- (2) Association of Research in Nervous and Mental Diseases, *Proceedings*, 28 déc. 1931, t. 12, pp. 563-581. — Infections of the central nervous system. An investigation of recent advances.
- (3) BIER (F.-P.). Postencephalitischen psychischen Zustände der Kinder und jugendlichen in klinischer, forensischer u. fürsorglicher Beziehung. *Allg. Z. f. Psych.*, t. 98, pp. 71-92, 1932.
- (4) BOND (E. D.). Postencephalitic, ordinary and extraordinary children. *J. Pediatrics*, 1932, pp. 310-314.
- (5) BOQUET (H.). L'encéphalite léthargique est-elle due à une intoxication ? *Monde méd.*, t. 36, pp. 778-781.
- (6) BOSCHI (G.). Agoraphobia e claustrophobia encefalitiche, etc. *Giorn. Psich.*, t. 60, pp. 450-452, 1932.
- (7) BRAIN (R.). Australian-X diseases. In *Diseases of the nervous system*, 1933.
- (8) BROWNING (W.). Pre-epidemic encephalitis lethargica, etc. *Journ. Nerv. a Ment. Dis.*, t. 75, pp. 513-519, 1932.
- (9) CAMAUER (A. F.) et MOLINARI (A. J.). Síndrome oculo-simpático-paralítico de Cl. Bernard-Horner de origen encefalítico, etc. *Prensa Med. Arg.*, t. 18, pp. 315-320, 1931.
- (10) CENTINI (D.). Sull' epilessia postencefalitica. *Rass. Stud. Psich.*, t. 22, pp. 389-410, 1933.
- (11) CERONI (G.). Diabete mellito e parkinsonismo postencefalitico. *Riforma med.*, 1933, pp. 163-177.
- (12) CLARK (C. P.). The ocular disturbances in epidemic encephalitis. *Am. J. Opht.*, 3<sup>e</sup> ser., t. 16, pp. 606-611, 1933.
- (13) CLAUDE (H.) et EY (H.). Les états hallucinatoires à type schizophrénique dans l'encéphalite épidémique. *Enc.*, t. 28, pp. 485-503, 1933. — Troubles psycho-sensoriels et états oniriques dans l'encéphalite épidémique chronique. *Pr. Méd.*, t. 41, pp. 1281-1285, 1933.
- (14) CRISTINI (R.). (a) Ripresa di vecchie questioni riguardanti la natura delle sindromi parkinsoniane (funzione epatica e renale, ghiandole a secrezione interna). *Riv. Neur.*, t. 5, pp. 373-417, 1932. — (b) Disturbi elettrolitici nel sangue dei parkinsoniani. *Riv. Neur.*, t. 6, pp. 421-448, 1933.
- (15) CRUCHET (R.). *L'encéphalite épidémique*, 1928.
- (16) DAWSON (J. R.). Cellular inclusions in cerebral lesions of lethargic encephalitis. *Am. J. Path.*, t. 9, pp. 7-15, 1933, et *Arch. Neur. a. Psych.*, t. 31, pp. 685-700, 1934.
- (17) DE CRINIS (M.). Encephalitis u. Grippe. *Muench. Med. W.*, t. 1, pp. 130-133, 1934.
- (18) DONINI (F.). Tre casi acuti di encefalite letargica e quadro striale del sangue. *Boll. Assoc. Med. Trieste*, t. 24, pp. 874-880, 1933.
- (19) DRETTER (J.). Über die Störungen der Intelligenz bei Encephalitis lethargica chronica. *Arch. Suisses de Neur. et Psych.*, t. 30, pp. 287-298 et t. 31, pp. 39-58, 1933.
- (20) DUPOUY (R.-A.), COURTOIS et BOREL (J.). Délire de jalousie chez un parkinsonien postencéphalitique. *Ann. Méd.-Psych.*, t. 2, pp. 49-55, 1932.



- (21) ECONOMO (C.). *Die Encephalitis lethargica*, 2<sup>e</sup> éd., 1929.
- (22) FENYES (I.). Alzheimersche Fibrillenveränderung im Hirnstamm einer 28-jährigen Postencephalitikerin. *Arch. f. Psych.*, t. 96, pp. 700-717, 1932.
- (23) FINKELMAN (I.). Effect of ephedrin on blood sugar mobilization in chronic encephalitis. *Journ. Nerv. a. Ment. Dis.*, t. 77, pp. 345-350, 1933.
- (24) FREEMAN. Encephalitis. In *Neuropathology*, 1933.
- (25) FROMENT (J.-P.), RAVAUULT (P.) et DECHAUME (J.). Syndromes striés et surmenage musculaire. *Journ. de Méd. de Lyon*, 1929, pp. 409-413; *Revue Neur.*, 1929.
- (26) GANFINI (G.). La reazione della perossidasi nelle sindromi postencefalitiche e nella corea. *Riv. Sper. Fren.*, t. 56, pp. 931-938, 1932.
- (27) GARCIN (R.), ISRAËL et BLOCH-MICHEL. Crises oculogyres post-encéphaliques. Influence de la position de la tête dans l'espace, etc. *Rev. Neur.*, 1932, t. 1, pp. 730-738.
- (28) GIACANELLI (V. U.). La scrittura nel periodo tardiva della encefalite epidemica. *Ann. Osp. Psych. Prov. Perugia*, t. 26, pp. 315-352, 1932.
- (29) GLOBUS (J. H.). Inflammatory disease of the central nervous system. So-called non-suppurative encephalitis and encephalomyelitis. *Arch. Neur. a. Psych.*, t. 28, pp. 810-843, 1932.
- (30) GOLDBERG (S. A.), BAKER (C. F.) et HURFF (J. W.). Rationale of X-ray treatment of encephalitis lethargica. *Radiol.*, t. 22, pp. 663-668, 1934.
- (31) GOODHART (S.P.) et SAVITSKY (N.). Self mutilation in chronic encephalitis; avulsion of both eyeballs and extraction of teeth. *Am. Journ. Ment. Sci.*, t. 185, pp. 674-684, 1933.
- (32) GORDON (A.). An unusual speech disorder following encephalitis lethargica. *Ann. Int. Med.*, t. 6, pp. 895-900, 1933.
- (33) GRIMALDI (L.). Le lesioni articolari del Parkinson post-encefalitica. *Arch. Gen. di Neur.*, t. 14, pp. 105-115, 1933.
- (34) GROSS (K.). Forensische Bedeutung der psychischen Störungen nach Encephalitis. *Wien Med. W.*, 1933, t. 2, pp. 945-947 et 975-979.
- (35) GUILLAIN (G.), BERTRAND (I.) et MATHIEU. La rigidité olivaire. *Ann. Med.*, t. 25, pp. 460-475, 1929.
- (36) GUILLAIN (G.), GARCIN (R.) et BERTRAND (I.). Sur un syndrome cérébelleux précédé d'un état hypertonique de type parkinsonien. *Rev. Neur.*, 1931, t. 1, pp. 565-575.
- (37) GUILLAIN (G.) et MICHAUX. Syndrome parkinsonien par mésencéphalite syphilitique. *Rev. Neur.*, 1934, t. 2, pp. 70-73.
- (38) GUILLAIN (G.) et MOLLARET (P.). a) *Les séquelles de l'encéphalite épidémique*, 1932. — b) Sclérose en plaques avec tremblement cérébelleux parkinsonien, etc. *Bull. Soc. Méd. Hôp. Paris*, 1930, p. 188.
- (39) GUILLAIN (G.), MOLLARET (P.) et BERTRAND (I.). a) Contribution à l'étude du diagnostic des pinéalomés. Forme oculaire tonico-myoclonique simulant l'encéphalite épidémique. *Bull. Soc. Méd. Hôp. Paris*, 1933, pp. 984-993. — b) Etude clinique, cinématographique et anatomo-pathologique d'un grand spasme de torsion post-encéphalitique. *Rev. Neur.*, 1934, t. 1, pp. 342-358.
- (40) GUILLAIN (G.), PERISSON (J.) et BERTRAND (I.). Abcès du cerveau ayant simulé l'encéphalite léthargique. *Bull. Soc. Méd. Hôp. Paris*, 1929, pp. 922-930.
- (41) HALLEVORDEN (J.). Zur Pathogenese des postencephalischen Parkinsonismus. *Klin. Woch.*, 1933, t. 1, pp. 692-695.
- (42) HASSIN (G.). Epidemic encephalitis. In *Histopathology of the peripheral and central nervous system*, 1933.
- (43) HAXTHAUSEN (H.). Skin changes in chronic encephalitis. *Acta dermato-venereol.*, t. 13, pp. 408-416, 1933.
- (44) HAYASHI (M.). Zur Geschichte der epidemischen Encephalitis in Japan. *Arb. Med. Univ. Okoyama*, t. 3, pp. 201-218, 1932.
- (45) HELSPER (R.). Psychosen bei chronischer Encephalitis epidemica. *Z. Neur.*, t. 149, pp. 374-408, 1933.
- (46) HEUYER (G.) et LAGACHE (D.). Syndrome d'influence symptomatique d'une encéphalite. Impulsions suicide et homicide. *Ann. Méd.-Ps.*, 1933, t. 2, pp. 214-220.
- (47) JEDLOWSKI (P.). Citologia ematica nel parkinsonismo encefalitico. *Boll. Soc. Ital. Biol. Sper.*, t. 8, pp. 645-648, 1933.
- (48) JOUSSET (A.), BERTRAND (I.) et VESLOT (J.). Ménigite tuberculeuse larvée simulant l'encéphalite épidémique. *Bull. Soc. Méd. Hôp. de Paris*, t. 48, pp. 846-852, 1932.
- (49) KAHLMEYER (G.). a) Quelques formes atypiques d'encéphalite épidémique. *Acta Ps. et Neur.*, 1931, pp. 359-368. — b) Examen anatomo-pathologique de cas d'encéphalomyélite aiguë disséminée appartenant probablement à la maladie d'Economo. *Rev. Neur.*, 1931, t. 2, pp. 501-502.
- (50) KANEKO (R.) et AOKI (Y.). Über die Encephalitis epidemica in Japan. *Erg. der Inn. Med. u. Kinderheilk.*, t. 34, pp. 342-356, 1928.
- (51) LABBÉ (M.) et DREYFUS (G.). Maladie de Parkinson post-encéphalitique et troubles de la nutrition, etc. *Pr. Méd.*, t. 41, pp. 1345-1347, 1933.
- (52) LAIGNEL-LAVASTINE, FOUQUET (J.) et KLOTZ (B.). Un cas de spasme du facial supérieur d'origine encéphalitique. *Rev. Neur.*, 1933, t. 1, pp. 43-47.
- (53) LAIGNEL-LAVASTINE et KAHN (P.). Psychose encéphalitique et syndrome cyclothymique. *Ann. Méd.-Ps.*, 1932, t. 2, pp. 68-73.
- (54) LAIGNEL-LAVASTINE et STERNE (J.). Aspect de main hypothalamique au cours d'une maladie de Parkinson d'origine encéphalitique. *Rev. Neur.*, 1931, t. 2, pp. 612-614.
- (55) LAIGNEL-LAVASTINE et STERNE (J.). Le traitement par le bleu de trypan des parkinsoniens d'origine encéphalitique. *Journ. de Méd. de Paris*, t. 53, pp. 14-16, 1933.
- (56) LEVADITI (C.). Etiology of epidemic encephalitis. *Arch. Neur. a. Psych.*, t. 22, pp. 767-803, 1929.
- (57) LHERMITTE (J.). a) Régulation des fonctions corticales. Le mésocéphale organe régulateur. *Enc.*, t. 27, pp. 57-85, 1932. — b) *Le sommeil*, 1931.
- (58) LJUNGSTRÖM (C. E.). Clinical points of view on problems of encephalitis. *Nord Méd. Tidskr.*, 1933, pp. 1190-1195.
- (59) MARBURG (O.). Allgemeine Pathologie der nichteitrigen Entzündungen des Zentralnervensystems. *Arb. Neur. Inst. Wien*, t. 34, pp. 1-22, 1932.
- (60) MARCHAND (L.) et PICHARD (H.). Syndrome de Parkinson post-encéphalitique. Destruction du locus niger. *Ann. Méd.-Ps.*, 1933, t. 2, pp. 716-719.
- (61) MARESCAL (P.). *L'olive bulbaire*, 1933.
- (62) MARINESCO (G.) et DRAGONESCO (S.). Sur la pathogénie des crises oculo-céphalogyres chez les parkinsoniens postencephalitiques. *Rev. d'Oto-Neuro-Opht.*, t. 10, pp. 396-403, 1932.
- (63) MARINESCO (G.) et NICOLESCO. Un cas de parkinsonisme accompagné de crises oculogyres et d'hallucinations colorées. *Rev. Neur.*, 1932, t. 2, pp. 691-693.

- (64) MATHESON. Commission. Epidemic encephalitis. (Report of a Survey), 1929, 2<sup>e</sup> rapport 1932.
- (65) MATSUMARA (T.). Histopathologische Untersuchungen über die Leberveränderungen bei postencephalitischem Parkinsonismus. *Fukuoka Ikwadaigaku-Zasshi*, t. 26, pp. 62-63 (résumé allemand), 1933.
- (66) MCINTYRE (H. D.). An unusual encephalopathy, probably infections in origin. Clinical report on 20 cases. *Journ. Am. Med. Assoc.*, t. 100, pp. 1097-1103, 1933.
- (67) MISKOLCZY (D.) et DANCZ (M.). Hemiatrophie und Hemiparkinsonismus. *Deutsche Z. f. Nervenheilk.*, t. 127, pp. 194-204, 1932.
- (68) MÜNZER (F. T.). Narkolepsie und Gewicht-Zunahme, etc. *Md. Klin.*, 1932, t. 2, pp. 1382-1384.
- (69) MUSELLA (M.). pH urinario e « costante di Hasselbach » in parkinsoniani. *Riv. Neur.*, t. 5, pp. 424-436, 1932.
- (70) NAKA (S.), KINGO (S.) et KUROIWA (K.). Klinische Untersuchungen über die Sommerencephalitis in Japan. *Fukuoka-Ikwadaigaku-Zasshi*, t. 27, pp. 30-33, 1933.
- (71) NETTER (A.). Longue persistance du virus à l'état latent chez les sujets atteints d'encéphalite, etc. *Bull. Soc. Méd. Hôp. Paris*, t. 49, pp. 61-71, 1933.
- (72) NEUSTADT (R.). *Die chronische Encephalitis epidemica in ihrer gutachtlichen u. sozialen Bedeutung*, 1932.
- (73) PICHARD (H.) et LIBER (A.-F.). Parkinsonisme fruste traumatique. *Ann. Méd.-Ps.*, 1934, t. 2, pp. 80-85.
- (74) PICHARD (H.) et TRELLES (J.-O.). Syndrome infundibulaire postencéphalitique. *Ann. Méd.-Ps.*, 1932, t. 1, pp. 160-165.
- (75) POPPI (U.) et RENZETTI (G.). Disbasia lordotica postencephalica. *Riv. Neur.*, t. 6, pp. 337-356, 1933.
- (76) REES (C. E.). Observations following sympathetic ganglionectomy in cases of post-encephalitic-parkinsonian syndrome. *Am. Journ. Surg.*, t. 21, pp. 411-415, 1933.
- (77) RIVERS (T. M.). Relation of filtrable viruses to diseases of the nervous system. *Arch. Neur. a. Ps.*, t. 28, pp. 757-777, 1932.
- (78) ROCH (M.). De la maladie de Gerlier à l'encéphalite épidémique. *Pr. Méd.*, t. 40, pp. 323-324, 1932.
- (79) SAUL (C. D.). Epidemic encephalitis lethargica. *Med. Clin. of North America*, t. 17, pp. 559-570, 1933.
- (80) SCHILDER (P.). Brain and personality. *Nerv. a. Ment. Dis. Monogr.*, n° 53, 1932.
- (81) SCHÜKRÜ (I.). Über 3 mit Lähmung des Nervus abducens beginnende Encephalitis Fälle und ihre Behandlung, etc. *Allg. Z. Ps.*, t. 98, pp. 427-428, 1932.
- (82) SOSA Y SANCHEZ (A. I.). Encefalitis epidemica y embrazo. *Rev. Méd. Lat. Amer.*, t. 17, pp. 1718-1725, 1932.
- (83) SPATZ (H.). Encephalitis. In *Bunke's Handbuch der Geisteskrankheiten*, vol. 11, 1930.
- (84) STERN (F.). a) *Die epidemische Encephalitis*, 2<sup>e</sup> éd., 1928. — b) *Epidemische Encephalitis*. *Fortschr. Neur. u. Ps.*, t. 4, pp. 531-545, 1932.
- (85) STOUT (R. E.) et KARNOSH (L. J.). Acute disseminated encephalomyelitis. Its clinical manifestations and sequelae. *Journ. Am. Med. Assoc.*, t. 101, pp. 667-672, 1933.
- (86) THOMSEN (O.). Akute nicht-suppurative Entzündungen im Zentralnervensystem. *Acta Path. Scand.*, t. 9, pp. 407-446, 1932.
- (87) TORRES DE GONZALES ENRIQUEZ (C.). Trastornos oculares en los postencefalíticos. *Anales Soc. Mex. Oft. y Otorinol.*, t. 9, pp. 105-113, 1932.
- (88) TOULOUSE (E.), MARCHAND (L.) et SCHIFF (P.). Les encéphalites psychosiques. *Enc.*, 1929, pp. 413-440.
- (89) TOULOUSE (E.), MARCHAND (L.) et COURTOIS (S.). Les encéphalites psychosiques. — *Pr. Méd.*, t. 39, pp. 465-468, 1931.
- (90) TRELLES (J.-O.). Le système moteur extra-pyramidal. *Gaz. des Hôp.*, t. 104, pp. 1691-1706, 1931.
- (91) VADASZ (J.). Kombinierte postencephalitische Anfälle (Narkolepsie, Kataplexie, Blickkrämpfe). *Arch. Suisse de Neur. et Ps.*, t. 32, pp. 154-171, 1933.
- (91 bis) VEILLARD (Alb.). De la bradykinésie, etc., intoxication alimentaire. *Concours Méd.*, 28 avril 1929, pp. 1341-1343.
- (92) WEIL (A.). Histopathology of central nervous system in epidemic encephalitis (St-Louis epidemic). *Arch. Neur. a. Psych.*, t. 31, pp. 1139-1152, 1931.
- (93) WINKLER (W.). Die Störungen des Ketonkörperstoffwechsel bei Encephalitis lethargica. *Z. Klin. Med.*, t. 122, pp. 466-76, 1932.
- (94) WINTHER (K.). La méningite séreuse d'origine encéphalitique. *Rev. Neur.*, 1933, t. I, pp. 983-5.
- (95) WOHLFAHRT (G.). Pseudo-diabetes insipidus after Encephalitis lethargica. *Acta Med. Scand.*, t. 80, pp. 454-65, 1933.
- (96) ZARA (E.). Sulla glutathionemia negli ammalati di parkinsonismo post-encefalitico. *Osp. Psychiatr.*, 1933, pp. 347-55.
- (97) ZINKHAN (A. M.). Early ear, nose and throat manifestations of lethargic encephalitis. *Laryngosc.*, t. 43, pp. 549-53, 1933.
- (98) ZINSSER (H.). The present state of knowledge regarding epidemic encephalitis. *Arch. Path.*, t. 6, p. 271, 1928.

— Sur l'encéphalite américaine, voir en outre les numéros spéciaux du *Journal of the American Medical Association* des 8 et 15 septembre 1934 (t. 103), où sont étudiés tous les aspects de la question :

- (99) NEAL (J. B.). The encephalitis problem, pp. 726-8.
- (100) LEAKE (J. P.) E. K. MUSSON et H. D. CHOPE. Epidemiology of epidemic encephalitis, St-Louis type, pp. 728-31.
- (101) MUCKENFUSS (R. S.), C. ARMSTRONG et L. T. WEBSTER. Etiology of 1933 epidemic of encephalitis, pp. 731-733.
- (102) HEMPELMANN (T. C.). The Symptoms and diagnosis of encephalitis (1933, St-Louis epidemic), pp. 733-735.
- (103) Mc CORDOCK (H. A.), W. COLLIER et S. A. GRAY. The St-Louis type of encephalitis, pp. 822-825. (Anatomie pathologique.)
- (104) JONES (A. B.). Encephalitis epidemic : prognosis, pp. 825-6.
- (105) ESCHENBRENNER (J. W.). Treatment of encephalitis, pp. 826-7.
- (106) BREDECK (J. F.) et P. J. ZENTAY. Handling of the St-Louis epidemic, pp. 827-828.
- (107) Les rapports épidémiologiques des numéros courants du *Journal Am. Med. Assoc.*
- (108) Le *Rapport Epidémiologique Mensuel* de la Section d'Hygiène du Secrétariat de la S.D.N.

Les syndromes méniériques, par S.-H. MYGIND et Dida DEDEDERDING. In-8° de 273 pages (analyses en allemand et en anglais). — Prix : 40 fr. — Paris, Presses universitaires de France.

L'arthritisme, son traitement, par le docteur Jacques SÉBILLOT. In-8° de 437 pages. — Prix : 30 fr. — Paris, Louis Arnette.

Etude physiologique de la réaction de Schick, par le docteur Maurice GAUTRELET. In-8° de 55 pages. — Paris, E. Le François.



## SOCIÉTÉS SAVANTES

## SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 27 FÉVRIER 1935)

Sur le mécanisme de la maladie de Volkmann. — M. LERICHE rapporte une observation où toutes les méthodes utilisées : sympathectomie, artériectomie, infiltration stellaire, aboutirent à un échec. Une résection du poignet ne suffit pas encore. Mais une désinsertion des fléchisseurs finit par donner une bonne fonction.

M. LEVEUF publie une observation personnelle analogue, où seul fut efficace un raccourcissement des deux os de l'avant-bras.

M. SORREL montre que la pathogénie de la maladie de Volkmann est loin d'être élucidée.

De la chondrogénèse hétérotopique. — M. LERICHE se demande comment se produit la chondrogénèse et si les chondromes bénins sont bien des tumeurs.

M. LENORMANT partage entièrement l'opinion de M. Leriche à propos de ces tumeurs.

Radiographie dans l'occlusion. — M. GOSSET apporte six documents qui montrent quels services peuvent rendre les examens radiologiques dans l'occlusion intestinale.

Panaris de la face dorsale. — M. MOURE rapporte un travail de M. Pellé (de Rennes). D'après 4 observations, l'auteur montre qu'il existe des suppurations de la face dorsale des doigts, qui se propagent secondairement à la face palmaire.

Tumeur du nerf cubital. — M. DE MARTEL présente une observation de MM. Monteiro et Fialho. Il insiste sur la né-

cessité d'enucléer la tumeur sans interrompre la continuité nerveuse.

M. PETIT-DUTAILLIS est du même avis. Mais il croit qu'une telle précaution n'est pas toujours possible. Dans ce dernier cas, il estime que le meilleur moyen de rétablir la continuité nerveuse est de faire une greffe par un nerf prélevé sur chien vivant.

M. MOUCHET a eu l'occasion d'opérer deux cas de schwannome, l'un du nerf cubital, l'autre du nerf médian.

M. GOSSET croit aussi qu'il n'est pas toujours possible de ménager le nerf, et que, dans ce cas, l'hétéro-greffe vivante est la meilleure.

## Hématométrie à la suite de curiethérapie du col utérin.

— MM. PROUST, PARAT et PALMER présentent cette observation intéressante.

(SÉANCE DU 6 MARS 1935)

Artériographies. — M. LEVEUF rapporte ce travail de Wertheimer et Friehe. Sur 77 cas, il y eut trois accidents, l'un après thorostrat, l'autre après collothor, et le dernier après ténébryl.

Fistules anales. — Ce travail de M. Cabanié (d'Angers) est rapporté par M. GRÉGOIRE. 53 fistules furent traitées par l'excision suivie de suture. 51 guérisons.

M. MADIÉ a obtenu par le même procédé 43 guérisons sur 45 cas.

MM. DESPLAS et ROUX-BERGER ne croient pas que la guérison puisse être obtenue régulièrement par cette méthode.

M. BLOCH rappelle le procédé de Cunéo.

MM. MOULONGUET et R. MONOD considèrent que la récurrence est la règle chez les tuberculeux pulmonaires.

Adopté par les hôpitaux de Paris

**GYNERGÈNE****"SANDOZ"***Tartrate de l'Ergotamine cristallisée - Principe actif spécifique de l'ergot***LE PLUS PUISSANT DES HÉMOSTATIQUES UTÉRINS - INHIBITEUR DU SYMPATHIQUE****AMPOULES**  
1/2 cc. à 1 ampoule.**COMPRIMÉS**  
1 à 2, trois fois par jour.**GOUTTES**  
XV à XXX gouttes, 3 fois par jour.**PRODUITS SANDOZ, 20, rue Vernier. — PARIS-17<sup>e</sup>****B. JOYEUX, Pharmacien de 1<sup>re</sup> classe****OLÉTHYLE-BENZYLE**

**Hernie inguinale.** — M. BRÉCHOT a observé un cas où une anse grêle faisait clapet entre vessie et cæcum et, par son irréductibilité, empêchait le reflux du liquide dans le sac herniaire.

**Greffes ovariennes.** — MM. PROUST et MORICARD ont pratiqué de nombreuses greffes ovariennes après hystérectomie. Lorsqu'elles s'atrophient, des injections d'extrait anté-hypophysaire les revivifient.

**Anesthésie à l'Evipan.** — M. Robert MONOD rapporte un travail de M. Schneider et un autre de M. Borrey qui, en chirurgie coloniale, ont eu de bons résultats avec l'Evipan.

M. MENEGAUX estime que l'Evipan n'est pas un anesthésique de base, car il est très rapidement éliminé de l'organisme. C'est la chute de la mâchoire qui doit être utilisée pour le calcul de la dose. Ses indications essentielles paraissent être les actes chirurgicaux quels qu'ils soient chez les tuberculeux pulmonaires et les opérations sur la face et le cou.

M. DESPLAS signale un cas de mort par l'Evipan publié par M. Oulié.

M. PROUST considère qu'il faut envisager les cas pour lesquels l'Evipan est favorable, mais qu'il ne faut pas généraliser d'emblée le procédé.

M. LENORMANT croit qu'il s'agit d'une méthode intéressante.

M. MAURER a tendance à abandonner l'Evipan en chirurgie thoracique.

#### SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 16 FÉVRIER 1935)

**Etude des propriétés biologiques des souches de bacilles acido-résistants isolées de l'organisme de cobayes neufs.** — MM. A. SAENZ, L. COSTIL et M. SADETTIN. Si les recherches sur la dissociation permettent de différencier nettement ces bacilles de la variété S d'origine humaine ou bovine, par leur réversibilité en variété R virulente ou par leurs propriétés au moment de l'isolement, ces souches n'en peuvent pas moins présenter entre elles des analogies frappantes.

**Importance de la technique dans l'étude des ferments de défense du sérum.** — M. Ch.-O. GUILLAUMIN. La technique de la méthode interférométrique a été étudiée d'abord par Durupt et Schlesinger. Le second procédé de Durupt, avec mise en équilibre préalable du réactif avec le sérum lui-même, est bien supérieur. Quant au facteur de variation supplémentaire signalé récemment par Grigaut, et capable d'annuler la perception d'un processus fermentaire vrai, l'auteur n'a pu le mettre en évidence.

**Modifications de l'équilibre protido-lipidique du sérum sanguin chez les chiens traités par l'extrait orchitique.** — MM. Ch. ACHARD, M. BARIÉTY et E. HADJIGEORGES. Les injections intramusculaires d'extrait orchitique abaissent la sérine, élèvent la globuline et l'azote non protéique, diminuent les lipides totaux, le cholestérol et les acides gras.

**Etude comparative du traitement à l'extrait acétonique de bacilles de Koch sur des cobayes inoculés de produits suspects et sur des cobayes sains.** — MM. J. VALTIS et F. VAN DEINSE. 1° Le pourcentage des résultats positifs obtenus chez les cobayes inoculés avec des produits suspects de tuberculose et traités par l'extrait acétonique, est presque 17 fois supérieur à celui qu'on relève chez les témoins. Par conséquent, si le traitement par l'extrait acétonique peut faire « sortir » une infection « spontanée » chez les cobayes traités, ou bien met en évidence la présence dans l'orga-

nisme de l'animal, de bacilles acido-résistants cultivables, à caractères spéciaux, cette éventualité semble jouer un rôle insignifiant.

2° Les passages successifs de cobaye à cobaye ne paraissent pas favoriser l'apparition de tuberculoses dues à des contaminations fortuites.

3° Les cultures obtenues par l'ensemencement des organes des cobayes traités par l'extrait poussent à 38°, sensibilisent les cobayes à la tuberculine surtout aviaire, à laquelle ces sujets réagissent précocement, et produisent une tuberculine active, ce qui, à leur avis, les distingue des bacilles paratuberculeux connus jusqu'à présent.

**Douze souches appartenant à divers types de bacilles acido-résistants isolées de l'organisme de cobayes neufs.** — MM. A. SAENZ, L. COSTIL et M. SADETTIN ont réussi à isoler chez des cobayes neufs ayant séjourné pendant de longs mois dans des cages d'expériences, douze souches appartenant à divers types de bacilles acido-résistants. Pour les isoler, ils se sont servis des caractères spéciaux de l'allergie que présentaient les cobayes neufs qui hébergeaient de tels germes. Chez des cobayes neufs qui furent sacrifiés peu de jours après leur arrivée dans les écuries du laboratoire, on n'a pu mettre en évidence aucun bacille acido-résistant par ensemencement de leur rate. On a décelé par la culture des bacilles de ce type dans les ganglions inguinaux et la rate de cobayes qui avaient séjourné plusieurs mois dans des cages à expériences. La proportion des animaux contaminés est plus élevée lorsque, durant leur séjour dans les cages, ils sont soumis à des injections répétées de produits divers stériles. Les bacilles acido-résistants ainsi isolés ne provoquent aucun signe d'infection tuberculeuse généralisée.

**Le virus tuberculeux dans six cas de méningite de l'adulte.** — M. FAURE-BEAULIEU et Mlle C. BRUN rapportent l'étude bactériologique des six derniers cas de méningites qu'ils ont observés. Le virus tuberculeux a été isolé par culture : deux fois sous sa forme *primordiale granulaire*, *cyanophile* : 1 fois sous sa forme *bacillaire cyanophile* (bacilles « nus » de P. Courmont), trois fois sous sa forme *bacillaire acido-résistante*, mais dans un cas seulement, il s'agissait de la variété R ; dans les deux autres de la variété S ayant moins évolué.

La méningite tuberculeuse ne relève donc pas toujours du bacille de Koch typique ; les formes *granulaires*, *jeunes*, *évolutives*, du virus tuberculeux paraissent assez fréquemment en cause. Les méningites qu'elles provoquent ne présentent pas de symptomatologie spéciale, leur évolution est aussi rapidement fatale, mais les réactions inflammatoires que révèle l'examen du liquide céphalo-rachidien ont une intensité toute particulière.

**Sur la valeur des résultats obtenus chez les cobayes inoculés avec un produit pathologique et traités par des injections d'extrait acétonique de bacilles de Koch.** — MM. L. NÈGRE, J. BRETEY et Mlle GERHARDT n'ont pas pu révéler la présence dans l'organisme de cobayes neufs du bacille de Koch sous son type rugueux classique par la méthode la plus sensible dont nous disposons. Dans 4,5 % des cas, ils ont par la même méthode isolé de ces animaux des souches de bacilles acido-résistants qui se présentent sous la forme de colonies lisses non pathogènes pour le cobaye, le lapin et la poule et sensibilisent le cobaye à la tuberculine.

Par contre, chez des cobayes inoculés avec des produits pathologiques et traités par la même méthode, ils ont obtenu chez 24 % de ces animaux des résultats positifs. Dans tous ces cas, il s'agissait de souches rugueuses virulentes pour le cobaye et le lapin et de souches lisses qui pour la plupart, au moment de leur isolement, se sont montrées pathogènes pour le lapin et la poule.



LABORATOIRES CARTERET

# Tonique Cardiaque Diurétique Puissant

avec

tous les principes actifs  
de l'Adonis vernalis

*Pas d'Accumulation*

*Pas d'Accoutumance*

*Pas toxique*

*Agit vite*

Pas d'accoutumance - Agit vite - Pas d'accumulation

**DIURÈNE**

"Extrait total" d'ADONIS VERNALIS

CARDIOPATHIES - ARTÉRIO-SCLÉROSE  
NÉPHRITES & CIRRHOSSES  
OÈDÈMES &  
ASCITES

LIQUIDE      PILULES

Posologie : 2 à 6 cuillerées à café  
ou 4 à 12 pilules par jour.

Echantillons et Littérature : 15, RUE D'ARGENTEUIL, PARIS

Dans la grande majorité des cas, les bacilles isolés des lésions des cobayes, inoculés avec un produit pathologique et traités par l'extrait acétonique, proviennent donc bien des produits inoculés.

**Les variations de la sensibilité cutanée aux rayons ultra-violet** sur les endocriniens. — MM. GUY LAROCHE, SAIDMAN et SERDARIS rapportent les résultats de leurs mesures de la sensibilité cutanée aux rayons ultra-violet, avec le test automatique de Saidman, basé sur l'exposition à des sources de rayons ultra-violet, durant des temps différents, de petites surfaces cutanées, ce qui permet de déterminer le seuil d'érythème.

Douze diabétiques ont tous été hypersensibles.

Sur 35 basedowiens, 29 se sont montrés hypersensibles. Le seuil de l'érythème est même resté très bas chez quatre malades considérés comme guéris avec M. B. normal.

Inversement, quatre myxoédémateux se sont montrés très hyposensibles.

Les goîtres simples ont donné des résultats variables.

Pour les sujets atteints d'autres affections, on a constaté un fréquent déséquilibre de la sensibilité cutanée aux rayons ultra-violet.

#### SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(SÉANCE DU 8 FÉVRIER 1935).

**Nouvel appareil pour la mesure de pression artérielle, le « pulsotensiomètre ».** — M. René GIROUX présente un nouvel appareil pour la mesure de la pression artérielle. Il s'agit d'un oscillomètre d'un modèle particulier, d'une grande sensibilité et d'une manipulation simple et rapide. Cet appareil permet de mesurer très rapidement et avec précision les pressions maxima et minima et la pression moyenne dynamique. Il est appelé à remplacer les appareils auscultatoires, dont il a la rapidité de mesure en y ajoutant les avantages de la méthode oscillométrique. C'est un appareil construit pour les besoins de la pratique courante. Il n'est plus nécessaire, en effet, d'avoir deux appareils pour étudier le système circulatoire, mesurer la pression artérielle ; le Pulsotensiomètre répond aux nécessités de la clinique journalière.

**Écarteur pour la région cervicale.** — M. DARTIGUES, au nom du docteur Perseguers (de Caen), présente un écarteur autostatique pour la chirurgie de la région cervicale et en particulier de la thyroïde et du sympathique cervical et stellaire : il permet une précision et vision très directe dans ces opérations. Cet instrument est basé sur le principe du blépharostat du docteur Pley, employé en ophtalmologie.

**Polynéoplasies associées ou successives.** — M. DARTIGUES, sous ce nom, désigne les cas de malades qui ont, dans le courant de leur vie, plusieurs néoplasmes apparaissant simultanément ou successivement. Il apporte un certain nombre de cas, mais, en dehors de l'intérêt de ces cas particuliers, Dartigues tire une conclusion d'importance générale : toute tumeur bénigne ou maligne doit être opérée ou traitée par des moyens physiothérapiques appropriés, car elle est l'indication le plus souvent d'un terrain apte à la néoplasie bénigne, ou maligne, ou associée, dont il faut prévenir les manifestations successives par un traitement modificateur au moyen de sels de magnésium ou autres, et de l'exercice physique, qui régularise la situation, évite les stases sanguines et vivifie l'organisme.

**La revalorisation du capital humain qui dort.** — M. G. DE PARREL apporte des précisions sur le programme de récupération qu'il conviendrait de suivre pour réadapter socialement les déficients sensoriels, moteurs ou psychiques ; aménagement des lois et budgets ; dépistage précoce et re-

censement ; création de centres de récupération ; apprentissage professionnel et placement, etc. Les dépenses d'aujourd'hui se traduiront demain, pour l'Etat, par de larges économies d'assistance. L'enfance déficiente représente un capital humain qui dort et qu'il faut récupérer.

**Tumeur lympho-épithéliale du cavum demeurée guérie 7 ans après roentgenthérapie.** — Pour M. M. JOLY, la roentgenthérapie est une méthode qui ne mérite nullement le qualificatif d'aveugle qu'on lui décerne quelquefois. A propos d'une guérison durable, l'auteur indique à quelle précision est arrivée actuellement la technique roentgenthérapique.

**Protéinothérapie lactique et réaction thermique.** — M. PRON (d'Alger), résumant les constatations qu'il a faites après plusieurs années d'emploi des injections de lait dans l'ulcère gastroduodénal, fait remarquer que, toutes les conditions étant égales, la fièvre a manqué dans la moitié des cas ou n'a été que légère. Il ne s'explique pas cette divergence par rapport aux résultats classiquement admis.

**Cure ambulatoire des fistules extrasphinctériennes.** — M. Robert KAUFMANN reprend l'anatomie pathologique et montre que la notion de fistule borgne externe est erronée. Il définit le « plan principal » dans lequel il dispose l'anse à drainer et la ligature qui sectionne le trajet. Il a guéri ambulairement quatorze cas consécutifs sans immobiliser les malades, dont quelques-uns présentaient des récidives multiples antérieures.

**L'épaule. Anatomie des formes extérieures. Anatomie radiographique. Chirurgie opératoire (1),** par Antoine BASSET, professeur agrégé à la Faculté de Paris, chirurgien de l'hôpital Beaujon, et Jacques MIALARET, interne des hôpitaux de Paris, aide d'anatomie à la Faculté.

Les auteurs réunissent dans une série de monographies tout ce qu'il y a d'important à savoir en anatomie normale et en technique opératoire sur chacune des grandes régions articulaires.

Un premier volume précédemment publié est consacré au genou, ce deuxième volume comprend l'étude anatomique et la chirurgie opératoire de l'épaule.

La partie anatomique comprend essentiellement l'étude des formes extérieures et celle de l'anatomie radiographique normale. Elle est largement illustrée de photographies d'un caractère très artistique ainsi que de radiographies.

Dans la partie chirurgicale, les auteurs exposent les diverses techniques opératoires qu'ils groupent autour des affections auxquelles elles s'appliquent. Ils ont insisté sur les indications et les résultats opératoires plus qu'ils ne l'avaient fait précédemment et ils ont ajouté dans le texte un certain nombre d'indications bibliographiques, importantes et récentes.

Ainsi est réalisée la somme des notions indispensables à posséder pour examiner correctement une articulation malade choisie et pratiquer avec succès celle des techniques opératoires qui conviendra le mieux à la lésion à traiter.

L'illustration est abondante comme dans le précédent volume. L'originalité de certaines figures anatomiques consiste en ceci, que l'auteur a fait dessiner les parties fibreuses, les ligaments, les tendons péri-articulaires, non sur un squelette, lui-même dessiné au préalable, mais sur des radiographies d'une épaule normale.

L. G.

(1) In-8 de 292 pages avec 116 figures. — Prix : 65 fr. — Paris, Masson et C<sup>ie</sup>.

Le Directeur-gérant : D<sup>r</sup> François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.



**VOMISSEMENTS**

Vomissements de la grossesse  
Mal de mer  
Etats nauséux  
**ATONIE GASTRIQUE**

**CETRAROSE**

du Docteur GIGON  
à base d'Acide protocétrarique.

MODE D'EMPLOI  
20 à 30 gouttes en une  
fois sur un morceau de  
sucre ou dans un peu  
d'eau. Dose pouvant être  
répétée plusieurs fois, sans  
dépasser 200 gouttes par  
24 heures.

Laboratoire des Produits du D<sup>r</sup> GIGON

A. FABRE, Pharmacien  
25, Bd Beaumarchais - PARIS

LABORATOIRES R. HUERRE, Docteur ès Sciences, Pharmacien, 12, Boulevard Bonne-Nouvelle. — PARIS

**Traitement de la Séborrhée**

ET SURTOUT DE L'ALOPÉCIE SEBORRHÉIQUE (chute des cheveux banale) CHEZ L'HOMME ET CHEZ LA FEMME

PAR LE

**CHLOROSULFOL VIGIER**

ET PAR LES

**SAVONS VIGIER**

à l'Essence de Cadier et à l'Essence de Cèdre

ÉCHANTILLONS ET LITTÉRATURE SUR DEMANDE

Tout Déprimé  
» Surmené

Tout Cérébral  
» Intellectuel

Tout Convalescent  
» Neurasthénique

est justiciable  
de la :

6, Rue Abel  
PARIS (12<sup>e</sup>)

**NEVROSTHENINE FREYSSINGE**

Gouttes de glycérophosphates alcalins (0.40 par XX gouttes).  
XV à XX gouttes à chaque repas. — Ni sucre, ni alcool.



CURE DE  
**DIURESE**



GOUTTE GRAVELLE  
ARTÉRIO-SCLÉROSE

MEDICATION CHLORHYDRO-PEPSIQUE

DYSPEPSIES

Anorexie

Vomissements

LIENTÉRIE

DOSES : 1 verre à liqueur ou 2 à 3 pilules par repas. Enfants : 1 à 2 cuillerées à dessert

Dépôt : 49, Rue de Maubeuge, PARIS — Envoi franco Echantillons.

**ELIXIR GREZ**

ET PILULES

CHLORHYDRO-  
PEPSIQUES

Amers et Ferments  
digestifs

INFECTIONS  
CHRONIQUES

**IODASEPTINE CORTIAL**

7, r. de l'Armorique  
PARIS (XV<sup>e</sup>)

**CHARBON DE PEUPLIER** sous forme de **GRAINS ANISÉS** de **CHARBON TISSOT**

Humectent, divisent, aseptisent, expulsent.

DIVISION du **BOL ALIMENTAIRE**

**CONSTIPATION**

et conséquences : MAUVAISES DIGESTIONS, MIGRAINES, LOURDEURS de TÊTE  
HEMORROIDES, etc. — Une cuillerée à café avalée comme des graines de lin, après chaque repas.

Toutes Pharmacies. — Echantillons : PARIS 34, BOULEVARD DE CLICHY (Service A)



# LIPIODOL LAFAY

THERAPEUTIQUE IODORGANIQUE ET RADIODIAGNOSTIC

Huile iodée à 40%.

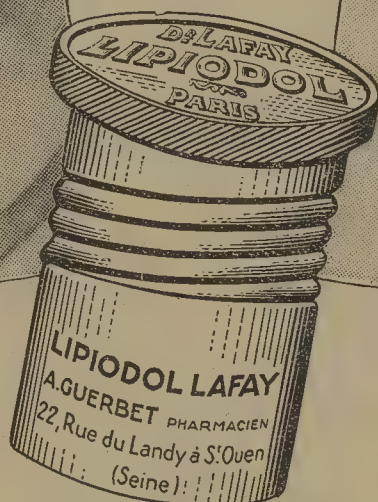
54. centigr. d'iode pur par centi. cube



*Injection intra-utérine  
de Lipiodol*

## POUR COMBATTRE

ASTHME  
ARTÉRIOSCLÉROSE  
LYMPHATISME  
RHUMATISME  
ALGIES DIVERSES  
SCIATIQUE  
SYPHILIS



*Injection intra-fistulaire  
de Lipiodol*

## POUR EXPLORER

VOIES RESPIRATOIRES  
UTÉRUS ET TROMPES  
SYSTÈME NERVEUX  
VOIES URINAIRES  
SINUS NASAUX  
VOIES LACRYMALES  
ABCÈS ET FISTULES

AMPOULES, CAPSULES,  
EMULSION, COMPRIMÉS

**A. GUERBET & C<sup>IE</sup>**

Pharmacien

Ex-interne des Hôpitaux de Paris

22, Rue du Landy

St-OUEN (près Paris)

## Dosage :

1 cm<sup>3</sup>. = 0 gr. 54 d'iode

1 capsule  
1 cuiller à café  
d'émulsion } = 0 gr. 20  
d'iode

1 comprimé = 0. gr. 04 d'iode

LIPIODOL à 20%

LIPIODOL à 10% Ascendant



*La Lancette Française*

# GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6°. Tél. : Danton 48-31.

PUBLICITE : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6°) - Téléph. : Littré 54-93.

## PRIX DE L'ABONNEMENT

## FRANCE

3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.

*Etudiants : 25 francs par an.*

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

## ETRANGER

Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.

Tous les autres pays : 75 francs.

## SOMMAIRE

## TRAVAUX ORIGINAUX

*Le signe du crémaster en pathologie nerveuse. Sa valeur diagnostique dans les plaies du crâne*, par M. Fernand Lévy.*Comment traiter les infections chroniques ou récidivantes rebelles du rhino-pharynx au cours de la deuxième enfance*, par MM. P. VALETTE et R. CLOGNE.

## SOCIÉTÉS SAVANTES

*Académie des sciences. — Société médicale des hôpitaux. — Société de médecine de Paris.*

## NÉCROLOGIE

*Joseph-Claude Récamier*, par M. M. LANCÉ.

## NOTES POUR L'INTERNAT

*Signes, diagnostic et traitement des cancers coliques (fin).*

2° Les vendredi 26 et samedi 27 avril, de 13 à 17 h.

Elle sera fermée du jeudi 18 au jeudi 25 avril inclus.

**MÉDAILLE DES ÉPIDÉMIES.** — La médaille d'argent des épidémies a été décernée à MM. les docteurs Sanguy (de Tiznit, Sud-Marocain) et Meyer (d'Aiguilles); la médaille de bronze a été conférée à M. le docteur Huguet (de Marseille) et à M. Léna, interne en pharmacie des hôpitaux de Marseille.

**LIGUE FRANÇAISE CONTRE LE RHUMATISME** (secrétariat : 2, rue Guynemer, Paris [VI°]). — L'assemblée générale de la Ligue française contre le rhumatisme a eu lieu le 23 mars, sous la présidence du professeur F. Bezançon. A la suite du renouvellement de la moitié du Conseil, le bureau a été ainsi constitué pour la période 1935-1937 :

Président : professeur F. Bezançon ; vice-présidents : professeur Laignel-Lavastine, MM. O. Crouzon et H. Forestier ; secrétaire général : M. J. Forestier ; secrétaire adjoint : M. Justin-Besançon ; trésorier : M. J. Lacapère ; trésorier adjoint : M. P. Thirolloix.

Il a été décidé l'organisation d'une « Journée du rhumatisme » à laquelle seront invités tous les médecins. Sa date a été fixée au 4 novembre 1935. Elle aura lieu à Paris, à la Faculté de médecine et à l'hôpital Cochin. Le sujet choisi a été : « L'arthrite chronique de la hanche » (tuberculose exceptée).

A la suite de son assemblée administrative, la Ligue française contre le rhumatisme a tenu une réunion scientifique consacrée à la spondylose rhizomélique. Les rapports suivants ont été présentés :

M. J. Forestier : Les signes de début (avec projections).  
MM. O. Crouzon et Gaucher : Les formes cliniques.

## INFORMATIONS

**HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE NOMINATION DE MÉDECIN DES HÔPITAUX.** — Jury : MM. Rivet, Moreau, Halbron, Harvier, May, Lereboullet, René Bénard, Etienne Bernard, Stévenin, Boulin, Bloch (Jacques).

**— CONCOURS DE NOMINATION DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX.** — Jury : MM. Guimbellot, Proust, Moulonguet, Michon, Quénu, Bloch (Jacques), Weil (Prosper-Émile).

**MAISON DÉPARTEMENTALE DE NANTERRE. — CONCOURS DE L'INTERNAT.** — *Epreuve écrite.* — Question donnée : « Signes et diagnostic des fractures du col du fémur. »

Questions restées dans l'urne : « Signes et diagnostic de la fièvre typhoïde. — Signes et diagnostic de la tuberculose rénale. »

MM. Baillargeat, 17,5 ; Blanchard, 14,5 ; Blanchet, 16 ; Culioli et Délie, 14 ; Eskain, 17 ; Fraboulet, 16,5 ; François, 14,5 ; Fresnel, 16,5 ; Garraud, 14 ; Gronier, 17 ; Huignard, 14 ; Inizian, 16 ; Lefranc, 17 ; Merlin, 18,5 ; Oriol, 16 ; Ripart, 14 ; Robert, 12 ; Roussanne et Rousseaux, 14,5 ; Trompeter et M<sup>lle</sup> Rendu, 16.

**FACULTÉS DE MÉDECINE. — PARIS.** — Pendant les vacances de Pâques, la bibliothèque de la Faculté sera ouverte :

1° Les lundi 15, mardi 16 et mercredi 17 avril 1935, de 13 à 17 h.

Laboratoire Mialhe - 8 Rue Favart - Paris - 2°

La feuille de digitale se prescrit :

**Digi-LANATINE**Extrait total des glycosides  
du *Digitatis Lanata*

M. M.-P. Weil : Aux confins de la spondylose rhizomélique.

MM. Alajouanine et J. Lacapère : Le syndrome biologique.

M. Simon (Strasbourg) : Les traitements chirurgicaux.

L'assemblée a envoyé un télégramme de sympathie et d'admiration au professeur Pierre Marie, créateur de ce syndrome clinique.

La prochaine réunion clinique de la Ligue aura lieu au mois de mai, à la Salpêtrière, dans le service de M. Crouzon. La date exacte en sera annoncée ultérieurement.

**JEUNE UMFIA.** — Le secrétariat de la Jeune Umfia rappelle à tous ses adhérents que le dîner de printemps du 11 avril sera donné dans les salons du quai d'Orsay. Cotisation : 20 fr., la caisse générale devant payer le surplus. (Tenue de soirée.)

**RÉUNION MÉDICALE DE NANCY.** — La Faculté de médecine de Nancy organise, pour le dimanche 2 juin, une réunion médicale destinée aux médecins praticiens. Le programme, qui sera publié ultérieurement, comprendra dans la matinée des démonstrations cliniques et dans l'après-midi une conférence du professeur Levaditi de l'Institut Pasteur sur la syphilis nerveuse expérimentale. Cette conférence sera suivie de l'inauguration du magnifique Centre de malariathérapie créé par le département et qui fait honneur à la région lorraine.

**COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.** — M. le professeur F. de Quervain, de la Faculté de médecine de l'Université de Berne, fera une conférence le jeudi 11 avril 1935, à 18 h., au grand amphithéâtre, sur le sujet suivant : « L'iode dans la physiologie et la pathologie de la glande thyroïde. »

Cette conférence sera accompagnée de projections.

**VII<sup>e</sup> Congrès de l'Association Internationale de Thalassothérapie.** — Ce Congrès se tiendra à Saint-Sébastien (Espagne), les 27, 28, 29, 30 juillet 1935.

Programme : samedi 27 juillet, à 10 h. : séance d'inauguration du Congrès dans le grand salon de l'Institut de l'enseignement secondaire. — A 12 h. : lecture des rapports sur les traitements des adénites cervicales. — A 15 h. 30 min. : discussion des rapports. — A 18 h. 30 : visite du Musée San Telmo. Concert par l'Orphéon Donostiarra. Thé.

Dimanche 28 juillet, à 10 h. : excursion à travers la province de Guipuzcoa. — A 16 h. : grande course de taureaux organisée par l'Association de la Presse.

Lundi 29 juillet, à 10 h. : lecture des rapports sur indications et contre-indications des bains de soleil. — A 12 h. : visite de l'établissement de bains « La Perla del Oceano ». Apéritif. — A 15 h. : discussion des rapports. — A 17 h. 30 : conférence faite par une personnalité médicale. — A 22 h. : soirée de gala au théâtre Victoria Eugenia, en l'honneur des congressistes.

Mardi 30 juillet, à 10 h. : visite de l'Institut du Cancer et de la Maternité. — A 12 h. : apéritif au restaurant du Mont Igueldo. — A 17 h. : conférence par une personnalité médicale. — A 19 h. : séance de clôture. — A 22 h. : banquet de gala en l'honneur des congressistes.

Les réseaux de chemins de fer français ont accordé 50 pour 100 de réduction sur les trajets en territoire français, valable du 22 juillet au 4 août 1935.

Les adhésions ou demandes de renseignements devront être envoyées : à M. Emiliano Eizaguirre, président, Paseo de Colon, 2, Saint-Sébastien (Espagne) ; ou au Comité or-

ganisateur, 20, place du Bon-Pasteur, Saint-Sébastien (Espagne) ; ou à M. G. Léo, secrétaire général du Comité permanent, 50, avenue du Président-Wilson, Paris (16<sup>e</sup>).

## Joseph-Claude RÉCAMIER

(1860-1935)

C'est une belle figure chirurgicale qui vient de disparaître avec Récamier. Fils d'un chirurgien renommé, il débuta brillamment dans la carrière médicale. Reçu à l'internat des hôpitaux en 1884, il termina ses études par une thèse sur les rapports du rein inspirée par Farabeuf et restée classique. Il abandonna ensuite la voie des concours pour suivre le duc d'Orléans dans ses voyages à travers l'Asie, l'Afrique, les Terres arctiques. Il parcourut ainsi le monde pendant trente ans et résuma ses attachants souvenirs en un volume : *L'Ame de l'exil*.

Après son retour, il devint chirurgien de l'hôpital Saint-Michel et se spécialisa dans la chirurgie à la fois si attachante et si décevante du cancer. Mais rien ne rebutait son inlassable bonté. On doit à sa longue expérience son beau livre sur le Cancer de l'utérus.

Homme de tous les devoirs, lors de la guerre, il n'hésita pas malgré son âge à se faire affecter à une formation du front.

En 1926, la Société nationale de chirurgie le nomma membre honoraire sans qu'il eût posé sa candidature. Il fut très sensible à ce grand honneur et le professeur J.-L. Faure rapportait mercredi dernier en termes émus à la Société que dans ses derniers moments, il lui avait fait promettre de la remercier en son nom de lui avoir procuré la plus grande joie de sa vie.

D'une affabilité qui n'avait d'égale que sa modestie, cet homme de bien n'avait que des amis. Il laissera auprès de tous ceux qui l'ont approché de sincères et unanimes regrets.

Que sa famille, que son fils Jacques Récamier qui a succédé à son père comme chirurgien à l'hôpital Saint-Michel veuillent bien trouver ici l'expression de nos sentiments profondément attristés.

M. LANCE.

### ENCARTAGES DE PUBLICITÉ DANS LA GAZETTE DES HOPITAUX

A la requête de nos lecteurs et pour faciliter leur documentation, notre service de publicité (A. Thiollier, 116, boulevard Raspail, Paris VI<sup>e</sup>) est à leur disposition pour recevoir, par envois groupés sous une seule enveloppe, les demandes **D'ÉCHANTILLONS** ou de renseignements et les répartir entre les différents laboratoires intéressés.

**OUATAPLASME** du **D<sup>r</sup> LANGLEBERT**  
PANSEMENT COMPLET  
Phlegmasies, eczémas, brûlures, etc.

**Iodarsenic** du **D<sup>r</sup> GUIRAUD**  
(Contre l'aldophilie)  
TOUTS ÉTATS GANGLIONNAIRES - LYMPHATISME - MALADIES OUTANÉES  
Littérature et Echantillons : 10, impasse Milord, Paris (18<sup>e</sup>)

Néuralgies  
Névrites

**BROMÉINE MONTAGU**

Sirup  
Granules

**CROSNIER**

Cure  
sulfureuse





Toutes les préparations de Digitale, nées ou à naître, ne vaudront jamais, au double point de vue scientifique et pratique, la DIGITALINE CRISTALLISÉE <sup>(1)</sup> dont l'action SÛRE & PUISSANTE, exempte de dangers, a été consacrée déjà par une expérience de 40 années.

HUCHARD

(1) Découverte par NATIVELLE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS

PRIX  
ORFILA  
1872



PRIX  
DESPORTES  
1904

# DIGITALINE NATIVELLE

## CRISTALLISÉE

EMPLOYÉE

DANS TOUS LES HÔPITAUX DE PARIS

La DIGITALINE NATIVELLE CRISTALLISÉE agit plus sûrement que toutes les autres préparations de digitale, elle est et reste l'unité étalon servant à mesurer l'action thérapeutique de tous les médicaments cardiotoniques.

### FORMES

Granules au  $\frac{1}{10}$  de milligramme  
Solution au millième

Ampoules au  $\frac{1}{4}$  de milligr. pour injections intramusculaires  
Ampoules au  $\frac{1}{5}$  de milligr. pour injections intraveineuses

LABORATOIRE NATIVELLE, 27, Rue de la Procession, PARIS (XV<sup>e</sup>)

DRAEGER

Prévention  
et traitement  
de la  
**COQUELUCHE**  
PAR LE

**NÉO-DMÉTYS**  
STOCK - VACCIN ATOXIQUE

Aucune  
douleur locale

Aucune réaction  
même chez les  
jeunes enfants

SOCIÉTÉ PARISIENNE d'EXPANSION CHIMIQUE  
— Specia —  
MARQUES POULENC FRÈRES & "USINES du RHONE"  
86, rue Vieille du Temple, PARIS, 3<sup>e</sup>

EN BOITES DE  
6 AMPOULES DE 1<sup>cc</sup>

POSOMÉTRIE ABSOLUMENT RIGOREUSE

# CALOMEL VICARIO

PETITS COMPRIMÉS

Un milligramme, quart et demi-centigramme  
un, deux et cinq centigrammes  
DÉSAGRÉGATION RAPIDE

NEURALGIES — GRIPPE — RHUMATISMES

# NOPIRINE VICARIO

ASPIRINE RENFORCÉE

Pharmacie VICARIO, 17, boul. Haussmann, PARIS



## LE SIGNE DU CRÉMASTER EN PATHOLOGIE NERVEUSE

### Sa valeur diagnostique dans les plaies du crâne

Par M. FERNAND LÉVY.

Perdu dans le groupe des réflexes, le crémasterien a fait longtemps figure de parent pauvre. Il est pourtant un des plus anciennement connus. Des multitudes de travaux ont paru sur les réflexes tendineux ; on a recherché et décrit de nouveaux réflexes cutanés. On a à peine noté d'une touche discrète les oscillations du réflexe crémasterien, sans en tirer des conclusions pratiques. C'est seulement dans les premières années de ce siècle, qu'on l'a étudié au double point de vue physiologique et pathologique.

Le réflexe crémasterien consiste, on le sait, en un mouvement d'ascension du testicule, par excitation de la peau ou des masses musculaires de la région supéro-interne de la cuisse. Si la zone réflexogène peut dépasser ces limites mal précisées, l'excitation cutanée ne suffit pas toujours à provoquer le mouvement. La pression des muscles est alors nécessaire pour le réveiller. Aussi ne faut-il conclure à l'absence du réflexe que si l'on a pratiqué la double manœuvre d'excitation cutanée et musculaire. Le phénomène est bien dû, comme son nom l'indique, à la contraction du crémaster ; il est indépendant du réflexe dartoïque, qui préside à la contraction du scrotum. Déjerine remarque en effet que chez les cryptorchides avec testicule à l'anneau inguinal, l'excitation de la face interne de la cuisse ne produit aucun mouvement du scrotum, mais exagère la rétraction du testicule. Fort chez l'enfant, le réflexe s'affaiblit chez le vieillard, et fait défaut chez les sujets atteints de varicocèle.

Classé avec les réflexes abdominaux dans le groupe des réflexes cutanés, le crémasterien semble avoir été considéré comme réagissant dans le même sens. Cette opinion classique appelle des réserves. Il n'existe entre eux, ni synergie physiologique, ni synergie pathologique.

Les recherches sur la date d'apparition de ces réflexes montrent, comme le disent très justement Cornil et Mosinger, « une véritable dissociation abdomino-crémastérienne ». Le crémasterien se manifeste vers le 10<sup>e</sup> jour après la naissance, alors que les abdominaux n'apparaissent qu'entre le 7<sup>e</sup> et le 8<sup>e</sup> mois. Cette discrimination ontogénique fait comprendre la dissociation clinique que nous montre l'étude des malades.

On a surtout étudié, dans ces dernières années, la surréflexivité crémasterienne (André Thomas, Cornil et Mosinger).

L'hyporéflexivité ou l'aréflexie, bien que dès longtemps signalées, ne semblent pas avoir été l'objet de travaux démontrant leur importance.

Le comportement du réflexe crémasterien a été plus approfondi dans les affections médullaires que dans les lésions cérébrales.

On paraît admettre schématiquement qu'avec les réflexes cutanés, le crémasterien est aboli dans les paraplégies flasques, et conservé ou exagéré dans les pa-

raplégies spasmodiques. Il y a quelques retouches à faire à ce tableau. C'est ainsi que Déjerine et Long, dans un cas de section complète de la moelle, ont signalé la conservation de tous les réflexes cutanés. Mme Déjerine et Mouzon, Guillain et Barré, Riddoch et Buzzard, dans les transections médullaires par blessures de guerre, ont vu les crémasteriens les plus régulièrement conservés de tous les réflexes cutanés. Lhermitte, dans ses 11 observations de section totale de la moelle, tant à la période de shock qu'à la phase d'automatisme médullaire, a constaté deux fois seulement la conservation des réflexes crémasteriens, et une fois un réflexe gauche très faible. Pour notre part, dans deux cas de section complète, observés au début, nous avons noté la disparition des crémasteriens.

Les lésions cérébrales s'accompagnent d'anomalies du réflexe. Brissaud et Souques (art. Hémiplégie du traité de Charcot-Bouchard) écrivent : « Le réflexe crémasterien est souvent aboli des deux côtés, très souvent affaibli ou aboli du côté paralysé. Du côté sain, il est normal dans 1/4 des cas, et affaibli ou aboli dans les autres. La fréquence de l'abolition est en rapport direct avec l'âge, semble-t-il ». Ces auteurs ne semblent donc pas voir, dans l'altération du crémasterien, une anomalie pathologique. Pour Déjerine, les hémiplésies récentes présentent une abolition des réflexes cutanés, qui, après la période comateuse, ne continuent à faire défaut que du côté paralysé. Dans les hémiplésies anciennes, « le réflexe abdominal et le réflexe crémasterien sont presque toujours diminués, particulièrement du côté paralysé, parfois des deux côtés ».

Il ne semble donc pas que, jusqu'à présent, on ait fortement attiré l'attention sur la signification pathologique de l'absence, de la diminution ou de l'inégalité des réflexes crémasteriens.

Pendant la guerre, nous avons étudié l'ensemble de la réflexivité chez les blessés du crâne, présentant ou non des symptômes nerveux. Nous passerons sous silence les réflexes tendineux, les réflexes de l'orteil, les réflexes de défense, dont les modalités ont été copieusement rapportées par de nombreux auteurs. Il n'est pas à notre connaissance, qu'on ait insisté sur la valeur diagnostique du crémasterien, telle qu'elle nous a paru s'affirmer.

*Dans la grande majorité des cas de plaies pénétrantes du crâne, le réflexe crémasterien du côté opposé au siège du traumatisme, est le plus souvent totalement aboli, quelquefois diminué, exceptionnellement persistant.*

*Inversement, dans toute plaie crânienne non pénétrante, avec vérification opératoire, nous n'avons jamais vu le réflexe crémasterien du côté opposé, absent.*

Nous avons toujours recherché l'ascension du testicule, par la double manœuvre de l'excitation de la peau et de l'irritation mécanique des muscles.

D'une manière générale, sauf dans les plaies de la région occipitale ou dans les fractures de la base, nous avons noté l'abolition, la diminution ou l'épuisement rapide du réflexe crémasterien du côté opposé à celui de la lésion, toutes les fois que celle-ci était pénétrante ou que la dure-mère était éraillée ou perforée.



Cette constatation se montrait particulièrement vraie pour les plaies de la voûte pariéto-temporale. L'aréflexie crémastérienne unilatérale existe même en l'absence de signes de paralysie ou d'excitation cérébrale. Les réflexes abdominaux homolatéraux ne sont pas toujours de même sens que le crémastérien ; le plus souvent ils persistent, rarement ils suivent le sort du crémastérien et disparaissent en même temps que lui. L'abolition du réflexe est plus ou moins durable, mais peut exister longtemps après la guérison chirurgicale. Exceptionnellement, un réflexe crémastérien bilatéral, d'abord très vif, s'est trouvé remplacé peu de jours après, par une aréflexie unilatérale du côté opposé au traumatisme.

Sur 54 cas que nous avons récolés, 9 fois la dure-mère était intacte et les réflexes crémastériens conservés ; 45 fois il y avait plaie pénétrante : chez 36 sujets, il existait une abolition ou un affaiblissement considérable du réflexe crémastérien du côté opposé ; chez 9, dont 4 atteints de plaies de la région occipitale, le réflexe persistait. Nous résumons ici 4 observations typiques (1).

A. *Plaies pénétrantes.* — 1. G. 264° R. I., 20 juillet 1916. — Fracture du crâne par éclatement obus région pariéto-occipitale droite, avec issue de substance cérébrale.

Pas de troubles moteurs, ni sensitifs ; pas d'hémianopsie ; céphalée occipitale. Le réflexe crémastérien gauche est nul.

2. C. 364° R. I., 28 juillet 1916. — Plaie de la région temporale gauche, avec fracture du crâne vérifiée opératoirement, et issue de matière cérébrale, après ouverture de la dure-mère.

Aucun trouble moteur, réflexes tendineux normaux ; pas de surdité verbale. Le réflexe crémastérien droit est aboli.

Nous avons choisi ces deux observations de plaies pénétrantes, parce qu'elles ne s'accompagnaient d'aucun trouble paralytique. A fortiori, s'il y a hémiplegie, le crémastérien homolatéral est absent.

B. *Plaies non pénétrantes.* — 3. L. 23° R. A., 17 août 1916. — Plaie du crâne région pariétale droite ; os dénudé et intact. Réflexes crémastériens normaux.

4. C. 120° R. I., 18 août 1916. — Fracture de la table externe du pariétal droit. La trépanation montre une dure-mère intacte. Réflexes crémastériens normaux.

Cette moralité a priori si bizarre du réflexe crémastérien dans les plaies pénétrantes du crâne, s'accorde avec les expériences déjà anciennes de Sherrington. Pratiquant l'exérèse de l'écorce cérébrale de la zone motrice, il a constaté la suppression immédiate des réflexes cutanés du côté opposé du corps. Peu après l'opération, le réflexe rotulien du même côté s'exagère.

Ces constatations posaient déjà le problème de l'antagonisme des réflexes cutanés et tendineux, antagonisme signalé ultérieurement chez des paraplégiques. Pourtant, la dissociation expérimentale cutanéotendineuse ne cadre pas entièrement avec les observa-

tions cliniques. Chez nos blessés de guerre, l'abolition du réflexe crémastérien d'un côté n'entraînait pas obligatoirement la suppression des réflexes abdominaux homolatéraux.

Tous ces faits nous entraînent à discuter derechef la question de l'origine des réflexes cutanés, et en particulier des crémastériens. On admet classiquement que, comme les réflexes tendineux, l'ensemble des réflexes cutanés a des centres médullaires. En particulier, Déjerine situe le centre des réflexes crémastériens au niveau des 1<sup>er</sup> et 2<sup>e</sup> segments lombaires (L<sup>1</sup> et L<sup>2</sup>). Le même auteur, d'une observation de section transversale de la moelle avec perte des sensibilités, abolition de tous les réflexes tendineux, conservation de tous les réflexes cutanés, conclut que « le siège des réflexes cutanés est dans la moelle épinière, et que, si chez l'animal ils sont abolis par lésion de l'écorce motrice, c'est un acte d'inhibition ».

L'explication devient plus difficile, si nous prenons le cas isolé du réflexe crémastérien, seul aboli dans les plaies crâniennes pénétrantes. Pourquoi l'inhibition de la réflexivité cutanée se trouverait-elle limitée à ce seul réflexe ? Le groupe des réflexes cutanés, tel qu'on l'admet actuellement, est-il homogène ? On ne peut pas, d'autre part, ne pas se remémorer la vieille théorie de Van Gehuchten, sur l'origine cérébrale des réflexes cutanés.

Dans les lésions de la moelle, le réflexe crémastérien, comme les autres réflexes cutanés, peut persister sur un territoire anesthésié. Force est de conclure que l'intégrité des nerfs sensitifs n'est pas nécessaire à sa production. Emprunterait-il la voie sympathique, et l'un de ses arcs, au moins, appartient-il au système autonome ? La question doit se poser, puisque alors le crémastérien deviendrait un réflexe sympathique.

On voit quels problèmes soulève encore la question de l'origine des réflexes, qui n'apparaît pas entièrement et définitivement résolue.

Si nous revenons au réflexe crémastérien, il nous a semblé que sa suppression unilatérale peut avoir une importance pratique dans l'appréciation des indications opératoires. A part les cas où la plaie est largement ouverte avec issue de matière cérébrale, où la radio montre des corps étrangers, où existent des symptômes nerveux de paralysie ou d'excitation, le chirurgien ignore si la plaie est ou non pénétrante. Dans la première hypothèse, la trépanation s'impose. Dans la seconde, l'expectative est indiquée. La persistance ou l'abolition du réflexe crémastérien opposé à la lésion lève le doute. Le crémastérien est-il absent, il y a plaie pénétrante, et il faut intervenir d'urgence. Sa persistance ne permet pas de nier d'une façon absolue la pénétration, mais la rend peu probable. Il est facile, en tout état de cause, de laisser le patient en observation. Si, au cours d'une attaque, les blessés du crâne sont nombreux, le signe du crémaster permet de faire un tri rapide des cas à opérer d'urgence et de ceux qui peuvent attendre. N'aurait-il que cette utilité, il mériterait, vu sa facilité de recherche, d'être systématiquement pris en considération.

(1) Observations prises à l'Autochir. Laroyenne, à Wiancourt.



# COMMENT TRAITER LES INFECTIONS CHRONIQUES OU RÉCIDIVANTES REBELLES DU RHINO-PHARYNX AU COURS DE LA DEUXIÈME ENFANCE

PAR MM.

P. VALETTE,  
Médecin consultant  
à la Bourboule.

et

R. CLOGNE,  
Chef du laboratoire  
de la Bourboule.

Les infections chroniques ou récidivantes rebelles des voies aériennes supérieures se rencontrent surtout entre six et dix ans, chez un certain nombre d'enfants lymphatiques dont le terrain est resté constamment déficient au cours d'une croissance irrégulière.

Leur ténacité bien connue est désespérante. L'ablation des végétations adénoïdes, même accompagnée de l'amygdalectomie totale, n'arrive quelquefois pas à influencer sensiblement leur évolution. Bien que l'infection paraisse tout à fait banale, trop souvent, même après ces interventions, les réactions ganglionnaires ne rétrocedent pas, l'hyperplasie des éléments restants de l'anneau de Waldeyer s'amorce à nouveau rapidement ; et c'est pour cela que tous les ans, les stations hydro-minérales spécialisées voient passer dans leurs établissements, en nombre considérable, ces enfants chez lesquels tout a échoué, et qui viennent demander leur guérison aux eaux minérales modificatrices du terrain.

Or, si chez le plus grand nombre, sous l'influence de la cure, la guérison s'obtient avec rapidité, malheureusement encore certains d'entre eux se révèlent plus ou moins réfractaires à cette nouvelle thérapeutique. Les améliorations obtenues durent à peine quelques mois. Et, c'est la façon dont peuvent être traités ces malades tout particulièrement difficiles que nous voudrions envisager ici.

\* \*

Ces cas plus spécialement rebelles ont attiré notre attention voici plus de dix ans dès notre arrivée à la Bourboule, car chez ces sujets toutes choses paraissaient égales par ailleurs, et seule une différence d'action de l'eau minérale sur le terrain ou sur les germes infectants pouvait expliquer la différence des résultats obtenus.

Les observations que nous avons faites à cette époque nous ont permis de mettre très rapidement hors de cause un défaut d'action de la cure sur l'état constitutionnel ; et c'est alors vers le facteur microbien que nous avons orienté les recherches

dont nous allons d'abord rapporter rapidement ici les conclusions et les conséquences thérapeutiques.

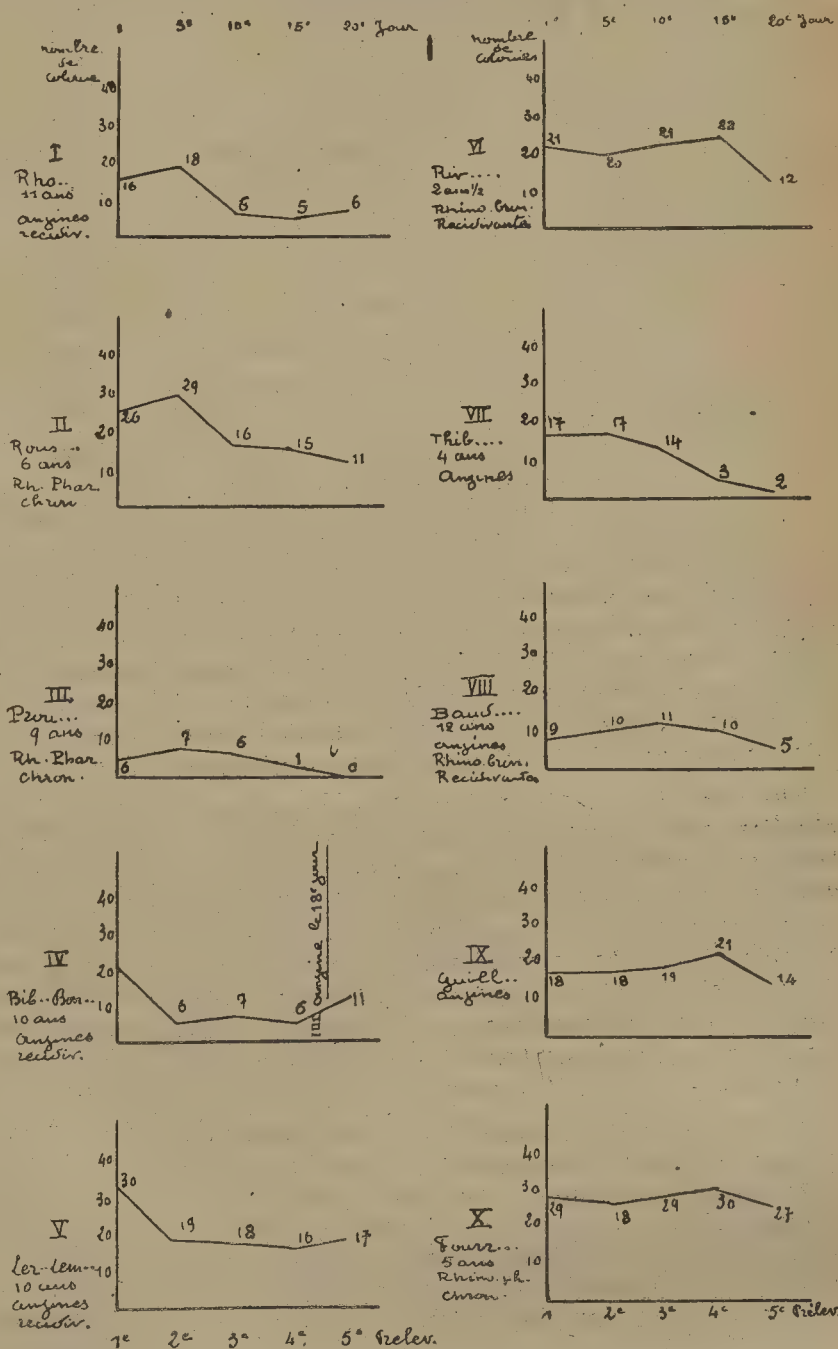
\* \*

Les résultats d'une première série d'observations sur ce sujet ont été rapportés dès 1930 par l'un de nous dans une note (1) présentée à la Société d'Hydrologie de Paris.

Nous avons pu constater alors, à l'aide de courbes de la densité microbienne, que dans la plupart des cas, l'abondance des germes décroît très rapidement sous

(1) VALETTE : Etude clinique et expérimentale de l'action de l'eau de la Bourboule sur quelques microbes, comm. à la Soc. d'Hydrologie de Paris, Ann. de la Soc. d'Hydrologie, n° 6, 1929-1930.

TABLEAU I. — Variations de la densité microbienne étudiée au cours de la cure bourboulennaise.



Nombre de colonies visibles après chaque prélèvement, sur gélose inclinée, après 24 h. d'étuve à 37°.

l'influence du traitement hydrominéral, le plus souvent entre le cinquième et le quinzième jour (Tableau I. Courbes n<sup>os</sup> I-II-III-IV-V-VI-VII-VIII) ; mais aussi que certaines de ces courbes (Tableau I. Courbes n<sup>os</sup> IX-X) montraient également que chez quelques malades — environ 8 à 10 % — la densité initiale paraissait par contre très peu influencée au cours du traitement hydrominéral.

Or, l'observation clinique permettait immédiatement de se rendre compte que précisément ces derniers n'accusaient souvent qu'une accalmie passagère. Et ces malades étaient toujours de jeunes lymphatiques faisant en général, au cours de leurs poussées infectieuses, de fortes angines ou de ces rhino-

bronchites descendantes décrites et individualisées voici quelques années par Flurin.

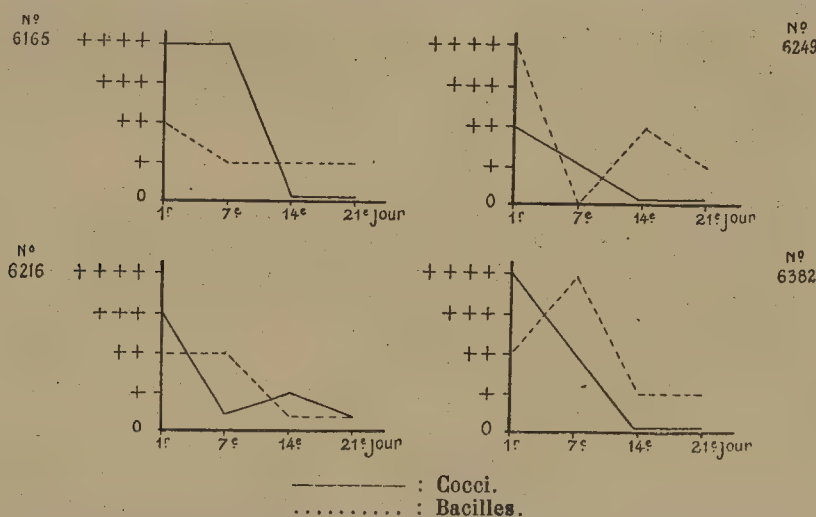
\*\*\*

Depuis cette époque, l'étude plus détaillée des sujets appartenant à cette dernière catégorie nous a permis d'apporter au Congrès International du Lymphatisme qui s'est tenu à la Bourboule les 9 et 10 juin dernier, une série d'observations nouvelles (1) comportant déjà quelques déductions pratiques.

En analysant la formule microbienne de ces malades, nous avons été frappés en effet, de voir qu'au cours de la cure, si pour certains la densité des ger-

TABLEAU II

*Variations de la formule microbienne étudiée au cours de la cure bourboulennaise.*



Proportion respective des germes vérifiée à l'examen direct et confirmée par la numération consécutive des colonies poussées après 24 h. sur gélose inclinée.

mes restait à peu près immuable, on pouvait souvent mettre en évidence chez d'autres (Tableau II) de curieuses inversions de la formule primitive et des modifications de la formule leuco-cellulaire, faisant ressortir en quelque sorte les réactions des germes infectants vis-à-vis de l'exaltation des défenses organiques.

Dans l'un et l'autre cas, il semblait donc qu'en définitive, soit d'emblée, soit après diverses alternatives, les microbes aient fini par acquérir, chez ces malades, une résistance particulière. Et tout paraissait se passer en dernière analyse comme si certains éléments microbiens ne se laissant finalement pas influencer persistaient à vivre sur la muqueuse, prêts à reprendre leur virulence dès que fléchirait pour une raison quelconque, l'augmentation de la résistance du terrain due aux effets de la cure.

Pour agir sur ces germes, nos nouvelles expériences ne nous permettaient plus guère de compter sur une action directe suffisamment énergique de l'eau minérale seule, dont le pouvoir microbicide nous paraît actuellement résulter surtout d'une action cytophylactique marquée qu'accompagne une exaltation de la capacité agressive des phagocytes. Aussi, pour compléter cette action, avons-nous mis en œuvre systématiquement chez ces malades dès le quinzième jour

de la cure, une série de médications adjuvantes. Et si sous le contrôle du laboratoire les traitements chimiothérapiques se sont montrés très rapidement inopérants, conformément à ce que nous avons pensé, nous avons pu, avec l'aide de médications biologiques telles que les bactériophages et surtout les vaccins employés localement, réduire de façon très notable le nombre des cas où le traitement hydrominéral n'agissait pas de façon aussi énergique qu'à l'habitude.

Les stock-vaccins, mais surtout les auto-vaccins utilisés en pulvérisations locales, nous ont donné les plus brillants résultats ; ce sont ces derniers que nous employons toujours maintenant dans la mesure du possible ; et depuis, la proportion des cas réellement résistants s'est encore abaissée chez nos malades de façon vraiment considérable.

\*\*\*

La résistance particulière d'une flore microbienne très abondante et fortement pathogène sur une mu-

(1) VALETTE et CLOGNE. La cure bourboulennaise et les infections rhino-pharyngées rebelles chez les lymphatiques. Comm. au Congrès International du Lymphatisme à la Bourboule, 10-VI-34. T. II. Comptes rendus du Congrès. Masson, 1934.



queuse rendue particulièrement débile par suite du lymphatisme paraît donc bien être la cause principale des récidives qui nous avaient étonnés autrefois. Et l'explication de la différence des résultats obtenus chez des malades présentant une formule bactérienne identique et soumis à un même traitement nous a été donnée depuis que par ses remarquables travaux le professeur Nicolle a montré que les caractéristiques d'un microbe ne sont pas seulement sa forme, son affinité pour tel colorant ou les réactions de ses cultures, mais surtout sa virulence et son pouvoir pathogène.

Il est donc très vraisemblable que l'amélioration passagère observée dans ces cas rebelles à la suite du traitement hydrominéral, était simplement la conséquence de la mise en état de défense de la muqueuse, peut-être accompagnée d'une atténuation transitoire du pouvoir pathogène des microbes devenant pour un temps saprophytes, mais prêts à reprendre leur virulence sous les influences les plus minimes ; et, c'est probablement pour cela que le traitement vaccinal, libérant la muqueuse des germes qui l'infectent, permet presque toujours d'obtenir l'amélioration durable désirée.

A ce point de vue d'ailleurs, l'augmentation de la résistance de la muqueuse paraît compter autant que la destruction de la flore microbienne. Car les vaccins employés seuls ne paraissent jamais avoir une action suffisante pour guérir dans ces cas particulièrement rebelles. Nous voyons chaque année un bon nombre de ces enfants vaccinés préalablement sans succès, et une modification durable ne se produit chez eux que lorsque l'action de la cure provoquant la transformation du terrain est venue s'ajouter à l'action vaccinale primitive.

Il n'est cependant pas nécessaire que le vaccin soit appliqué obligatoirement au cours du traitement hydrominéral. Le contraire même serait meilleur ; et c'est en cela surtout que ces recherches paraissent susceptibles d'intéresser l'ensemble des praticiens.

La vaccination en effet peut être effectuée avec d'aussi bons résultats durant les semaines qui précèdent la cure ou même au cours de celles qui suivent. Un auto-vaccin (1) réparti en ampoules de deux cc<sup>3</sup> et employé en pulvérisations quotidiennes le soir, pendant au moins une semaine, donne d'excellents résultats. Ses effets doivent seulement être vérifiés sous le contrôle du laboratoire ; et les applications vaccinales devront être continuées sans hésitation, si les examens ne montrent pas au huitième jour une diminution nette de la densité des germes.

Le moment optimum pour effectuer cette vaccination paraît être celui qui précède immédiatement l'intervention chirurgicale si souvent nécessaire. Au printemps dernier, à la Bourboule, au cours du Congrès International du Lymphatisme, les distingués rapporteurs qui se sont occupés du lymphatisme des voies

aériennes supérieures ont tous été d'accord en effet sur la nécessité de traiter le plus souvent chez ces malades l'hyperplasie du tissu lymphoïde et l'état constitutionnel. Comme l'ont très bien dit dans la conclusion de leur rapport M. le professeur Lemaître et le docteur Maduro (1), chez de tels sujets il faut employer presque toujours « ...l'acte chirurgical pour supprimer la cause locale ; la cure thermique pour transformer le terrain ». Et si, dans quelques cas d'espèces, la chirurgie ou la cure thermique « régulièrement suivie pendant plusieurs années » (2) peuvent être employées seules, il n'en reste pas moins vrai que cette formule générale doit être considérée comme classique la plupart du temps.

Or, dans ces cas, comme le dit excellemment encore M. le professeur Lemaître, il faut avant d'opérer « désinfecter soigneusement » les voies aériennes supérieures, et pourquoi alors ne pas faire appel à la vaccination préopératoire pour réaliser cette désinfection ?

La formule : vaccination, ablation des tissus hyperplasiés et traitement crénotherapique, paraît donc être celle qui semble devoir réussir le plus complètement. Mais, même lorsque cet ordre ne peut pas être respecté pour une raison ou pour une autre, il ne faut pas hésiter, pensons-nous, à recourir à la vaccination toutes les fois qu'elle paraîtra nécessaire, même si elle doit être tardivement faite. Elle peut encore être effectuée, par exemple, au cours d'une post-cure à la campagne, ou même à la mer, où, comme l'a montré Barraud (de Chatellaillon), un séjour de quelques semaines sous une bonne direction médicale, complète admirablement les traitements crénotherapiques ; et elle pourra rendre là encore les plus grands services.

Le pronostic de ces affections si tenaces est modifié de façon si considérable par son emploi que l'on gagnera toujours à y recourir. Les résultats que nous avons obtenus depuis plusieurs années déjà nous permettent de l'affirmer sans conteste. Et, dans les conditions que nous venons de fixer, il semble bien que ce soit là un des rares moyens d'améliorer à peu près certainement de façon durable ces malades si difficiles à guérir quelle que soit la médication mise en œuvre.

(1) P. LEMAITRE et D. MADURO. Anneau de Waldeyer et adénopathies cervicales. Rapp. au Congrès International du Lymphatisme, La Bourboule 9-10 juin 1934, T. I, p. 160.

(2) *Ibid.*, p. 161.

**Eléments de chimie organique biologique**, par Michel POLONOVSKI et Albert LESPAGNOL, avec une préface de A. DESGREZ. Grand in-8° de 594 pages avec figures. — Prix : 100 fr. Paris, Masson et Cie.

**Exposé des titres et des travaux scientifiques du docteur L. Justin-Besançon**. Grand in-8° de 320 pages. — Paris, Masson et Cie.

**Monographies oto-rhino-laryngologiques internationales. Les syndromes ménières**, par S. H. MYGIND et Dida DEBERDING. Petit in-8° de 236 pages suivies d'une analyse en allemand (18 pages) et d'une analyse en anglais (16 pages). — Prix : 40 fr. Presses universitaires de France.

(1) Les auto-vaccins qui nous ont donné les meilleurs résultats étaient préparés de la façon suivante : Les éléments microbiens ayant été isolés et identifiés étaient repiqués sur bouillon peptoné et ces cultures gardées à l'étuve pendant 48 heures. A ce moment les cultures étaient filtrées sur bougie et le liquide réparti en ampoules de 2 cc.

## SOCIÉTÉS SAVANTES

### ACADEMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 23 MARS 1935)

**Ricinoléate de sodium.** — M. H. VIOLLE, poursuivant ses recherches sur le ricinoléate de sodium, montre le pouvoir bactéricide de ce corps vis-à-vis des bacilles de la tuberculose et des bacilles paratuberculeux, de divers spirochètes pathogènes pour l'homme. Il note son absence d'action sur les bactériophages, qui se rapprochent, à ce point de vue, de diverses diastases.

### SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 1<sup>er</sup> MARS 1935)

**Un cas d'érythème noueux avec primo-infection tuberculeuse bénigne chez l'adulte.** — MM. Paul JACQUET, Stéphane THIEFFRY et André HAU. Cas de primo-infection tuberculeuse bénigne chez une femme de vingt-huit ans, fixée depuis neuf ans dans l'agglomération parisienne, cette femme étant toujours bien portante dix mois après la date connue du contact infectant.

Précédant l'apparition des réactions tuberculiniques et de l'image gangliopulmonaire caractéristique, est apparu l'érythème noueux, s'accompagnant d'une conjonctivite phlycténulaire double faisant présumer que la contagion s'est faite par la voie oculaire.

Ce cas se caractérise par l'absence de fièvre prémonitoire à type de typho-bacillose, l'éruption étant apparue d'autre part au cours d'une période anté-allergique de trois mois. Transposée sur le plan de la première enfance, cette observation constituerait un véritable schéma.

**Deux cas d'ictère par cholédocyte traités par tubages du duodénum.** — MM. BRULÉ, COTTET et NETTER. Deux cas d'ictères infectieux pouvant être attribués à des obstructions inflammatoires du cholédoque. Chez les deux malades, hépatomégalie accentuée évoluant avec l'ictère, splénomégalie inconstante. Par la diurèse provoquée, le métabolisme de l'eau apparut normal, comme dans les obstructions cholédociennes, tandis qu'il est troublé dans les ictères par hépatite. Epreuve de la galactosurie alimentaire normale. Guérison par tubages du duodénum. Ces ictères sont plus rares que les ictères infectieux par hépatite.

**Migraine duodénale. Deux faits inédits suivis pendant longtemps.** — MM. DENECHAU et BONHOMME (Angers). Observation de deux femmes ayant eu dès le jeune âge des céphalées paroxystiques. Il en résulte que la stagnation duodénale peut retentir sur le foie et notamment sur sa fonction protéopexique, déclenchant la crise colloïdo-clasique du paroxysme migraineux. En conséquence, la migraine duodénale s'apparenterait, dans certains cas tout au moins, à la migraine hépatique. Les auteurs insistent sur les bons résultats du drainage non chirurgical des voies biliaires.

**Variations de la leucocytose et de l'albuminose du liquide céphalo-rachidien des paralytiques généraux selon le niveau du prélèvement.** — MM. SEZARY et BARBE. Comparaison de la teneur du liquide céphalo-rachidien en leucocytes et en albumine chez 15 paralytiques généraux suivant le niveau du prélèvement : lombaire, sous-occipital ou dorsal. Conclusions : il n'y a pas de rapport constant, à l'état pathologique, entre la leucocytose, pas plus qu'entre l'albuminose, du liquide céphalo-rachidien, selon le niveau de la

ponction. Il n'y a pas toujours de différence de même sens entre les liquides sous-occipital et lombaire.

**A propos des cholédocytes.** — MM. CHABROL et Boris KLOTZ estiment qu'en faveur des cholédocytes médicales, on ne peut avoir que des arguments de présomption, et en particulier la guérison rapide de certains ictères prolongés sous l'effet du drainage des canaux biliaires par la sonde duodénale ou la cholécystostomie. Les suites immédiates de celle-ci sont impressionnantes. Dans un cas d'ictère infectieux prolongé, tout se passe comme s'il existait un obstacle cholédocien. La fistule biliaire donne de suite une bile riche en pigments.

**Sclérose latérale amyotrophique chez un acromégalique.** — MM. LEMELLE, THEVENARD et COSTE. Homme de 34 ans chez lequel se trouvent juxtaposés les signes d'une sclérose latérale amyotrophique avec participation bulbaire et ceux d'une acromégalie classique. L'association chez le même malade de ces deux affections dépourvues de connexion ne semble pas encore avoir été observée.

**Calculs cholédociens. Ictère par rétention et ulcère perforé du duodénum.** — MM. CARNOT et CAROLI. Apparition chez un lithiasique d'ancienne date d'un ictère par rétention, symptomatique d'une obstruction calculeuse du cholédoque et des signes de péritonite diffuse consécutifs à la perforation d'un ulcus duodénal dont le diagnostic fut fait grâce à la constatation radiologique d'un décollement gazeux sous-diaphragmatique. L'intervention nécropsique démontra le contraste entre l'ancienneté des calculs biliaires et le caractère souple des deux ulcérations duodénales.

**Un cas de poliomyélite antérieure subaiguë. Transmission au singe.** — MM. TROISIER, BARIETY, BERTRAND, GABRIEL et BROUET. Cas précis et vérifié de poliomyélite antérieure subaiguë chez l'adulte. Réduction numérique massive des cellules des cornes antérieures. A partir de cette moelle prélevée aseptiquement, les auteurs ont cherché à réaliser une maladie expérimentale du singe. Sur un *Patas* mort après l'inoculation, ils ont pu déceler des lésions bulbaires d'un type particulier. Il s'agissait d'un astrocytome fibrillaire et non de lésions poliomyélitiques. La filiation entre la lésion humaine et la maladie du singe demeure discutable.

### SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(SÉANCE DU 23 FÉVRIER 1935)

**Hémispasme facial d'origine dentaire.** — M. M. DECHAUME rapporte l'observation d'un malade qui présentait depuis 3 ans un hémispasme facial. La guérison fut obtenue par la simple extraction d'une racine de molaire supérieure.

**Paralysie faciale de type périphérique d'origine dentaire.** — M. M. DECHAUME parle d'une paralysie constituée depuis 7 jours. Les réactions sérologiques étaient négatives. La guérison fut obtenue en deux semaines par l'extraction de racines infectées du maxillaire supérieur du côté de la paralysie.

**L'anesthésie au rectanol. La transfusion sanguine. L'inhalation du carbogène. Eléments de succès de l'opération dans les cas graves.** — MM. DUPUY DE FRENELLE et BÉCART sont d'avis que chez un sujet peu résistant atteint de bronchite ou de bronchopneumonie, chez un enfant craintif, indocile, atteint de bronchopneumonie ou de bronchite double, le lavement au Rectanol est le procédé d'anesthésie générale le plus inoffensif, à la condition de donner la dose minima, d'administrer le lavement très lentement, de retirer la solu-



tion restant dans le rectum dès que l'assouplissement est obtenu, de faire un lavage d'intestin prolongé si l'assouplissement devient un sommeil profond. L'urémie et l'albuminurie ne sont pas des contre-indications absolues à la transfusion faite avec l'aide du transfuseur électrique. Pour sauver un sujet qui présente une syncope respiratoire grave, il faut prolonger parfois l'inhalation de carbogène pendant plus de 12 heures, en faisant passer de 1.000 à 4.000 litres de carbogène dans le poumon. Ces inhalations intensives n'ont pas d'inconvénient au point de vue pulmonaire et cardiaque.

**La douleur (Considérations générales).** — M. CAUVY dit que la douleur, qui constitue souvent le symptôme prédominant dans les maladies du système nerveux, est susceptible de varier à l'infini suivant les causes qui la produisent et suivant les sujets. La douleur s'exprime sous des tonalités et des nuances des plus diverses, mais, au point de vue *pathogénique*, il semble que l'on puisse dans la plupart des cas invoquer un même phénomène : la compression. Toutefois cette compression ou excitation sensitive ne constitue que la première partie d'un réflexe ; en dernier ressort, c'est toujours la corticalité cérébrale qui perçoit, localise et transforme l'impression reçue en sensation ; d'où il résulte que chaque sujet souffre à sa manière. La douleur est donc un phénomène complexe, et c'est cette complexité même qui fait mieux ressortir l'importance des cures hydro-minérales (type Lamalou ou Nérès par exemple), qui joignent à de précieuses propriétés sédatives une action modificatrice du terrain organique.

**Nouvelle pince à biopsie.** — M. A. GRIMBERG présente une pince à biopsie qui, par le moyen de deux petits crochets terminaux, permet de fixer l'organe et facilite la biopsie.

**Les courants exponentiels de basse fréquence, courants de similitude.** — M. LE GO démontre que les courants exponentiels de basse fréquence tendent à reproduire les courants d'action du nerf par toute excitation. Ces courants répondent donc à une thérapeutique de similitude et de suppléance et offrent des perspectives d'excitation élective de tous les tissus.

**Le repérage opératoire en chirurgie réparatrice mammaire.** — M. CLAOUÉ montre que la glande mammaire est une glande cutanée. Elle est mobile. Le repérage pré-opératoire ou au cours même de l'intervention ne peut être que l'expression de fils conducteurs appartenant à la peau ou à la région mammaire.


(SÉANCE DU 8 MARS 1935)

**Les petites azotémies et leur traitement.** — M. LEVY-DARRAS, ramenant les petites azotémies au concept thérapeutique d'affection de la nutrition azotée, les divise en hépatiques, brightiques, mixtes, car si les grandes lignes du traitement restent les mêmes, elles changent pour chaque forme. Il distingue dans le traitement deux phases : l'une d'attaque réalisée par les cures de diurèse, la restriction alimentaire des protéines et les médications chlorétiques ; l'autre de stabilisation, dont les prescriptions découlent des enseignements acquis dans la phase précédente. L'auteur met en évidence les remarquables effets sur les petites azotémies du cynara scolymus, qui permettrait d'accroître la tolérance aux protéines des insuffisants rénaux.

**Tuberculose. Pneumothorax et splénothérapie.** — M. J.-C. BAYLE présente trois radiographies d'une jeune fille de


# PANTOPON

## "ROCHE"




### OPIUM TOTAL INJECTABLE

AMPOULES



**3**  
FORMES

COMPRIMÉS



SIRROP

Produits F. HOFFMANN-LA ROCHE & C<sup>IE</sup> 10, Rue Crillon, PARIS

20 ans atteinte de tuberculose pulmonaire bilatérale évolutive (nombreux B. K.) avec lésions prédominantes à droite et particulièrement importantes dans la région hilare. Il l'a traitée par la splénothérapie et un pneumothorax droit. En six mois et demi les lésions sont presque résolues ; ni toux, ni expectoration ; parfait état général. La splénothérapie, par l'augmentation des hématies et de l'hémoglobine, compense la diminution de surface respiratoire due au pneumothorax.

**Sept années de pratique du traitement des adénites bacillaires par les rayons ultra-violet.** — Mme S. DELAPLACE a traité à Beaujon, dans le service du docteur Aubourg, plus de 325 cas d'adénites, ce qui lui permet de conclure que l'actinothérapie est le traitement de choix aussi bien pour l'adénite simple que pour l'adénite compliquée de périadénite, de suppuration ou de fistulisation. Elle accorde d'ailleurs la plus grande importance à l'irradiation générale, qui exalte les réactions de défense de l'organisme et provoque le relèvement de l'état général du malade, tandis que — à son avis — l'irradiation locale (ajoutée à l'irradiation générale) n'est guère indiquée que dans les adénites suppurées et fistulisées, et son action, à la fois révulsive et antiseptique, peut être précieuse.

**La pression dynamique ou efficace. Etude physique et clinique (avec projections).** — M. A. PRUCHE, après avoir défini la pression moyenne introduite en clinique par Vaquez et son école, met en évidence la « loi de la pression moyenne » qui s'énonce comme suit : La racine carrée de la pression moyenne est égale à la moyenne des racines carrées des pressions extrêmes Mx et Mn. De cette loi il résulte que : a) une même pression moyenne peut correspondre à des valeurs Mx et Mn différentes, à la condition que la somme des racines carrées des deux pressions extrêmes reste constante ; b) qu'à des valeurs déterminées Mx et Mn ne peut correspondre qu'une seule valeur de pression moyenne (pas d'hypertension moyenne solitaire) ; c) que les pressions maxima et moyenne étant connues, on en déduit nécessairement la valeur de la minima ; d) que, par suite, cette dernière peut être négligée, sa mesure comportant d'inévitables causes d'erreurs dans un grand nombre de cas, alors que les tensions maxima et moyenne, faciles à mesurer, suffisent à définir un état tensionnel ; e) enfin, que la notion pression différentielle (Mx—Mn) peut être remplacée par celle de la différence Mx—My ; on tire de cette différence des renseignements cliniques de même ordre que ceux obtenus par l'étude de la pression différentielle.

## LA PEAU

Ce dessin n'a d'autre but que d'indiquer la méthode et le procédé.

La peau représente le plus vaste organe d'absorption du corps humain. Cette expression fait comprendre toute l'activité qu'on peut retirer d'un pareil élément. Organe de respiration à grande surface et à grand débit, la peau présente, en outre, cet avantage de dialyser, c'est-à-dire de choisir et de régler la vitesse d'absorption. Elle laisse pénétrer sans à-coup et sans shock ce qu'elle sent n'être pas nocif et en quantité voulue. Elle défend l'organisme en se défendant elle-même ; elle ajoute à sa facilité d'assimilation une certitude d'équilibre qui fait qu'on peut solliciter son concours à tous les âges.

Elle est certainement le seul organe auquel on puisse demander un travail aussi sûr et aussi subtil, sauf à la voie rectale peut-être.

L'estomac n'est le même nulle part. Vous ne pouvez sans risque lui faire avaler du goudron, de la créosote, etc., en même temps que des aliments. Et ce n'est pas une raison parce qu'on ne signale pas d'accidents pour qu'il n'y en ait pas.



Donc, ne fatiguez pas vos malades. Ne troublez ni l'équilibre général, ni l'équilibre des voies digestives. Utilisez la peau, agent dialytique merveilleux, et faites absorber gaïacol, terpinol, héliénine, eucalyptol et sève de pin sous la forme commode de Bronchodermine.

Faites enduire la peau du dos, les aisselles, quel que soit l'âge du nourrisson ou du vieillard, et vous aurez fait absorber le maximum de ce que le malade peut assimiler d'activité médicamenteuse, en évitant l'ingestion de drogues qui, dans cet ordre d'idées, ne sont jamais sans inconvénient. Cette médication nouvelle et spécialement dosée donnera beaucoup plus que ce qu'on peut attendre d'elle. Le traitement cutané des maladies des voies respiratoires est un nouvel avenir thérapeutique. La figure indique le mode d'emploi simple et qui permet le traitement actif ou préventif à tous les âges, partout, à l'école, au bureau, en voyage ou chez soi. (Bronchodermine.)

## NOTES POUR L'INTERNAT

### SIGNES, DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT DES CANCERS COLIQUES<sup>1</sup>

**Evolution.** — Laisse à lui-même, l'abcès tend à s'évacuer :

- Soit dans l'intestin ;
- Soit à la peau (fistule pyo-stercorale) ;
- Soit dans un organe pelvien (quand il s'agit d'un néo du sigmoïde, fistule colo-vésicale en particulier).

#### 2. Complications par propagation :

- Envahissement des ganglions à distance.
- Envahissement des organes voisins (fistules entre côlon et organes voisins).
- Cancer de l'ombilic.
- Ascite hémorragique.
- Métastases hépatiques, pulmonaires.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôp.*, 1935, n° 25, p. 430 ; n° 27, p. 466.



# HEMORROIDES, PROSTATITES

# ANUSOL

(Anciennement exploité par le Laboratoire Mialhe)

1 suppositoire matin et soir

Echantillons sur demande à Messieurs les Médecins

**LABORATOIRES SUBSTANTIA**  
13, rue Pagès - Suresnes (Seine)



THYROÏDE  
(Bœuf)



OVAIRE  
(Vache)  
corpus  
jaune  
Follicule

**LA MÉDICATION  
OPOTHÉRAPIQUE**



**OPOTHÉRAPIE SIMPLE**  
**OPOTHÉRAPIE ASSOCIÉE : SYNCRINES**  
**EXTRAITS TOTAUX** | Cachets  
(Poudres d'Organes) | Comprimés  
**EXTRAITS INJECTABLES** | Ampoules stérilisées  
en solution aqueuse



**LABORATOIRES CHOAY - 48, rue Théophile Gautier - PARIS (XVI<sup>e</sup>)**

**Terminaison.** — La mort survient en général au bout de 1 à 3 ans.

Les malades opérés meurent tardivement et font des métastases, de la cachexie cancéreuse, avec œdème des membres inférieurs, phlegmatia.

Les malades non opérés meurent plus précocement, d'une suppuration parfois ; en règle d'occlusion.

## DIAGNOSTIC

Se pose dans des circonstances variées :

1. En présence de *crises douloureuses coliques*, il faut éliminer :

La colite muco-membraneuse qui survient chez le jeune : les évacuations sont caractéristiques, l'hémorragie y est exceptionnelle ;

La colite de la tuberculose colique : il s'y associe presque toujours une entérite tuberculeuse caractéristique ;

Colite des sigmoïdites : accidents infectieux légers coexistant avec des phénomènes d'obstruction ; la radiographie après lavement fournit ici des renseignements précieux ;

Volvulus incomplet du sigmoïde (chez le vieillard).

2. En présence d'une tumeur, on discutera, suivant le siège :

a) *Tumeur de la fosse iliaque droite.* — La tuberculose iléo-cœcale : plus volumineuse, en général plus mobile ; la diarrhée est fréquente, l'évolution lente, l'état général meilleur. Malgré l'aspect lacunaire à la radio, le diagnostic peut, lorsqu'il s'agit d'un adulte d'un certain âge, rester en suspens.

*Tumeurs inflammatoires d'origine appendiculaire* (pas exceptionnel chez l'homme âgé, évolution plus rapide).

b) *Tumeur de l'angle hépatique.* — Une tumeur rénale ;

Un kyste hydatique du foie ;

Une hydrocholécyste ;

Une cholécystite chronique donnant un syndrome de carrefour et parfois des accidents de sténose colique, de petites hémorragies intestinales.

c) *Tumeur du transverse.* — Ce diagnostic se pose surtout avec le cancer du pylore, les tumeurs de la grande courbure.

d) *Tumeur du sigmoïde.* — Les sigmoïdites chroniques avec péricolite ;

Les rétrécissements péricoliques pelviens consécutifs chez la femme à des affections génitales ;

Le cancer recto-sigmoïdien (c'est un diagnostic de siège).

3) *En présence d'une occlusion.* — Les occlusions par brides, par sigmoïdite ;

L'ileus biliaire (d'évolution très spéciale) ;

Surtout le *volvulus du colon ileo-pelvien* ; ce diagnostic est capital, car il dicte l'indication opératoire : la laparotomie médiane est formelle en cas de volvulus, alors que l'anus cœcal incomparablement moins grave suffit s'il s'agit d'un cancer ; les antécédents sont identiques : le volvulus donne un météorisme en écharpe : le péristaltisme ne peut être décelé cliniquement ; le diagnostic est parfois impossible.

## TRAITEMENT

1. **Diagnostic d'opérabilité.** — Il est très difficile à poser cliniquement :

Tenir compte de l'âge, de l'état général,

De l'extension du cancer souvent impossible à apprécier

par l'étude de la mobilité seule :

Faire une *cystoscopie* chez l'homme (l'induration de la paroi vésicale avec œdème brillant est une contre-indication à une intervention dite radicale).

Au total, c'est bien souvent la *laparotomie exploratrice* qui permettra de juger si la tumeur est justiciable d'une exérèse ou d'une simple intervention palliative.

**II. Cancers opérables.** — Une opération radicale — l'exérèse de la portion de colon atteinte par le néoplasme, et les ganglions adjacents. On refait ensuite la continuité intestinale.

*Chirurgie grave* en raison de la septicité du milieu qui rend précaire la solidité des sutures, qui expliquent les cellulites rétro-péritonéales lorsqu'on a été obligé de décoller le colon pour le mobiliser. Aussi a-t-on tenté d'en améliorer les résultats par une série de principes généraux (Quénu) :

1. *Division des temps opératoires* ;

2. *Dérivation des matières*, soit préalable (qui diminue la stercorémie chronique), soit maintenue (elle protège les sutures) ;

3. *Des détails techniques* (soin apporté aux sutures, recoupe des bouts coliques, etc.).

**INDICATIONS.** — 1. *Cancers droits.* — Hémicolectomie droite en un temps suivie d'ileo-sigmoïdostomie ou ileo-transversotomie ;

Ou mieux hémicolectomie en deux temps avec dérivation interne préalable (mortalité très inférieure à l'intervention en un temps).

2. *Cancers du colon gauche.* — Plusieurs méthodes :

a) *Avec anus cœcal*, dérivation à distance qui permet une opération en trois temps : anus cœcal, colectomie segmentaire, fermeture de l'anus.

b) *Avec dérivation in situ.* — On peut faire :

La résection immédiatement avec abouchement à la peau (Bouilly, Volkmann) ;

La résection secondaire après un premier temps d'extériorisation (Bloch, Miekulicz) ;

La fermeture secondaire de l'anus se fera au bout de quelques mois.

3. *Cancer en occlusion aiguë.* — Faire le minimum si le diagnostic est certain. En cas de doute, ne pas passer à côté d'un volvulus et faire, si l'état général le permet, une laparotomie exploratrice.

4. *Cancer compliqué d'abcès.* — Certains conseillent d'inciser l'abcès et de pratiquer un anus cœcal de dérivation.

Pour d'autres, on pourra, dans un deuxième temps, tenter une extériorisation.

**RÉSULTATS.** — *Grosse mortalité immédiate* (30 p. 100) par choc opératoire, broncho-pneumonie, cellulite sous-péritonéale, occlusion.

Mais les résultats éloignés ne sont pas trop défavorables.

Les récidives sont uniquement locales et se produisent dans 50 p. 100 des cas durant le cours de la première année après l'intervention.

P. LANCE.

**Œdèmes et congestions pulmonaires**, par G. CAUSSADE et André TARDIEU. In-8° de 256 pages. — Prix : 25 fr. — Paris, Félix Alcan.

**Précis de phytothérapie hépato-biliaire**, par le docteur Gaston PAUTURIER, avec la collaboration de Georges BLAQUE, préface du docteur ABRAMI. In-8° de 247 pages. — Prix : 20 fr. — Paris, Vigot frères.

**L'asthme, sa pathologie, son traitement**, par le docteur Jacques SÉDILLOR. In-8° de 137 pages. — Prix : 15 fr. — Paris, Louis Arnette.

**La religion de l'intelligence et la morale scientifique**, par le docteur G. SAINT-PAUL (G. Espé de Metz). In-8° de 127 pages. — Prix : 15 fr. — Paris, Vigot frères.

Le Directeur-gérant : D<sup>r</sup> François LE SOURD.



---

**NÉVROSES  
INSOMNIES**

**LOBÉLIANE  
LALEUF**

**ANTISPASMODIQUE PUISSANT**  
EXCLUSIVEMENT VÉGÉTAL  
GOÛT ET ODEUR AGRÉABLES

**ATOXIQUE**

---

DOSE CALMANTE : 2 à 5 cuillerées à café par jour  
DOSE HYPNOTIQUE : 1 à 3 cuillerées à café le soir

---

ÉCHANTILLONS ET LITTÉRATURE  
LABORATOIRES LALEUF  
20, RUE DU LAOS — PARIS (XV<sup>e</sup>)

---

Nouvelle adresse : 51, rue Nicolo, PARIS (XVI<sup>e</sup>).

**ESTOMAC**

# SEL DE HUNT

**HYPERCHLORHYDRIE  
FERMENTATIONS ACIDES  
GASTRALGIES**

**LABORATOIRES ALPH. BRUNOT  
16, Rue de Boulainvilliers, PARIS**

# SULFOÏDOL ROBIN

*Granulé - Capsules - Injectable - Pommades - Ovules*

**ARTHRITISME CHRONIQUE - ANÉMIE REBELLE  
PHARYNGITES - BRONCHITES - FURONCULOSE - ACNÉ - VAGINITES  
URÉTRO-VAGINITES - INTOXICATIONS MÉTALLIQUES**

R. G., 221.839,  
Seine.

**LABORATOIRES ROBIN, 13, Rue de Poissy, PARIS**

# UROMIL

ÉTHÉR PHÉNYL CINCHONIQUE — PIPÉRAZINE — HÉXAMÉTHYLÈNE TÉTRAMINE



**MOBILISE - DISSOUT  
ÉLIMINE**

**L'ACIDE URIQUE**

**ARTHRITISME**

DE L. BELIERES - 19, RUE DROUOT - PARIS



*La Lancette Française***GAZETTE DES HOPITAUX****CIVILS ET MILITAIRES****PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI****ADMINISTRATION ET RÉDACTION :****49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6°. Tél. : Danton 48-31.****PUBLICITE : M. A. THIOLLIER, 446, boulevard Raspail, PARIS (6°) - Téléph. : LITRÉ 54-93.****PRIX DE L'ABONNEMENT****FRANCE**

3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.

*Etudiants : 25 francs par an.*

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

**ETRANGER**

Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.

Tous les autres pays : 75 francs.

**SOMMAIRE****REVUE GÉNÉRALE***Le syndrome de Volkmann, par M. F. BERTRAND (de Toulouse).***CENTIÈME ANNIVERSAIRE DE LA MORT DE DUPUYTREN,**  
*par M. L. BABONNEIX.***SOCIÉTÉS SAVANTES***Académie de médecine.***INTÉRÊTS PROFESSIONNELS***Les conventions, par M. A. HERPIN.***INFORMATIONS**

**FACULTÉS DE MÉDECINE. — BORDEAUX.** — M. le professeur P. Mauriac, doyen de la Faculté de médecine et de pharmacie, se rendra à Lausanne, le 25 mai, sur la demande de la Société de médecine interne de Suisse, pour faire un rapport à la séance annuelle qui se tient en 1935. Il donnera, le 27 mai, une conférence à Genève, sous les auspices de la Société médicale de Genève.

**CONSEIL SUPÉRIEUR DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE.** — Sont nommés membres du Conseil supérieur de l'Assistance publique pour une période de quatre ans :

Au titre de membres du Corps médical des hôpitaux : MM. le professeur Couvelaire, accoucheur des hôpitaux de Paris, et le docteur Desbouis, médecin des hôpitaux de Caen.

Au titre de médecins des asiles publics d'aliénés : MM. le docteur Demay, médecin chef des asiles de la Seine, et le professeur Perrens, médecin chef de l'asile de Château-Picon.

**CONSEIL SUPÉRIEUR D'HYGIÈNE PUBLIQUE DE FRANCE.** — Une place d'auditeur est déclarée vacante au Conseil supérieur d'hygiène publique de France dans la section des « fonctionnaires sanitaires », par suite de la nomination comme membre de M. le docteur Briau, auditeur.

Les candidats ont, pour se faire inscrire, un délai expirant le 1<sup>er</sup> mai 1935. Ils devront avoir envoyé, avant cette date, au 5<sup>e</sup> bureau de la direction de l'hygiène et de l'assistance, 7, rue de Tilsitt, Paris (XVII<sup>e</sup>), un exposé complet de leurs titres, accompagné d'un curriculum vitæ.

**GUERRE.** — Le médecin général inspecteur Boyé, inspecteur général du Service de santé des colonies, président du

Conseil supérieur de santé des colonies, est placé dans la 2<sup>e</sup> section (réserve).

— Le médecin colonel Morisson, sous-directeur du Service de santé de la 15<sup>e</sup> région, est nommé directeur par intérim du Service de santé de la 15<sup>e</sup> région.

**LA LOI SUR LA DÉFENSE PASSIVE.** — Le *Journal officiel* du 9 avril 1935 publie la loi relative à l'organisation des mesures de protection et de sauvegarde de la population civile contre les attaques aériennes.

L'article premier précise que cette organisation est *obligatoire*.

L'article 2 donne au ministre de l'Intérieur la charge de diriger la préparation de l'organisation. Lorsque l'état de siège est déclaré, ses attributions passent à l'autorité militaire.

L'article 5 est relatif au personnel employé : agents des services publics, volontaires des deux sexes (engagés pour la durée de la guerre), requis civils non mobilisables, qui pourront être employés suivant leurs aptitudes et compte tenu de leur profession dans les services de la défense passive.

Les autres articles sont relatifs aux dépenses, aux exercices, et enfin aux sanctions applicables aux réfractaires.

**LA QUESTION DES MÉDECINS ÉTRANGERS.** — Le bureau de l'Association corporative des étudiants en médecine de Paris communique la note suivante :

« M. Mallarmé, ministre de l'Éducation nationale, s'est entretenu, lundi matin, avec le délégué de l'Association corporative, M. Mordagne, de l'état actuel de la question des médecins et étudiants étrangers.

Le ministre a rappelé à notre délégué son action favorable à nos idées auprès de son collègue de la santé publique,

**DIGITALINE NATIVELLE**LABORATOIRE NATIVELLE, 27, Rue de la Procession, PARIS (XV<sup>e</sup>)

M. Queuille, et auprès du Parlement, dans le but de concilier les divers projets de loi concernant l'exercice de la médecine par les étrangers.

M. Mallarmé a ensuite fait connaître à M. Mordagne qu'il venait de se mettre d'accord avec M. Le Gorgeu, sénateur, rapporteur de la nouvelle proposition de loi Armbruster au Sénat, pour que cette assemblée inscrive à l'ordre du jour d'une de ses premières séances de rentrée, vers le 1<sup>er</sup> juin, la discussion de son rapport.

Quand le Sénat aura adopté la proposition Armbruster, rapportée par M. Le Gorgeu, son texte ira à la Chambre des députés.

La commission de l'hygiène et son rapporteur, le docteur Nast, l'examineront aussitôt afin d'aboutir à l'élaboration d'un texte unique absolument indispensable pour le succès de la juste cause des médecins français. »

**MÉDECINS ÉTRANGERS ET REMPLACEMENTS.** — A la suite des protestations et des démarches des délégués des étudiants près de M. Mallarmé, ministre de l'Éducation nationale, et de M. Queuille, ministre de la Santé publique, M. Queuille a adressé dans le courant de février à tous les préfets une circulaire leur rappelant qu'il reste interdit, en vertu de lois existantes, à un étranger de faire des remplacements de médecins.

A Paris, le préfet de police vient de rappeler aux présidents des divers syndicats médicaux cette circulaire pour « les prier de s'abstenir dorénavant de solliciter l'aide d'étudiants étrangers pour les remplacements qu'ils se verraient contraints de tolérer ».

**UN NOUVEAU DOCTORAT.** — Ce n'est pas en France, mais en Allemagne, à Hambourg, que vient d'être créé un nouveau doctorat en sport et en culture physique.

**A LA MÉMOIRE DE LÉON BERNARD.** — Les amis, les collègues et les élèves du professeur Léon Bernard, voulant honorer sa mémoire, désirent placer un médaillon à l'hôpital Laennec, où il a enseigné et où il a passé toute sa vie hospitalière. Ils ont également l'intention d'apporter leur contribution aux fondations que de hautes personnalités ont décidé de créer, à l'étranger, pour commémorer l'œuvre scientifique du professeur Léon Bernard.

Une reproduction du médaillon sera adressée à chaque souscripteur.

Les souscriptions doivent être adressées à M. Georges Masson, trésorier, 120, boulevard Saint-Germain, Paris (VI<sup>e</sup>).

**SANATORIUMS PUBLICS.** — Un concours sur titres est ouvert pour quatre postes de médecins directeurs des sanatoriums publics.

Le traitement de début est fixé à 39.000 fr. et peut atteindre 52.000 fr. par avancements successifs.

Les médecins directeurs bénéficient, en outre, gratuitement, du logement, du chauffage, de l'éclairage et du blanchissage. Ils ne peuvent faire de clientèle.

Peuvent seuls être admis à concourir les candidats du sexe masculin appartenant aux catégories ci-après :

1<sup>o</sup> Médecins adjoints des sanatoriums publics ;

2<sup>o</sup> Docteurs en médecine âgés de moins de quarante ans et n'appartenant pas au cadre des médecins adjoints des sanatoriums publics. Les candidats de cette catégorie devront produire un extrait de leur casier judiciaire, un extrait de leur acte de naissance, une copie certifiée conforme de leur diplôme de docteur en médecine d'une Faculté de l'Etat et toutes justifications d'une pratique suffisante du laboratoire et des services spéciaux de tuberculeux. La limite d'âge de quarante ans est reculée d'un temps égal à la durée des ser-

vices militaires, ainsi que des services rendus dans les dispensaires antituberculeux et donnant droit à une retraite.

Un droit de priorité est accordé aux médecins adjoints des sanatoriums publics ayant au moins deux ans de fonctions.

Les demandes devront être adressées avant le 1<sup>er</sup> mai 1935 au ministère de la Santé publique et de l'Éducation physique (direction de l'hygiène et de l'assistance, 4<sup>e</sup> bureau), 7, rue de Tilsitt, à Paris.

Les candidats qui seront désignés devront, préalablement à leur nomination, être reconnus physiquement aptes à exercer les fonctions de médecins directeurs et subir les visites médicales réglementaires.

**CONFÉRENCES DE PHYSIOLOGIE ET DE PATHOLOGIE VOCALES.** — Dix leçons seront données du lundi 20 mai au samedi 25 mai, à l'hôpital Bellan, 7, rue du Texel, Paris (XIV<sup>e</sup>), sous la direction du docteur Jean Tarneaud, otorhino-laryngologiste de l'hôpital Bellan et du Conservatoire national de musique.

Ces conférences seront accompagnées de présentations de malades et de projections cinématographiques ; elles auront lieu le matin à 9 h. et le soir à 17 h. 30. — Droit d'inscription : 200 fr.

Pour les inscriptions et tous renseignements s'adresser au docteur Tarneaud, 27, avenue de la Grande-Armée, Paris (XVI<sup>e</sup>).

Études de : M<sup>es</sup> MICHAUD, av. Clermont, et M<sup>e</sup> CLEVE, notaire à Lieuvillers (Oise). Vente le 27 Avril 1935 à 14 h. étude M<sup>e</sup> CLEVE, notaire F<sup>ds</sup> **PHARMACIE** à Paris, 18, Rue de Simart. Mise à prix 80.000 frs. S'adr. à M<sup>es</sup> MICHAUX et CLEVE et à M<sup>e</sup> Dairaines, 31, Rue Tronchet, Paris. 393

## RENSEIGNEMENTS

**DOCTEUR** recommande particulièrement chauffeur sérieux, actif, muni de très bonnes références, pour conduire dans Paris ou banlieue automobile de maître ou de commerce. — S'adr. à M. Messy, 80, av. Mozart, Paris, tél. Jasmin 15-76.

### LUXEMBOURG AUTO-ÉCOLE,

15, rue Gay-Lussac, Paris (V<sup>e</sup>).

Tél. : Odéon 25-57. Forfait depuis 60 fr.

Permis en 48 heures.

ANÉMIES  
DYSPEPSIES  
ANTITOXIQUE



DOSE: 4 à 6  
TABLETTES  
PAR JOUR

**BIOXYDE DE MANGANESE COLLOÏDAL - SELS MAGNÉSIENS**  
Laboratoire SCHMIT, 71 Rue Sainte-Anne, PARIS. 2<sup>e</sup>

Insomnies  
Toux nerveuse.

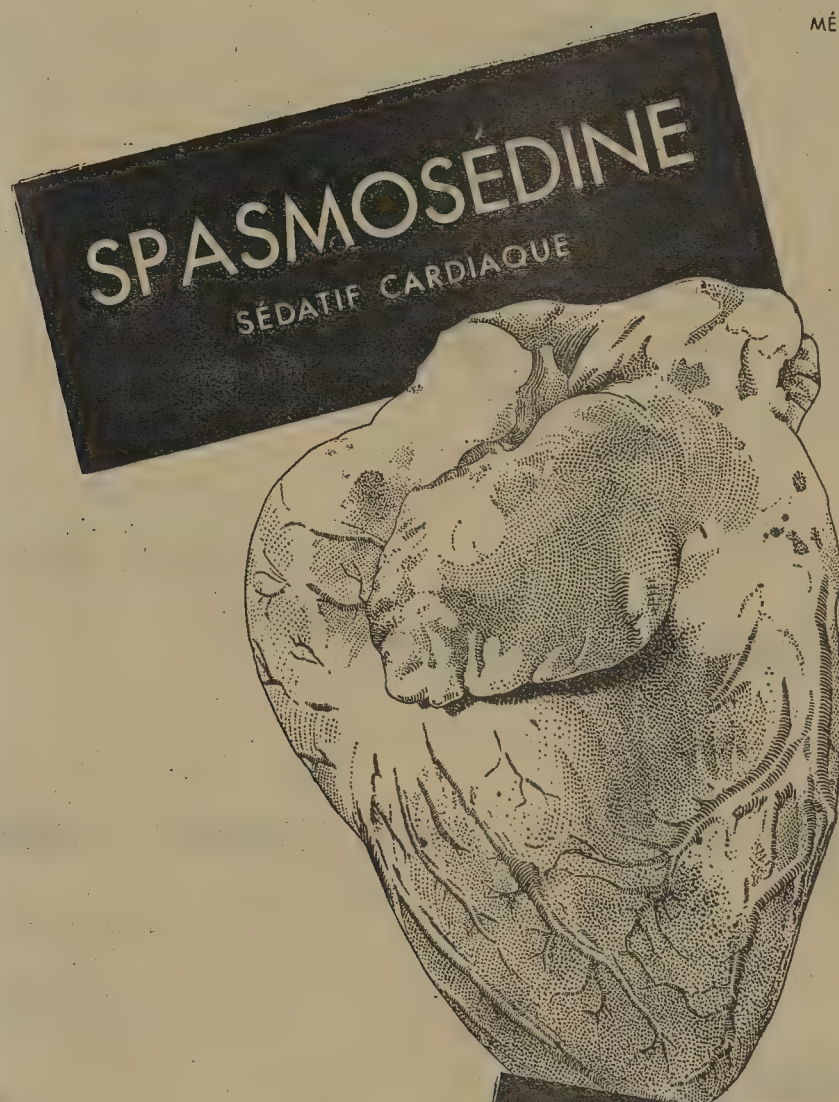
**BROMÉINE MONTAGU**

**Iodarsenic de GUIRAUD**  
(Contre Paludisme)  
Tous états érythémateux - LYMPHATISME - MALADIES CUTANÉES  
Littérature et Echantillons: 40, Impasse Milers, Paris (18<sup>e</sup>)



LABORATOIRES DEGLAUDE  
15, BOUL. PASTEUR, PARIS (XV<sup>e</sup>)

MÉDICAMENTS CARDIAQUES /  
SPÉCIALISÉS



*les 2 médicaments cardiaques essentiels*

# MALADIE VEINEUSE ET SES COMPLICATIONS

## VEINOTROPE

VEINOTROPE M COMPRIMÉS (masculin)	
POUDRE DE PARATHYROÏDE.....	0.001
POUDRE ORCHITIQUE.....	0.035
POUDRE DE SURRÉNALES.....	0.005
POUDRE D'HYPOPHYSE (lob. post.).....	0.001
POUDRE DE PANCRÉAS.....	0.10
POUDRE DE NOIX VOMIQUE.....	0.005
EXTRAIT DE MARRON D'INDE.....	0.005
EXTRAIT D'HAMAMELIS VIRGINICA.....	0.01
POUR 1 COMPRIMÉ ROUGE	

VEINOTROPE F COMPRIMÉS (féminin)	
POUDRE DE PARATHYROÏDE.....	0.001
POUDRE D'OVAIRES.....	0.035
POUDRE DE SURRÉNALES.....	0.005
POUDRE D'HYPOPHYSE (lob. post.).....	0.001
POUDRE DE PANCRÉAS.....	0.10
POUDRE DE NOIX VOMIQUE.....	0.005
EXTRAIT DE MARRON D'INDE.....	0.005
EXTRAITS D'HAMAMELIS VIRGINICA.....	0.01
POUR 1 COMPRIMÉ VIOLET	

FORMULES

COMPRIMÉS : 2 AU LEVER ET 2 AU COUCHER,  
OU SUIVANT PRESCRIPTION MÉDICALE.  
3 SEMAINES PAR MOIS.

VEINOTROPE POUDRE	
EXTRAIT EMBRYONNAIRE.....	1 gr.
PROTÉOSES HYPOTENSIVES DU PANCRÉAS.....	3 gr.
CALOMEL.....	4 gr.
TALC STÉRILE. Q. S. pour.....	100 gr.

LABORATOIRES LOBICA  
46, AVENUE DES TERNES — PARIS

POUDRE : TRAITEMENT DES ULCÈRES SIMPLES  
ET VARIQUEUX, DES PLAIES EN GÉNÉRAL

## LABORATOIRES CARTERET

LIQUIDE  
et  
COMPRIMÉS

ANTISEPTIQUE GÉNÉRAL

*Sans odeur et non toxique*

# LUSOFORME

*Formol saponiné*

DÉSINFECTANT -- DÉSODORISANT

S'EMPLOIE EN SOLUTION AQUEUSE à 1/4 ou 1/2 p. 100 en GYNÉCOLOGIE, OBSTÉTRIQUE, CHIRURGIE

Échantillon et Littérature : 15, rue d'Argenteuil, PARIS



## REVUE GÉNÉRALE

## LE SYNDROME DE VOLKMANN

Par M. F. BERTRAND,

Ancien chef de Clinique chirurgicale à la Faculté de Toulouse.

(Travail de la Clinique chirurgicale du professeur Mériel.)

Il est toujours curieux de surprendre les modalités d'évolution de nos conceptions médicales. Certaines questions, en effet, longtemps dédaignées, peut-être parce que d'interprétation difficile, semblent parfois sortir spontanément du cadre obscur assigné par les classiques pour se mettre en évidence dans le plan de l'actualité. Des idées éparses, paraissant sans rapport avec un sujet donné, cristallisent dans une affinité de synthèse qui fixe une pathogénie fuyante ; une vérification anatomo-pathologique assied l'hypothèse ; une sanction thérapeutique marque la qualité du progrès accompli.

Tel paraît bien être le cas du Syndrome de Volkmann. Alors que l'affection paraissait enfermée dans les limites un peu décevantes de l'orthopédie, le progrès de nos connaissances sur le rôle du sympathique nous a permis d'affirmer que le Volkmann était physiologique autant qu'anatomique. Etape décisive permettant d'instituer parfois un véritable traitement abortif, de signification et de valeur expérimentales. C'est là l'aboutissant logique qui, transformant le pronostic et la thérapeutique, concrétise l'intérêt de la question.

**Définition. Historique.** — Si des auteurs français (Stromeyer 1838, Larrey et Guérin) en ont publié des observations certaines, c'est bien Volkmann qui, en 1872, a isolé le syndrome. Survenant presque toujours après des traumatismes du coude ou de l'avant-bras, il est caractérisé par une attitude typique intéressant le poignet et les doigts :

- Le poignet est en flexion pronation.
- Au niveau des 4 derniers doigts, il existe :

Une extension ou même une hyperextension des premières phalanges,

Une flexion plus ou moins accusée des deux autres phalanges.

— Le pouce peut participer à la déformation, sa première phalange se mettant alors en adduction, sa deuxième en flexion.

Cette attitude s'accompagne d'une impotence fonctionnelle à peu près complète.

De nombreux auteurs ont depuis lors étudié la question.

Mise en discussion au 17<sup>e</sup> Congrès de Chirurgie allemande, elle a fait l'objet de travaux anglais échelonnés de 1896 à 1906. Mouchet lui consacrait sa thèse en 1898, Denucé un article dans la *Revue d'Orthopédie* en 1903, Berger sa thèse en 1912.

Parmi les auteurs modernes enfin, il convient de citer Trocello, Fruchaud Brin, Lecène, Leriche, Sénèque (*Presse Médicale* 1926), José-Jorge, et Paitre (*Bulletin Médical*, 26 nov. 1932).

**Circonstances étiologiques.** — L'affection qui frappe plus volontiers le sexe masculin (66/100) surtout entre 5 et 10 ans, peut évoluer chez des sujets plus âgés, en particulier après 20 ans.

Les causes occasionnelles méritent une étude plus détaillée.

Les fractures sont particulièrement fréquentes dans les antécédents immédiats et il convient de noter par ordre d'importance :

— La fracture de l'humérus, presque toujours d'ailleurs fracture de l'extrémité inférieure, parfois cependant fracture diaphysaire, pouvant se produire chez le nouveau-né au moment même de l'accouchement (fracture diaphysaire obstétricale) ;

- La fracture des deux os de l'avant-bras ;
- La fracture isolée du radius ;
- La fracture isolée du cubitus ;
- La fracture de la clavicule (observation de Guérin et Larrey).

Les luxations sont également à signaler :

- Luxation du coude (Molitor) ;
- Luxation du poignet (Stromeyer).

Dans d'autres cas, on note simplement une compression ou une contusion des parties molles, pouvant s'accompagner de déchirures musculaires ou d'hématomes, surtout chez les hémophiles.

Les causes d'ischémie musculaire offrent un intérêt tout particulier, souligné par les travaux les plus récents.

L'éclatement d'un vaisseau, une contusion (Paitre), une plaie ou une ligature artérielle (Fruchaud : 5 Volkmann sur 32 ligatures), une embolie (Lorentz), une thrombose ont été signalés dans diverses observations.

Il convient particulièrement de mentionner dans cet ordre d'idées, le rôle possible joué par le garrot, la bande d'Esmarch ou un appareil plâtré circulaire trop serré. Nous aurons l'occasion d'y insister plus longuement.

Pour être complet, enfin, il convient de rappeler le rôle possible, mais rare, de l'inflammation (Obs. de Gerdy concernant un phlegmon de l'avant-bras).

**Anatomie pathologique.** — LÉSIONS ESSENTIELLES. —

1) *Musculaires.* — Elles se localisent électivement au niveau des muscles de la loge antérieure de l'avant-bras, fléchisseurs et pronateurs.

Parmi les fléchisseurs, le fléchisseur commun profond et le long fléchisseur du pouce sont le plus souvent atteints.

Mais il existe parfois des lésions manifestes du fléchisseur commun superficiel, du grand et du petit palmaire ainsi que du cubital antérieur.

Quant à l'atteinte du rond et du carré pronateur, elle est tout à fait fréquente.

Signalons enfin l'atteinte possible des muscles thé-nariens et interosseux (Paitre).

Macroscopiquement, on observe le plus souvent au début une infiltration sanguine ou oedémateuse. Puis peu à peu s'installe l'atrophie et la rétraction cicatricielle. Des callosités apparaissent dans les masses musculaires grisâtres qui ne saignent pas et ne se contrac-

tent plus à la section. L'affection se fige dans une forme orthopédique définitive.

Les lésions histologiques sont tout à fait intéressantes.

On observe d'abord une infiltration leucocytaire abondante et parfois, très rapidement, des plages limitées de nécrose aseptique, signalées par Bérard, Policard, Wertheimer et Leriche et expliquées par le caractère terminal de certaines artéριοles musculaires de l'avant-bras (Fruchaud). On assiste ensuite à des modifications profondes des muscles infiltrés. La myosine se coagule, la fibre musculaire subit une fragmentation nummulaire qui annonce la dégénérescence cicreuse de Zenker. L'infiltration leucocytaire du début disparaît enfin, pour faire place à une prolifération intense de tissu conjonctif d'aspect cicatriciel.

2) *Vasculaires*. — Elles sont extrêmement intéressantes et leur fréquence semble se multiplier dans les observations récentes (observ. de Leriche, de Mathieu, Padovani, Letulle et Normand).

Si elles intéressent souvent, comme nous l'avons déjà dit, des artéριοles musculaires terminales, elles peuvent porter sur l'humérale même que l'on a trouvée rompue ou thrombosée. Nous verrons l'intérêt thérapeutique de pareilles constatations.

**LÉSIONS INCONSTANTES ET ACCESSOIRES.** — 1) *Osseuses*. — En dehors des cals vicieux possibles au niveau de la fracture initiale, on a signalé parfois une décalcification suffisante pour favoriser les pseudarthroses et même, rarement il est vrai, un arrêt de développement des os de l'avant-bras.

2) *Nerveuses*. — Des lésions du radial, du cubital ou du médian sont possibles. Disons tout de suite qu'elles doivent être considérées comme une complication et non comme une explication du syndrome.

**Pathogénie.** — Elle est certainement complexe, mais l'interprétation des faits paraît avoir largement progressé depuis Volkmann.

**I. THÉORIES NERVEUSES.** — A) *Nerveuse rachidienne*. — Abusés par l'impotence fonctionnelle, certains auteurs (Volkmann, Hildebrand, Kirmisson) avaient pensé qu'il s'agissait d'une paralysie.

Insistons encore sur ce point capital : *le syndrome de Volkmann n'est pas une paralysie*. Grâce à certains artifices (hyperflexion du poignet) on peut mettre, en effet, en évidence la possibilité de mouvements actifs. Il peut certes exister des lésions du cubital, du radial et du médian, mais il s'agit alors de complications, de lésions surajoutées ; les libérations portant sur ces troncs nerveux n'ont jamais modifié un Volkmann caractéristique.

B) *Sympathique* (Trocello 1919, Leriche). — D'anciens auteurs (Ward, Dudgeon) faisaient de la contracture le caractère essentiel du syndrome ; Cheinisse, Denucé le définissaient même une contracture ischémique. Il existe certainement parfois un certain degré de contracture et Trocello en a fourni l'explication en faisant intervenir l'innervation sympathique. À l'appui de cette conception, Leriche, qui a bien étudié le

rôle du sympathique sur le tonus musculaire, a publié, en 1926, à la Société de Chirurgie de Lyon, un cas remarquable de guérison après une sympathicectomie périartérielle.

**II. THÉORIES MUSCULAIRES MÉCANIQUES.** — Nous ne signalerons que pour mémoire la réparation fibreuse d'une déchirure musculaire (Littlewood) pour insister tout particulièrement sur :

— L'Hématome sous-aponévrotique. De nombreux auteurs (Mouchet, Lecène, Ombrédanne, José Jorge) considèrent cet hématome qui, à la fois infiltre et comprime les masses musculaires, comme un facteur déterminant essentiel. Cette conception comporte, nous le verrons, un corollaire thérapeutique du plus grand intérêt.

**III. ISCHÉMIE MUSCULAIRE.** — Elle semble jouer également un rôle très important.

Les facteurs de cette ischémie qui portent sur l'humérale ou sur des artéριοles musculaires terminales sont variables.

Parfois une ligature artérielle vient donner aux lésions un caractère expérimental.

Dans d'autres cas, il s'agit d'oblitérations artérielles (embolies, thromboses) mises en évidence par l'artériographie (obs. de Picot, de Dos Santos) ou constatées à l'intervention (obs. de Mathieu, Padovani, Letulle et Lormand : *Presse Médicale*, 17 novembre 1934).

Dans d'autres cas encore, de plaies artérielles ou de ruptures artérielles (obs. de Lance, de Leriche).

Il peut s'agir enfin de simple compression artérielle due suivant les cas à un *hématome sous-aponévrotique* (obs. de Moulounguet et Sénèque), à un *fragment osseux*, à la *simple flexion forcée du coude* chez l'enfant (Leriche), à un *appareil plâtré circulaire serré*, à un *garrot* ou enfin à la *bande d'Esmarch* (expérience de Nepson chez le chien).

L'influence de cette ischémie est indubitable. Si elle ne peut expliquer l'ensemble du syndrome elle rend parfaitement compte des plages de nécrose musculaire aseptique sur lesquelles Leriche a bien insisté.

**IV. ISCHÉMIE MUSCULAIRE PLUS INFILTRATION SANGUINE, PLUS PHÉNOMÈNES SYMPATHIQUES.** — Cette théorie mixte est tout à fait séduisante et paraît rendre compte de l'ensemble des faits observés.

Pour Leriche, la filiation des phénomènes est la suivante :

1. La lésion artérielle crée une plage de nécrose limitée, sans réaction inflammatoire et sans myosite.

Aux limites de cette zone, on observe une stase veineuse en vase clos par troubles de la circulation controlatérale comme on le voit dans les zones infarctoides : d'où infiltration sanguine du muscle aboutissant à une sclérose qui aggrave considérablement la lésion initiale.

2. D'autre part, des réflexes vaso-moteurs sympathiques partant de l'artère lésée, déterminent un certain état de contracture, favorisent les modifications conjonctives des muscles, expliquent enfin les troubles trophiques qui donnent au tableau clinique son cachet définitif.



**Etude clinique. — I. PÉRIODE PRÉMONITOIRE : PÉRIODE D'ALARME.** — Elle est caractérisée par l'apparition très précoce, parfois en quelques heures, d'une triade tout à fait typique : *véritable triade d'alarme* : Douleurs, œdème, cyanose.

1. *Les douleurs* siègent à l'avant-bras, irradiant vers les doigts ou l'aisselle. Leur intensité est variable, mais toujours exagérée par l'extension.

Elles se bornent souvent à une sensation d'engourdissement de tout le membre, de refroidissement ou de fourmillements dans la main et les doigts. Elles s'accompagnent parfois d'hypoesthésie cutanée.

2. *L'œdème* siège principalement à la main ; discret, les doigts sont seuls augmentés de volume ; abondant, il peut gagner l'avant-bras.

3. *La cyanose* enfin, comme l'œdème, occupe surtout la main. Uniforme, ou bien plus accusée en certains points, sa teinte va du rose foncé au violet.

La connaissance de ces signes avant-coureurs est d'importance considérable. C'est en effet surtout dans cette période prémonitoire que des décisions thérapeutiques opportunes peuvent sauvegarder une fonction gravement menacée.

**II. PÉRIODE D'ÉTAT.** — La période d'état se constitue en effet très vite, parfois en quelques jours.

**A. SIGNES ESSENTIELS.** — 1. *La malposition.* — L'avant-bras est le plus souvent fixé en demi ou en pronation complète (rond et carré pronateurs).

*La main* est en flexion plus ou moins accusée sur l'avant-bras (parfois jusqu'à 90°).

Son extension passive est parfois légèrement possible si on exagère au préalable la flexion des doigts, mais elle reste souvent impossible.

Des mouvements d'inclinaison latérale passive sont au contraire souvent conservés.

*Les 4 derniers doigts* sont toujours en griffe, avec :

— Extension ou hyperextension des premières phalanges ;

— Flexion des 2 autres phalanges dont les ongles viennent parfois s'incruster dans la paume de la main ;

— *Le pouce* peut être indemne ou participer à la déformation : sa première phalange se met alors en adduction, sa deuxième en flexion.

*Cette attitude est irréductible, sous anesthésie générale.* Seule la manœuvre de Riedinger, en exagérant la flexion de la main permet une légère extension passive des doigts et même dans certains cas quelques mouvements actifs.

2. *L'impotence fonctionnelle.* — Elle est le plus souvent considérable, parfois absolue : la main et les doigts sont figés et rigides. Certains malades pourtant, en exagérant spontanément la flexion de leur poignet, arrivent dans des cas peu graves à exercer leur profession (ouvrier peintre de Jaboulay).

3. *L'atrophie musculaire.* — Toujours accusée à la période d'état, elle frappe électivement les fléchisseurs et les pronateurs ; le long supinateur est très rarement touché. Par contre, les muscles dorsaux et externes sont à peu près indemnes : seule existe parfois, à leur niveau, une légère atrophie d'immobilisation.

**B. SIGNES ACCESSOIRES.** — 1. *Troubles dits d'origine sympathique.* — a) Les troubles circulatoires sont fréquents.

La cyanose du début persiste. On note souvent en plus :

— De l'hypotension et

— De l'hypothermie locale ;

b) Des troubles trophiques variés ne tardent pas à apparaître :

— La peau des doigts présente un aspect succulent avec fonte du tissu adipeux sous-cutané (Glossy-Skin) ;

— Les ongles deviennent cassants et tombent ;

— Des ulcérations, des panaris indolores se montrent souvent au niveau des doigts, surtout sur l'index et le médius (Koenig), localisés électivement sur la face dorsale des 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> phalanges (Ward) ;

— De véritables escarres enfin qui débutent par des phlyctènes, atteignent la peau et les muscles de la face antérieure de l'avant-bras, souvent en regard de la fracture ; elles guérissent assez vite en laissant une cicatrice gaufrée indélébile, qui présente un grand intérêt au point de vue médico-légal.

2. *Troubles de la sensibilité.* — Ils sont rares, le plus souvent légers et rencontrés surtout au début. Ils disparaissent d'habitude plus tard, mais ils peuvent persister, affectant tous les modes : toucher, douleur, température, sens musculaire.

**Formes cliniques.** — A) Suivant la gravité du syndrome, on peut distinguer :

1. Des formes graves ;

2. Des formes légères permettant quelques mouvements actifs (ouvrier peintre cité par Jaboulay) ;

3. Des formes frustes où l'impotence disparaît spontanément après quelques mois (Leser).

Rocher a également signalé chez le nouveau-né des formes frustes survenant après des fractures obstétricales et guérissant naturellement en 20 ou 30 jours.

B) Formes anatomiques :

Suivant les groupes musculaires touchés on peut distinguer :

1) Une atteinte à peu près isolée des muscles fléchisseurs ;

2) Une atteinte des fléchisseurs et des pronateurs ;

3) Une atteinte surajoutée des muscles thénariens : l'impotence du pouce aggrave alors considérablement le pronostic et rend le traitement plus difficile ;

4) Une atteinte isolée des muscles thénariens (Maladie de Volkmann à la main, Jeanne 1921) avec prédominance sur l'adducteur du pouce.

Seule existe une malposition avec impotence du pouce : son métacarpien devient parallèle à celui de l'index et se place en avant de lui ; la première phalange est en flexion ; la 2<sup>e</sup> est en extension, mais peut souvent faire quelques mouvements de flexion active grâce au long fléchisseur du pouce ;

5) Une atteinte élective des muscles interosseux (Paitre) donnant une déformation inverse de la déformation habituelle. On observe dans ce cas en effet une flexion des premières phalanges avec extension des

phalanges distales et, signant la participation des interosseux, une adduction forcée des doigts qui se chevauchent souvent et ne peuvent être déployés en éventail ;

6) Une forme palmaire complète où tous les muscles de la main sont rétractés ;

7) Une forme palmaire complète associée aux lésions types du Volkmann, caractérisée par une flexion de toutes les phalanges (griffe à triple enroulement de flexion) ;

8) Un Volkmann enfin des membres inférieurs (Denucé : *Revue d'orthopédie* 1903 ; R. Dieulafé : *Revue d'orthopédie*, 1934) caractérisé par un varus équien du pied consécutif à une rétraction des muscles postérieurs. Nous n'insisterons pas car, s'il est intéressant de faire pour le pied un rapprochement pathogénique, nous croyons qu'il faut conserver au Volkmann, avec sa localisation type, son caractère d'unité anatomoclinique.

**Evolution.** — Elle est essentiellement rapide au début et, classiquement les lésions étaient considérées comme très vite fixées. Des observations récentes autorisent, semble-t-il, en accord avec les idées de Leriche, de modifier cette conception et d'entrevoir schématiquement trois périodes :

a) Une première phase où se constitue rapidement l'infiltration sanguine et parfois un îlot de nécrose ischémique : période anatomique ;

b) Une période assez longue d'aggravation progressive avec organisation des zones infiltrées par le sang et favorisée par des réflexes sympathiques accessibles à un traitement physiologique : période physiologique ;

c) Une période enfin de consolidation définitive : période orthopédique.

**Diagnostic.** — I. POSITIF. — Il est en général facile :

L'anamnèse, l'attitude qui résiste à l'anesthésie générale et ne peut être légèrement modifiée que par la manœuvre de Riedinger, la constatation de réflexes et de réactions électriques à peu près normaux ne laissent pas place au doute.

II. DIFFÉRENTIEL. — Il convient cependant d'examiner systématiquement le malade pour éliminer certaines affections classiques.

1. *Les contractures pures.* — Quelle que soit leur étiologie, elles ne sont jamais aussi accusées et cessent sous anesthésie générale :

a) Chez les névrosés l'absence de signes somatiques logiques est caractéristique ;

b) Quant à la contracture pyramidale, elle s'accompagne des phénomènes spasmodiques habituels : exagération des réflexes, trépidation épileptoïde.

2. *Rétractions cicatricielles* tendineuses après infection des gaines et

3. *Rétractions cicatricielles* des parties molles de la face antérieure de l'avant-bras (après suppuration ou brûlures).

Dans ces deux cas, l'anamnèse et l'impossibilité de modifier l'attitude par la manœuvre de Riedinger permettent un diagnostic formel.

4. *La fixation des fléchisseurs* sur un ancien foyer d'ostéite (cubitus dans l'observation de Vallas) est reconnue facilement par l'anamnèse et la topographie de l'adhérence elle-même.

5. *Le raccourcissement congénital* des muscles de l'avant-bras nié par la plupart des auteurs existe d'une façon indubitable (observation d'Ombrédanne). L'anamnèse et la bilatéralité éliminent toute cause d'erreur.

6. *La maladie de Dupuytren* est facilement identifiée : elle s'accompagne d'une rétraction bilatérale de l'aponévrose palmaire, et respecte les articulations des 2<sup>es</sup> avec les 3<sup>es</sup> phalanges.

7. *Les Paralysies.*

a) *Infantile.* — Elle frappe surtout les membres inférieurs. On constate une réaction de dégénérescence des muscles paralysés antagonistes des muscles contracturés ;

b) *Des nerfs périphériques.* — 1. La paralysie du radial et du médian sera facilement reconnue.

2. Seule la paralysie du cubital peut, au premier abord, prêter à confusion.

Un examen plus attentif permet de voir que la griffe cubitale prédomine sur l'annulaire et l'auriculaire à cause de l'intégrité des 1<sup>er</sup> et 2<sup>e</sup> lombricaux qui appartiennent au territoire du médian. Il existe, de plus, une perte de la sensibilité de l'auriculaire et de la moitié interne de l'annulaire ; les réactions électriques sont profondément modifiées. La rétraction musculaire, enfin, s'installe beaucoup plus lentement que dans le Volkmann et, tout au moins au début, des mouvements passifs sont possibles.

III. Diagnostic de la responsabilité encourue par le médecin traitant.

Le côté médico-légal du problème n'est pas le moins important : il a fait récemment l'objet d'une thèse inspirée par le professeur Sorel (Pradel, thèse Toulouse 1933).

Il n'y a pas très longtemps, le praticien qui traitait la fracture était considéré comme responsable de l'évolution d'un Volkmann. A la lumière des observations récentes et des conceptions pathogéniques modernes, Pradel a discuté les diverses circonstances qui pouvaient engager la responsabilité médicale. Nous allons rapidement résumer ses conclusions.

1<sup>o</sup> *La question de l'appareil plâtré circulaire.* — La conclusion de Pradel est nette : ce n'est pas l'appareil plâtré qui crée le Volkmann, c'est le traumatisme lui-même. Sur 106 syndromes de Volkmann relevés dans la thèse de Berger, 32 fois seulement un appareil plâtré circulaire avait été appliqué.

La présence de cicatrices sur la peau de la face antérieure de l'avant-bras ne doit pas être considérée — Mouchet y insiste d'une façon formelle, — comme les vestiges indélébiles d'un appareil trop serré. Il s'agit presque toujours de cicatrices d'escarres spontanées que nous avons étudiées avec les troubles trophiques.

2<sup>o</sup> *Les ligatures artérielles.* — Il est certain qu'une ligature artérielle peut provoquer un syndrome de Volkmann. Mais en chirurgie d'urgence, la ligature



constitue un cas de force majeure, qui dégage la responsabilité médicale.

3° *Le garrot.* — Il en est de même du garrot. Prolongée au delà de 2 heures, l'application d'un garrot devient dangereuse. Ici encore cependant, il peut y avoir force majeure. Il faudra néanmoins, au moment où le garrot est enlevé, prendre les précautions d'usage : maintenir en particulier le membre pendant quelques instants en position verticale pour éviter d'aggraver l'ischémie par un afflux de sang trop brutal.

4° *La bande d'Esmarch,* par contre, doit être formellement proscrite. C'est le seul cas, sans doute, où la responsabilité peut se trouver nettement engagée : elle n'est plus couverte, en effet, par la force majeure de l'urgence.

**Traitement.** — I. **PROPHYLACTIQUE.** — La notion de prophylaxie est ici de toute première importance. S'il est excessif, comme le conseillait Helferich, d'attendre huit jours avant d'appareiller une fracture du coude ou de l'avant-bras, il faudra éviter soigneusement les appareils serrés, en particulier l'appareil plâtré circulaire. L'appareil devra toujours laisser les doigts libres. Il conviendra de surveiller attentivement pendant les premières heures et les jours suivants pour surprendre dès le début les symptômes d'alarme : douleurs, œdème, cyanose, qui commandent d'enlever immédiatement l'appareil.

II. **CURATIF.** — A. *Au début.* — 1. Méthodes non opératoires. Type : bains chauds, douches d'air chaud. Elles ne doivent être employées que tout au début et dans les cas qui paraissent peu graves.

Elles doivent rapidement céder le pas aux méthodes sanglantes si l'amélioration n'est pas très rapide ou si le cas est grave d'emblée.

2. Méthodes opératoires. — Elles constituent à cette période le véritable traitement abortif du syndrome de Volkmann.

a) *Aponévrotomie :* Opération de José Jorge :

C'est une opération logique qui fait cesser la tension sous-aponévrotique et l'infiltration sanguine musculaire et qui est recommandée spécialement par Ombrédanne.

José Jorge lui doit une guérison survenue en deux mois ; Sénèque et Moulouguet l'ont pratiquée avec succès.

Sa technique est fort simple. Sous anesthésie locale, une incision cutanée sur la ligne cubitale permet d'aborder l'aponévrose. Celle-ci est incisée en zig-zag ou bien par plusieurs incisions parallèles longitudinales.

b) La sympathectomie péri-humérale a donné à Leriche un très beau succès (*Soc. Chir. Lyon, 1926*) (1).

c) L'artériectomie sera formellement indiquée en cas d'oblitération de l'artère humérale. Dos Santos a pu faire ce diagnostic par la radiographie après injection de solution de contraste. Les communications ré-

centes à la Société de Chirurgie de Paris (Bull. de janvier et février 1935) montrent que la méthode expose parfois à de graves accidents. Il nous paraît préférable d'explorer systématiquement l'humérale au cours d'une intervention qui se terminera suivant le cas par la sympathectomie ou l'artériectomie — cette dernière intervention a donné des résultats remarquables à Leriche, Carcassonne, Lance, Mathieu, Padovani, Letulle et Normand).

B. *A la période d'état.* — 1. Les méthodes non opératoires :

Nous n'insisterons pas car les méthodes médicales : chaleur, massage, électrothérapie, mécano-thérapie, thyosinamine ne peuvent être considérées que comme un traitement adjuvant complémentaire.

2. Les méthodes opératoires :

Si l'aponévrotomie risque fort de ne plus être efficace, deux opérations sont encore susceptibles de donner de fort beaux résultats :

— La sympathectomie, d'une part, et surtout

— L'artériectomie dans les cas d'oblitération humérale, ou de contusion de l'artère humérale (Paitre).

Cette intervention peut donner de remarquables succès 3 ou 4 mois après l'accident (Leriche). Les échecs ne doivent pas faire oublier les résultats positifs (*Soc. Nat. de Chir., 27 février 1935, p. 307*). Rappelons que Dos Santos a pu, grâce à l'artériographie, poser un diagnostic préopératoire d'oblitération : nous savons aujourd'hui que ce mode d'examen n'est pas exempt de danger ; le thorotrast lui-même vient de donner un décès à Wertheimer (*Soc. Nat. de Chirurgie, 6 mars 1935, p. 362*).

3. Les méthodes orthopédiques :

a) Le redressement brusque des doigts (Volkmann) est un procédé antiphysiologique qui ne peut qu'aggraver par un nouveau traumatisme, le traumatisme initial ;

b) Le redressement lent, au contraire, peut donner des résultats très intéressants. Il peut compléter fort heureusement un traitement chirurgical insuffisant ou bien être institué d'emblée si l'intervention chirurgicale ne paraît pas indiquée. On peut utiliser deux sortes d'appareils :

— Des appareils à extension élastique :

Appareil de Claude Martin (redressement simultané de tous les doigts) ;

Appareil de Pierre Roland (redressement séparé de chaque doigt) ;

Appareil de Froelich.

— Des appareils à extension non élastique :

Méthode de Roberts Jones et Riedinger ;

Tourniquet : de Mommsen, de L. Michel, de Massabau et Guibal.

Ce dernier appareil est à choisir si le syndrome de Volkmann est complet, c'est-à-dire s'il existe une participation du pouce.

C. *A la période invétérée.* — A cette période le traitement orthopédique non sanglant est à peu près fatalement insuffisant, et les interventions physiologiques (sympathectomies) agissent surtout sur les troubles trophiques.

Le problème est en réalité avant tout un problème d'orthopédie sanglante.

(1) L'anesthésie du ganglion stellaire vient par contre de lui donner un échec dans le cas où la sympathectomie et l'artériectomie avaient déjà échoué, *Soc. Nat. de chir., 27 février 1935, p. 295*.

### I. Les opérations musculaires :

a) L'excision des nodules fibreux (Bérard) paraît insuffisante.

b) Les greffes musculaires n'ont donné à notre connaissance qu'un seul succès (Göbel).

### c) Les sections ou désinsertions musculaires :

— Savariaud (1912) les a préconisées pour les fléchisseurs. Cibert, sur les conseils de Leriche, a récemment réalisé cette désinsertion avec un résultat encourageant.

— José Jorge pour les pronateurs.

— Dans le Volkmann isolé à la main, Jeanne a obtenu un excellent résultat en pratiquant l'intervention suivante :

— Section de toutes les brides dans le premier espace interosseux par incision dorsale ;

— Mise en abduction du pouce ;

— Comblement de la brèche par autoplastie musculaire pédiculée prise dans la fosse iliaque et coupée 15 jours après.

### 2. Les opérations tendineuses :

a) Les transplantations tendineuses n'ont plus qu'un intérêt historique. Il en est de même des

b) Ténotomies (Guérin) qui évidemment suppriment la griffe, mais au prix d'une impotence absolue.

c) Les ténoplasties (Anderson 1889) sont de conception irréprochable et ont connu longtemps une très grande vogue.

Leur difficulté et la longueur de leur technique dans les cas complexes font qu'on ne doit les envisager seulement que dans les cas frustes intéressant un ou deux faisceaux musculaires. Il ne faut pas oublier que le tissu tendineux est une mauvaise matière plastique : mal vascularisé, il ne résiste pas à l'infection. La ténoplastie exige donc une technique impeccable et une asepsie rigoureuse.

### 3. Les interventions osseuses :

a) La résection du carpe, dont le principe proposé par José Jorge a été fortement critiqué par Mouchet n'a sans doute jamais été pratiquée. Nous la mentionnons donc seulement pour mémoire (1).

b) La transplantation de l'épitrôchlée, proposée par Max Page en 1923 a été réalisée en 1929 par Hamilton Bailey avec un très bon résultat obtenu en 7 mois.

L'épitrôchlée est détachée avec l'insertion des fléchisseurs et suturée dans une petite gouttière creusée dans la diaphyse cubitale à l'union du 1/3 supérieur avec les deux tiers inférieurs. Le principe même de l'intervention est ingénieux, mais faute d'observations suffisamment nombreuses, il est impossible d'en apprécier la juste valeur.

c) La résection diaphysaire du radius et du cubitus :

Proposée par Colzi en 1892 elle est actuellement considérée comme l'intervention de choix dans le Volkmann invétéré.

La technique est simple et il suffit de faire une résection, de 2 à 3 cm. Avant de réséquer, Ombrédanne met en place son dispositif d'ostéosynthèse temporaire.

(1) Elle vient de donner à Leriche un résultat peu satisfaisant. Soc. Nat. de chir., séance du 27 février 1935.

Les résultats sont le plus souvent remarquables bien qu'il faille compter avec la possibilité de pseudarthroses.

**Pronostic du syndrome de Volkmann.** — Arrivés au terme de cette étude, il nous plaît d'envisager le pronostic actuel du syndrome de Volkmann. Ce n'est d'ailleurs déjà plus un syndrome, c'est une maladie que nous savons maintenant définir. Cette maladie n'est presque jamais le résultat d'une faute lourde que le praticien consciencieux pouvait autrefois sévèrement se reprocher. Elle n'est plus cette infirmité condamnable contre laquelle s'émoussaient les innombrables tentatives thérapeutiques. A toutes les étapes de son évolution, nous disposons de moyens puissants pour la prévenir, faire avorter son évolution ou supprimer enfin une infirmité qu'on aurait pu croire définitive. Il n'est pas exagéré de dire que le pronostic est transformé. C'est la récompense de ceux qui ont su trouver les bases anatomiques et physiologiques suffisantes pour libérer de l'empirisme un traitement désormais logique et, sans doute, près de sa forme définitive.

## CENTIÈME

### ANNIVERSAIRE DE LA MORT DE DUPUYTREN<sup>1</sup>

Le 8 février 1835, Dupuytren « mourait d'une pleurésie « purulente qu'il refusa obstinément de laisser opérer » (J.-L. Faure). Pour célébrer cet anniversaire, ses compatriotes et ses admirateurs ont eu la pieuse pensée d'organiser à l'Hôtel-Dieu, où, vingt-trois ans de suite, il prodigua ses soins aux malheureux, une cérémonie dont ils ont confié la présidence à son successeur médiateur, le professeur Cunéo.

Dans l'amphithéâtre, comble avant l'heure, les professeurs d'Arsonval, J.-L. Faure, Harvier, Ménétrier, Terrien, MM. Alglave, Chabrol, Comby, Leveuf, A. Martin, médecins et chirurgiens des hôpitaux, de nombreuses personnalités, parmi lesquelles nous avons reconnu MM. Chauvois, Debidour (du Mont-Dore), Durand-Fardel (de Vichy), Flurin (de Canterets), Grisel, Hahn, J. Noir, M. Fougeyras représentant le ministre de la Santé publique.

Le Dr Cruveilhier ouvre le feu des discours. Son aïeul n'a-t-il pas été l'élève préféré de Dupuytren ? N'est-il pas, lui-même, président du groupe d'études limousines ? C'est avec émotion qu'il évoque les « coteaux modérés » du pays natal, ces horizons où poètes et artistes s'accordent à trouver quelque chose de mystérieux et de romantique, qu'il cite ceux qui ont bien servi sa petite patrie et qui l'ont vengée des sarcasmes d'un Rabelais ou d'un Molière. M. le médecin général Gay-Bonnet apporte l'hommage du Caducée limousin au maître, dont M. P. Fredet, de la Société nationale de chirurgie, rappelle les principales découvertes : rétraction de l'aponévrose palmaire, fracture complète du cou-de-pied, entérotome, et dont le professeur Hartmann, au nom de l'Académie de médecine, salue la mémoire en termes choisis. Le professeur Gosset, aux yeux de lumière, prononce alors une magnifique allocution. Pour commencer, le tableau des funérailles à Saint-Eustache, le char traîné par les étudiants et par les ouvriers, les honneurs rendus à la dépouille de l'opérateur auquel on doit la pre-

(1) Cf. *Gaz. des hôp.*, 1935, n° 12, p. 202. — Il y a cent ans : La mort de Dupuytren. Quelques souvenirs sur ses obsèques et son testament, par F. L. S.



mière résection du maxillaire inférieur, et qui, s'il eût connu l'anesthésie et l'asepsie, eût accompli des miracles, de l'enseigneur, du juge qui osa rétablir les concours, de l'esprit universel qui s'intéressa à la chimie, à la physiologie, à l'anatomie comparée, de l'homme de cœur qui, par testament, légua un million à Charles X, proscrit, de celui que Flaubert aurait appelé un *grand Monsieur*. Non moins goûté, l'éloge, d'une haute tenue littéraire et d'une sobre éloquence, que fait, de Dupuytren, le doyen G. Roussey ! Comment la Faculté de médecine oublierait-elle l'anatomiste qui, à toutes les autres, préféra toujours la leçon du cadavre, le savant qui a semé, laissant à d'autres la tâche de récolter, le fondateur, avec Bichat et Laënnec, d'une discipline nouvelle, la méthode anatomo-pathologique, le génie qui, au bout d'un siècle, nous apparaît

Tel qu'en lui-même enfin l'éternité le change ?

Avec le professeur Cunéo, c'est un ruissellement d'esprit, une débauche d'érudition malicieuse. Voulez-vous savoir dans quelles conditions Dupuytren a remplacé Pelletan ? Celui-ci, étant chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu, avait plongé son bistouri dans un anévrysme de l'artère fémorale, pris à tort pour un abcès. Fâcheuse initiative, qui coûta à l'opéré, la vie, à l'opérateur, son poste ! Les mauvaises langues d'insinuer que, si Pelletan avait été ainsi « limogé », c'était à l'instigation de son adjoint limousin. Vaine calomnie, puisqu'à la prière de celui-ci, le gouvernement assura à celui-là une honorable retraite ! Comment il accomplissait son service ? Levé à 5 h. 1/2, il commençait la visite à 6 heures. Malheur aux retardataires ! S'ils ne pouvaient fournir d'excuse valable, ils étaient révoqués. De 6 à 9, examen des malades. A 9 heures, leçon suivie d'opérations où l'anesthésie était obtenue par des procédés singuliers : « Vous vous adonnez à la boisson ! »

déclare-t-il à une femme atteinte de luxation de l'épaule. Avant qu'elle fût revenue de sa surprise, la luxation était réduite. De 10 à 11, consultation externe, soit cinq grandes heures passées à l'hôpital, chaque matin, y compris le dimanche. Voulez-vous, enfin, quelques détails vestimentaires ? Eté comme hiver, il portait un habit vert, un gilet blanc, un pantalon bleu...

M. le Dr Delhoume, maire et conseiller général de Pierre-Buffière, que vient de consacrer un beau livre à son célèbre compatriote, n'a eu, pour se faire applaudir, qu'à y glaner quelques anecdotes. La prédiction du père : « Tu seras chirurgien ». Certaine fugue, pendant qu'il était élève au collège de Magnac-Laval, et qui lui valut les étrivières. Les années passées au collège de la Marche, tenu par des Jésuites. Son retour — à pied — chez lui. Les « faiblesses » de ce fort, toutes les fois qu'il entrait dans une salle de dissection. Et, surtout ses « amours » avec la fille de son patron, Boyer. A la grande joie de l'assistance, notre confrère lit un certain nombre de lettres des deux chirurgiens, rédigées dans le style romantique de l'époque, et où fleurit le passé défini. Boyer veut à toute force donner sa fille aînée, Adélaïde, à Dupuytren qui ne veut d'elle à aucun prix. Le « cher père » l'accuse de lui plonger un poignard dans le cœur. Le « cher fils » répond qu'il n'a jamais trouvé, chez sa fiancée, qu'aversion non dissimulée, mais qu'il épouserait volontiers la cadette, toute prête, croit-il, à couronner sa flamme. Le « cher père » fait la sourde oreille. Aussi le jour du mariage, le « cher fils » brillera-t-il par son absence. Quelques mois plus tard, Adélaïde épouse le baron Roux, l'éternel rival qui, battu par Dupuytren en maint concours, prendra sur lui, dans les jeux de l'amour, une éclatante revanche.

Les discours une fois terminés, d'autres réjouissances nous attendent : récitatif par Mlle Dissel, fine diseuse, de la

STÉ D'APPLICATIONS  
PHARMACODYNAMIQUES  
5 & 7 RUE CLAUDE-DECAEN - PARIS  
DIDEROT: 37-93

ROUGEOLÉ



ERYTHRA

EMPLOYÉ DANS  
LES HOPITAUX  
DE PARIS

Messe de l'athée, d'Honoré de Balzac, danses limousines, projection d'un film sonore Pathé, visite de l'exposition où se trouvent rassemblés des documents d'incalculable valeur : la grammaire grecque du grand homme, ses cahiers de cours, sa trousse et son registre d'observations, prêtés par l'Assistance publique, son carnet de visites, son buste, par Desbeufs, son portrait par Horace Vernet, des certificats signés de sa main, l'inventaire de son service, etc.

Fête très réussie, dont il faut louer les organisateurs : MM. les docteurs Cruveilhier, Delhoume, de Nussac, le directeur de l'Hôtel-Dieu, l'aimable M. Feffer, et surtout le professeur Carnot, qui, comme jadis son illustre ancêtre, a été l'organisateur de la victoire.

L. BABONNEIX.

## SOCIÉTÉS SAVANTES

### ACADEMIE DE MEDECINE

(SÉANCE DU 2 AVRIL 1935)

**Rapport.** — L'Académie commence la discussion du rapport de M. Brindeau sur la question de l'avortement légal en U.R.S.S. Après des observations de MM. Achard, Couvelaire et Bar, elle décide de continuer cette discussion dans une séance ultérieure.

**La pression lymphatique. Cause de l'abouchement des canaux lymphatiques terminaux dans les troncs veineux de la base du cou.** — MM. H. ROUVIÈRE et G. VALETTE montrent que la pression lymphatique est bien inférieure à la pression de 15 cm. à 20 cm. d'eau considérée jusqu'à maintenant comme normale, et que la pression lymphatique véritable, c'est-à-dire celle de la lymphe en circulation dans le canal thoracique, est de 6,5 cm. d'eau environ.

Ces auteurs montrent de plus que la base du cou est le lieu d'élection pour la terminaison des troncs lymphatiques terminaux, parce que c'est la région où la pression lymphatique est nettement supérieure à la pression veineuse.

**Vaccination contre le typhus exanthématique au Maroc. Premières applications de la méthode par vaccin vivant bilité.** — MM. BLANC et GAUD. Les trois séries de vaccination contre le typhus exanthématique que rapportent les auteurs ont porté, au total, sur 2.180 personnes, dont :

Hommes .....	1.149
Femmes .....	584
Enfants .....	447

tous indigènes marocains.

« Dans aucun cas, disent-ils, nous n'avons eu à enregistrer de réaction vaccinale de type inquiétant. Toutes ces vaccinations ont été faites avec la même souche de virus de typhus murin isolé des rats de Casablanca (souche T. M.C. III). Les vaccinations ont été faites avec une dilution virulente de 1/500 à 1/1.000, à laquelle était ajouté, en volume, 5 pour 100 de bile de bœuf stérilisée, le contact entre la bile et la dilution virulente étant de quinze minutes.

Les épreuves d'immunité faites sur les vaccinés de l'Adir, ainsi que l'arrêt de la marche épidémique de l'infection, tant à Fersiou qu'à Lördj, nous donnent à espérer que la vaccination contre le typhus exanthématique par virus vivant bilité est efficace.

La constance du faible pouvoir pathogène de notre virus murin, éprouvée sur plus de deux mille personnes, nous permet d'affirmer que cette vaccination appliquée aux populations marocaines ne présente aucun danger.

Ces deux constatations nous amènent à envisager, comme mesure prophylactique associée à l'épouillage, la vacci-

nation systématique de toute population indigène touchée par le typhus exanthématique. »

**Elections.** — Au cours de la séance, l'Académie procède à l'élection de deux correspondants étrangers dans la division de pharmacie. M. de Wildeman (de Gand) est élu à l'unanimité (63 voix). M. Fernandez (de Madrid) est élu par 66 voix sur 67 votants, 1 bulletin nul.

**Prix Albert I<sup>er</sup> de Monaco.** — En comité secret, l'Académie attribue le prix Albert I<sup>er</sup> de Monaco, d'une valeur de 100.000 francs, à M. le professeur Maurice Arthus (de Lausanne).

(SÉANCE DU 9 AVRIL 1935)

M. le PRÉSIDENT annonce la mort de M. le professeur Jeanselme, membre titulaire depuis 1919, et celle de Sir Edward A. Sharpey-Schafer (d'Edimbourg), membre correspondant étranger depuis 1924.

**Notices.** — M. Sacquépée lit une notice nécrologique sur M. VAILLARD, et M. Goris une notice sur M. FAVREL.

**Identité étiologique entre la maladie de Nicolas et Favre (lymphogranulomatose inguinale) et les anorectites ou les recto-colites végétantes.** — MM. C. LEVADITI, P. MOLLARET et L. REINIÉ, par tous les moyens expérimentaux et cliniques dont on dispose à l'heure actuelle, ont pu démontrer l'identité absolue entre une souche de virus lymphogranulomateux provenant d'un sujet atteint de recto-colite primitive, et les souches du même virus isolées des ganglions lymphatiques de malades présentant la symptomatologie classique de la maladie de Nicolas et Favre. Cette identité est basée sur les résultats positifs fournis, aussi bien par l'inoculation à des animaux réceptifs, que par l'inoculation à des paralytiques généraux. Les conclusions de cette étude, renforcées par le comportement des antigènes de Frei préparés avec des souches d'origine rectale ou ganglionnaire, confirment ainsi la conception de Ravaut, Levaditi et leurs collaborateurs, à savoir que la maladie de Nicolas et Favre d'une part, certaines anorectites végétantes ou sclérosantes d'autre part, reconnaissent un seul et même agent pathogène : l'ultravirus lymphogranulomateux.

**Les défaillances de la prophylaxie de la tuberculose à l'école.** — M. E. LESNÉ et Mlle DREYFUS-SÉE montrent qu'il est indispensable de reviser les règlements concernant la surveillance médicale du personnel scolaire, afin de renforcer les procédés de dépistage précoce de la tuberculose, tant dans l'intérêt des malades (instituteurs, femmes de service, cantinières, etc.) que pour la protection des écoliers.

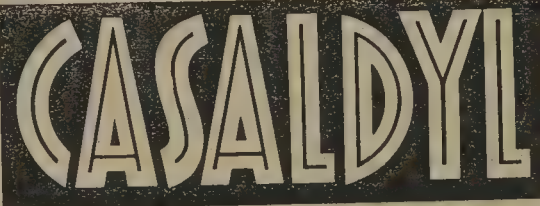
Dans ce but, il serait utile de pratiquer des examens médicaux méthodiques, à intervalles réguliers, de tout le personnel scolaire ainsi que du personnel des crèches et pouponnières.

**Erythroblastose type Cooley constatée récemment (mars 1935) à Lyon, chez deux sœurs nées de parents sardes.** — MM. PÉRU, LÉON NOVÉ-JOSSERAND et R. NOËL ont observé deux sœurs, respectivement âgées de 3 ans 1/2 et 18 mois, nées en France, de parents sardes, habitant depuis plusieurs années une localité de l'Isère. Toutes deux présentent les caractéristiques de l'anémie type Cooley (thalassanémie ou anémie méditerranéenne) : hépatosplénomégalie, anémie intense avec érythroblastose sanguine élevée (hématies nucléées), faciès mongoloïde, lésions squelettiques (ostéopore, amincissement de la corticale, aspect « en brosse » de la voûte crânienne).

C'est le premier cas reconnu en France. Cette maladie familiale et raciale atteint certains sujets appartenant à des



**TOUTES DIARRHÉES**  
*banales ou symptomatiques*



GRANULÉ A BASE DE CASÉINE FORMOLÉE

**ENTÉROCOLITES**  
*chroniques*

**INFECTIONS DU TUBE DIGESTIF**

**FERMENTATIONS SECONDAIRES**

**FÉTIDITÉ DE L'HALEINE**

**ADULTES** ..... 1 à 4 cuillerées à café

**ENFANTS** ..... Demi-dose.

**NOURRISSONS**... Un quart de cuillerée à café avant une tétée sur deux, dans un peu d'eau bouillie.

} avant ou entre les repas

**PRIX: 9 Fr. LE FLACON**

**LABOR. DU D<sup>r</sup> ROUSSEL — 89, RUE DU CHERCHE-MIDI PARIS (VI<sup>e</sup>)**

# SIROP DU D<sup>r</sup> REINVILLIER

*(Lauréat de l'Académie de Médecine de Paris)*

## au Phosphate de Chaux hydraté

**TUBERCULOSES - RACHITISME - MALADIES DES OS & DU SYSTÈME NERVEUX**

**DENTITION DIFFICILE**

**ASSIMILATION**  
**COMPLÈTE**

**DOSES : 2 à 4 cuillerées à bouche, à dessert ou à café suivant l'âge**

**PRESCRIRE :** **BERTAUT-BLANCARD FRÈRES**

**SIROP REINVILLIER, un flacon** **64, Rue de La Rochefoucauld, PARIS (9<sup>e</sup>)**

**AS D'ACIDE**  
**LIBRE**

# SULFARSENOL

## ARSENOS-SOLVANT

ADOPTÉS PAR LES HOPITAUX

## EKTOPHANOL

**SELS DE LITHIUM DE L'ACIDE PHEN QUINOLEINE CARBONIQUE**

*Indications : Rhumatismes musculaires ou articulaires, aigus ou chroniques, Goutte, Sciatique, Lumbago, etc.*

**LABORATOIRES DE BIOCHIMIE MÉDICALE CH. DESGREZ, D<sup>r</sup> en Ph<sup>ie</sup>, 19-21, rue Van-Loo, PARIS XVI<sup>e</sup> — Tél. Auteuil 26-62**

populations habitant le Nord-Est de la Méditerranée : italiennes, grecques, syriennes et arméniennes. Le mérite de la description originelle revient à Cooley, de Detroit (Michigan).

*L'anémie type Cooley est une variété du groupe vaste des érythroblastoses-maladies*, qui comprend aussi l'anasarque feto-placentaire, l'ictère grave familial et l'anémie grave du nouveau-né.

**Action des ondes courtes sur les antigènes.** — Mme PHILALIX et M. Félix PASTEUR ont étudié l'action destructive des ondes courtes sur les antigènes de quelques venins, de la bile et de la cholestérine :

Les venins non vaccinnants (de salamandre, de crapaud...) ne sont pas modifiés dans leur toxicité globale.

Les venins vaccinnants (de serpents, d'abeilles, le venin cutané muqueux de batraciens), la bile et la cholestérine perdent d'abord leurs composants vaccinnants ou antigènes, et paraissent alors momentanément plus toxiques.

La neurotoxine, cause de la mort, est ensuite graduellement détruite ; tant qu'il en existe encore dans la solution venimeuse, celle-ci peut servir par accoutumance à protéger les espèces sensibles.

L'hémorragine n'est pas encore modifiée quand a disparu la neurotoxine.

L'action des ondes hertziennes courtes se montre ainsi la même que celle des rayons ultra-violet, dont les auteurs ont montré les effets sur le venin et le sérum de vipère, ainsi que sur le virus rabique. Elle est donc à éviter dans la thérapeutique antivenimeuse, en raison aussi du pouvoir pénétrant de ces ondes à travers l'organisme.

**Election.** — MM. ANGELESCO (de Bucarest) et José A. PRESNO (de La Havane) sont élus correspondants étrangers dans la deuxième division, chirurgie.

Le professeur Constantin Angelesco a été interne des hôpitaux de Paris. Il est un des chirurgiens les plus en vue de Roumanie et de plus un homme d'Etat éminent.

Le professeur José A. Presno est président de l'Académie de médecine cubaine, il a fondé et dirige toujours la *Revista de Medicina y Cirurgia* de La Havane.

L'un et l'autre sont des amis éprouvés de la France.

## INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

### LES CONVENTIONS

L'Union des Caisses de Seine et Seine-et-Oise voulant modifier les anciennes conventions les avait dénoncées le 30 novembre 1934 ; un délai de trois mois avait été cependant convenu pour permettre la discussion et l'établissement d'un nouveau texte, délai porté ces jours derniers à quatre mois. Les nouvelles conventions ont été enfin signées le 4 avril.

Lors de l'ouverture de ces débats, la situation des médecins de ces deux départements était loin d'être avantageuse.

Les caisses avaient mis à profit pour s'organiser la collaboration que leur avait apportée le corps médical et elles comptaient sur cette organisation pour peser sur les décisions de nos groupements. D'autre part, le nombre relativement peu élevé des médecins syndiqués, les possibilités d'indiscipline qui paraissaient en découler, étaient pour nous une cause de faiblesse. Enfin, les conditions différentes d'exercice en province faisaient que nos confrères ne réalisaient pas exactement nos difficultés, et nous ne pouvions guère compter sur leur intervention.

Cependant au Conseil d'administration de la Confédération du 30 septembre, il avait été décidé qu'une commission de 8 membres, 4 représentant les syndicats de Seine

et Seine-et-Oise, et 4 représentant la Confédération, serait instituée pour essayer de régler au mieux le conflit.

Bien entendu, cette offre de collaboration avait été acceptée, et on pouvait penser que cette intervention aurait au moins pour résultat d'instruire nos confrères du conseil de la Confédération des difficultés au milieu desquelles nous nous débattions.

Mais la bonne volonté des commissaires confédéraux ne pouvait leur faire oublier des divergences déjà lointaines qui ne les avaient guère préparés à réaliser dans le court délai des négociations la situation des médecins de Seine et Seine-et-Oise et les difficultés particulières à cette région.

Aussi, dès leur première entrevue avec les représentants des caisses, se laissèrent-ils convaincre par ceux-ci que la responsabilité de la crise nous incombait ; leur opinion fut établie que nous devions céder aux exigences des caisses et notamment que la signature des conventions était liée à l'abaissement des honoraires syndicaux minima.

Cette dernière exigence était la conséquence de l'état d'esprit créé par la circulaire Marquet qui, quoi qu'on ait pu dire, domine toujours la situation : nous en avons un exemple récent dans le conflit de la Haute-Garonne, où les conventions ayant été dénoncées, les caisses mettent comme condition à leur renouvellement l'abaissement des honoraires médicaux.

Loin de s'être améliorée, la situation des médecins de Seine et Seine-et-Oise se trouvait aggravée par cet acquiescement des commissaires confédéraux ; les caisses ne pouvaient ignorer cet état d'esprit qui, du fait de la qualité de ces négociateurs, semblait bien être celui de la Confédération et nous ne pouvions ainsi que paraître plus isolés que jamais.

Bien entendu, les délégués de Seine et Seine-et-Oise se refusèrent à admettre la liaison que les caisses voulaient établir entre la signature des conventions et les honoraires médicaux.

Par ailleurs, les négociations sur le texte même de la nouvelle convention se poursuivirent, et il apparut bientôt que les divergences sur ce texte n'étaient pas très graves et qu'il serait possible d'aboutir à une entente.

Mais à la dernière réunion de la commission des Huit, lorsqu'on parut d'accord sur le projet de convention, les 4 commissaires confédéraux revinrent à la charge et voulurent nous amener à cet abaissement des honoraires qu'ils considéraient toujours comme la condition essentielle posée par les caisses à la signature.

Il était dès lors indispensable de consulter les intéressés : un referendum fut envisagé et, en attendant, les quatre syndicats médicaux de la Seine furent invités à donner leur avis sur la question. La réponse fut nette : pas de liaison entre la signature des conventions et les honoraires médicaux et maintien de ces derniers à leur taux actuel.

Cette manifestation d'énergie, dont on ne saurait trop louer nos groupements, produisit tout naturellement l'effet qui suit d'ordinaire ces manifestations et nous apprenions bientôt que, dès qu'un accord définitif serait acquis sur le texte de la nouvelle convention, elle pourrait être signée sans que la question des honoraires médicaux intervînt. Et il en fut fait ainsi.

Il apparaît donc que lorsque le corps médical veut bien se tenir ferme sur ses positions, positions au reste parfaitement légales (article IV, paragraphe 4 de la loi), lorsqu'il exprime nettement sa volonté de ne pas se laisser manœuvrer, lorsqu'il veut bien se refuser aux concessions auxquelles sont trop habitués ceux avec qui nous pouvons avoir à discuter, les catastrophes promises ne se produisent point.

A. HERPIN.

Le Directeur-gérant : D<sup>r</sup> François LE SOURD.



Par l'Extrait hépatique foetal  
les Tréphones embryonnaires  
le Sérum hémopoïétique

# le Tréphonyl

SOUS SES TROIS FORMES

- 1° - Boîte de 6 ampoules de 10 cc.
- 2° - Boîte de 10 ampoules de 5 cc.
- 3° - Flacon de Sirop de 300 grammes

*constitue le traitement spécifique*

de  
**TOUTES les ANÉMIES**

de **TOUTES les**  
**DÉFICIENCES ORGANIQUES**

Prix : 18 Frs.



Par **VOIE BUCCALE** Exclusivement

UN à DEUX FLACONS-AMPOULES DE 10 cc.

DEUX à QUATRE FLACONS-AMPOULES DE 5 cc.

DEUX à TROIS CUILLERÉES DE SIROP PAR JOUR

*Echantillons et Littérature*

Laboratoires du D<sup>r</sup> ROUSSEL  
97, r. de Vaugirard, PARIS-6°

TÉLÉPHONE : LITRÉ 68-24



# FARINES MALTÉES JAMMET

de la Société d'Alimentation diététique

## RÉGIME DES MALADES, CONVALESCENTS, VIEILLARDS

Farines très légères

**RIZINE**

Crème de riz maltée

**ARISTOSE**

à base de farine maltée de blé et d'avoine

**CÉRÉMALTINE**

(Arrow-root, orge, blé, mais)

Farines légères

**ORGÉOSE**

Crème d'orge maltée

**GRAMENOSE**

(Avoine, blé, orge, mais)

**BLÉOSE**

Blé préparé et malté

Farines plus substantielles

**AVENOSE**

Farine d'avoine maltée

**CASTANOSE**

à base de farine de châtaignes maltée

**LENTILOSE**

Farine de lentilles maltée

*Alimentation  
des  
Enfants*

**CACAOS, MALTS, SEMOULES, CÉRÉALES** spécialement préparées pour **DÉCOCTIONS**

Usine et Laboratoires à LEVALLOIS-PERRET. — Brochure et Échantillons sur demande.



ÉTABLISSEMENTS **JAMMET**, Rue de Miromesnil, 47 Paris

# IODONE ROBIN

Gouttes - Comprimés - Injectable

**ARTHRITISME, ARTÉRIO-SCLÉROSE, ASTHME**  
**GOUTTE, RHUMATISME, EMPHYSÈME**

R. C., 221.839  
Seine.

**LABORATOIRES ROBIN, 13, Rue de Poissy, PARIS**



**OLÉTHYLE-BENZYLE**

Hypertensions  
ET TOUS ÉTATS  
SPASMODIQUES  
DE LA MUSCULATURE  
LISSE

BENZOATE DE BENZYLE

Le seul en **GÉLULES**  
**CAPSULES**  
**MOLLES**

Littérature - Échantillons - Posologie.  
LABORATOIRE CENTRAL DE PARIS  
122, Rue du Faubourg Saint-Monore, Paris



*La Lancette Française***GAZETTE DES HOPITAUX**

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6°. Tél. : Danton 48-31.

PUBLICITE : M. A. THIOILLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6°) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

## PRIX DE L'ABONNEMENT

## FRANCE

3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.

*Etudiants* : 25 francs par an.

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

## ETRANGER

Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.

Tous les autres pays : 75 francs.

## SOMMAIRE

## ACTUALITÉS

*Le métabolisme de l'azote*, par M. L. BABONNEIX.

## SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences. — *Société de chirurgie*. — *Société de médecine militaire française*. — *Société de médecine de Paris*.

## INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

*Les projets de loi sur l'exercice de la médecine par les étrangers*.

## CHRONIQUE

*Le dîner de printemps de l'UMFIA*.

## NOTES POUR L'INTERNAT

*Maladie d'Addison*.

## ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

## INFORMATIONS

**HÔPITAUX DE PARIS.** — Un certain nombre de postes de chefs de laboratoire sont susceptibles d'être prochainement vacants dans les consultations antivénériennes et les centres de triage antituberculeux annexés aux hôpitaux dépendant de l'Administration de l'Assistance publique à Paris.Les candidats qui doivent justifier de la double qualité de docteur en médecine et d'ancien interne des hôpitaux de Paris comptant quatre années d'internat, sont priés de s'adresser au bureau du Service de santé de cette administration (3, avenue Victoria) avant le 1<sup>er</sup> mai 1935, dernier délai.**HÔPITAL SAINT-MICHEL.** — Le concours pour la nomination des internes du service de gastro-entérologie et de radiologie de l'hôpital Saint-Michel s'est terminé par la nomination de MM. Emile Vialard et Jules Bret.**HÔPITAUX DE PROVINCE.** — NIMES. — Un concours pour une place de médecin adjoint des hôpitaux de Nîmes s'ouvrira en juin 1935.

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétariat de la Commission administrative des hospices, 5, rue Hoche, à Nîmes (Gard).

**MONTMORILLON (Vienne).** — Un concours pour une place d'interne aura lieu à l'hôpital de Montmorillon le 21 mai 1935, pour entrer en fonctions le 1<sup>er</sup> juin suivant.

Adresser demande de renseignements et se faire inscrire au Secrétariat de l'hôpital.

Le registre des inscriptions sera clos le 15 mai 1935.

**MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE.** — Une Commission d'étude des laboratoires d'analyses médicales vient d'être constituée. Elle est chargée, d'accord avec le ministère de l'Education nationale, de déterminer le programme des connaissances scientifiques et médicales susceptibles d'être exigées des directeurs de ces laboratoires, ainsi que les modalités de fonctionnement. Cette Commission sera présidée par le directeur général de l'assistance et de l'hygiène. Ses membres sont : MM. Cavaillier, directeur de l'enseignement supérieur, le doyen Roussy, Guérin, Louis Martin, Radais, Jules Renault, Desgrez, Debré, Achard, Beaudouin, Cibré, Marcel Labbé, Santenoise, Hérissé, Fabre, Goiffon, Lormont, Champonnois, Lépine, Ravaut, Adler, Chaleix et M. le préfet Léon.**GUERRE.** — M. le médecin général des troupes coloniales Fulconis est nommé membre titulaire du Comité consultatif de santé, pour l'année 1935, en remplacement de M. le médecin général des troupes coloniales Viala, en service au ministère des Colonies.**MARINE.** — Les concours pour l'obtention du titre de spécialiste des hôpitaux maritimes, annoncés au *Journal officiel* du 6 décembre 1934, auront lieu à l'hôpital maritime de Brest le 3 juin 1935 et jours suivants.Tous les jurys d'examen, admissibilité et admission seront présidés par le médecin général de 1<sup>re</sup> classe, inspecteur général du Service de santé.**SANATORIUMS PUBLICS.** — Un concours est ouvert pour cinq postes de médecins adjoints des sanatoriums publics.

Le traitement de début est de 22.000 fr. et peut atteindre 36.000 fr. par avancements successifs. Les intéressés bénéficient gratuitement du logement, du chauffage, de l'éclairage et du blanchissage. Il est interdit de faire de la clientèle.

Laboratoire Mialhe - 8 Rue Favart - Paris - 2°

La feuille de digitale se prescrit :

**Digi-LANATINE**Extrait total des glycosides  
du *Digitalis Lanata*

La limite d'âge est fixée à trente-cinq ans. Elle est reculée d'un temps égal à la durée des services militaires. Les femmes sont admises à concourir.

Les candidats devront être Français et produire un extrait de leur acte de naissance, un extrait de leur casier judiciaire, une copie certifiée conforme de leur diplôme de docteur en médecine d'une faculté de l'Etat, et toutes justifications d'une pratique suffisante du laboratoire et des services spéciaux de tuberculeux.

Les demandes devront parvenir, avant le 1<sup>er</sup> mai 1935, au ministère de la Santé publique et de l'Education physique (direction de l'hygiène et de l'assistance, 4<sup>e</sup> bureau), 7, rue de Tilsitt, à Paris.

Les candidats qui seront désignés devront, préalablement à leur entrée en fonctions, subir les visites médicales exigées des candidats à un emploi départemental dans le département dont relève le sanatorium.

**ERRATUM.** — *Médecins étrangers de remplacement.* — Dans le n° 30, du 13 avril 1935, page 502, 1<sup>re</sup> colonne au lieu de : le Préfet de police vient de prier les syndicats médicaux « de s'abstenir dorénavant de solliciter l'aide d'étudiants étrangers pour les remplacements qu'ils se verraient contraints de tolérer » lire : *le Préfet de police prie les syndicats médicaux « de s'abstenir dorénavant de solliciter l'aide d'étudiants étrangers pour les remplacements qu'il (le Préfet) se verrait contraint de ne pas tolérer ».*

**NÉCROLOGIE.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. Adophe Zimmern, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine, directeur de l'Institut municipal d'électrothérapie.

M. René Gambier, assistant de radiologie à l'hôpital Bichat, mort victime du devoir professionnel.

## CHRONIQUE

### LE DINER DE PRINTEMPS DE L'UMFIA

La semaine dernière, l'U. M. F. I. A. (union médicale latine) donnait son dixième dîner de Printemps en l'honneur de la Roumanie et des médecins roumains. Le banquet réunissait une assistance particulièrement nombreuse et brillante.

Le banquet devait être placé sous la présidence d'honneur de S. E. Dinu Césiano, ministre de Roumanie. Appelé à Bucarest, M. Césiano s'était fait remplacer par le professeur Daniel, le grand gynécologue de Bucarest qui compte tant d'amis à Paris. La présidence effective appartenait à M. le médecin général inspecteur Rouvillois, président du comité consultatif de santé.

A la table d'honneur, on remarquait les membres du corps diplomatique latin, LL. EE. le prince Ghika, le comm<sup>r</sup> Landini, Caballero de Bedoya, Guani, Lopez Pinedo, Calderon, Laureteano Vallenilla Lantz. Les médecins généraux inspecteurs Sieur, Lévy, Cadiot, les médecins généraux Morvan (de la Guerre), Oudart (de la Marine). Les professeurs du Val-de-Grâce. Les professeurs de la Faculté de médecine en grand nombre : MM. J.-L. Faure, Sergent, Guillaïn, Laignel-Lavastine, Bezançon, Chevassu, M. Le doyen de la Faculté de droit, les professeurs Dominguez, de Cuba, Grondin, de Montréal, Marinesco, de Bucarest, Levaditi, de l'Institut Pasteur : MM. Menetrier, Lesné, Claisse, Basset, Vacarro, Noir, notre brillant confrère du *Journal*, Maurice de Waleffe, etc...

Après le rapport de Molinéry comme toujours d'une haute tenue classique, Dartigues prit la parole pour saluer la Roumanie et les pays latins. Jamais notre ami, dont on connaît

la belle éloquence, ne posséda pareille maîtrise. Son discours fut un chef-d'œuvre d'élévation dans la pensée et d'élégance dans la forme. Il effleura les sujets les plus délicats avec une mesure parfaite, et il atteignit au sommet de l'émotion en parlant de la gravité des circonstances actuelles.

Après lui, le général Rouvillois rappela les liens historiques qui rattachent si intimement la Roumanie et la France et il fit acclamer la mémoire du grand Davila, l'illustre Roumain venu de France, qui créa le corps de santé et l'enseignement médical en Roumanie.

Le professeur Daniel parla le dernier. Il ne cacha pas son émotion en se retrouvant après trente ans au milieu de ses maîtres français, au milieu de ses anciens collègues de cet internat de Paris, auquel il est resté si constamment attaché.

En terminant, au nom de S. M. le roi Carol, il remit à Dartigues la cravate de commandeur de l'Etoile de Roumanie.

Une véritable ovation fut faite à nos amis Daniel, Rouvillois et Dartigues, qui, une fois de plus, ont si bien travaillé à consolider les liens unissant tous les fils de Rome immortelle.

F. L. S.

## ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

### THESES

*Mercredi 1<sup>er</sup> mai.* — Jury : MM. Fiessinger, président ; Harvier, Tanon, Joannon. — M. FORTIN : Etude de la forme pseudo-mélicococcique de la lymphogranulomatose maligne.

*Jeudi 2 mai.* — Jury : MM. Cunéo, président ; Lemaître, Sergent, Brocq. — M. ETIENNE : Hernies du médiastin et culs-de-sac pleuraux médiastinaux. — M. MARICOT : Etude clinique des tumeurs malignes bilatérales du sein. — M. BOULOUOS : Polyposé nasale avec déformation de la pyramide nasale et son traitement chirurgical.

*Samedi 4 mai.* — Jury : MM. Guillaïn, président ; Lereboullet, Nobécourt, Gastinel. — M. GRULI : Opération des hernies inguinales au cours de la première année de la vie. — Mme TOUZÉ : La maladie de Werner-Schultz chez l'enfant.

*Mercredi 1<sup>er</sup> mai. (Thèse vétérinaire.)* — Jury : MM. Fiessinger, Lesbouyriès, Robin. — M. LABBÉ : Rachitisme chez le porc.

### ENCARTAGES DE PUBLICITÉ DANS LA GAZETTE DES HOPITAUX

A la requête de nos lecteurs et pour faciliter leur documentation, notre service de publicité (A. Thiollier, 116, boulevard Raspail, Paris VI<sup>e</sup>) est à leur disposition pour recevoir, par envois groupés sous une seule enveloppe, les demandes D'ÉCHANTILLONS ou de renseignements et les répartir entre les différents laboratoires intéressés.

**QUATAPLASME** du D<sup>r</sup> LAPOLEBERT  
PANSEMENT COMPLET  
Phlegmasies, eczémas, brûlures, etc

**Iodarsenic** du D<sup>r</sup> GUIRAUD

(Gouttes Faldophté)  
TOUTS ÉTATS SANGUINAIRES - LYMPHATIQUES - MALADIES CUTANÉES  
Littérature et Échantillons : 10, Impasse Milord, Paris (18<sup>e</sup>)

Toux  
Oyspnée

**IODEINE MONTAGU**



Huile non Caustique

# LENIFÉDRINE

Huile Végétale Antiseptique

à l'Oléate d'Éphédrine

SPÉCIFIER DOSAGE { FAIBLE 0.50 %  
FORT 1 gr. %

ÉCHANTILLONS :  
L. GAILLARD, Pharmacien  
26, Rue Pétreille, Paris (9<sup>e</sup>)

*Se fait en*  
*Solution et en Rhino-Capsules*



**OVULES ROCHE**  
AU  
**THIGÉNOL**  
Produits  
R. HOFFMANN-LA ROCHE & C<sup>e</sup>  
PARIS  
CHÈQUE  
N° 10. Rue Crillon, Paris

**THIGÉNOL "ROCHE"**  
*Inodore, non caustique, non toxique, Soluble eau, alcool, glycérine*

**EN GYNÉCOLOGIE**  
Décongestionnant intensif  
Désodorisant  
Analgésique

**EN DERMATOLOGIE**  
Topique kératoplastique  
Réducteur faible  
Antiprurigineux

**RÉSULTATS RAPIDES**

*Echantillon et Littérature*  
PRODUITS, F. HOFFMANN-LA ROCHE & C<sup>e</sup>  
10, Rue Crillon, Paris

# LE SPARTO-CAMPBRE

# LE SPARTOVAL

Deux nouveaux Sels de la **SPARTÉINE** en thérapeutique cardiovasculaire, nouveaux dérivés où les propriétés de la **Spartéine** sont potentialisées et renforcées :

le **Campbre** dans le

## SPARTO-CAMPBRE

CAMPHO-SULFONATES de SPARTÉINE et de SODIUM

TONICARDIAQUE

ET DIURÉTIQUE

Synergie médicamenteuse puissante possédant toutes les indications de l'huile camphrée et de la Spartéine.

### FORMES :

Ampoules de 2 et 5 c. c.  
(médicament d'urgence)

Dragées (médicament d'entretien)

l'acide valérianique dans le

## SPARTOVAL

ISOVALÉRIANATE NEUTRE DE LA SPARTÉINE

CARDIO RÉGULATEUR

ET NEUROSÉDATIF

Médicament des algies et troubles fonctionnels cardiaques et cardio-vasculaires.

Traitement des arythmies.

Dragées dosées à 0 gr. 05.

Laboratoires CLIN. — COMAR & C<sup>ie</sup>, 20, rue des Fossés-Saint-Jacques, Paris.



## ACTUALITÉS

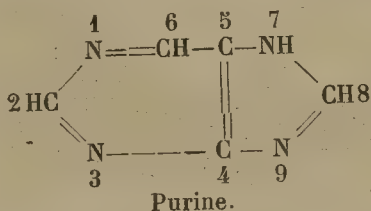
## LE MÉTABOLISME DE L'AZOTE

On reproche souvent aux médecins de se désintéresser des recherches scientifiques. Aussi avons-nous cru utile d'attirer leur attention sur le beau livre que M. le Professeur E. F. Terroine vient de consacrer au métabolisme de l'Azote (1).

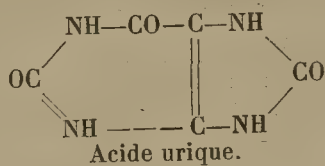
Pour M. E. F. Terroine, il convient de distinguer quatre variétés de composés azotés, ayant chacune leur métabolisme spécial :

- 1) Les *matières protéiques* ;
- 2) Les *bases puriques et pyrimidiques* (2) ;
- 3) Les *bases créatiniques* ;
- 4) L'*extractif*.

Les bases puriques, nucléiniques ou xanthiques proviennent de la décomposition des acides nucléiniques, lorsque ceux-ci sont soumis à l'hydrolyse ou abandonnés à la putréfaction. Ce sont la *xanthine* et la *guanine*, l'*hypoxanthine* (ou *sarcine*) et l'*adénine*. Leur constitution chimique les rapproche de l'acide urique. Celui-ci comme celle-là dérivent de la *purine*.



La xanthine est une 2-6-dioxypurine, la guanine une 2-amino-6-oxypurine, l'hypoxanthine une 6-oxypurine, l'adénine une 6-aminopurine, l'acide urique une 2-6-8-trioxypurine

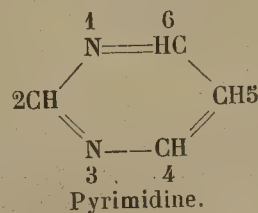


Les bases puriques se divisent en primaires : adénine et guanine, et secondaires : xanthine et hypoxanthine. Les tissus de l'organisme contiennent des diastases capables 1° de transformer les bases primaires en bases secondaires par hydrolyse, avec libération d'ammoniaque ; 2° d'oxyder les bases secondaires, avec formation d'acide urique. Ces deux réactions sont importantes parce qu'elles permettent de comprendre, la première, que l'ammoniaque hépatique et urinaire peut, partiellement au moins, dériver des nucléines des tissus, la seconde, comment la majeure partie des noyaux puriques est éliminée sous forme d'acide urique, alors que cet acide ne se trouve point parmi les produits de l'hydrolyse des nucléines (M. Arthus).

(1) E.-F. TERROINE, *Le métabolisme de l'azote*. Dispenses. Devoirs. Conventions. — Les Presses Universelles de France. Paris 1933, in-8° de 562 pages.

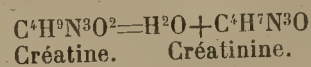
(2) Les formules de ces corps sont empruntées au livre de M. M. ARTHUS, *Chimie physiologique*, 11<sup>e</sup> édition. Paris 1932, 1.252 p. Masson, édit.

Les bases pyrimidiques figurent parmi les produits de décomposition, poussée jusqu'à l'hydrolyse totale, des acides nucléiques. Les principales sont l'*uracite*, la *thymine* et la *cytosine*, dérivant toutes de la pyrimidine

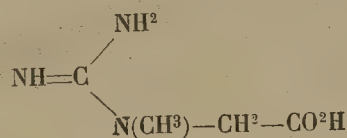


Si l'on compare les formules de constitution de la purine et de la pyrimidine, on voit que la première contient un noyau pyrimidique. Les purines peuvent donc être considérées comme constituées par un noyau pyrimidique auquel vient s'ajouter un groupement carbo-azoté, qui, pour l'acide urique, est  $\text{CO}(\text{NH})^2$ .

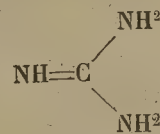
Les bases créatiniques, représentées surtout par la créatine, substance quaternaire abondante dans le muscle, qui, par ébullition avec des bases diluées, se décompose en méthylglycocolle et urée, tandis que, par ébullition avec les acides dilués, elle perd de l'eau et se transforme en créatinine :



La créatine est une méthylglycocyamine

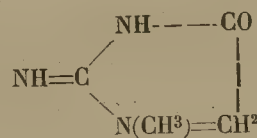


très voisine de l'arginine, l'une et l'autre pouvant être considérées comme des produits de substitution de la guanidine



la première étant l'acide méthylguanadinacétique, la seconde l'acide guanadinaminovalérianique.

Quant à la *créatinine*, qu'on trouve surtout dans l'urine, elle a pour formule



L'*extractif*. « Sous ce terme assez vague sont réunies des matières variées, d'origine imprécise et de rôle inconnu. Leur caractère commun est leur solubilité dans l'eau, leur présence dans les extraits de viande, d'où elles ont été isolées. A ce groupe appartiennent la carnosine, la carnitine, la méthylcarnosine, la sarcosine, etc. » (Terroine.)

De ces quatre variétés de composés azotés présents dans l'organisme, les premiers sont très abondants ; les seconds y figurent pour une beaucoup plus faible quantité ; les deux derniers, en proportions infimes (Id.).

§ I. — Les voies de sortie de l'azote. — Ce sont les principaux émonctoires : urine, matières fécales, gaz intestinaux, surface cutanée, l'Az urinaire représentant, chez l'homme, les 90 % des éliminations totales.

§ II. — La grandeur des besoins azotés. — Les besoins azotés sont :

1° Le *besoin d'entretien*, en rapport avec la dépense azotée, laquelle comporte deux éléments :

Un constant, nécessaire, spécifique, c'est-à-dire ne pouvant être compensé que par l'apport d'une quantité correspondante de matières azotées (*dépense azotée endogène spécifique* de M. Terroine). Cet apport vient-il à manquer, l'organisme ne faisant-il appel ni à ses réserves ni à ses constituants, l'animal perd du poids et finit par succomber, la dépense azotée persistant, irréductible : la *loi du minimum d'Azote* domine donc le *métabolisme endogène de l'Azote* ;

Un variable, l'Az éliminé étant uniquement fonction des quantités ingérées, contingent et non spécifique, puisqu'il disparaît devant un apport suffisant des matières ternaires : c'est le *métabolisme exogène de l'Azote*, que domine la *loi de l'équilibre azoté* (Voit), les quantités ingérées étant intégralement rejetées.

De ces deux métabolismes, le plus important est, de beaucoup, le premier.

Quelles sont les *causes* qui agissent sur la grandeur de la dépense azotée endogène spécifique ? Elles sont surtout représentées par certains aliments ternaires : les *glucides* qui, de par l'économie d'Az qu'ils permettent, possèdent une supériorité marquée sur les lipides en ce qui concerne la satisfaction du besoin énergétique et qui, en plus, sont privés de toute action dynamique spécifique. Pour expliquer cette supériorité, les uns attribuent aux glucides une aptitude marquée à la synthèse des matières protéiques, les autres admettent qu'ils préservent l'organisme de l'intoxication acide (Terroine), d'autres encore supposent qu'ils s'opposent à la céto-génèse, sans qu'il soit possible, à l'heure actuelle, de choisir entre ces trois hypothèses.

Non moins capital, le rôle des *sels minéraux*, dont le métabolisme se rattache au métabolisme azoté, une ration alimentaire convenable devant 1° renfermer tous les ions nécessaires ; 2° établir entre eux un équilibre tel qu'il rend impossible la prépondérance des générateurs d'acides.

Envisageons maintenant la *dépense azotée minima* et le *besoin minimum d'azote*. La première, très faible, est rigoureusement proportionnelle à l'intensité minima de la dépense d'énergie (Terroine et Mme Sorg-Mattis). Quant au second, il est exprimé par les trois propositions suivantes :

1° Il n'y a pas une, mais des valeurs de besoin minimum d'Az ;

2° Ces valeurs sont très voisines de la valeur de la dépense azotée minima ;

3° Comme la dépense, le besoin azoté spécifique d'entretien est quantitativement très faible.

2° Le *besoin de croissance*. Quelles sont les causes

qui interviennent dans le métabolisme azoté de la croissance ? Ce sont surtout :

a) La proportion relative des *matières protéiques* et des substances ternaires. Des expériences faites à ce sujet par divers auteurs, dont surtout M. Terroine, il résulte cette donnée qu'il n'y a aucun intérêt, bien au contraire, à accroître sans limite le taux des matières protéiques de la ration. La proportion, pour cette sorte d'aliments, de 30 % paraît un maximum, le reste étant constitué par des aliments ternaires ;

b) Parmi les *éléments ternaires*, les glucides apparaissent très supérieurs aux lipides, la rétention azotée étant, pour une même quantité de matières azotées ingérées, beaucoup plus marquée si le reste de la ration est représenté par ceux-là que par ceux-ci (Weltmann, Terroine) ;

c) En ce qui concerne les *sels minéraux*, nous renvoyons à ce que nous en avons dit plus haut.

3° Les *besoins de production*. — Les relations avec le métabolisme azoté de la reconstitution des productions épidermiques : fourrure et plumage, de la reproduction chez les mammifères, de la lactation et de la ponte, sont encore mal connues.

§ III. — La satisfaction des besoins azotés. — Pour étudier cette question, envisageons :

1° L'*aptitude ou l'inaptitude des diverses matières protéiques naturelles à la satisfaction des divers besoins azotés*. — En utilisant la méthode des bilans, indiquant si l'équilibre azoté est réalisé ou non, on voit que les matières albuminoïdes apportées par l'alimentation peuvent se diviser en deux groupes :

Les unes sont *aptées* à la couverture de la dépense azotée endogène spécifique. Telles sont, parmi les substances albuminoïdes pures, la caséine (Osborne et Mendel), la gliadine, l'édectine, la tubérine ; parmi les mélanges protéiques complexes contenus dans les aliments naturels : la viande, le blanc d'œuf, les céréales et leurs dérivés, les légumineuses, les pommes de terre. La cuisson ne modifie pas leur aptitude, à condition qu'elle ne dépasse la moyenne ni par la température ni par la durée ;

Les autres sont *inaptées* : gélatine, zéine.

Parmi celles qui constituent le premier groupe, il faut encore faire une subdivision et envisager séparément :

a) *Celles qui sont aptes à permettre à la fois croissance et entretien* ;

b) *Celles qui sont aptes à la croissance et inaptées à l'entretien*.

2° Le *degré d'aptitude des diverses matières protéiques efficaces à la satisfaction des divers besoins azotés*. — Les matières protéiques contenues dans la ration alimentaire remplacent les matières albuminoïdes de l'organisme. Evaluer quantitativement l'aptitude d'une d'entre elles à l'entretien, c'est donc mesurer sa *valeur de remplacement* pour les protéines de l'organisme. Cette valeur variant selon les cas, chacune d'elles doit être étudiée individuellement, à l'aide de trois méthodes qui sont : la méthode du poids, la détermination de la quantité minima d'Az assurant



l'équilibre azoté, et, surtout, la détermination de leur coefficient d'utilisation pour la couverture de la dépense d'Az, autrement dit, de leur *valeur biologique*, fondée (Thomas) sur ce fait que l'obligation de réparer les pertes de l'organisme en Az est à la base du besoin azoté et que, suivant leur nature, les protéines alimentaires y contribuent inégalement, certains de leurs composés participant à la rénovation des composés azotés de l'organisme, tandis que d'autres, inutiles, sont rejetés sous forme excrémentitielle.

L'examen du tableau publié à ce sujet par M. Terroine permet deux conclusions :

1° Des différences importantes existent entre les valeurs biologiques des matières albuminoïdes ;

2° Si la dépense d'Az est fixe, le besoin est variable, sa grandeur dépendant à la fois de celle de la dépense et du degré d'aptitude, pour le couvrir, de la substance protéique utilisée ;

3° Il est donc incorrect de parler d'un besoin minimum d'Az si l'on ne précise pas en même temps l'albumine qui y pare (Rubner) ;

4° Les albumines totales de la viande, comme celles du lait, remplacent à égalité celles de l'organisme ;

5° Si l'on considère uniquement l'apport azoté, les protéines animales se montrent très supérieures aux albumines végétales.

Examinons maintenant :

*Le degré d'aptitude des diverses matières protéiques efficaces à la satisfaction du besoin de croissance.* Il varie avec ces matières et, il faut le dire, il varie aussi avec la technique. Tout ce qu'on peut avancer, en se plaçant sur le terrain de la pratique, c'est qu'ici encore, il y a supériorité des albumines animales sur les albumines végétales.

*Le degré d'aptitude des diverses matières protéiques efficaces à la satisfaction du besoin de production,* et que résume la formule suivante, due à M. E. F. Terroine (p. 279) : « Qu'il s'agisse du maintien de la « croissance, de la reproduction, de la lactation ou « de la ponte, c'est toujours le mélange que constituent les albumines du lait qui jouit de la plus « haute efficacité. Qualitativement, le lait est donc la « source azotée de choix pour toutes les opérations « de l'organisme. »

3° *La couverture partielle des divers besoins par les matières protéiques inaptes ou médiocres.* — L'expérience démontre la possibilité, soit d'un remplacement partiel, dans une ration complète, d'une matière protéique efficace par une matière inefficace, soit de la couverture partielle du besoin d'entretien par une matière protéique inefficace. C'est en se fondant sur ces faits que M. Terroine distingue dans le besoin global de l'organisme en Az, deux grandes fractions :

Un besoin *indifférencié*, susceptible d'être satisfait par une matière albuminoïde quelconque, même inapte ;

Un besoin *différencié*, exigeant pour sa satisfaction une albumine efficace.

Soient deux matières protéiques médiocres : les défauts de l'une n'étant pas nécessairement ceux de l'autre, ne pourraient-ils être corrigés en additionnant les substances en jeu, en pratiquant la *supplémentation* ?

Non, si l'on ajoute l'une à l'autre deux matières inaptes. Oui, si on ajoute :

a) Une matière inapte à une moyenne ou à une médiocre : céréales et gélatine, céréales et zéine, légumineuses et zéine ;

b) Deux matières protéiques médiocres : céréales inférieures et tourteaux oléagineux divers ; céréales inférieures ; légumineuses et céréales ; légumineuses diverses ;

c) Une matière protéique moyenne à une moyenne ou à une médiocre : céréales ou légumineuses et caséine ; bonnes céréales et légumineuses ;

d) Une matière protéique de qualité supérieure à une moyenne ou à une médiocre : céréales (ou pommes de terre) et lactalbumine (ou albumines totales du lait) ; céréales ou légumineuses et tissus animaux.

Ainsi, la supplémentation peut s'exercer à l'égard de substances efficaces. Puisqu'il est possible de les rendre meilleures, c'est donc qu'elles n'étaient pas parfaites. Il y avait déséquilibre quantitatif entre les constituants de l'aliment azoté et les constituants du besoin azoté : c'est ce déséquilibre que vient corriger la supplémentation, sans aboutir nécessairement à un équilibre parfait. L'expérience montre, d'ailleurs, que l'aptitude d'une matière protéique n'est liée ni à l'existence de la molécule intacte, ni à celle de blocs volumineux constitutifs de cette molécule, mais à la quantité et à la qualité des amino-acides que toute substance albuminoïde peut libérer par hydrolyse.

§ IV. — Les éléments du besoin azoté global. — Ici, trois chapitres.

L'un concerne le *besoin différencié*, et s'occupe des amino-acides, que nous avons déjà récemment étudiés ici même, et au sujet desquels nous nous bornerons à quelques données nouvelles.

Les animaux supérieurs ne peuvent réaliser leur synthèse (Osborne). Il faut donc qu'ils trouvent, dans leur alimentation, ceux de ces corps qui sont indispensables à la satisfaction d'un besoin vital : accroissement, entretien. Nous disons *ceux de ces corps*, car tous les amino-acides ne le sont pas, loin de là : les trois quarts d'entre eux, au moins, appartiennent à la catégorie des inutiles.

Tout amino-acide est, par définition, contenu dans un aliment acide d'origine protéique. Cet aliment n'est apte à entretenir la croissance normale chez le jeune, l'équilibre azoté chez l'adulte qu'autant qu'il remplit deux conditions :

1° Il doit contenir les amino-acides indispensables ;

2° Ces amino-acides doivent y figurer en quantité suffisante (loi du *minimum* d'Osborne et Mendel). Tombe-t-elle au-dessous d'un certain chiffre, le protide correspondant n'est plus capable de satisfaire aux besoins vitaux. Ce sont ces amino-acides, ainsi définis, que Mac Callum appelle les *facteurs limitants*, dont on distingue aujourd'hui deux variétés.

Supposons qu'on administre à un rat la ration qui suffit à assurer, chez lui, une croissance normale, c'est-à-dire où la caséine figure à raison de 12 %. Vient-on à abaisser ce taux à 9 %, la croissance s'ar-

rête. Adjoint-on alors au régime divers amino-acides, la plupart restent inactifs, tandis qu'avec la cystine, le développement repart immédiatement. Diminue-t-on encore la quantité de caséine, de manière à ce qu'elle tombe à 6 %, il s'arrête aussitôt, et ce, même si l'on ajoute à la caséine un excès de cystine. Que s'est-il passé ? Si, avec un régime contenant 9 % de caséine et, en plus, de la cystine, le développement, arrêté, a repris, c'est parce que cet amino-acide était le premier dont l'absence limitait la croissance. Si, avec un régime contenant 6 % de caséine, elle reste inactive, même à fortes doses, c'est, sans doute, parce qu'un nouvel amino-acide n'est plus fourni en quantité suffisante. A celle-là, convient le terme de facteur limitant *primaire*, à celui-ci, de facteur limitant *secondaire*. L'existence de facteurs limitants secondaires explique la supplémentation des diverses matières protéiques entre elles, que la substance ajoutée retarde l'entrée en action du facteur limitant *primaire* ou qu'elle rétablisse l'équilibre entre les divers facteurs limitants entrant en jeu. C'est ainsi que l'addition de caséine ou de gélatine aux céréales accroît sensiblement leur action sur la croissance. C'est encore ainsi que l'adjonction de son à la farine produit, chez les animaux ainsi alimentés, les effets les plus favorables.

Le second a trait au *besoin indifférencié*. Il envisage successivement sa satisfaction par :

L'*azote aminé* : des acides aminés non indispensables peuvent satisfaire une fraction importante du *besoin indifférencié* ;

L'*azote amidé* (1), qui peut satisfaire, lui aussi, une fraction plus ou moins importante du *besoin indifférencié* ;

L'*azote ammoniacal*, qui jouit des mêmes propriétés ;

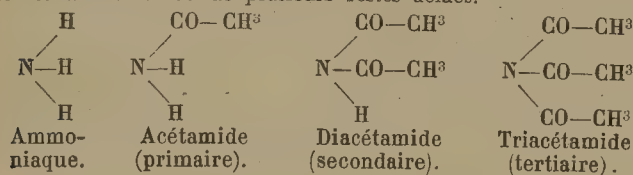
L'*azote de l'urée*, dont le rôle est douteux.

Ces différentes formes d'azote indifférencié sont donc loin d'être inactives. A cette assertion, une seule réserve : leur rôle est limité au métabolisme des protéiques, représenté par la somme Urée + Ammoniaque + Acides aminés, l'acide urique étant le terme ultime du métabolisme purique et l'origine de la créatinine restant obscure.

Le dernier concerne le *besoin azoté total*, qui n'est pas encore entièrement défini, toute tentative de vérification des hypothèses faites sur sa constitution ayant, jusqu'à présent, abouti à un échec complet.

§ V. — La signification du *besoin azoté*. — *Azote indifférencié*. — Il est vraisemblable que l'Az indifférencié, et particulièrement l'Az ammoniacal, intervient directement dans le métabolisme protéique, sans que nous sachions exactement comment.

(1) Les amides dérivent de l'ammoniaque par substitution aux atomes d'H d'un ou de plusieurs restes acides.



*Azote différencié*. — Il intervient, par l'intermédiaire des amino-acides, dans nombre de fonctions et de créations de l'organisme.

§ VI. — Les doctrines du métabolisme azoté. — Trois conceptions principales.

Pour Rubner et Folin, c'est dans l'usure des tissus, dont les éléments fonctionnent, vieillissent et meurent, qu'il faut chercher l'origine des besoins azotés.

Pour Osborne et Mendel, le besoin tire ses origines de la nécessité, pour l'organisme, de préparer certains corps indispensables à son fonctionnement.

Pour E. Terroine, le métabolisme global est la somme de processus indépendants.

L. BABONNEIX.

## SOCIÉTÉS SAVANTES

### ACADEMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 1<sup>er</sup> AVRIL 1935)

Etude sur les effets biologiques des ultra-pressions : action des pressions élevées sur les tumeurs. — MM. James BASSET, Eugène WOLLMANN, Michel-A. MACHEBOEUF et Michel BARDACH.

Sur une nouvelle méthode de dosage de l'antitoxine diphtérique par la viscosité. — M. P. LECOMTE DU NOÛY et Mlle Viviane HAMON.

Etude de la clarification des eaux par les microbes. — M. Frédéric DIENERT.

### SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 13 MARS 1935)

Traitement des fistules anales. — M. L. BAZY présente de belles radiographies permettant, après injection opaque, de juger de l'étendue et de la complexité des trajets.

Volvulus du grêle. — M. MENÉGAUX rapporte une belle observation de M. Panis (Commercy). Il s'agissait d'un syndrome occlusif que la radio localisa au grêle. La laparotomie montre un volvulus dont la détorsion fut très simple. Au sommet de l'anse on trouve une petite tumeur dure, que l'examen histologique montra être une frange épiploïde tordue.

Iléo-sigmoïdostomie sur bouton sonde. — M. DELAGENIÈRES utilise un bouton anastomotique solidaire d'une longue sonde en caoutchouc.

A propos des gastrectomies. — M. OCKINCZYC communique plusieurs observations de gastrectomies complexes et montre la supériorité de la gastrectomie.

M. J.-Ch. BLOCH montre les avantages de la gastrectomie pour exclusion.

M. MOURE a tendance à faire plus de gastrectomies que de gastropyloréctomies.

M. Ch. MONOD a eu un excellent résultat de gastrectomie subtotale.

M. BRÉCHOT, dans un cas, a sectionné la seconde portion du duodénum.



**Hernie diaphragmatique.** — M. QUÉNU rapporte une belle observation de M. André (de Marseille), qui guérit parfaitement son malade de hernie diaphragmatique droite par thoracophrénolaparotomie.

M. BROCCQ a observé deux cas très curieux de hernie diaphragmatique.

A M. AUVRAY, M. Quénu répond qu'il ne connaît qu'un cas de récurrence.

**Exostoses ostéogéniques.** — M. SORREL présente une très belle collection de radiographies.

M. MONDOR, une radiographie très instructive.

(SÉANCE DU 20 MARS 1935)

**Exclusion du pylore et gastrectomie.** — M. CHARRIER insiste sur le fait que l'exclusion du pylore par gastrectomie partielle ne doit pas remplacer la gastrectomie large. On ne doit pas observer de fistule duodénale si on libère assez l'organe.

**Division palatine.** — M. VEAU rapporte ce travail de M. Récamier. Dans trois cas, la mise en place d'une laminaire pour libérer les lambeaux palatins a facilité l'opération.

**Anévrysme poplité traumatique.** — M. MOCQUOT relate cette observation de M. Panis (de Commercy). L'anévrysme longtemps latent finit par présenter des signes inflammatoires. Résection de la poche avec artériectomie. La poche contenait une balle. Bons résultats.

**Luxations invétérées de la hanche.** — M. MATHIEU montre que les bons résultats des repositions sanglantes sont souvent temporaires. Dans les luxations invétérées, la résection arthroplastique de la hanche est une bonne opération, à condition d'être pratiquée assez tôt. Un film et des radiographies illustrent les résultats personnels de l'auteur.

M. MICHON présente le résultat fonctionnel d'une résection arthroplastique pour luxation ancienne. D'abord bon, il devint progressivement moins satisfaisant et aboutit à une ankylose complète de la hanche.

M. LEVEUF expose un cas d'arthroplastie pratiquée il y a deux mois. A l'heure actuelle, il existe un bon résultat.

M. MONDOR, après réduction simple d'une luxation de la hanche, a observé des lésions progressives d'arthrite déformante.

M. PROUST insiste sur l'utilité de la radiothérapie pour éviter les ostéomes.

M. MATHIEU préconise en définitive la résection arthroplastique de deux à six mois après l'accident.

**Occlusion intestinale.** — M. MOULONGUET entend ne parler que des examens sans préparation. L'existence de gaz dans le grêle, les images hydro-aériques lui paraissent caractéristiques.

**Tumeur du plexus brachial.** — Opérée sept ans avant par M. SOUPAULT, cette malade a un très bon résultat fonctionnel.

**Extraction des corps étrangers.** — M. LEDOUX-LEBARD présente un appareil pratique pour l'extraction sous écran des corps étrangers.

## SOCIÉTÉ DE MÉDECINE MILITAIRE FRANÇAISE

(SÉANCE DU 14 MARS 1935)

**Trois cas de syndrome adipo-génital.** — MM. FRIBOURG-BLANC, LASSALE et PASSA présentent trois malades atteints de la même affection. Les deux premiers ont des syndromes authentiques de Babinski-Frohlich secondaires à un adénome hypophysaire. L'un d'eux, traité en 1927 par la radiothérapie, a été à ce point amélioré, surtout au point de vue oculaire, qu'il a pu assurer depuis un service actif. Le troisième malade est un enfant de 11 ans, dont le tableau clinique apparaît superposable aux deux autres. Mais, en l'absence de tout symptôme radiologique et ophthalmologique manifeste, les auteurs discutent l'hypothèse d'un syndrome d'insuffisance pluri-endocrinienne à prédominance testiculaire, en rapport avec une cryptorchidie abdominale bilatérale récemment opérée.

**Artério-oscillographe enregistreur.** — M. P. GENAUD présente un nouvel artério-oscillographe destiné à enregistrer la pression artérielle (maxima, moyenne et minima) sur les bases de la méthode oscillographique.

**Fièvre bilieuse hémoglobininurique. Considérations thérapeutiques.** — MM. BERHO et CASTILLON relatent les bons effets du chlorhydrate de choline dans le traitement de la fièvre bilieuse hémoglobininurique ; l'action sur le processus hémolytique apparaît comme presque immédiate.

**Les conditions de la thérapeutique antirhumatismale d'entretien dans la pratique régimentaire.** — M. HENRI fait remarquer que le traitement d'entretien de la maladie rhumatismale par le salicylate de soude doit pouvoir être poursuivi dans les infirmeries régimentaires, grâce à une augmentation des approvisionnements.

**Encéphalite ourlienne primitive sans méningite à symptomatologie confusionnelle.** — MM. LASSALE et PASSA rapportent une observation d'état confusionnel aigu, dont l'étiologie ourlienne fut signée par l'apparition, au cinquième jour, d'une tuméfaction bilatérale très accentuée des glandes salivaires, puis de bradycardie et de mononuclease. Le L.C.R. était normal. Les auteurs rapportent l'épisode confusionnel aigu initial à une poussée d'encéphalite ourlienne primitive, témoin de l'affinité directe du virus pour le tissu nerveux.

**Angines et réactions de Schick en pratique hospitalière.** — M. ANDRIEU estime que le problème de l'opportunité de la sérothérapie au cours des angines peut être éclairé dans une certaine mesure par la réaction de Schick. Il oppose à ce point de vue les angines diphtériques aux angines banales des porteurs de germes diphtériques. Cependant, l'indication de la sérothérapie sera fournie plus par l'appréciation du cas clinique que par le sens de l'intradermo-réaction.

**Epiphysite vertébrale : considérations cliniques et radiologiques.** — M. R. CASSOU a observé quatre cas d'épiphysite vertébrale, dont il précise l'entité radio-clinique.

**Grippe et paludisme.** — MM. FERRABOU, GUICHÈNE et THEVENOT ont vu, chez deux sujets, des accès de paludisme éclater après une grippe bénigne. L'un des sujets vivait depuis six mois en pays non impaludé et, depuis la même date, n'avait pas eu d'accès. L'autre était rapatrié depuis onze mois et n'avait jamais fait de fièvre palustre. Les auteurs pensent que, dans ces deux cas, la malaria a été réveillée par l'infection grippale.

## SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(SÉANCE DU 23 MARS 1935)

**Protéinothérapie lactique.** — M. G. BARBELLION a appliqué la protéinothérapie lactique en urologie et en gynécologie. Il en a obtenu de bons résultats, en particulier dans les complications de la blennorrhagie et dans les métrites. Il a constaté l'irrégularité et l'inégalité de la réaction thermique de l'organisme ainsi que la discordance entre cette réaction et les effets thérapeutiques.

**Les réactions de la muqueuse nasale.** — M. R. GRAIN est d'avis que les réactions caractérisées par l'hypersensibilité, l'hypersécrétion et l'hypertrophie ne peuvent plus être considérées comme entités morbides. Leurs causes nombreuses, soit locales, soit générales, nécessitent une thérapeutique étiologique causale, et non plus une thérapeutique exclusivement nasale, toujours mutilante, souvent aggravante.

**Une observation d'ostéopœcilie.** — MM. GANDY, CH. GUILBERT et Mme GRASNEANSCHI présentent l'observation d'une dystrophie osseuse que la radiologie seule peut déceler. C'est une ostéite condensante par flots, dont l'origine reste indéterminée, héréditaire dans quelques cas et, dans l'hypothèse des auteurs, peut-être spécifique.

**Rhinoplastie partielle par greffe italienne.** (Présentation d'opérés). — M. CLAUÉ présente deux opérés ayant perdu, l'un la totalité de l'aile, l'autre les deux tiers antérieurs de l'aile du nez gauche. L'auteur insiste sur l'intérêt de l'utilisation de la greffe italienne. Elle est nettement supérieure aux autres méthodes, car elle évite la présence de cicatrices sur la face. Ces deux cas, dont l'un est presque terminé et l'autre en voie de modelage, constituent la démonstration de l'erreur d'abandonner les malades atteints de ce genre de difformités physiques qui sont, comme on peut le constater, non point *seulement plastiquement* mais *esthétiquement réparables*.

**Chirurgie réparatrice mammaire : la voie d'accès opératoire.** — M. CLAUÉ montre qu'en chirurgie réparatrice, le changement morphologique entraîne une différence de situation entre l'incision d'ouverture et la cicatrice de fermeture. L'auteur expose sa technique par voie d'accès sur la glande qui permet : 1° la dissection facile du chorion, d'où la reconstruction du ligament suspenseur de la poitrine ; 2° l'accès large sur toutes les parties de la glande mammaire ; 3° la création d'un vaste lambeau cutané externe en vue de l'habillage du sein reconstruit ; 4° la création d'une fermeture périaréolaire, d'où l'absence de toute cicatrice au niveau de la gorge et des aisselles comme dans la méthode classique.

**Suites éloignées du traitement des ulcères variqueux par Oblitération des varices.** — M. MARCEL FILDERMAN étudie les résultats éloignés du traitement des ulcères variqueux. Dans 60 pour 100 des cas, la guérison a été définitive d'emblée ; 30 pour 100 ont été guéris après une ou deux reprises de traitement ; dans 10 pour 100, les malades n'ont pas voulu reprendre le traitement. Il résulte de ces chiffres que, traité par cette méthode ambulatoire, l'ulcère cesse d'être une infirmité nécessitant l'interruption fréquente du travail.

**A propos de l'utilisation du carbogène dans le traitement des syncopes anesthésiques.** — M. GUILLEMÁN rapporte le cas d'un enfant de six ans et demi qui, à la suite d'un lavement minime de rectanol pratiqué pour permettre l'incision d'un phlegmon de la jambe, présenta des troubles graves (absence de mouvements respiratoires, râles disséminés dans les deux poumons, température à 40°, pouls à 130). Elle fut ramenée à la vie par la méthode Schaefer, des inhalations de

carbogène poursuivies pendant 19 heures (4.000 litres) et une transfusion de sang. Malgré ces doses considérables, il n'y eut aucune complication pulmonaire.

**Vœu.** — La Société de Médecine de Paris, fondée en 1796, reconnue d'utilité publique, particulièrement émue par la publicité éhontée pharmaceutique et surtout médicale qui, par la voie de la presse d'information ou de vulgarisation par le cinématographe, par des tracts, par des affiches, tente d'abuser de la souffrance et de l'ignorance des malades, met en garde ceux-ci contre des méthodes à caractère essentiellement commercial, et émet le vœu que les Associations médicales professionnelles ou syndicales interviennent énergiquement auprès des pouvoirs publics pour mettre un terme à une situation qui compromet la santé publique tout en dévalorisant la réputation séculaire du Corps médical français.

## INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

## LES PROJETS DE LOI SUR L'EXERCICE DE LA MÉDECINE PAR LES ÉTRANGERS

Après l'article paru dans la *Gazette des Hôpitaux* du 30 mars 1935, sur ma démarche à la Commission de l'Hygiène de la Chambre des députés, plusieurs lecteurs ont réclamé la publication des divers textes de propositions de loi concernant les médecins et étudiants étrangers.

À la Chambre, la proposition du D<sup>r</sup> Cousin rapportée par le D<sup>r</sup> Nast a donné lieu à un important rapport de ce dernier qui s'est inspiré à la fois des desiderata de l'Association Corporative des étudiants en médecine de Paris, de l'Union nationale et du projet des associations d'étudiants en médecine.

Au Sénat, le rapport Le Gorgeu complète avantageusement la nouvelle proposition de loi Armbruster. Rappelons à ce propos qu'à la demande expresse de M. Mallarmé, ministre de l'Éducation nationale, qui me l'a déclaré lui-même le 5 avril dernier, M. Le Gorgeu a obtenu du Sénat la mise à l'ordre du jour de la discussion de son rapport pour les premiers jours de la rentrée parlementaire.

Nous sommes donc en présence de deux projets de loi au sujet desquels une entente se fera entre MM. Armbruster et Le Gorgeu, sénateurs, et M. Nast, député. Nous publions ci-dessous le texte de la proposition de loi de M. le D<sup>r</sup> Nast.

MAURICE MORDAGNE.

*Proposition de loi ayant pour objet de modifier la loi du 21 avril 1933 relative à l'exercice de la médecine et de l'art dentaire.*

*Article premier.* — L'article premier de la loi du 21 avril 1933 est modifié et complété de la façon suivante :

« Nul ne peut exercer la médecine ou l'art dentaire en France, s'il n'est :

« 1° Muni du diplôme d'État français de docteur en médecine ou de chirurgien-dentiste ;

« 2° Citoyen ou sujet français, ou ressortissant des pays placés sous le protectorat de la France ;

« 3° Bénéficiaire des dispositions transitoires de la loi de 1892 ;

« Toutefois les pays étrangers où les médecins de nationalité française sont autorisés à exercer leur art, pourront demander au Gouvernement français des conventions diplomatiques dispensant, en certains cas, de la nationalité française. Mais une parité devra être établie entre le nombre des médecins originaires des pays avec lesquels les conventions ont été passées, venant exercer en France, et celui des médecins français exerçant, effectivement, la médecine dans ces pays.



« Les autorisations seront données individuellement, par décret.

« Les dispositions des deux alinéas précédents s'appliquent aux chirurgiens-dentistes. »

Art. 2. — L'article 2 de la loi du 21 avril 1933 est modifié et complété de la façon suivante :

« Les titulaires d'un diplôme étranger de docteur en médecine, qui postuleront le doctorat d'Etat français, devront :

« 1° Justifier des titres initiaux requis pour l'inscription au doctorat d'Etat français : baccalauréat et diplôme du certificat d'études physiques, chimiques et biologiques ;

« 2° Accomplir les études médicales sans aucune dispense d'examen et de scolarité.

« Aucun diplôme d'université ne pourra être transformé en diplôme d'Etat.

« Exceptionnellement, les titulaires étrangers du diplôme d'université ne seront pas soumis à la disposition précédente du présent article :

« 1° Si, d'une part, avant le 1<sup>er</sup> mars 1935, ils ont fait une demande en vue de cette transformation et possédaient un dossier régulièrement constitué à cet effet ou si, avant la promulgation de la présente loi, ils étaient titulaires de la première partie du baccalauréat ;

« 2° Si, d'autre part, ils ont fait une demande de naturalisation avant le 1<sup>er</sup> mars 1935.

« Les inscriptions prises en vue du diplôme d'université ne sauraient être utilisées pour l'obtention du diplôme

d'Etat. Toutefois cette disposition ne s'appliquera pas aux étudiants naturalisés, ayant satisfait aux obligations militaires et terminé la scolarité exigée pour l'obtention du diplôme d'université français. »

Art. 3. — L'article 3 de la loi du 21 avril 1933 est supprimé et remplacé par les dispositions suivantes :

« Les étudiants de nationalité étrangère ne pourront s'inscrire, aux facultés et écoles françaises de médecine, en vue de l'obtention du diplôme d'Etat français de docteur en médecine, s'ils ne justifient pas des titres initiaux français : baccalauréat, diplôme du certificat d'études physiques, chimiques et biologiques, requis par les règlements afférents à ce diplôme d'Etat.

« Il ne sera accordé aux étudiants étrangers ou naturalisés français, postulant le diplôme d'Etat de docteur en médecine, aucune dispense d'examens et de scolarité en vue de leur inscription dans les facultés et écoles de médecine, quelle que soit la durée des études faites par eux à l'étranger.

« L'étudiant de nationalité étrangère ne pourra être inscrit dans une faculté ou école de médecine française en vue de l'obtention du diplôme d'université s'il ne possède tous les titres initiaux lui permettant de s'inscrire régulièrement à une faculté de médecine de son pays d'origine. »

Art. 4. — L'article 4 de la loi du 21 avril 1933 est remplacé par les dispositions suivantes :

« Les titulaires d'un diplôme étranger de chirurgien-

## ESTOMAC-INTESTIN

DYSPEPSIE

GASTRALGIE

ENTÉRITE

CHEZ L'ENFANT  
CHEZ L'ADULTE

# VALS-SAINT-JEAN

EAU de RÉGIME, FAIBLEMENT MINÉRALISÉE et GAZEUSE

Envoi gratuit d'Echantillons et de Notices à MM. les Docteurs sur demande adressée  
DIRECTION-VALS-GÉNÉRALE: 53, Boul' Haussmann, Paris (9<sup>e</sup>) Tél. 227-76

**ANÉMIE PALUDEENNE.** — Source Dominique.  
VALS-LES-BAINS. — Saison du 1<sup>er</sup> juin au 1<sup>er</sup> octobre.

**DÉSINFECTION = CHLORAMINE**  
**INTESTINALE = FREYSSINGE**

1 à 3 pilules à chaque repas. - 6, Rue Abel, PARIS - Aucune contraindication

A GUERBET & C<sup>ie</sup> PHARMACIENS

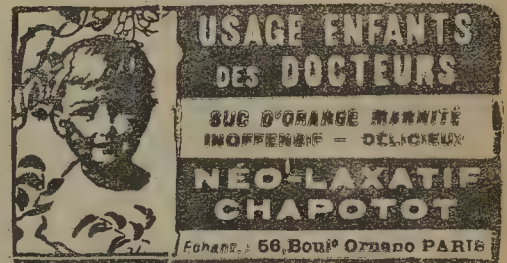
THERAPEUTIQUE & RADIOLOGIE

# LIPIODOL

LAFAY

Huile iodée à 40%.  
0. gr. 54 d'iode par cm. 3

22 Rue du Landy, St-Ouen près Paris



CURE DE  
**DIURESE**  
**EVIAN**  
SOURCE  
**CACHAT**  
VOIES URINAIRES, FOIE  
GOUTTE GRAVELLE  
ARTÉRIO-SCLÉROSE



dentiste qui postuleront le diplôme d'Etat français de chirurgien-dentiste, devront posséder les titres initiaux exigés des étudiants français lors de leur inscription en vue du diplôme d'Etat français de chirurgien-dentiste.

« Aucune dispense d'examen probatoire ne sera accordée.

« Les dispositions du paragraphe ci-dessus s'appliqueront à tout étranger possesseur du diplôme français d'université de chirurgien-dentiste qui postulera le diplôme d'Etat français de chirurgien-dentiste. »

Art. 5. — L'article 5 de la loi du 21 avril 1933 est remplacé par les dispositions suivantes :

« Pour s'inscrire au diplôme d'Etat français de chirurgien-dentiste, tout étudiant étranger devra faire la preuve des titres initiaux exigés des étudiants français y compris l'examen de validation de stage.

« Quelle que soit la durée des études faites par lui à l'étranger, il ne pourra bénéficier d'aucune dispense de stage, de scolarité ou d'examen. »

Art. 6. — L'article 6 de la loi du 21 avril 1933 est supprimé.

Art. 7. — L'article 7 de la loi du 21 avril 1933 est supprimé.

Art. 8. — L'article 8 de la loi du 21 avril 1933 est remplacé par les dispositions suivantes :

« Tout étranger naturalisé et muni du diplôme d'Etat de docteur en médecine :

« 1° Pourra immédiatement exercer la médecine s'il a satisfait aux obligations militaires françaises ;

« 2° Pourra exercer la médecine seulement après un délai égal à la durée du service militaire qu'il n'aura pas accompli, s'il a été exempté totalement des obligations militaires françaises par un conseil de revision, ou partiellement par un conseil de réforme, ou si la loi du recrutement ne lui est pas applicable en raison de son sexe, ce délai devant partir du jour de l'obtention du diplôme ;

« 3° Pourra exercer la médecine seulement après un délai égal au double de la durée du service militaire qu'il n'aura pas accompli si, en raison de son âge, il n'a pas satisfait aux obligations militaires françaises, ce délai devant partir du jour de l'obtention du diplôme ;

« 4° Devra subir un délai d'attente de cinq ans après l'obtention du diplôme de docteur en médecine pour pouvoir être nommé médecin-expert des tribunaux ou remplir une fonction ou un emploi de médecine publique rétribué par l'Etat, les départements et les communes, mais ce délai de cinq ans ne sera pas exigé pour les médecins qui, engagés volontaires, auront servi dans l'armée française au cours d'opérations militaires depuis 1914.

« Les dispositions du présent article, excepté le précédent paragraphe, ne s'appliqueront pas AUX ÉTUDIANTS ÉTRANGERS EN COURS D'ÉTUDES, à condition :

« 1° Qu'ils aient pris la 20<sup>e</sup> inscription au plus tard sept ans après la première ;

« 2° Qu'ils aient fait une demande de naturalisation au plus tard dans les trois mois de la promulgation de la présente loi.

« Ne seront pas atteints par les dispositions du présent article, excepté le paragraphe 4 (fonction publique), les médecins étrangers exerçant légalement leur profession en France avant la promulgation de cette loi. Toutefois, ils devront justifier de leur demande de nationalité française ou du renouvellement de cette demande dans le délai de trois mois à partir de la promulgation de la présente loi.

« Les dispositions du présent article s'appliqueront aux

chirurgiens-dentistes. Pourront bénéficier du régime de faveur prévu à l'alinéa 6, les étudiants étrangers en cours d'études, à condition qu'ils prennent la douzième inscription au plus tard cinq ans après la première et qu'ils fassent leur demande de naturalisation dans les trois mois de la promulgation de la présente loi. »

Art. 9. — L'article 9 de la loi du 21 avril 1933 est remplacé par les dispositions suivantes :

« Dans un délai de six mois à partir de la promulgation de la présente loi, les diplômes de tous les docteurs en médecine et des chirurgiens-dentistes exerçant en France devront être *vérifiés et authentiqués* par les soins des préfets avec la collaboration des *syndicats médicaux*, des syndicats de chirurgiens-dentistes et de l'Administration des contributions directes.

« Un rapport, avec état nominatif précisant entre autres la nationalité du praticien ou sa date de naturalisation, la nature et la date exacte du diplôme, le lieu de dépôt du diplôme, sera publié au *Journal officiel* dans le mois qui suivra la clôture de la vérification préfectorale. Les modifications apportées à l'état nominatif ci-dessus seront publiées chaque année au *Journal officiel* dans la première quinzaine du mois d'avril.

« Un décret d'administration publique du Ministre de la Santé publique fixera les détails de ces opérations de vérification. »

Art. 10. — Sont et demeurent abrogées toutes dispositions antérieures, en particulier celles des lois du 30 novembre 1892, 13 juillet 1921, 10 août 1924, 13 décembre 1925 et 21 avril 1933, qui seraient contraires aux dispositions de la présente loi.

#### LES MÉDECINS D'AMBULANCE ET LA CARTE DE COMBATTANT

Dans une question écrite, M. Achille Fould a exposé à M. le Ministre des pensions que les anciens militaires qui ne remplissent pas les conditions de l'article 2 du décret du 1<sup>er</sup> juillet 1931 se voient retirer la carte du combattant par l'article 2 dudit décret ; et demande : 1° si cet article vise les anciens militaires, et en particulier les nombreux médecins, ayant appartenu à des formations divisionnaires réputées non combattantes, et ayant cependant eu l'occasion, en raison des circonstances, d'être cités, avec attribution de la croix de guerre ; 2° comment concilier, en ce cas, le fait que ces anciens militaires, cités, décorés, souvent mutilés, se voient retirer la carte du combattant par le Ministre des pensions, après avis du Comité départemental compétent, et de l'office national, obligés de s'en tenir strictement aux termes du décret sur la catégorisation des unités combattantes et non combattantes ; 3° si de telles décisions, qui ne tiennent aucun compte des cas d'espèce, et créent une anomalie, ne vont pas à l'encontre des intentions du législateur, en même temps qu'elles lèsent les droits acquis des intéressés, et si elles ne doivent pas être rapportées. (Question du 13 novembre 1934.)

Voici la réponse du Ministre :

1° Réponse affirmative. ; 2° les retraits de carte sont effectués conformément aux dispositions de l'article 11 du décret du 1<sup>er</sup> juillet 1930 par les comités départementaux sur le vu des décisions d'annulation des certificats provisoires qui leur sont notifiées par les autorités militaires qualifiées ; 3° les intéressés peuvent, ou bien demander un nouvel examen de leurs titres à l'autorité militaire qui a prononcé



# Un Matelas "DUNLOPILLO"

n'a pas besoin d'être retourné chaque matin

Un nouveau traitement appliqué au Latex (suc de l'hévéa) a permis de faire des matelas, coussins et garnitures en caoutchouc, d'épaisseurs différentes, aérés d'une façon permanente et d'une souplesse exactement adaptée à l'usage auquel on les destine. Les garnitures "DUNLOPILLO" restent à la température ambiante grâce à la ventilation permanente entretenue par les mouvements de la personne assise ou couchée.



## UN MATELAS "DUNLOPILLO" PEUT ÊTRE FACILEMENT DÉSINFECTÉ

« Les expériences faites en chambre à formol à 60° (stérilisation en surface) et les expériences faites par stérilisation au formol à 70° en autoclave après vide à 50, ont donné d'excellents résultats, sans nuire à la qualité des matelas. La réussite des expériences en simple chambre à formol, prouve une grande perméabilité des matelas pour lesquels la simple stérilisation en chambre à formol, utilisée dans la plupart des hôpitaux, est suffisante ».

(Expériences exécutées au Laboratoire d'analyses du Docteur Laurent-Gérard.)

R. O. SEINE Ch. 376334n 57587

408

PHILIPPE  
PUBLICITAIRES  
PRODUCTIONS



l'annulation du certificat provisoire, ou bien déférer sa décision au contentieux devant le Conseil d'Etat. Ils peuvent également, s'ils ne remplissent pas les conditions requises pour être reconnus de droit anciens combattants suivant les règles fixées par l'article 2 du décret susvisé, faire valoir les titres particuliers qu'ils se sont acquis à la carte en se mettant en instance suivant la procédure prévue par l'article 4. Ils sont avisés de cette faculté en même temps que de la décision d'annulation de leur carte. (J. O. 2 fév. 1935.)

## NOTES POUR L'INTERNAT

### MALADIE D'ADDISON

Les nombreux travaux récents, en particulier ceux des auteurs américains sur les *hormones cortico-surrénales*, ont donné un nouvel intérêt à la maladie d'Addison. Les études modernes ont surtout porté sur la pathogénie et la thérapeutique de cette affection, mais elles ont également précisé certains points de sémiologie.

La maladie d'Addison est caractérisée par :

Une mélanodermie ;

Un syndrome d'épuisement neuro-musculaire, dont l'asthénie est le signe le plus important ;

Des troubles douloureux et gastro-intestinaux ;

Une hypotension artérielle.

C'est essentiellement une *insuffisance corticale à marche lente*, due le plus souvent à un processus tuberculeux, à une *caséose diffuse des surrénales*.

#### ETIOLOGIE

Maladie de l'âge adulte ; exceptionnelle dans l'enfance et chez les vieillards. Elle apparaît dans les deux tiers des cas primitivement, et dans un tiers des cas elle survient chez des tuberculeux avérés. Mais, fait important, il n'y a pas synonymie entre maladie d'Addison et tuberculose surrénalienne. D'autres causes que la tuberculose, syphilis, cancer, surrénalite scléreuse, peuvent être à l'origine de la maladie bronzée. La tuberculose peut atteindre les glandes surrénales sans réaliser de syndrome addisonien.

#### ETUDE CLINIQUE

*Début.* — Lent et insidieux.

Si le sujet est *tuberculeux*, les signes initiaux sont attribués à la tuberculose pulmonaire, jusqu'à l'apparition de la mélanodermie.

Si le sujet paraît en bonne santé, l'attention est attirée par un affaiblissement progressif, une fatigue inaccoutumée, auxquels vont s'associer peu à peu d'autres symptômes et notamment la mélanodermie.

Ainsi, la *mélanodermie*, bien que rarement précoce, est un *signe primordial de maladie d'Addison* (Sergent).

*Elat.* — La *mélanodermie* débute aux endroits découverts et aux régions normalement pigmentées, pour s'étendre et devenir généralisée.

La *mélanodermie* est *diffuse*, mais *irrégulière*. Le fond est gris sale, brunâtre en général, et sur ce fond se détachent certaines zones plus sombres. Ces régions hyperpigmentées sont :

Les *régions découvertes* : face, cou, face dorsale des mains ;

Les *régions normalement pigmentées* : auréoles des seins, parties génitales ;

Les *régions où la peau est fine* : face interne des membres, région axillaire, flanes, abdomen et *ligne blanche* ;

Les *régions irritées*, qui sont le siège de *frottements* ; la pigmentation est précoce et accentuée au niveau des *cicatrices*. On connaît le test de *Jacquet et Trémolières* : extériorisation de la pigmentation par un sinapisme.

Enfin, en dehors de ces régions de prédilection, il existe en maints endroits de *petites taches pigmentaires* lenticulaires, punctiformes ou nummulaires donnant parfois un aspect particulier.

Quelquefois la pigmentation respecte des îlots cutanés et l'on a un *pseudo-vitiligo par contraste*.

En tout cas, elle *épargne relativement la paume des mains, la plante des pieds*.

A côté de la pigmentation mélanique, on peut encore noter :

De très nombreux *naevi pigmentaires* disséminés, parfois disposés métamériquement ;

Une pigmentation plus claire, jaunée dorée, diffuse sur la peau du ventre notamment, qui semble liée à des *lipochromes* (Carnot, 1935).

L'atteinte des cheveux et des ongles, classique, est rarement rencontrée.

Mais, *fait capital*, les *muqueuses* participent à la pigmentation, qui apparaît sous forme de plaques irrégulières, ardoisées, noirâtres brun-foncé, dont le siège d'élection est la *face interne des joues*.

Ces *taches pigmentaires muqueuses* sont *primordiales* pour le diagnostic de pigmentation addisonienne. Si elles manquent à la muqueuse jugale, on peut les trouver au niveau des lèvres, de la langue, du palais, du voile ; rarement on peut voir une petite tache brunâtre conjonctivale ; le gland, le prépuce, les petites lèvres peuvent présenter des taches pigmentaires.

*Syndrome d'épuisement neuro-musculaire.* — L'*asthénie* en constitue la principale manifestation clinique : fatigue invincible permettant seulement de courts efforts épuisant vite le malade. L'interrogatoire retrouve facilement la fatigabilité croissante dans le travail, puis l'obligation d'abandonner les travaux habituels, puis la restriction de plus en plus grande de tout effort musculaire.

L'*apathie*, l'*aboulie*, l'*irritabilité* parfois, sont considérées classiquement comme une manifestation de l'*asthénie psychique*. En tout cas, mémoire et intelligence sont intactes.

*L'hypotension artérielle.* — Est globale, portant sur la maxima (à 10, 8, 6 au Vaquez) et la minima, qui parfois est à peine distinguée. Il est préférable d'enregistrer graphiquement les oscillations artérielles.

Le pouls est petit et rapide ; il peut devenir très rapide, lors de mouvement, avec tendance syncopale.

On attribue à l'hypotension artérielle les vertiges, les bourdonnements d'oreilles, les tendances syncopales, la cryesthésie de ces malades.

La *ligne blanche de Sergent*, apparue précocement après un léger frôlement, avec contours nets, persistant longtemps et s'effaçant progressivement, est inconstante et nullement pathognomonique d'insuffisance surrénale.

Les *douleurs et les troubles gastro-intestinaux* sont d'importance variable dans la maladie d'Addison.

Les phénomènes douloureux, s'ils sont parfois précoces, ne sont guère constants. De types assez divers, on peut avoir soit des *douleurs lombaires*, soit des *douleurs épigastriques*. Ces douleurs sont fixes, continues et présentent des paroxysmes spontanés, sans horaire particulier et rappellent soit une *crise de lumbago*, soit une *crise solaire*.

Le *point de Martineau* (extrémité antérieure de la 12<sup>e</sup> côte) est inconstant.

(A suivre.)

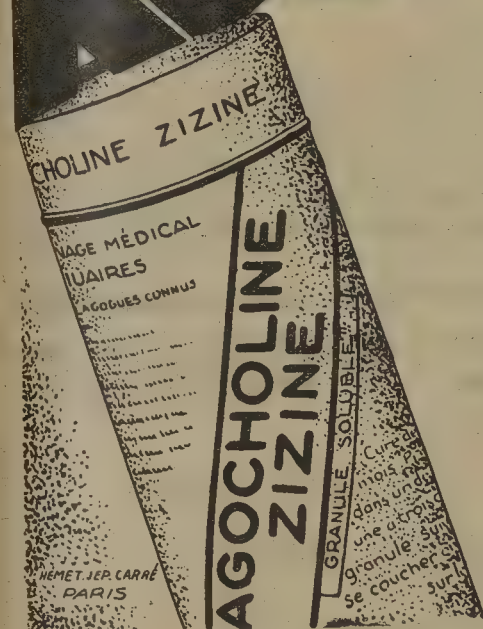
ALBERT FIEHRER.

Le Directeur-gérant : D<sup>r</sup> François LE SOURD.



# AGOLINE

(GRANULÉ SOLUBLE)



## CHOLECYSTITES CHRONIQUES CONGESTION DU FOIE

Lithiase biliaire - Ictère et Cholémie

Dyspepsies réflexes - Constipation  
Migraines, Vertiges, Eczéma, Prurit

d'origine  
hépato biliaire

**Posologie :** 1 à 3 cuillerées à café le matin à jeun, dans un demi verre d'eau chaude.

**LABORATOIRES DU D<sup>r</sup> ZIZINE**  
24, 26, Rue de Fécamp - Paris (XII<sup>e</sup>)

**Pour vous, Docteur, et pour les vôtres!..**



Un petit déjeuner, un goûter,  
un suraliment parfait, à base  
de farines de céréales, de  
lait, de sucre et de cacao

# NESCAO

PRÉPARÉ PAR NESTLÉ

En désirez-vous, Docteur, une boîte-échantillon ?  
NESTLÉ, 6, avenue Portalis, PARIS, se fera un plaisir  
de vous l'envoyer.

LE DIURÉTIQUE RÉNAL PAR EXCELLENCE

**SANTHÉOSE**

LE PLUS FIDÈLE, LE PLUS CONSTANT, LE PLUS INOFFENSIF DES DIURÉTIQUES

SES QUATRE FORMES

**PURE**

Le médicament régulateur par excellence, d'une efficacité sans égale dans l'artério-sclérose, la présclérose; l'albuminurie, l'hydropisie, l'urémie.

**PHOSPHATÉE**

L'adjuvant le plus sûr des cures de déchloruration et de désintoxication de l'organisme, dans la neurasthénie, l'anémie et les convalescences.

**CAFÉINÉE**

Le médicament de choix des cardiopathies, fait disparaître les œdèmes et la dyspnée, renforce la systole, régularise le cours du sang.

**LITHINÉE**

Le traitement rationnel de l'arthritisme et de ses manifestations; jügule les crises, enrayer la diathèse urique, solubilise les accidents urinaires.

DOSES : 2 à 4 Cachets par jour. — Ces cachets sont en FORME DE CŒUR et se présentent en boîtes de 24.

PRODUIT FRANÇAIS

4, rue du Roi-de-Sicile  
— PARIS —

PRODUIT FRANÇAIS

**LE VALÉRIANATE DE PIERLOT**

est NEUROTROPE

*Il se fixe de préférence sur la surface extérieure de la Cellule Nerveuse.*

**Il reste toujours et malgré tout**  
l'unique préparation efficace et inoffensive pour le cerveau et le cœur,  
résumant tous les principes *sédatifs et névrosthéniques* de la  
**VALÉRIANE officinale.**

H. RIVIER, Ph<sup>ien</sup>, Succ<sup>r</sup> de LANCELOT & C<sup>ie</sup>, 26 et 28, Rue Saint-Claude -- PARIS

PARFAIT SÉDATIF DE TOUTES LES **TOUX**ADULTES ET ENFANTS  
DE TOUT AGE**GOUTTES NICAN**  
**GRIPPE**

TOUX DES TUBERCULEUX

COQUELUCHE

ÉCHANTILLONS &amp; LITTÉRATURES Laboratoires CANTIN A PALAISEAU S-O. FRANCE



*La Lancette Française***GAZETTE DES HOPITAUX****CIVILS ET MILITAIRES****PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI****ADMINISTRATION ET RÉDACTION :****49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6<sup>e</sup>. Tél. : Danton 48-31.****PUBLICITE : M. A. THIOILLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6<sup>e</sup>) - Téléph. : Littré 54-93.****PRIX DE L'ABONNEMENT****FRANCE**

3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.

*Etudiants : 25 francs par an.*

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

**ETRANGER**Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.  
Tous les autres pays : 75 francs.**SOMMAIRE****REVUE GÉNÉRALE***La ponction sous-occipitale. Son importance en syphiligraphie. Son innocuité. Sa facilité technique, par MM. R. LE BARON et Max FOURRESTIER.***SOCIÉTÉS SAVANTES***Académie de médecine. — Société médicale des hôpitaux. — Société de biologie. — Société de thérapeutique.***DÉFENSE PASSIVE***Appareils de protection.***PRATIQUE MÉDICALE****INFORMATIONS****MAISON DÉPARTEMENTALE DE NANTERRE. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — Épreuve orale. — Questions données : « Nerf phrénique. — Diagnostic des éruptions rubéoliques. »**  
Questions restées dans l'urne : « Diagnostic des anuries. — Veine cave inférieure. — Péritonite tuberculeuse. — Creux poplité. »

Le concours vient de se terminer après les épreuves cliniques par les nominations suivantes :

Internes titulaires : MM. Merlin, 58,5 ; Lefranc, 58 ; Fraiboulet et Ripard, 57 ; Baillargeat, 56,5.

Internes provisoires : MM. Elkaïm, 56 ; Fresnel, 55,5 ; Trompeter, 54 ; Gronier, 50 ; Blanchard, 49,50 ; Delie, 47,50.

**FACULTÉS DE MÉDECINE. — PARIS. —** La Commission de la « Fondation J.-A. Sicard » s'est réunie le 21 mars 1935, à la Faculté de médecine de Paris, sous la présidence de M. le Doyen, pour l'attribution des arrérages disponibles en 1934.

Après appréciation des titres, la Commission a désigné, à l'unanimité, comme bénéficiaire de la « Fondation J.-A. Sicard », pour l'année 1934, M. Miguel Osorio de Almeida, directeur de la Santé publique au Brésil.

**— MONTPELLIER. —** Au cours de sa séance du 10 avril 1935, le Conseil de la Faculté de médecine de Montpellier a réélu, pour une période de trois ans, le professeur Euzière en qualité de doyen.**— NANCY. —** La Faculté de médecine de Nancy organise, pour le dimanche 2 juin, une réunion médicale destinée aux médecins praticiens. Le programme comprendra dans la matinée des démonstrations cliniques et dans l'après-midiune conférence du professeur Levaditi, de l'Institut Pasteur de Paris, sur la *syphilis nerveuse expérimentale*. Cette conférence sera suivie de l'inauguration du Centre de Malaria-thérapie, créé par le département.**ASSOCIATION GÉNÉRALE DES MÉDECINS DE FRANCE. — Bourses familiales du Corps médical. —** Fondation de M. le docteur Roussel. — Il est rappelé que des bourses annuelles de 10.000 fr. ont été créées par le docteur Roussel, en faveur des médecins ayant au moins cinq enfants et des veuves en ayant trois à leur charge, et dont la situation est particulièrement digne d'intérêt.Comme les années précédentes, les demandes devront être adressées au siège de l'Association générale des médecins de France, 95, rue du Cherche-Midi, Paris (VI<sup>e</sup>), pour le 4<sup>er</sup> mai au plus tard.

Les confrères ou veuves qui se sont déjà mis en instance devront avertir par lettre du maintien de leur candidature pour 1935.

**MÉDECINS SANITAIRES MARITIMES. —** Le prochain examen d'aptitude aux fonctions de médecin sanitaire maritime aura lieu à Paris, en juin.

En vue de préparer les candidats à cet examen, un enseignement spécial sera donné au laboratoire d'hygiène sous la direction du professeur Tanon, professeur d'hygiène, conseiller technique sanitaire du ministère de la Santé publique, avec la collaboration de M. le docteur Joannon, agrégé d'hygiène ; M. Lindemann, adjoint au directeur des services du travail et de l'enseignement maritimes au ministère de la marine marchande ; M. Roubinet, chef de bureau à l'établissement national des invalides de la marine ; MM. les docteurs Cambessédès, assistant d'hygiène et ancien chef de clinique de la Faculté de médecine ; Clerc, assistant d'hygiène et conseiller technique sanitaire du ministère de la

**NATIBAÏNE**

ASSOCIATION DIGITALE NATIVELLE ET OUABAÏNE ARNAUD

LABORATOIRE NATIVELLE, 27, Rue de la Procession, PARIS (XV<sup>e</sup>)

marine marchande; Neveu, assistant d'hygiène et chef du laboratoire des épidémies à la préfecture de police; Navarre, sous-directeur de l'Institut d'hygiène et professeur à l'Ecole de médecine de Caen, et André Villejean, de l'Office international d'hygiène publique, auditeur au Conseil supérieur d'hygiène publique de France.

Le cours durera du 20 mai au 5 juin. Il comprendra des leçons qui auront lieu chaque jour, de 16 h. 30 à 18 h., et un cours spécial de bactériologie avec travaux pratiques, de 9 h. à midi.

Peuvent s'inscrire à ce cours :

1° Les docteurs et étudiants en médecine, à scolarité terminée, Français, et du sexe masculin;

2 Les docteurs et étudiants en médecine, de nationalité étrangère, qui s'intéressent aux questions d'hygiène maritime et de prophylaxie internationale et qui pourront recevoir un certificat d'assiduité.

Les inscriptions sont reçues au secrétariat (guichet n° 4), les lundi, mercredi et vendredi, de 14 à 16 h., et salle Bécclard, de 9 à 11 h. et de 14 à 16 h., sauf samedi après-midi.

Le droit à verser est de 200 fr.

Pour tous renseignements, s'adresser au Laboratoire d'hygiène.

#### BANQUET DU SYNDICAT DES MÉDECINS DE LA SEINE. —

Le quinzième banquet annuel du Syndicat des Médecins de la Seine aura lieu *Samedi 25 mai 1935* à 19 h. 30, au Centre Marcelin-Berthelot, 28 bis, rue Saint-Dominique, sous la présidence de M. le docteur Jayle, ancien Secrétaire général et Président du Syndicat des Médecins de la Seine.

Un bal suivra le banquet à partir de 22 h. 30 jusqu'au matin. Les parents et amis des membres du S.M.S. y sont cordialement invités ainsi que les étudiants en médecine, civils et militaires (internes des hôpitaux et médecins stagiaires du Val-de-Grâce).

Pour les cartes d'invitation au bal et tous renseignements s'adresser au siège du Syndicat des Médecins de la Seine, 28, rue Serpente.

**NÉCROLOGIE.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Charles Laurent, professeur à l'Ecole de médecine de Reims, pharmacien en chef des hospices; Louis Descubes, conseiller général, maire de Saint-Laurent-sur-Gorre (Haute-Vienne), ancien député; Joseph Le Roux (de Tréguier); Dupont (d'Yzernay).

**Revue de Cosmobiologie.** — La Revue internationale de Cosmobiologie, consacrée à l'étude des sciences anciennes et modernes concernant les relations de l'univers et de la vie, vient de faire paraître son premier livre; il est présenté par M. Laignel-Lavastine, professeur d'Histoire de la Médecine à la Faculté de Paris, et voici le sommaire :

Mémoires et travaux originaux : *Le Système solaire*, par A. Schaumasse, astronome de l'Université de Paris à l'Observatoire de Nice; — *Les Climats au xx<sup>e</sup> siècle : leurs effets biologiques, pathologiques et thérapeutiques*, par M. Piéry, professeur à la Faculté de médecine de Lyon; — *Les Radiations telluriques et leur action sur les êtres vivants*, par J. Regnault (Toulon), ancien professeur à l'Ecole de Médecine navale; — *L'Action des Radiations sur les Cellules végétales*, par G. Lakhovsky (Paris), ingénieur; — *L'Humanité rétrograde-t-elle ?* par M. Faure (Nice), de l'Académie de Médecine de Gênes; — *Prévisions et Conjectures*, par G.-L. Brahy (Bruxelles), de la Société belge d'Astronomie et de Physique du globe; — *Etude psychologique du Maréchal Foch*, basée sur l'examen de l'écriture, par A. de Monter-

jaud (Genève), docteur en Philosophie; — *Les tendances actuelles en Radiophonie : ce que sera le prochain poste récepteur*, par O. Loras (Nice), ingénieur; — *Les transformations de l'Energie*, par G. Caux (Nice), ingénieur. — Bibliographie : *Action biologique des Rayons solaires*, par A. Lumière (Lyon), de l'Académie des Sciences de Paris. — Analyses : *Dix Leçons d'astronomie*, par E. Esclangon, de l'Académie des Sciences, Directeur de l'Observatoire de Paris; — *Le Culte solaire dans l'antiquité*, par G. Guiart, professeur à la Faculté de Médecine de Lyon; — *Traité de Climatologie biologique et médicale*, publié sous la direction du professeur Piéry (avec 150 collaborateurs).

Un Supplément illustré est consacré à la mémoire de P. CURIE, de l'Académie des Sciences, et de Mme CURIE, professeur à la Faculté des Sciences (Paris); de Paul BLUM, créateur de la chaire de Climatologie et d'Hydrologie à la Faculté de Strasbourg; d'Albert NODON, président et fondateur de la Société astronomique de Bordeaux.

La Revue paraît trimestriellement en plusieurs langues, avec quatre livres par an; le prix de l'abonnement est de 35 fr. pour la France et ses Colonies; de 40 fr. pour les autres nations. — Le prix de l'abonnement aux Suppléments est de 10 fr. par an pour toutes les nations.

Ecrire à *Cosmobiologie*, 24, rue Verdi, à Nice (France), pour les abonnements et les demandes de renseignements.

**Lutte méthodique contre le Rhumatisme.** — La Ligue internationale contre le Rhumatisme tiendra son 5<sup>e</sup> Congrès international en septembre 1936, à Lund (Suède). Ont été nommés : Président, le professeur docteur S. Ingvar, professeur à l'Université de Lund; secrétaire, professeur docteur G. Kahlmeter, de Stockholm.

Pour renseignements détaillés, s'adresser au Secrétaire de la Ligue internationale contre le Rhumatisme, docteur J. van Breemen, Keizersgracht 489-491, Amsterdam.

#### RENSEIGNEMENTS

LUXEMBOURG AUTO-ÉCOLE,

15, rue Gay-Lussac, Paris (V<sup>e</sup>).

Tél. : Odéon 25-57. Forfait depuis 60 fr.

Permis en 48 heures.

ANÉMIES  
DYSPEPSIES  
ANTITOXIQUE



DOSE: 4 à 6  
TABLETTES  
PAR JOUR

BIOXYDE DE MANGANESE COLLOÏDAL - SELS MAGNÉSIENS  
Laboratoire SCHMIT, 71 Rue Sainte-Anne, PARIS. 2<sup>e</sup>

**Iodarsenic de GUIRAUD**  
(Contient Faldopiline)  
TOUS ÉTATS SANGUINAIRES - LYMPHATISME - MALADIES CUTANÉES  
Literature et Echantillons: 10, Impasse Milford, Paris (18<sup>e</sup>)

Extrait hépatique  
de Morue irradié.

**MORUBIASE**  
PILULES ET GRANULES

Rachitisme,  
Lymphatisme.

Néuralgies  
Névrites

**BROMÉINE MONTAGU**

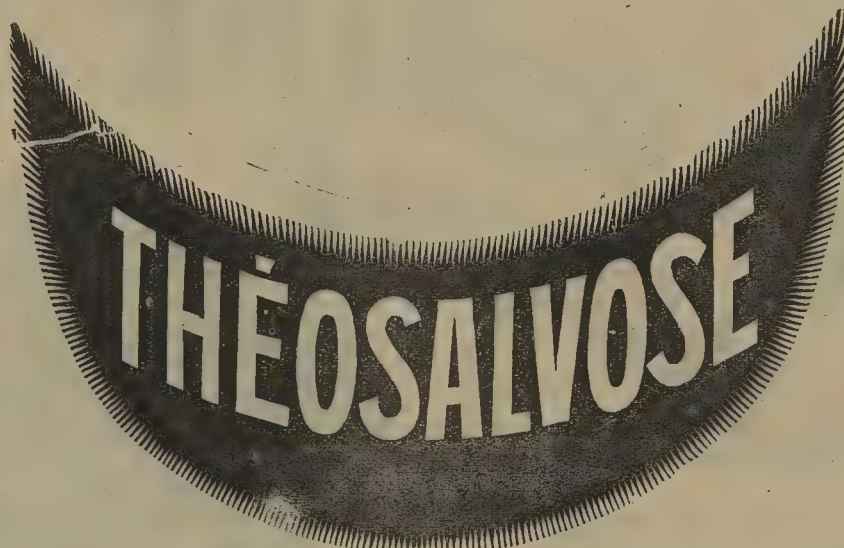


# DIURÉTIQUE { D'UN POUVOIR REMARQUABLE D'UNE FIDÉLITÉ CONSTANTE

Pure  
Digitalique  
Strophantique  
Sparléinée  
Scillitique  
Barbiturique

Phosphatée  
Lithinée  
Caféinée

Ne se délivrent  
qu'en cachets



Cachets dosés

0 gramme 25

et à

0 gramme 50

de Théosalvose

DOSE MOYENNE :

1 à 2 grammes

par jour.

## THÉOBROMINE FRANÇAISE garantie chimiquement pure

Artériosclérose — Affections cardiaques et rénales — Albuminuries — Intoxications  
Urémie — Urlicémie — Goutte — Rhumatismes — Hydropisie — Maladies infectieuses

Laboratoires André GUILLAUMIN

PARIS — 13, rue du Cherche-Midi, 13 — PARIS

R. G., 2,162, Seine.

## Traitement du Parasitisme intestinal par les Pyréthrine (du Pyrèthre)

{ C. R. Acad. Sciences, p. 1847, 1923  
C. R. Acad. Médecine, 24-4 1928  
C. R. Soc. Thérapeutique, 9-5 1928

# CHRYSEMINE

Pyréthrine Carteret

AUCUNE TOXICITÉ

SANS CONTRE-INDICATION

PERLES

GOUTTES

ASCARIS, OXYURES ET TOUTS HELMINTHES OU PROTOZOAIRES = cent cinquante gouttes ou trois perles glutinisées par jour.

TRICHOCEPHALES ET TÆNIAS = trois cents gouttes ou douze perles glutinisées par jour.

Pour les enfants, abaisser ses doses suivant l'âge en commençant par cinquante gouttes.

Echantillons et Littérature : LABORATOIRES CARTERET, 15, rue d'Argenteuil, PARIS.

# SPARTÉINE HOUDÉ

## FICHE

### DE THÉRAPEUTIQUE PRATIQUE

*Sulfate de Spartéine :  $C_{15} H_{26} N_2 \cdot SO_4 H_2 + 5H_2 O$ , sel cristallisé, chimiquement pur, préparé à partir de la Spartéine du genêt (*Sarothamnus scoparius*).*

*Action cardiaque démontrée par de nombreux essais physiologiques.*

### PHARMACODYNAMIE

la **Spartéine** : a) soustrait le cœur à toute action nerveuse extrinsèque (1) ;

b) supprime les extrasystoles physiologiques et pathologiques (2) ;

c) exerce une action cardio-tonique marquée (3).

### INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES

1° **Régulateur du cœur** : arythmies, palpitations, névroses cardiaques, etc.

2° **Cardio-tonique** : maladies infectieuses, hyposystolie, asystolie.

Très peu toxique, très maniable, ne s'accumulant pas, la **Spartéine** est le **meilleur tonique cardiaque d'entretien**.

**DOSES** : 0 gr. 10 à 0 gr. 25 et même 0 gr. 40 *pro die* sous forme de **Granules de Spartéine HOUDÉ**, titrés à 0 gr. 02 de sulfate de spartéine par granule.

(1) F. MERCIER et L. J. MERCIER *C. R. Soc. Biol.*, 93 (1925), 339 et 1468.

(2) DELAS et SOULA. *Arch. Int. Physiol.*, 25 (1925), 1.

(3) R. ROGER. *Thèse. Doct. Médecine. Toulouse* (1927)



VENTE EN GROS

**Laboratoires HOUDÉ, 9, rue Dieu, PARIS**



## REVUE GENERALE

## LA PONCTION SOUS-OCCIPITALE

Son importance en syphiligraphie. Son innocuité.  
Sa facilité technique.

PAR MM.

R. LE BARON,  
Assistant de l'hôpital  
Saint-Louis.

et

MAX FOURESTIER,  
Interne des hôpitaux  
de Paris.

Ces derniers mois, de nombreuses publications ont attiré l'attention sur les avantages que l'on peut retirer, en clinique, de la ponction sous-occipitale. Sa facilité et son innocuité paraissent péremptoirement démontrées. Nous voudrions, dans ces quelques pages, faire un exposé succinct de cette méthode d'examen. Nous n'envisagerons pas d'ailleurs cette question dans son ensemble. Après quelques notions générales d'histoire et d'anatomie nous insisterons surtout sur les raisons qui peuvent la faire considérer comme un mode d'examen devant entrer dans la pratique courante et son très gros intérêt en syphiligraphie, à cause de la facilité avec laquelle les malades l'acceptent, permettant ainsi un examen méthodique et répété de leur liquide céphalo-rachidien.

**Historique.** — Entrevue par Quincke, le créateur de la ponction lombaire, la possibilité d'atteindre la grande citerne au confluent cérébello-médullaire, fut réalisée pour la première fois d'abord sur le cadavre, puis à titre thérapeutique, pour drainer une méningite purulente cloisonnée par Westenhoffer en 1905. Auparavant en expérimentant, chez l'animal, Deucher (1892) et Druif (1896), s'étaient servis plusieurs fois de l'incision de la membrane occipito-atloïdienne.

Murphy (1907), Payr (1911), Cushing, Hayens drainèrent à ce niveau, assez fréquemment des méningites purulentes, mais c'étaient là des interventions plus chirurgicales qu'actes purement médicaux et il faut reconnaître que c'est Obrégia, médecin français, qui dès 1908 envisagea et pratiqua la rachicentèse sous-occipitale » (ainsi la dénommait-il) à titre de thérapeutique purement médicale comme de diagnostic. Déjà il signalait qu'elle était mieux supportée que la ponction lombaire.

Néanmoins, ce sont les médecins de l'Amérique du Nord (Wegeforth, Ayer, Essik) qui passent pour les instigateurs de la méthode.

Quoi qu'il en soit, en 1919, ils la vulgarisèrent. En Allemagne, après Eskuchen (1921), Hoffmann et Mannesheimer en rendirent la pratique courante.

En France Ravaut, dès 1915, l'utilisa dans un cas de méningite purulente ; mais ce furent surtout Sicard, Forestier et Laplane qui mirent au point la méthode, surtout pour l'exploration au lipiodol.

En Amérique du Sud, de même, la ponction sous-occipitale a été grandement utilisée : W. Pires et Mariano-Castex ont mis au point des modalités techniques.

(Travail du service de M. le docteur Weissenbach, médecin de l'hôpital Saint-Louis.)

Enfin, tout récemment, soit dans des thèses (Gaston Lévy, Strasbourg, 1929), soit dans des publications (Ravaut, Richon, Bocage, La Vie Médicale, 1933), Plichet (La Revue Médicale 1934), soit à la Société Médicale des Hôpitaux (Basch, 1934, Touraine), on a préconisé l'extension de cette méthode en insistant sur sa facilité, son innocuité et les nombreux avantages qu'on peut en attendre.

**Anatomie.** — Nous serons brefs, ne voulant insister que sur certaines particularités anatomiques permettant d'expliquer quelques détails de technique, des incidents possibles au cours de la ponction et enfin la certitude de l'innocuité de cette épreuve, malgré la proximité du bulbe qui, jusqu'ici, a rendu pour les médecins cette manœuvre impressionnante.

Ayant la forme d'un demi-cône tronqué, à base supérieure, à face plane antérieure, l'espace sous-arachnoïdien du confluent cérébello-médullaire ou grande citerne, s'étend, *en arrière*, du rebord postérieur du trou occipital à l'apophyse épineuse de l'axis ; *en avant* c'est la face postérieure de l'axe nerveux bulbo-médullaire ; *en haut*, la face inférieure des amygdalles cérébelleuses, unies sur la ligne médiane : dans ce cas, cette face est alors plane ; ou bien les amygdalles cérébelleuses sont séparées par le vermis médian : dans ce dernier cas, la grande citerne prend une forme pyramidale quadrangulaire.

Voici, d'après Mariano Castex, quelles en sont les dimensions moyennes :

- Diamètre transversal : 28 mm. 5 ;
- Hauteur : 3 cm. 3 ;
- Diamètre antéro-postérieur : dure-mère-axe nerveux, par :

- a) Le trou occipital, 15 mm. 5 ;
- b) Espace occipito-atloïdien, 12 mm. 2 ;
- c) Bord supérieur de l'atlas, 10 mm. 5 ;
- d) Face antérieure de l'atlas, 6 mm. 7 ;
- e) Bord supérieur de l'axis, 2 mm. 7.

En résumé, il faut savoir que :

1° La limite de la moelle et du bulbe (plan horizontal idéal passant immédiatement au-dessous de la dé-cussation des pyramides et au-dessus de l'émergence de la première paire rachidienne) rase le bord supérieur de l'arc postérieur de l'atlas ;

2° Mais les centres vitaux se trouvent sur un plan horizontal situé à 10 mm. au moins au-dessus de celui qui passe par le rebord postérieur du trou occipital et à 19 mm. du point où la dure-mère est perforée par l'aiguille. Donc, dans une ponction correctement faite dans l'espace occipito-atloïdien, on peut piquer tout au plus l'extrémité inférieure du bulbe, qui n'est pas plus dangereux à cet endroit que la moelle. Exagérément poussée, l'aiguille rencontrerait la partie inférieure de l'entrecroisement sensitif, l'épendyme, l'entrecroisement pyramidal, et à ce niveau plus de 12 mm. séparent la dure-mère de l'axe nerveux.

— Plus superficiellement, dans le sillon médian postérieur bulbaire et médullaire court la petite veine médiane postérieure, sans importance.

— Latéralement sortent les racines postérieures des

2 premières paires cervicales avec la racine rachidienne du spinal, qu'accompagne la petite artère spinale postérieure issue de la vertébrale ;

— Plus haut, au-dessus du trou occipital, sous le vermis, après avoir contourné la face latérale du bulbe, glisse la petite artère cérébelleuse inférieure et postérieure qui anormalement flexueuse peut descendre à l'extrémité supérieure de la grande citerne.

Un point encore, intéressant à signaler : A la face postérieure de la citerne, « face d'abord », exactement sur la ligne médiane, il y a fusion intime de la dure-mère et de la membrane occipito-atloïdienne : donc pas d'espace épidual à ce niveau. De même, pas de veines épidurales. Celles-ci n'existent que latéralement, quand apparaît l'espace épidual, lorsque l'accolement cesse, de la dure-mère avec la membrane occipito-atloïdienne. La dure-mère unie à la membrane, c'est une épaisseur de 4 à 5 mm. que l'aiguille doit traverser ; c'est une résistance que l'on sent nettement ; à ce niveau la dure-mère est composée principalement de fibres élastiques contrairement à ce qui se passe à la région lombaire où dominent les fibres collagènes. La vertébrale venue du trou transversaire de l'atlas, perfore la membrane occipito-atloïdienne très en dehors de la ligne médiane : un trajet anormal ou des flexuosités exagérées permettent seuls sa blesure.

**Technique.** — On peut se servir d'une aiguille à ponction lombaire à biseau court de diamètre 10/10 ; ou mieux, des aiguilles d'un diamètre de 8/10 de 8 à 9 cm. de longueur ; mais il faut qu'elles soient munies d'un mandrin ne remplissant pas exactement la lumière de l'aiguille, affleurant exactement à l'orifice et permettant au liquide de sourdre dès que l'aiguille atteint la cavité sous-arachnoïdienne. Point n'est besoin de préparation pour le malade, point de nécessité pour lui de se présenter à jeun.

Mais surtout importe la position à donner au sujet. Jusqu'ici les auteurs s'étaient peu occupés de cette question, ayant eu rarement en vue l'intérêt diagnostique de la ponction sous-occipitale : l'attitude du malade était commandée par la recherche à effectuer ou l'action thérapeutique cherchée (situation assise dans le lipiodol-diagnostic, latérale-couchée dans les méningites purulentes). En effet en position assise, normalement le liquide ne coule pas après ponction ; la pression du liquide céphalo-rachidien étant égale ou même, le plus souvent, inférieure à zéro. Ravaut a imaginé plusieurs attitudes, maintenant classiques, satisfaisant à plusieurs conditions :

a) Il faut que le malade ait la tête plus bas que le tronc ;

b) Tête et colonne cervicale doivent être strictement maintenues dans le plan sagittal médian du corps, sans inflexion latérale ni rotation ;

c) Le cou doit être fléchi en avant, le menton se rapprochant du manubrium sternal. Ces positions sont :

1° *Décubitus latéral*, sur plan incliné, en chien de fusil, la tête reposant sur un coussin de hauteur réglable afin de bien maintenir la tête dans le plan de la

colonne cervico-dorsale et en exacte rectitude frontale. Cette position est très agréable pour le patient, mais le médecin trouve moins bien les repères.

2° *Attitude de la préculbute*. Le patient est à genoux sur la table, se penche en avant, posant à plat ses avant-bras demi-fléchis, les coudes en arrière, les mains en avant, empaumant les bords de la table, puis fléchissant la tête entre les épaules, il appuie le sommet de son crâne sur la table, comme s'il voulait amorcer une culbute. Avantages : grande visibilité des repères, facilités techniques ; le liquide coule avec pression (trop parfois). Mais, comme dit Basch, elle donne l'impression d'un équilibre instable, pour peu que la table soit haute et étroite, aussi donne-t-il sa préférence, et nous avec lui, à la position à plat ventre, tête pendante.

3° *Position à plat ventre, tête pendante*. Le malade se couche à plat ventre, les épaules dépassant l'extrémité de la table, les mains prenant un point d'appui quelconque sur les pieds du meuble ; la tête qui pend dans le vide doit être fortement fléchie. Il sera pratiquement très rare d'être obligé d'incliner la table pour faciliter l'écoulement. Par contre, il est quasi nécessaire, pour donner au malade l'impression qu'il est maintenu, et obtenir ainsi une immobilité parfaite, de caler sa tête en l'amenant en contact avec le siège d'un tabouret à vis réglable. Il nous paraît plus simple et préférable de faire reposer la tête du sujet sur un des genoux de l'opérateur, solidarissant ainsi patient et médecin : le malade s'installe sans difficulté et se sent en parfaite sécurité ; seule la face se congestionne légèrement ; ce phénomène est quasi constant mais gêne vraiment peu.

4° Touraine est resté fidèle à la position assise, qui nécessite l'aspiration. Tout récemment il a proposé un moyen ingénieux permettant de se passer de seringue, en aspirant avec la bouche au moyen d'un tube de caoutchouc, dont le milieu est interrompu par un récipient en verre assez grand pour recueillir la quantité de liquide céphalo-rachidien demandé.

**Technique proprement dite de la ponction sous-occipitale.** — A peu près tous les auteurs choisissent comme point d'entrée, le milieu de la distance qui sépare la tubérosité occipitale externe de l'apophyse épineuse de l'axis.

Ayer pique immédiatement au-dessus de l'apophyse épineuse de l'axis.

Touraine à 13 ou 15 mm. du rebord inférieur de la protubérance occipitale.

Mariano-Castex pique à l'intersection d'une ligne réunissant en arrière les deux pointes des apophyses mastoïdes et la ligne médiane ; d'après lui, quel que soit le cas anatomique et la situation de la tête, elle correspond à l'espace occipito-atloïdien. Il pique avec une aiguille dont un curseur limite la course. La place de celui-ci est préalablement établie d'après un calcul mathématique reposant sur les considérations suivantes : la distance de la peau à la dure-mère est égale à la distance (mesurée au moyen d'une équerre), de la peau à la pointe de la mastoïde, diminuée de 2 cm. chez l'homme, de 1 cm. 7 chez la femme. Quoi qu'il en soit des bases anatomiques de ce calcul, et sans nier



l'intérêt et l'ingéniosité de ce procédé, nous pensons avec Basch qu'on peut s'en passer facilement et agir plus simplement.

Rarement il sera nécessaire de couper ou de raser les cheveux au niveau de la nuque. Le malade étant allongé et la tête en flexion, on cherche la protubérance occipitale externe et l'apophyse épineuse de l'axis, que l'on trouve en général facilement ; on pique au milieu de la ligne qui unit ces deux points, qui correspond le plus souvent au milieu et au plus profond de la fossette de la nuque. On pique exactement sur la ligne médiane, à peu près perpendiculairement. Certains vont d'abord à la recherche du contact osseux du rebord occipital pour, dans un deuxième temps, redresser l'aiguille et raser le bord inférieur du trou occipital. Cela nous paraît inutile car ces manœuvres risquent de faire perdre l'orientation, de faire pénétrer dans la lumière de l'aiguille un fragment de périoste ou de l'épointer ; plus fréquemment dans ces cas les premières gouttes sont sanglantes, troublant l'examen cytologique du liquide ; enfin bien souvent les malades accusent des douleurs. L'aiguille est introduite donc lentement ; on sent bientôt une légère résistance : c'est la membrane occipito-atloïdienne. Progressivement on continue d'enfoncer l'aiguille et on voit bientôt sourdre en gouttes le liquide céphalo-rachidien. On enlève le mandrin, ce qui permet un écoulement plus rapide ; parfois bien que l'on ait senti et traversé la résistance de la membrane occipito-atloïdienne, rien ne coule ; on tourne l'aiguille, on mobilise le mandrin et le liquide apparaît. La ponction faite, on retire rapidement l'aiguille et le patient relève lentement la tête, s'assied ; l'état légèrement congestif de la face disparaît et le malade peut reprendre presque instantanément ses occupations sans le moindre inconvénient.

**Incidents rencontrés au cours de la ponction sous-occipitale.** — 1° On peut éprouver une certaine difficulté à la traversée de la peau en cas de cicatrice d'anthrax. Il y a parfois même impossibilité absolue de piquer à ce niveau ;

2° Si on se trouve en présence d'un sujet à cou gros et court, on peut sentir difficilement les repères (tubérosité occipitale externe, apophyse épineuse de l'axis). Dans ce cas, on réussira la ponction en piquant exactement sur le milieu d'une ligne réunissant en arrière les deux apophyses mastoïdes ; de même qu'au cours de certaines ponctions lombaires, on se sert comme points de repère des deux crêtes iliaques, dans l'impossibilité où on se trouve chez certains sujets de sentir les apophyses épineuses des vertèbres lombaires ;

3° Quelques gouttes de sang peuvent parfois venir teinter les tubes (le plus souvent cette minime hémorragie ne se manifeste que dans le premier, s'arrêtant spontanément). Il suffit d'enfoncer légèrement l'aiguille. Il semble qu'elle survienne quand l'aiguille n'est pas enfoncée exactement suivant l'axe médian ou bien si le malade a la tête en légère rotation ;

4° Le sujet peut accuser une sensation de secousse électrique, de douleur en éclair, dans un membre, à

la nuque, etc..., vraisemblablement par piquure de la moelle ou de l'extrémité inférieure du bulbe.

Ces petits incidents ne paraissent survenir qu'au début de l'expérience des opérateurs ; tous sont d'accord pour leur reconnaître un défaut de technique. Il semble qu'on les évitera en prenant les précautions suivantes :

a) On fera pénétrer doucement et graduellement l'aiguille, avec arrêt après la traversée du ligament occipito-atloïdien ; b) On ne doit pas exagérer la direction de l'aiguille vers le haut et en avant (dans la position choisie ici, c'est-à-dire : à plat-ventre, tête pendante). Dans ce cas on rase le bord supérieur de l'atlas et comme la direction de l'aiguille est oblique, on atteint la grande citerne à la hauteur de la face antérieure de l'arc postérieur de l'atlas ; or à ce niveau (reportons-nous aux chiffres donnés plus haut) le diamètre antéro-postérieur de la citerne est la moitié de celui trouvé au niveau de l'espace atloïdo-occipital : 6 mm. 7 au lieu de 12 mm. 2 ; c) Enfin il ne faut pas exagérer la flexion du cou de façon à rapprocher au maximum le menton du sternum : ce qui permet un plus grand bâillement entre atlas et bord postérieur de l'occipital, et facilite l'écoulement du liquide. Mais, dans ce cas, l'axe nerveux bulbo-médullaire se rapproche de la face d'abord de la grande citerne, diminuant d'autant son diamètre antéro-postérieur. En résumé, tête inclinée et non en hyperflexion !

5° Parfois le liquide s'écoule trop lentement à gouttes très rares. L'intervention est plus longue, le malade se cyanose, ce qui impressionne surtout les débutants. Bien souvent quelques mouvements de rotation de l'aiguille ou la mobilisation du mandrin activeront l'écoulement. Il faut néanmoins toujours avoir à portée de main une seringue à embout bien ajusté. On aspire. L'opération est beaucoup moins longue et bien souvent une simple aspiration amorce l'écoulement ;

6° Les accidents persistants et tardifs, tels que : douleurs localisées, céphalée, fourmillements dans un membre, sont exceptionnels. Ils n'ont en tout cas jamais les mêmes caractères que ceux pouvant survenir après la ponction lombaire, même la plus irréprochablement faite : tels ces maux de tête violents à prédominance orthostatiques avec troubles digestifs réflexes, vertiges, qu'on a voulu mettre sur le compte d'une hypotension intra-cranienne par persistance de l'écoulement au niveau de l'espace épidual. Quoi qu'il en soit de cette pathogénie, constatons deux choses :

— Si la ponction sous-occipitale est faite exactement sur la ligne médiane, théoriquement elle ne doit pas rencontrer d'espace épidual ;

— A ce niveau, la dure-mère est très riche en fibres élastiques, ce qui favorise peut-être une plus sûre et plus prompte réparation de l'orifice de ponction.

**Comment interpréter l'examen du liquide céphalo-rachidien recueilli à ce niveau ?** — Y aurait-il une différence au point de vue physique, chimique et biolo-

gique entre le liquide prélevé au niveau de la grande citerne et celui du cul-de-sac rachidien ? Telle est la question que l'on trouve exprimée dans les plus récents travaux parus sur ce sujet.

L'étude comparative du liquide céphalo-rachidien aux différents étages a été faite par Cestan et Rieser en France, par Ayer et Salomon en Amérique.

Normalement, on ne trouverait pas de cellules dans les ventricules, 0,2 au niveau de la grande citerne, 2 à 4 dans le liquide lombaire (Weigl, cité par Plichet, *Presse Médicale*).

Barlowatz a récemment étudié cette question. Voici ses conclusions.

a) Différence dans la teneur en leucocytes, entre le premier et le dernier centimètre cube de la ponction, aussi bien au niveau de la colonne lombaire que dans la région sous-occipitale (différence nettement moins marquée dans ce dernier cas) ;

b) Différence dans la teneur en leucocytes entre le liquide de la ponction lombaire et celui de la ponction sous-occipitale, les deux ponctions étant faites en même temps. Les écarts extrêmes constatés sont, d'après lui, comme 12 à 1, d'une part, et comme 1 à 2, d'autre part.

En général, le liquide occipital est plus pauvre en cellules. Il faut savoir que ces recherches sur les variations de la numération cellulaire de la région occipitale à la région lombaire ont été faites chez des malades ayant de fortes lymphocytoses, chez des méningitiques patents ; on conçoit facilement dans ces cas la non-uniformité de la répartition cellulaire ; elle n'est d'ailleurs d'aucune valeur clinique.

Dans la pratique courante des dispensaires antisyphilitiques, où a été surtout envisagé l'appoint précieux donné par cette méthode d'examen, les différences cytologiques paraissent minimales entre les résultats fournis par les deux ponctions.

Pratiquement, beaucoup continuent à leur attribuer la même valeur et à interpréter pareillement les chiffres des numérations cellulaires recueillies à ces deux étages.

c) De la ponction lombaire à la ponction sous-occipitale, on noterait encore des différences, dans la teneur des albumines : dans les limites extrêmes de 2 à 1, d'une part, de 0,8 à 1, d'autre part. En général, le liquide sous-occipital contient moins d'albumine, donc cellules et albumine prédomineraient à l'étage inférieur.

Le sucre, par contre, serait augmenté aux étages supérieurs ?

Les réactions biologiques de déviation et de floculation seraient plus intenses en bas qu'en haut (?).

Toutes ces observations demandent encore des confirmations supplémentaires ; on y relève encore trop de cas contradictoires. Néanmoins, surtout pour la cytologie, on se montrera plus sévère dans l'appréciation d'une réaction légère.

#### Contre-indications de la ponction sous-occipitale. —

1° *Les tumeurs cérébrales* (et en général tout soupçon de compression intra-cranienne) qui, outre la décompression brusque, pourraient déplacer les vaisseaux, au-devant de l'aiguille, voire même les centres ner-

veux (engagement dans le trou occipital des olives cérébelleuses) ;

2° *L'âge avancé des sujets*, car chez les artérioscléreux, les hypertendus, les flexuosités anormales des vaisseaux et leur fragilité peuvent être causes d'une hémorragie grave.

Enfin on s'en abstiendra chez les hémophiles.

Evidemment on a rapporté des cas de morts au cours de la ponction sous-occipitale et bien souvent dans les cas que nous venons de citer comme contre-indications. Mais le pourcentage en paraît infime. On trouve facilement des statistiques de 2.000 (Ayer), 1.500 (Hoffmann) sans accidents sérieux. Par ailleurs la ponction lombaire elle-même n'est pas toujours inoffensive : c'est ainsi que Schonbeck dit avoir relevé dans la littérature médicale, 71 cas de morts imputables à cette opération jusqu'en 1915, et Reichman (1918) croit que l'on n'a publié que le dixième des accidents mortels dus à la rachicentèse.

**Avantages de la ponction sous-occipitale.** — Certes les diverses indications de la ponction cisternale sont connues de tous. Nous ne voulons aborder ici qu'un point très limité de cette question : l'intérêt pratique de la ponction sous-occipitale dans la clinique de tous les jours, son innocuité et sa particulière commodité pour le prélèvement immédiat et, pourrait-on dire, ambulatoire du liquide céphalo-rachidien. Nous ne pouvons mieux faire que reproduire les conclusions récentes de Basch à la Société Médicale des Hôpitaux.

La ponction lombaire jouit auprès des malades d'une mauvaise réputation solidement établie. Si on est arrivé à convaincre un sujet de la nécessité de cet examen, bien souvent son entourage l'en dissuade. Par ailleurs quelles complications suscite-t-elle dans la marche d'un dispensaire de syphiligraphie : recommander au malade de venir à jeun, prendre rendez-vous, prévoir un lit pour le repos, les 2 à 3 heures qui suivent la ponction, d'où impossibilité d'en faire plusieurs dans la matinée ; avertit-on les malades de la possibilité de quelques troubles secondaires ? On est sûr pratiquement de ne pas retrouver son patient au rendez-vous ! Car à la peur bien compréhensible que suscite pareille annonce se greffent des raisons sociales : crainte de perdre une situation, désir de tenir cachée une affection que l'on soigne clandestinement.

Parfois, le souvenir d'une ponction antérieure est trop présent à la mémoire du malade pour qu'il veuille bien consentir à une nouvelle expérience et ce, malgré les exhortations les plus vives ; et nous ne comptons pas les cas où toute ponction lombaire s'avère impossible par suite d'une malformation de la région (cypho-scoliose). En salle, à l'hôpital, la vue du malade allongé sur le ventre pendant des heures sans bouger, fait croire aux voisins à la gravité d'une véritable « opération » qu'entoure déjà une si mauvaise réputation ; alors que la vue du camarade circulant 2 minutes après la ponction sous-occipitale produit dans la salle un effet extraordinaire et ravale cet acte au rang de celui d'une simple piqure intra-veineuse. D'ailleurs, les résultats sont là. Au dispensaire de M. Weissenbach, à l'Hôpital Broca, de janvier 1933



à juillet de la même année, nous comptons 6 ponctions lombaires et encore après quelles difficultés, après quelles explications et exhortations ! Durant les 6 derniers mois, 70 ponctions sous-occipitales ! et plusieurs malades se sont spontanément déclarés prêts à subir une nouvelle ponction quand nous le jugeons utile. Ainsi, comme le dit Ravaut, « pourrions-nous plus souvent dépister la syphilis nerveuse dès son apparition pendant sa période latente, inapparente, suivre son évolution, vérifier les résultats du traitement et ponctionner couramment nos malades alors qu'auparavant nous n'osions le faire qu'exceptionnellement ».

## BIBLIOGRAPHIE

- AYER. Ponction de la grande citerne, *Arch. de Psych. et de Neurol.*, Chicago, t. IV, 1920.
- PICARD, PARAF et LAPLANE. La ponction occipito-atloïdienne et cervicale, *Presse Méd.*, oct. 1923.
- LAPLANE. Le radiodiagnostic des affections intrarachidiennes, *Th. de Paris*, 1924.
- MANNESHEINER. Technique et indication de la ponction sous-occipitale, *Revue des progrès thérapeutiques*, n° 2, févr. 1930.
- GASTON LEVY. La ponction sous-occipitale, *Th. de Strasbourg*, 1929 ; *Nouvelles thérapeutiques*, janv. 1932.
- TEISSIER et CHAVANY. Considérations sur le traitement actuel de la méningite cérébro-spinale, *Presse Méd.*, 1<sup>er</sup> oct. 1932.
- LÉON MICHAUX. Revue générale sur la ponction sous-occipitale, *Revue franç. de Dermat. et de Neurol.*, mai 1931.
- CLÉMENT SIMON. *Lettre à un médecin praticien sur la neurologie et la dermatologie*, Paris, 1932.
- RAVAUT, BOCAGE et RICHON. La sous-occipitale en syphiligraphie, *Vie méd.*, janv. 1932, n° 2.
- BARLOVATZ. Composition du liquide céphalo-rachidien au niveau du trou sous-occipital et au niveau des crêtes iliaques, *Presse Méd.*, 18 oct. 1933.
- PLICHET. Mouvement médical. La ponction sous-occipitale, *Presse Méd.*, 10 févr. 1934.
- MARIANO CASTEX et ONTANEDA. La ponction cisternale. Collection la Pratique Médicale illustrée, Doin, éditeur, 1934.
- TOURNAINE. La ponction sous-occipitale, *Soc. de Dermatol. et Syphil.*, 11 janv. 1934.
- G. BASCH. Intérêt pratique de la ponction sous-occipitale, *Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 19 janv. 1934.
- TOURNAINE. La ponction sous-occipitale haute, *Presse Méd.*, 30 mai 1934.
- M. PINARD et PERRIER. La ponction lombaire ou la ponction sous-occipitale, *Bull. et Mém. Soc. méd. hôp.*, Paris, 25 juin 1934, p. 984.
- DRAGANESCO et BERCON. Troubles graves et passagers consécutifs à une ponction sous-occipitale, *Bull. et mém. de la Soc. méd. hôp.*, Bucarest, oct. 1933, p. 160.

Le dualisme de la contraction cardiaque (Recherches expérimentales du laboratoire de thérapeutique de Liège, par F. HENRIJEAN. Grand in-8° de 347 pages avec 97 figures dans le texte. — Prix : 50 fr. Paris, Masson et Cie.

Des anémies au cours de la grossesse, par A. BRINDEAU et Th. THÉODORIDÈS. Un volume in-8° raisin, 230 pages avec 18 figures, 5 planches hors texte et 2 graphiques. — Prix : 45 fr. — Paris, Vigot frères.

Scléroses et réactions tissulaires, par Marcel PLANCHU. — Imprimerie A. Rey, à Lyon. Grand in-8° de 272 pages avec 53 figures. (Thèse.)

## SOCIÉTÉS SAVANTES

## ACADEMIE DE MEDECINE

(SÉANCE DU 16 AVRIL 1935)

**Eloge.** — M. CROUZON lit une notice nécrologique sur M. Jeanselme, membre titulaire, décédé.

**Rapport.** — M. SIREDEY donne lecture du rapport sur les travaux des stagiaires de l'Académie aux Eaux minérales.

**Elimination et localisation des molybdates de sodium et d'ammonium chez le chien.** — M. DESGREZ présente une note de MM. CAUJOLLE et P. ROCHE, disant que les molybdates d'ammonium et de sodium administrés au chien par voie intraveineuse, s'éliminent par l'urine et les fèces (bile, salive) ; le molybdène se localise électivement au niveau des émonctoires : rein, foie. Les molybdates de  $\text{NH}_4$  et Na même à doses relativement élevées ne déterminent pas d'accidents immédiatement mortels.

**La mortalité en France.** — M. ROUBAKINE répond à MM. Rist et Charles Richet. Il maintient ses conclusions, affirme à nouveau que le seul problème actuel est le problème de la lutte contre la mortalité.

**Le traitement des intoxications par l'oxyde de carbone à l'aide du bleu de méthylène en injection intraveineuse associé aux inhalations de carbogène.** — MM. LIMOUSIN et BERNARD GRIFFITHS rappellent un article publié par M. Le Goff, en juin 1934, dans la *Gazette des Hôpitaux*, sur certains travaux américains relatifs au traitement par le bleu de méthylène des intoxications oxycarbonées.

Ils rapportent un cas d'intoxication brutale par le gaz d'éclairage, avec séjour prolongé de 20 heures dans l'atmosphère nocive, donnant un coma complet avec cyanose et sans fièvre au moment du traitement. Les auteurs ont obtenu un succès complet.

Ils avaient injecté 50 cmc. de solution de bleu de méthylène à 1 pour 100 dans une veine du pli du coude droit. En même temps, saignée de 400 cmc. au pli du coude gauche ; injection lente de 2 cmc. d'huile camphrée, inhalation de carbogène.

**Allergie syphilitique expérimentale. Formes discrètes de réinoculation.** — MM. Charles RICHET fils, Jean DUBLINEAU et Mme MICHEL étudient les formes discrètes de réinoculation dans la syphilis expérimentale, formes qui viennent s'opposer aux formes hypertrophiques qu'ils avaient signalées récemment. Ces formes discrètes se présentent sous deux types :

1° Syphilis atténuées (chancre à incubation prolongée, ou chancres nains, ou à évolution rapide ou à Meinicke peu intense).

2° Syphilis dissociées ou décapitées dans lesquelles manque un des signes fondamentaux (absence de chancre, ou Meinicke négatif, ou absence de tréponèmes visibles à l'ultra dans la sérosité de l'accident primitif).

Le virus syphilitique isolé de ces lésions est atténué. L'immunité conférée par ces syphilis discrètes est généralement peu durable.

**Etude d'un champignon léviriforme nouveau isolé d'une dermatomycose tropicale.** — MM. A. et R. SARTORY, J. MEYER et R. WEISS.

**Vacances de Pâques.** — Il n'y aura pas de séance le mardi de Pâques.

## SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 8 MARS 1935)

**Etude portant sur 230 femmes tuberculeuses enceintes.**

— MM. BRINDEAU, KOURILSKY et Mlle Simone KOURILSKY.

**Conclusions :**

1° La grossesse n'exerce d'influence sur l'éclosion de la tuberculose que par le mécanisme de grossesses nombreuses, rapprochées, diminuant la résistance du terrain.

2° L'effet néfaste de la grossesse sur l'évolution de la maladie est incontestable.

3° L'action défavorable s'exerce presque exclusivement sur l'élément inflammatoire caséogène de la maladie.

4° Aggravation d'autant plus à redouter que la grossesse est plus rapprochée du début du processus évolutif.

5° L'influence aggravante de la grossesse se manifeste surtout dans les trois premiers mois et dans le « *post partum* », les trois derniers mois souvent marqués par une sédation évidente.

6° L'aggravation due à la grossesse et au « *post partum* » est un phénomène général qui existe aussi pour les tuberculoses chirurgicales et pour les infections à pyogènes.

Cette communication donne naissance à une discussion très intéressante à laquelle prennent part MM. M. Renaud, Crouzon, Dufour, L. Kindberg, Brindeau et Sergent.

**Métabolisme des glucides au cours des hémorragies méningées spontanées.** — MM. RATHERY, HESSE et ROY. Femme de 24 ans ayant présenté à quelques mois d'intervalle des accidents méningés, chez laquelle la ponction lombaire ramena un liquide sanglant avec lymphocytose élevée et amicrobien. Les manifestations nerveuses s'accompagnaient de troubles du métabolisme des glucides, légers d'abord, et très accusés au cours d'une rechute. La malade présentait en outre une glycosurie de 8 gr. 24, une cétonurie de 0,23 d'acétone et de 0,94 d'acide  $\beta$ -oxybutyrique.

Les auteurs signalent les faits similaires d'hémorragie méningée où ce furent des phénomènes hypoglycémiques qui traduisirent le trouble glucidique.

**Septicémie staphylococcique à forme de gangrène cutanée diffuse des extrémités.** — MM. RATHERY, DEROT et CONTE. Septicémie suraiguë succédant à une excoriation minime du pied chez un malade porteur d'une lésion mitrale ancienne. Evolution vers la mort en 10 jours avec lésions gangréneuses multiples des extrémités et thyroïdite. Streptocoque retrouvé dans les urines et à l'hémoculture. A l'autopsie, embolies septiques, abcès miliaires du rein, infarctus du foie, thyroïdite suppurée. Lésions cutanées apparues dès le quatrième jour de la maladie, caractéristiques des septicémies aiguës à staphylocoques.

**Vertiges et accidents comitiaux provoqués par usage régulier d'une lotion soufrée.** — M. PAGNIEZ. Jeune homme, comitial léger ancien, présente vers l'âge de 25 ans des accidents relevant du petit mal, et aussi le trouble singulier d'avoir une sueur noircissant les objets d'argent. On apprit plus tard que ce malade faisait usage d'une lotion polysulfurée, qui lui avait été indiquée pour combattre une tendance à la chute des cheveux. Ce fait démontre le rôle capital que peut jouer, dans le déterminisme des accidents comitiaux, un appoint toxique.

**Traitement de la grippe. Statistique sans décès.** — MM. RENAUD, THÉSÉE et BLANC insistent sur l'évolution favorable et rapide d'une épidémie, évolution due à l'emploi systématique et précoce de la chimiothérapie par le sapoïde de platine-acridine. Pour M. M. Renaud, ces résultats constituent un nouvel argument pour la thèse qu'il soutient depuis 1920, suivant laquelle il ne convient pas de

considérer la grippe comme une maladie grave par elle-même et redoutable en raison de son genre épidémique. Il pose la question de savoir s'il ne faudrait pas substituer à l'hypothèse de l'existence d'un virus inconnu celle d'un déséquilibre humoral voisin des chocs anaphylactiques.

**Calcémie dans l'emphysème pulmonaire.** — MM. MAIRE (Strasbourg), CLOGNE et Mme DRILHON. Chez 29 emphysemateux vus au Mont-Dore, les auteurs ont noté l'hyperglycémie. Les emphysemateux présentaient de la sclérose pulmonaire, ce qui les rapproche de diverses autres affections où la calcémie est liée à un trouble du métabolisme du tissu conjonctif. L'emphysème serait compris dans les affections à tissu conjonctif distordu.

**Syndrome d'encéphalite avec rigidité pallidale au cours d'une fièvre boutonneuse méditerranéenne.** — MM. AUGIER et COSSA (Nice). Au cours de l'évolution d'une fièvre boutonneuse typique, apparition de signes indiquant une atteinte diffuse des noyaux de la base, soit : syndrome de rigidité pallidale, phénomènes douloureux et hyperalgésiques traduisant la lésion de relais thalamique de la sensibilité et peut-être atteinte des centres végétatifs de la base. Or dans la fièvre boutonneuse il y a atteinte habituelle de l'encéphale.

**Scorbut sporadique de l'adulte.** — MM. SÉZARY et JOSEPH. Malade atteint de scorbut depuis huit mois. Ce malade a succédé à l'instauration d'un régime que la malade suit depuis 18 mois et qui est caractérisé par la suppression de tout élément frais et de lait. La gingivite est caractérisée par des lésions d'inflammation chronique avec néoformations capillaires. Sous l'épiderme épaissi on constate une hyperplasie du tissu conjonctif avec infiltrat constitué par des plasmocytes.

**Eclat d'obus intra-pulmonaire. Abscès enkysté. Drainage permanent depuis 7 ans.** — M. LEHELLE. Malade porteur d'un abcès pulmonaire enkysté développé autour d'un éclat d'obus. Bien toléré depuis 1920, ce projectile dut être enlevé après une poussée de suppuration gangréneuse en 1926. La membrane du kyste interdisant toute intervention, on dut maintenir le drainage de la cavité depuis 7 ans. L'état général demeure parfait.

**Kala-azar autochtone chez un jeune soldat. Stibio-résistance. Guérison par traitement stibié intensif.** — MM. D'ŒLNITZ, GALAVIELLE et ROYBAUT (Nice) insistent à nouveau sur l'influence défavorable des traitements faibles et interrompus, facteurs de stibio-résistance. Ils préconisent ce que doit être le traitement d'attaque de la leishmaniose viscérale et en particulier du kala-azar de l'adulte.

**Danger du traitement de l'épilepsie par le choc protéinique.** — MM. MARINESCO et KREINDLER (Bucarest) ont appliqué la méthode de traitement de l'épilepsie par le choc protéinique chez une jeune fille de 18 ans souffrant de crises violentes et fréquentes. Première injection sans réaction. Deuxième injection déclenche un état de mal interne que rien n'a pu arrêter et qui s'est terminé par la mort. Les auteurs discutent la relation de l'épilepsie avec l'anaphylaxie et le mécanisme du déclenchement d'une crise par le choc anaphylactique.

## SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 23 FÉVRIER 1935)

**Transformation in vitro d'une souche bovine « dysgonique » en type « eugonique ».** — MM. J. VALTIS et F. VAN DEINSE. Sur 4 souches « dysgoniques » isolées, deux d'entre elles n'ont pu être transformées en « eugoniques » malgré



tous leurs efforts. La troisième a pu être amenée à se développer plus abondamment sur pomme de terre glycérianée après un certain nombre de passages successifs sur ce milieu, sans devenir nettement « eugonique ». La 4<sup>e</sup>, après ensemencement sur le milieu de Besredka et séjour prolongé à l'étuve, s'est transformée en véritable souche « eugonique », tout en continuant à se comporter biologiquement comme une culture du type bovin.

L'étude de la fatigue du muscle isolé par rapport à l'effet possible de l'acétylcholine libérée pendant l'excitation du nerf. — M. KRUTA, présenté par M. LAPICQUE, conclut de ses expériences effectuées avec une technique spéciale, que la quantité d'acétylcholine formée dans le muscle actif, si tant est qu'elle existe, est trop petite pour en provoquer le raccourcissement. Elle ne peut donc pas être considérée comme le médiateur chimique entre le nerf et le muscle.

M. L. BINET rappelle qu'avec M. Mil, ils ont mis en évidence, dans des conditions analogues, la présence d'une substance qui n'est pas l'acétylcholine, mais une substance en favorisant la production.

Sur la plurinucléose neuronale dans les noyaux végétatifs de l'hypothalamus des mammifères. — MM. ROUSSY et MOSINGER décrivent les neurones bi- et plurinucléés qu'ils ont observés dans l'hypothalamus du cobaye, du chien et de l'homme. Certains résultent d'une fusion de neurones primitivement isolés qui s'opère parfois à la suite de l'évacuation des vacuoles protoplasmiques et s'accompagne fréquemment de l'emprisonnement, dans la cellule géante, de capillaires. D'autres fois, la plurinucléose est due à une di-

vision amitotique et généralement inégale, et entraîne soit une régénération nucléaire endo-cellulaire, soit une multiplication neuronale de remplacement.

Le système neuro-végétatif central est donc en voie de remaniement constant qui existe même dans les conditions physiologiques et qui s'exagère notablement dans de nombreuses conditions pathologiques. Il s'apparente ainsi singulièrement aux organes d'excrétion glandulaires et se rapproche du système neuro-végétatif extra-axial dans lequel la plurinucléose est d'observation courante.

Sur la nature histaminique de la substance libérée par l'excitation antidromique des nerfs sensitifs. — MM. G. UNCAR, M.-R. ZERLING et A. POCOULÉ apportent des arguments en faveur de l'analogie avec l'histamine de la substance active produite par l'excitation du bout périphérique des nerfs sensitifs : persistance de l'action stimulante sur la sécrétion gastrique chez l'animal atropinisé et taux d'acidité totale voisin de celui des sucs gastriques d'histamine.

Infection tuberculeuse expérimentale par voie pleurale. — MM. A. BOQUET et R. LAPORTE. Le cobaye, le lapin et le singe, en raison des particularités anatomiques de la séreuse, répondent différemment aux inoculations intrapleurales. Les lésions pleurales du cobaye sont bilatérales et les deux poumons atteints simultanément ; les altérations de la rate, du foie et des ganglions périphériques sont identiques à celles que produit l'inoculation intraveineuse et évoluent à la même allure. Chez le lapin, les altérations de la plèvre sont beaucoup plus marquées du côté inoculé, mais les deux poumons se tuberculisent au même degré ;

## Granules de CATILLON

à 0,001 Extrait Titré de

C'est avec ces granules qu'ont été faites les observations discutées à l'Académie de Médecine en 1889, elles prouvent que 2 à 4 par jour donnent une diurèse rapide, relèvent vite le cœur affaibli, dissipent ASYSTOLIE, DYSPNÉE, OPPRESSION, ŒDÈMES, Affections MITRALES, CARDIOPATHIES des ENFANTS et VIEILLARDS

## Granules de CATILLON 0,0001

## STROPHANTINE CR.

TONIQUE du CŒUR par EXCELLENCE — TOLÉRANCE INDÉFINIE

Priz de l'Académie de Médecine pour "Strophantus et Strophantine", Médaille d'Or Expos. Univ. 1900

PARIS, 3, Boulevard St-Martin. — R. Cl. Seine 48283

Tout Déprimé  
» Surmené

Tout Cérébral  
» Intellectuel

Tout Convalescent  
» Neurasthénique

est justiciable  
de la :

6, Rue Abel  
PARIS (12<sup>e</sup>)

## NEVROSTHENINE FREYSSINGE

Gouttes de glycérophosphates alcalins (0.40 par XX gouttes).  
XV à XX gouttes à chaque repas. — Ni sucre, ni alcool.



**CHARBON DE PEUPLIER** sous forme de **GRAINS ANISÉS** de **CHARBON TISSOT**  
Humectant, divisant, aseptisant, expulsant.  
et conséquences : MAUVAISES DIGESTIONS, MIGRAINES, LOURDEURS de TÊTE  
DIVISION du BOL ALIMENTAIRE HÉMORROIDES, etc. — Une cuillerée à café avalée comme des graines de lin, après chaque repas.  
**CONSTIPATION** Toutes Pharmacies. — Échantillons : PARIS 34, BOULEVARD DE CLICHY (Service 2)



l'apparition rapide de nodules sur les reins témoigne que l'infection se généralise à bref délai par voie sanguine. Chez le singe, les lésions pulmonaires du côté inoculé semblent moins importantes et plus tardives que celles des viscères abdominaux. La bacillémie est, également, presque immédiate.

Dans tous les cas et pour toutes ces espèces animales, les lésions pleurales sont du type nodulaire et conservent ce caractère productif jusqu'à la dernière phase de la maladie. A cette période, la séreuse livre passage à un exsudat hémorragique, dont la formule leucocytaire répond à celles des épanchements de la pleurésie tuberculeuse de l'homme.

**Production de l'immunité, chez le lapin, au moyen d'instillations de toxine staphylococcique dans le sac conjonctival. Nature de cette immunité.** — MM. G. RAMON, P. NELIS et R. RICHOU. A la suite d'instillations répétées de toxine staphylococcique active dans le sac conjonctival du lapin, on constate 1° l'apparition de l'antitoxine spécifique dans le sang ; 2° une diminution de réaction dans l'œil traité par les instillations de toxine et aussi dans l'œil non traité. L'antitoxine est présente dans le sang en quantité très appréciable avant que l'absence de réaction oculaire soit complète. Les premières instillations de toxine n'immunisent pas la conjonctive contre l'effet des suivantes.

Ainsi, par instillation de toxine staphylococcique, on réussit à provoquer une immunité qui se traduit par l'apparition et le développement de la production de l'antitoxine staphylococcique dans le sang de l'animal, par la disparition graduelle de la sensibilité de la muqueuse conjonctivale à la toxine du staphylocoque, par la diminution de l'intensité de la réaction qui résulte de l'injection intradermique de cette toxine. Il s'agit donc d'une immunité d'ordre général.

**La glutathionémie chez l'enfant.** — MM. J. DESBORDES, R. DELETANG et S.-B. BRISKAS. a) La glutathionémie est d'autant plus forte que l'être humain est plus jeune. b) La concentration globulaire du glutathion donne des résultats identiques. Elle montre notamment que le jeune enfant conserve la glutathionémie élevée qui est nécessaire à ses oxydations accélérées en concentrant ce corps dans les hématies. c) Le sexe ne semble pas influencer sur la glutathionémie.

**Hypolipidémie paradoxale après ingestion de beurre chez le chien.** — MM. Ch. ACHARD, M. BARIÉTY et M. CODOUNIS. L'ingestion d'un repas riche en beurre amène habituellement dans le sérum sanguin du chien, une élévation des lipides, qui atteint son maximum de 5 à 6 heures après le repas.

Quelquefois cependant, cette hyperlipidémie normale est remplacée par une hypolipidémie paradoxale.

Rapprochée des hypoglycémies paradoxales qui s'observent parfois après administration de sucre, cette hypolipidémie traduit, dans un autre domaine, l'exagération ou le dérèglement des mécanismes compensateurs dont l'organisme dispose.

**Est-il possible de conférer une activité antirachitique aux dérivés sous-oxygénés du phosphore par fixation d'une chaîne benzénique ?** — Mlle Marie-Louise BARBAN. Les dérivés sous-oxygénés du phosphore se montrent dépourvus d'action sur le rachitisme expérimental du rat blanc.

La fixation de chaînes benzéniques sur ces dérivés, effectuée soit directement, soit par chaînon intermédiaire, soit par estérification phénolique ne leur confère d'ailleurs aucune action sur la calcification osseuse.

**Modifications apportées dans la composition du sang de l'individu sain sous l'influence de la suppression ou de l'addition de sel dans l'alimentation.** — MM. E. LÉVY-SO-

LAL et M. LAUDAT, reproduisant chez trois individus sains l'expérience classique de Widal et Javal, ont observé, sous l'influence de la suppression du sel, une élévation de l'indice de réfraction et de la teneur en lipides et en protides du sérum ; cette augmentation a été en moyenne de 6 à 7 p. 100 pour les protides et pour les lipides. A l'inverse, plasma et globules se sont appauvris en chlore. Les deux phénomènes ont présenté la même intensité.

L'addition de sel aux aliments a rétabli l'équilibre sanguin à peu près dans l'état où il se trouvait au début de l'épreuve.

**Sur les variations de qualité de l'excitant dans le réflexe de la toux.** — MM. P. AMEUILLE et El. et Ch. KUDELSKI. A côté d'un réflexe de la toux fondamental provoqué par le contact de la région sous-glottique avec un corps étranger introduit dans les voies aériennes, ou un produit pathologique à expulser qui vient des voies aériennes inférieures, il existe des variétés de toux bien connues depuis longtemps excitées par une région toute différente : le conduit auditif, le nez, par exemple, et surtout la paroi postéro-latérale du pharynx.

Les auteurs ont recherché quelques-uns des excitants capables de produire ce dernier réflexe et ont constaté l'efficacité fréquente du contact de la muqueuse avec un corps dur, avec une solution visqueuse de mucine, mais aussi avec un courant d'air chaud ou un courant d'air froid. Les deux premiers excitants répondent assez bien à une certaine finalité du réflexe ; les seconds pourraient être rapprochés des réflexes conditionnels.

— Société de biologie de Lyon (séance du 18 février 1935) :

**Action de l'acide ascorbique aux différents stades du scorbut expérimental.** — M. G. MOURIQUAND, Mme V. EDEL, MM. A. CŒUR et J. JOLY. Pendant une grande partie de l'évolution du scorbut expérimental, l'acide ascorbique agit à la fois sur la dystrophie par carence et sur la dystrophie générale qui lui est liée. Mais à un moment donné (principalement au stade diarrhéique) se produit une dissociation de l'action thérapeutique.

La dystrophie scorbutique répond encore à l'action spécifique de l'acide ascorbique, mais sa guérison n'agit plus favorablement sur la nutrition générale, dont les éléments semblent, comme dans l'athrepsie, frappés de mort fonctionnelle.

#### SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

(SÉANCE DU 13 FÉVRIER 1935)

**Un cas d'érysipèle récidivant, avec septicémie grave traité avec succès par le sérum anti-streptococcique de H. Vincent.**

— MM. G. CAUSSADE et C. CHUCHE insistent sur les particularités suivantes de leur observation : 1° au début et pendant la majeure partie de l'évolution (35 jours), l'emploi de doses faibles de sérum anti-streptococcique de H. Vincent (60 cmc. au maximum) injectées d'une manière discontinue à intervalles de plusieurs jours et même d'une semaine, a constitué un traitement insuffisant. Deux érysipèles successifs ont rapidement disparu, mais les effets de cette thérapeutique furent intermittents et incomplets, vu la persistance de l'hyperthermie et des phénomènes d'infection générale ; 2° l'administration de médications anti-infectieuses adjuvantes (cuivre, électargol) fut plutôt nuisible qu'utile, en empêchant la formation d'anti-corps ; 3° néanmoins, vers le 29<sup>e</sup> jour, alors que l'état général était grave et même désespéré (hyperthermie, torpeur, pouls petit et défaillant, battements cardiaques faibles et assourdis, oligurie très basse), les auteurs obtinrent la guérison rapide (4 jours) malgré deux doses faibles (30 cmc., 20 cmc.) de sérum anti-strepto-



<b>AÉROCID</b> AIR TUE	nouveau traitement DE L'AÉROPHAGIE PAR L'OPOTHÉRAPIE	un cachet ou deux comprimés au lever et au coucher
	LABORATOIRE DE L'AÉROCID, 71, RUE SAINTE-ANNE, PARIS	

# OLÉTHYLE-BENZYLE

THÉRAPEUTIQUE IODORGANIQUE & RADIODIAGNOSTIC		
<b>LIPIODOL</b> <b>LAFAY</b> Huile Iodée à 40 %.	<b>Pour combattre</b> Asthme Artériosclérose Lymphatisme Rhumatisme Algies diverses Sciatique Syphilis	<b>Pour Explorer</b> Système Nerveux Voies respiratoires Utérus et trompes Voies urinaires Sinus nasaux Voies lacrymales Abscesses et fistules
	Ampoules, Capsules, Emulsion, Comprimés	
	A. GUERBET & C <sup>o</sup> , Pharmacien, 22, Rue du Landy — S <sup>t</sup> -OUEEN, près Paris.	
	VÉNET-JEP-CARRÉ	

TOUTES les Affections du **FOIE** et du **REIN** :

1 à 2 capsules à chacun des deux principaux repas de :

# CAPARLEM

HUILE DE HAARLEM (au Juniperus Oxycedrus)

QUALITÉ INCOMPARABLE ET ACTIVITÉ INSOUÇONNÉE

Laboratoire Lorrain de Produits Synthétiques purs — **ETAIN** (Meuse)

# GLYCÉROPHOSPHATE ROBIN

Granulé - Comprimés - Injectable

**RACHITISME - FAIBLESSE DES OS - CROISSANCE CHEZ LES ENFANTS**  
**ALLAITEMENT - GROSSESSE - SURMENAGE INTELLECTUEL, ETC.**

**LABORATOIRES ROBIN, 13, Rue de Poissy, PARIS**

R. G. 211.839, S.



coccique de H. Vincent ; mais, au préalable, avaient été prescrits des toni-cardiaques, des diurétiques, du sérum glucosé, et pratiquée une saignée — qui, cependant prescrits antérieurement, n'avaient eu qu'une action passagère et peu efficace. Si ce fait comporte des déductions du point de vue pratique, il offre aussi de l'intérêt quand on veut élucider sa pathogénie.

**L'action vasculaire du venin de cobra.** — M. N. T. KORESIOS expose l'histoire de ses recherches qui ont abouti à la constatation d'une propriété tout à fait prépondérante du venin de cobra : celle de produire une vaso-dilatation périphérique indépendante du vague, par action probable sur le méta-sympathique. Partant de cette constatation chez les animaux de laboratoire, l'auteur a appliqué le traitement par le venin de cobra, avec des résultats très satisfaisants, à des cas d'hypertension artérielle d'origine vasculaire, rénale ou autre et à des affections vasculaires du fond de l'œil telles que capillarites, thromboses veineuses ou artérielles, hémorragies, etc... Dans ces derniers cas, l'on constate des améliorations immédiates et persistantes de l'acuité visuelle.

**A propos du traitement des ascites cirrhotiques.** — M. CHALLAMEL rappelle la synergie : *apozème* de légumes et de céréales *achloruré* et vin d'oignons, qu'il a prôné il y a 20 ans, et qui donne les résultats les plus favorables lorsque les reins sont *très fermés* pour le chlorure de sodium et que néanmoins la cirrhose n'est pas à sa dernière période.

**Emploi de la digitaline à doses prolongées. Indications thérapeutiques.** — M. Roland LEVEN présente un travail sur l'action de la digitaline à doses prolongées sur certaines tachycardies. L'expérimentation a porté uniquement sur des malades sans cardiopathie.

L'auteur utilise, soit la digitaline à la dose de dix gouttes par jour, soit l'association 1/3 digitaline, 2/3 ouabaine à la dose de trente gouttes par jour, et il poursuit le traitement jusqu'à disparition de la tachycardie. Pour éviter l'action irritante du médicament sur la muqueuse gastrique, il répartit la dose journalière en cinq ou six prises.

Le retour à la normale du nombre des pulsations est obtenu dans quelques cas rapidement, en 8 à 10 jours ; mais il est parfois nécessaire d'atteindre un total de cinq cents gouttes de digitaline ou quinze cents gouttes de digitaline-ouabaine. Les résultats obtenus persistent au cours des mois qui suivent le traitement et demandent exceptionnellement, pour être maintenus, des cures complémentaires.

Au cours de son exposé, l'auteur aborde la question de l'accumulation et arrive à la conclusion que l'accumulation est discutable et que de petites doses prolongées n'entraînent aucun accident.

Les résultats sont quasi constants et portent à la fois sur la suppression de la tachycardie et l'élévation de la tension artérielle.

## PRATIQUE MÉDICALE

### LE DINITROPHÉNOL EN THÉRAPEUTIQUE (1)

Par M. A.-R. SALMON.

L'auteur démontre d'abord la toxicité presque nulle du dinitrophénol 1.2.4. Les expériences de laboratoire prouvent qu'il faut des doses considérables du produit, non seulement pour entraîner la mort de l'animal, mais même pour provoquer de simples lésions du parenchyme hépatique ou rénal. Jonnard a dû atteindre 40 fois la dose thérapeutique humaine pour déterminer des lésions apparentes chez le cobaye.

Les accidents mortels publiés dans la littérature médicale française et étrangère sont au nombre de deux, survenus en Amérique par suite d'erreurs extraordinaires de posologie. Un troisième cas, publié en Angleterre, est dû au dinitrocrésol, beaucoup plus toxique que le dinitrophénol.

Quant aux incidents de cure (diarrhée, sueurs, éruption urticarienne, etc.), ils sont rares et sans aucune gravité.

Persuadé du peu de toxicité du produit, l'auteur l'a utilisé chez l'homme, à la dose de 25 milligrammes par 10 kilogrammes de poids : jamais il n'a eu le moindre accident.

Il a obtenu des résultats remarquables dans l'obésité : amaigrissement de 800 grammes en moyenne par semaine et de 10 kilos, et plus, après traitement prolongé toujours très bien supporté.

Il a administré aux mêmes doses le dinitrophénol dans des cas de gastro-névroses avec anorexie : le pourcentage des guérisons a été de 65 %, celui des améliorations très notables de 20 %, celui des échecs n'a été que de 15 %. Cette nouvelle indication du dinitrophénol lui semble donc particulièrement intéressante.

## DÉFENSE PASSIVE

### LISTE PAR ORDRE ALPHABÉTIQUE DES ÉTABLISSEMENTS FABRIQUANT DES APPAREILS DE PROTECTION CONTRE LES GAZ, DESTINÉS A LA POPULATION CIVILE ET AYANT REÇU L'AGRÈMENT DU MINISTÈRE DE LA GUERRE AVEC INDICATION DE LEURS DÉPÔTS DE VENTE AU DÉTAIL.

[Nous avons publié dans la *Gazette* du 19 décembre 1934 une première liste de masques. Voici la liste actuelle que nous communiquons la Préfecture de Police.]

*Etablissement Burckard.* — Dépôts : au siège social, 35, rue Bruebach, à Mulhouse (Bas-Rhin).

*Etablissement Champion.* — Dépôts : au siège social, 8, rue Florian, Pantin (Seine) ; Office de protection, 3, rue du Colisée (8<sup>e</sup>) ; Plessier, 23, rue Bertrand (7<sup>e</sup>).

*Etablissement Gravereaux.* — Dépôts : au siège social, 40, rue de Paris, à Boulogne-sur-Seine (Seine), 44, rue de La Boétie (8<sup>e</sup>) ; Grande Pharmacie de France, place du Havre (8<sup>e</sup>) ; Pharmacie de la Porte d'Orléans, place de la Porte-d'Orléans (14<sup>e</sup>) ; pharmacie Soulas, 119, rue de Sèvres (7<sup>e</sup>) ; pharmacie Renault, 2, rue Pierre-Demours (17<sup>e</sup>) ; pharmacie Langlois, 14, avenue Mozart (16<sup>e</sup>).

*Etablissement Roger de Magondeaux et Cie.* — Dépôts : au siège social, 10, rue Florian, à Gagny (Seine-et-Oise), 203, boulevard Péreire.

*Etablissement Perron.* — Dépôts : au siège social, 9, rue Taillade (20<sup>e</sup>) ; 35, rue du Caire (2<sup>e</sup>) ; dépôt des masques à gaz agréés, 22, rue de l'Arcade (8<sup>e</sup>).

*Etablissement, Société d'études et de constructions de matériel de protection.* — Dépôts : au siège social, 47, avenue de Friedland (8<sup>e</sup>), grands magasins « A la Samaritaine » ; grands magasins « Au Louvre » ; pharmacie Mayoli, place Victor-Hugo (16<sup>e</sup>).

*Etablissement Société Gaz et Protection.* — Dépôts : au siège social, 25, rue du Surmelin (20<sup>e</sup>) ; pharmacie Canonne, 43, rue Réaumur (3<sup>e</sup>) ; pharmacie de la Porte-d'Orléans, place de la Porte-d'Orléans (14<sup>e</sup>) ; pharmacie Bailly, 15, rue de Rome (8<sup>e</sup>) ; pharmacie centrale des Lombards, 2, rue des Lombards (4<sup>e</sup>) ; pharmacie centrale du Nord, 132, rue La-Fayette (10<sup>e</sup>) ; pharmacie Wagram, 49, avenue de Wagram (17<sup>e</sup>).

Le Directeur-gérant : D<sup>r</sup> François LE SOURD.



# TRAITEMENT DU DIABÈTE PAR LES CAPSULES GLUTINISÉES DE

# PANCREPATINE

ÉCHANTILLONS ET LITTÉRATURE

**LABORATOIRES LALEUF**  
20 RUE DU LAOS  
PARIS (XV<sup>e</sup>)

Nouvelle adresse : 51, rue Nicolo, PARIS (XVI<sup>e</sup>).

*avez-vous lu :*

LES  
APPLICATIONS  
CLINIQUES  
DE L'  
**INSULINE**  
EN DEHORS DU DIABÈTE

L'ATHÉRAPEUTIQUE  
DU  
DIABÈTE  
PAR L'  
**INSULINE**

**LE LABORATOIRE ENDOPANCRI**  
est à votre disposition pour  
vous envoyer ces deux brochures

48, RUE DE LA PROCESSION — PARIS-15<sup>e</sup>

## Épilepsie!!

dans l'état actuel  
de la Science, les

### Dragées Gelineau

(Bromure de potassium arsenical et Picrotoxine)  
demeurent toujours

**le remède le plus actif,  
le plus puissant  
à combattre l'Épilepsie**

J. Mousnier, Sceaux (Seine) près Paris.

## RHIZOTANIN CHAPOTOT

Tanin de Fraisier - Sels de chaux et de magnésie

**Tonique -- Reconstituant -- Recalcifiant**

Anémies — Bronchites chroniques — Prétuberculos.  
Amélioration rapide des Accidents Diarrhéiques  
et des Néphrites Albuminuriques.

**Cachets pour adultes -- Poudre pour enfants**  
Granulé pour adultes et enfants

Éch. Méd. grat. P. AUBRIOT, Ph. 56, bd Ornano, PARIS-18<sup>e</sup>



# *Iodogénol Pépin*

Artério-Sclérose

Lymphatisme

Arthritisme

PÉPIN & LÉBOUCQ  
30, Rue Armand-Sylvestre  
à COURBEVOIE (Seine)



*La Lancette Française***GAZETTE DES HOPITAUX****CIVILS ET MILITAIRES****PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI****ADMINISTRATION ET RÉDACTION :****49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6°. Tél. : Danton 48-81.****PUBLICITE : M. A. THIOLLIER, 416, boulevard Raspail, PARIS (6°) - Téléph. : LITRÉ 54-93.****PRIX DE L'ABONNEMENT****FRANCE**

3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.

*Etudiants : 25 francs par an.*

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

**ETRANGER**Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.  
Tous les autres pays : 75 francs.**SOMMAIRE****ANALYSES ET INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES***Chirurgie orthopédique, par M. M. LANCE.***SOCIÉTÉS SAVANTES***Académie des sciences. — Société des chirurgiens de Paris. — Société médicale et anatomo-clinique de Lille. — Société de chirurgie de Toulouse.***LIVRES NOUVEAUX****NOTES POUR L'INTERNAT***Maladie d'Addison (suite).***INFORMATIONS****HÔPITAUX DE PROVINCE. — ANGERS. —** Après concours, M. le docteur Marcel Bouvet a été nommé stomatologiste des hôpitaux.— **LYON. —** Le Conseil municipal, présidé par M. Herriot, a décidé la désaffectation et le transfert — d'accord avec l'autorité militaire — de l'hôpital Desgenettes dans le quartier hospitalier dont Grange-Blanche est le centre.

La construction du nouvel hôpital coûtera 30 millions.

La démolition de Desgenettes et de la Charité permettra la création d'une large avenue qui facilitera la circulation entre la route de Marseille et le centre de la ville.

Dans la même séance du Conseil municipal, M. Herriot a indiqué que, dans les hôpitaux de Lyon, le prix de journée, pour les malades assistés, s'est élevé en médecine générale à 34 fr. en 1933 et à 39 fr. en 1934; pour la chirurgie et la maternité respectivement à 36 fr. 16 et 41 fr. 55. Le maire de Lyon a fait remarquer que la cherté des prix de journée en 1934 provient du fonctionnement simultané des hôpitaux de Grange-Blanche, de l'Hôtel-Dieu et de la Charité. Une baisse, en 1935, est à prévoir : un service de médecine va d'ailleurs être supprimé à la Croix-Rousse et un à l'Antiquaille, ce qui contribuera à cette baisse.

— **MARSEILLE. —** La Commission des hospices a mis à l'étude la création d'un hôpital de convalescents au moyen du legs Cantini.— **FACULTÉS DE MÉDECINE. — BORDEAUX. —** Sur la demande du professeur Rocher, après avis favorable du Conseil de la Faculté et de la Réunion médico-chirurgicale, la Commission

administrative a organisé, en connexion immédiate avec le service d'orthopédie infantile, un service d'orthopédie adulte (hommes et femmes) à l'hôpital des Enfants, pour permettre un enseignement clinique et opératoire complet de l'orthopédie. Ce service a été ouvert le 15 mars 1935.

**ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS. —** Le jury du concours de médecin des asiles de 1935 est constitué ainsi qu'il suit :

Président : M. le professeur Santenaise, inspecteur général adjoint des services administratifs.

Membres titulaires : MM. le doyen Euzière, professeur titulaire de la chaire des maladies mentales et nerveuses à la Faculté de Montpellier; les docteurs Loup, médecin directeur de l'asile public d'aliénés de Breuty (Charente); Dedieu-Anglade, médecin chef de service à l'asile public d'aliénés de Breuty (Charente); Arsimoles, médecin directeur de l'asile de Hoerd (Bas-Rhin); Truelle, médecin chef de service à l'asile clinique Sainte-Anne; Beaudoin, médecin chef de service à l'asile public d'aliénés de Maison-Blanche; M. Haye, chef du 1<sup>er</sup> bureau de la direction générale de l'hygiène et de l'assistance.

Membres suppléants : MM. les docteurs Godart, médecin chef de service à l'asile privé faisant fonction d'asile public d'aliénés de Lehin; Daday, médecin chef de service à la Maison nationale de santé de Saint-Maurice.

**INSPECTEUR DÉPARTEMENTAL D'HYGIÈNE. —** Un concours sur titres pour la nomination d'un inspecteur départemental d'hygiène adjoint est ouvert dans le département de la Vendée.Le délai d'inscription expire le 1<sup>er</sup> juin 1935.

Les candidats devront être Français, âgés de 25 ans au moins et de 40 ans au plus, munis du diplôme d'Etat de docteur en médecine et du diplôme d'un institut d'hygiène de faculté française. Ils doivent avoir satisfait à la loi militaire.

**OUABAÏNE ARNAUD****LABORATOIRE NATIVELLE, 27, Rue de la Procession, PARIS (XV°)**

Les demandes rédigées sur timbre à 4 fr. devront être adressées au préfet de la Vendée (cabinet) avant le 1<sup>er</sup> juin 1935 et, outre les attestations d'exercice médical indiquées ci-dessus, être accompagnées du dossier indiqué au *Journal officiel* du 17 avril 1935, p. 1.300.

**PRIX DES ARCHIVES HOSPITALIÈRES.** — Le jury est composé de MM. Noailles, Bouchaud, Paul Viard, P. Descomps, Maurice Delort.

Les sujets mis à l'ordre du jour parmi lesquels sera choisie la question posée au concours sont :

« Tumeur de la base du cerveau. — Gangrène pulmonaire. — Ulcères du duodénum. — Hypertrophie de la prostate. »

Prix : 5 000 fr. en espèces réservé aux internes des hôpitaux libres de France. (Hôpital Saint-Michel, 33, rue Olivier-de-Serres, Paris.)

**RADIO-DIFFUSION D'UN DRAME DE CLAUDE BERNARD.** — Le mardi 9 avril dernier, à 23 h., le poste Radio-Paris, sous l'habile direction de l'artiste dramatique bien connu Georges Colin, a diffusé quelques épisodes choisis du drame de Claude Bernard intitulé : *Arthur de Bretagne*, que le docteur J.-M. Le Goff avait signalé dans la *Gazette des hôpitaux* du 24 novembre 1934.

**NOUVELLE REVUE.** — Nous recevons le premier numéro de *Anesthésie et Analgésie*, organe officiel de la Société française d'anesthésie et d'analgésie. Le rédacteur en chef est M. Robert Monod ; le secrétaire de rédaction est M. Georges Jacquot. — Rédaction, 9, rue de Prony, à Paris ; abonnements chez Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, à Paris.

**Premier Congrès des Brucelloses humaines (fièvre ondulante) et animales.** — Réunion des médecins praticiens, des vétérinaires, des hygiénistes, des chambres d'agriculture et des administrateurs, sous le haut patronage des ministères de la Santé publique et de l'Agriculture. Avignon, 11-12-13 juin 1935. Journée médicale le 11 ; journée vétérinaire et démonstrations pratiques le 12 ; excursion à Maillanne, aux Baux et à Fos-sur-Mer, visite des malades de Camargue le 13 ; MM. les praticiens de la médecine humaine et vétérinaire, les hygiénistes, les administrateurs intéressés à la grave question de l'extension de la fièvre ondulante et des brucelloses sont priés d'apporter au Congrès d'Avignon le résultat de leurs observations et toutes suggestions intéressant la prophylaxie de l'endémo-épidémie humaine et animale. Réductions sur les Grands Réseaux. Inscriptions : Dr J. Jullien, Joyeuse (Ardèche) et M. Saunier, Directeur des services vétérinaires, Avignon.

**8<sup>e</sup> Croisière médicale française. Grandes vacances 1935.** Constantinople, Roumanie, Crimée, Caucase, Macédoine. Le s/s « De Grasse » (24.000 tonnes) (C. G. T.), si apprécié pour son confort et sa tenue de mer, quittera Marseille le 14 août et touchera Istambul le 18. Deux jours d'escale permettront la visite de tous les souvenirs qui se rattachent au nom prestigieux de Constantinople et, remontant le Bosphore dans l'atmosphère lumineuse d'une belle soirée d'été, le paquebot entrera dans la mer Noire, en route pour Constantza, où il arrivera le 20 août.

Deux jours d'escale permettront de pousser jusqu'à Bucarest, la riante capitale de la Roumanie, et, le 22 au matin, le « De Grasse » jetera l'ancre à Odessa où nous prendrons contact avec l'U. R. S. S.

Une nuit de navigation et, le 23, nous arriverons à Yalta, près de Sébastopol, sur la côte d'Azur russe, où nous ex-

cursionnerons pendant encore deux jours. Le 25, le paquebot touchera Touapsé, sur la côte est de la mer Noire, au pied des contreforts du Caucase.

Une merveilleuse randonnée en automobile, clou de cette croisière si riche en visions nouvelles, nous conduira à Vladicaucase et de là, à Tiflis par la fameuse route militaire de la Géorgie que l'énorme massif volcanique du Kazbek domine de ses 5.000 mètres d'altitude. De Tiflis, nous gagnerons Batoum par chemin de fer. Nous y retrouverons le « De Grasse » qui mettra le cap sur Trébizonde, où il arrivera le 31 août.

Après une journée passée dans cette vieille ville de Turquie d'Asie, le « De Grasse » quittera la mer Noire et fera une dernière escale en Grèce, à Salonique, remplie de souvenirs de nos « poilus » de l'armée d'Orient et que des événements récents remirent en vedette.

Le paquebot sera de retour à Marseille, le 7 septembre au matin.

Pour tous renseignements, s'adresser au Secrétariat des Croisières médicales françaises, 9, rue Soufflot, Paris. Téléph. Odéon 20-63.

**Vichy.** — Au point de vue médical, la saison de 1934 vient d'être marquée par le Cinquantenaire de la Société des Sciences médicales de Vichy. La petite phalange des 21 médecins signataires des premiers statuts, comparée à l'important groupement médical actuel, est l'image du Vichy de 1884 et du Vichy de 1934, et rien n'est plus propre à montrer l'essor d'une grande station que ce retour au passé.

Pendant ces cinquante années se sont accomplis, grâce à un effort persévérant, les progrès qui ont marqué, non seulement l'amélioration et l'embellissement de Vichy, mais, surtout, les réalisations scientifiques d'un traitement, porté au maximum de son perfectionnement. La cohésion parfaite qui existe entre le Corps médical vichyssois et la Compagnie fermière de l'Etat a permis et permettra, dans l'avenir, de ne rien ignorer des nouveautés thérapeutiques et de leur donner immédiatement la mise au point que nécessite leur application thermale.

Cette collaboration se manifeste, en 1935, par une nouveauté importante, qui complétera la gamme déjà étendue et variée des traitements thermaux : l'inauguration d'un service de bains de boue, par applications locales immédiates ou par cataplasmes. Ces boues sont cultivées dans l'eau hyperthermale ou groupement des sources du Dôme etensemencées des algues microscopiques qui leur donnent leurs propriétés thérapeutiques.

Il est certain que cette réalisation, unique au monde, de boues bicarbonatées sodiques, avec toute la valeur sédative qu'elle comporte, ne manquera pas d'attirer à Vichy un grand nombre de malades.

Des perfectionnements divers ont aussi été réalisés dans les établissements de première et de deuxième classes, pour augmenter le bien-être et la satisfaction du baigneur. En premier lieu, après toute opération thermale, le malade pourra trouver une chambre et un lit de repos, où il aura loisir de séjourner dans les meilleures conditions de confort. En second lieu, une organisation entièrement nouvelle des douches sous-marines, dans des baignoires à double paroi, avec circulation d'eau froide, permettra d'augmenter les effets caloriques de l'application locale sans que le patient ait à supporter des écarts fâcheux de température.

Chaque année, les médecins de toutes les parties du monde et leurs familles viennent de plus en plus nombreux se confier aux soins de leurs collègues de Vichy. On ne sera pas étonné que leur chiffre dépasse 4.000. Cette constatation semble suffire à expliquer la vogue toujours croissante de la Reine des Villes d'Eaux.

Insomnies  
Toux nerveuse.

**BROMÉINE** MONTAGU

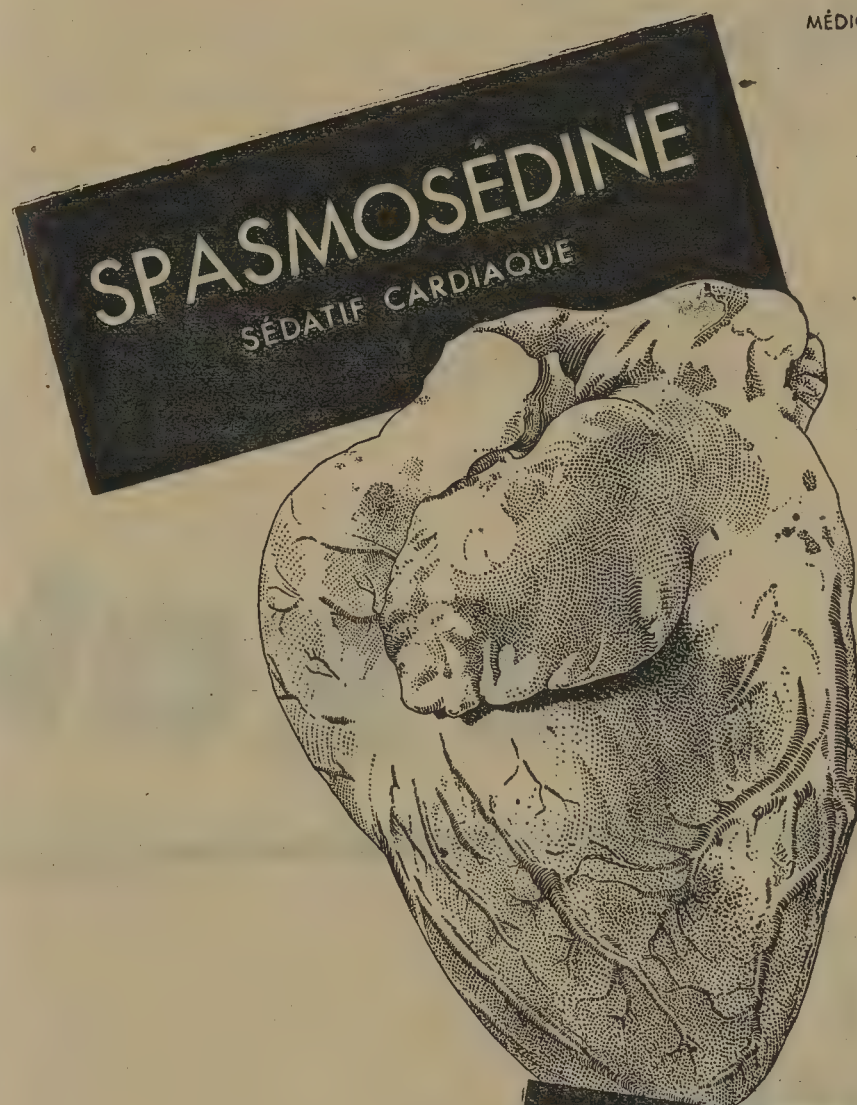
**OUATAPLASME**

du D<sup>r</sup> LANGLEBERT  
pansement complet  
Phlegmasies, eczémas, brûlures, etc



LABORATOIRES DÉGLAUDE  
15, BOUL<sup>e</sup> PASTEUR, PARIS (XV<sup>e</sup>)

MÉDICAMENTS CARDIAQUES  
SPÉCIALISÉS



*les 2 médicaments cardiaques essentiels*

# CONSTIPATION

AUCUNE ACCOUTUMANCE

ACTION RÉGULIÈRE  
ET CONSTANTE

1 à 6 comprimés par jour  
aux repas ou au coucher  
Commencer par deux comprimés

LABORATOIRES  
LOBICA  
46, AVENUE DES TERNES, PARIS



à base de :

- POUDRE DE MÛQUEUSE  
INTESTINALE
- EXTRAIT BILIAIRE
- FERMENTS LACTIQUES
- AGAR-AGAR

# TAXOL

POSOMÉTRIE ABSOLUMENT RIGOREUSE

## CALOMEL VICARIO

PETITS COMPRIMÉS

Un milligramme, quart et demi-centigramme  
un, deux et cinq centigrammes  
DÉSAGRÉGATION RAPIDE

NEURALGIES — GRIPPE — RHUMATISMES

## NOPIRINE VICARIO

ASPIRINE RENFORCÉE

Pharmacie VICARIO, 17, boul. Haussmann, PARIS



## ANALYSES ET INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

## CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE

Par M. LANCE

ASSISTANT DE LA CONSULTATION D'ORTHOPÉDIE DES ENFANTS-MALADES

Pendant l'année 1934, les publications de chirurgie orthopédique ont été particulièrement nombreuses. Au Congrès de la société française d'orthopédie ont été traités le traitement chirurgical du thorax en entonnoir, et le traitement des paralysies spasmodiques, plus des communications diverses. On en trouvera le rapport dans la *Gazette des Hôpitaux* du 21 novembre 1934, N° 93.

La *Chirurgia degli organi di movimento* a fait paraître un livre d'or en l'honneur du professeur Galeazzi de Milan auquel ont collaboré tous les orthopédistes italiens et un grand nombre de l'étranger. Il contient 65 articles et compte 600 pages. Nous ne pourrions rapporter ici qu'une minime partie d'entre eux.

## GENERALITES

**Troubles neuro-musculaires dans l'ostéomalacie.** (J.-C. MUSSIO, FOURNIER, F. RAWAK, L. CAZALDA et J.-J. LUSSICH-SIKI (de Montevideo). *Revue Neurol.*, XLI<sup>e</sup> année, t. II, N° 5, novembre 1934, pp. 671-681, 2 fig.) — Les auteurs ont observé un cas d'ostéomalacie du rachis très net à la radiographie présentant pendant 13 ans le tableau d'une paraplégie spasmodique. On trouve chez cette malade des lésions musculaires caractéristiques de myopathie ostéo-malacique : diminution de force de certains groupes musculaires des membres inférieurs avec hypoexcitabilité galvanique et faradique. Mais on trouvait aussi des signes nets d'altération du système nerveux central : exagération des réflexes tendineux, clonus de la rotule et du pied, réflexes plantaires en extension, ophtalmoplégie et nystagmus.

Alors que les signes imputables à l'affaiblissement osseux et à la myopathie furent améliorés par le traitement de l'ostéomalacie (huile de foie de morue phosphorée, Vigantol, rayons ultra-violet), les signes nerveux persistent. Cherchant l'étiologie de ces accidents nerveux, les auteurs éliminent la coexistence d'une affection neurologique indépendante, celle aussi d'une compression par affaiblissement osseux, et concluent à l'existence de lésions propres du système nerveux dans l'ostéomalacie. Ils citent des cas analogues où l'examen histologique a pu être fait et a montré des lésions disséminées de la moelle.

Cette association est utile à connaître pour éviter une erreur d'interprétation.

**Tuberculose ostéo-articulaire et tuberculose pleuro-pulmonaire.** (M. PALTRINIERI. *Chirurgia degli organi di movimento*, oct. 1934, pp. 395-416.) — Dans ce très important travail, l'auteur montre la fréquence considérable des lésions pleuro-pulmonaires dans les lésions tuberculeuses ostéo-articulaires.

Déjà en 1924 Vacchelli avait estimé l'association à 1/3 des malades. Au Congrès de Cortina d'Ampezzo en 1933, de Paoli, sur 309 tuberculoses ostéo-articulaires traitées au sanatorium militaire d'Anbio, constate 65,7 p. 100 porteurs de lésions pleuro-pulmonaires (85,5 p. 100 chez les porteurs de lésions multiples, 76,4 p. 100 dans le mal de Pott, 66,7

p. 100 dans l'ostéite costale) ; Bonola, sur 300 malades étudiés à Pietroligure, trouve des lésions pulmonaires dans 65,6 p. 100 des cas (80,5 p. 100 dans la carie costale et les tuberculoses multiples, 74,6 p. 100 dans le mal de Pott).

L'auteur, étudiant les malades de l'Institut Rizzoli à Bologne, arrive à des chiffres analogues. Il trouve 75,37 % d'association avec des lésions pleuro-pulmonaires (81,81 % dans les lésions multiples, 80,4 % dans le mal de Pott, 66,6 % dans la tumeur blanche du genou, 63,11 % dans la coxalgie).

Ces associations vont en augmentant régulièrement avec l'âge, si bien qu'on peut les dire constantes après 50 ans. Chez l'enfant, il y a surtout des lésions ganglionnaires ; chez l'adulte, des lésions pleuro-pulmonaires.

Comme depuis longtemps l'avait proclamé M. Marfan, ces lésions pulmonaires sont en général particulièrement torpides. Elles ne comptent dans la mortalité que pour 2 %, alors que l'infection locale, la méningite, les lésions rénales et autres causes entraînent une mortalité de 7,54 %.

Cette constatation, pour Putti, entraîne la nécessité de soigner les tuberculoses ostéo-articulaires en sanatorium. Or, il estime qu'il en existe 40.000 en Italie, alors que 4.000 seulement peuvent être placés dans des sanatoria spécialisés.

**Etude sur les résultats éloignés des tuberculoses ostéo-articulaires traitées en sanatorium.** (G. MANCINI. *Chirurgia degli org. di movimento*, oct. 1934, pp. 373-383.) — Cette étude est basée sur l'examen après deux ans et demi à dix ans, de malades soignés de tuberculose ostéo-articulaire à Cortina d'Ampezzo, à 1.300 mètres d'altitude, par la cure de soleil en altitude. On trouve 58,12 % de guérisons maintenues. Ce sont les tuberculoses multiples qui ont été la cause des décès. Les gros foyers (mal de Pott, coxalgie, tumeur blanche du genou) ont donné 55 % de guérisons. Les autres foyers sont bénins, puisque la guérison y atteint 83,9 %, mais ce qui est très intéressant dans cette étude, c'est la durée moyenne du traitement nécessaire pour obtenir ces résultats. Le mal de Pott a duré entre 3 ans et 7 ans, 5 ans 1/2 en moyenne ; la coxalgie 5 ans 1/2 en moyenne aussi. Ces chiffres montrent bien que la cure héliothérapique en montagne ne raccourcit pas la durée d'évolution du foyer de tuberculose ostéo-articulaire.

**Malformations articulaires provoquées par le maniement d'appareils à air comprimé.** (W.-C. MEISS (Leyde). *Bull. de la Soc. Belge d'orthopédie*, N° 2, février-mars 1934, pp. 99-101, 5 fig.) — L'emploi des divers appareils à air comprimé amène des déformations articulaires. Les plus fréquentes sont au coude. On trouve une excroissance typique dans l'insertion du brachial antérieur, aplatissement de la cupule radiale, et agrandissement de la fourche cubitale. Ces déformations provoquent de légères douleurs et une limitation des mouvements. Il semble y avoir une prédisposition individuelle, car leur production n'est pas du tout proportionnelle au nombre d'heures de travail.



# AGOMENSINE

Extrait hydrosoluble hyperhémiant,  
Active et sollicite les fonctions menstruelles

**AMENORRHÉE, RÈGLES RARES, TROP ESPACÉES, PEU ABONDANTES**

# SISTOMENSINE

Extrait liposoluble équilibrant,  
Modère et régularise les fonctions menstruelles

**RÈGLES PROFUSES, TROP FRÉQUENTES, TROP PROLONGÉES  
DYSMENORRHÉES NON LESIONNELLES**

# ANDROSTINE

Extrait complémentaire

**TROUBLES NERVEUX ET PSYCHIQUES D'ORIGINE GÉNITALE  
PUBERTÉ ET MÉNOPAUSE  
ANXIÉTÉ ET NERVOSISME DE LA CARENCE SEXUELLE**

---

Lab. CIBA, O. Rolland, Ph<sup>cien</sup>, 109-113, boul, de la Part-Dieu - Lyon



L'auteur a observé une atteinte de l'articulation acromioclaviculaire chez un ouvrier maniant un appareil avec appui à l'épaule, et des déformations de l'articulation du premier métacarpien avec le carpe chez des ouvriers travaillant au pistolet.

**Un nouveau traitement pour les retards de consolidation et non-consolidation des fractures.** (R.-M. CARTER. *J. of bone and joint surg.*, oct. 1934, pp. 925-928.) — L'auteur expose la méthode proposée par Beck (de Kiel) en 1929, employée par Bohler. Très simple, elle consiste à forer à travers les deux fragments en différentes directions de petits tunnels. Il en résulte une légère hémorragie et un dépôt de pulpe osseuse dans le trajet, créant ainsi un stimulant à la formation osseuse. L'auteur rapporte deux exemples (fracture des deux os de l'avant-bras, fracture du tibia) de non-union, rapidement consolidés au moyen de cette méthode.

### MEMBRE SUPERIEUR

**Sur les luxations de l'extrémité interne de la clavicule et leur traitement chirurgical.** (P. MARIQUE (Bruxelles). *Bordeaux chirur.*, janv. 1934, pp. 34-44, 5 fig.) — Ces luxations sont beaucoup plus rares que celles de l'extrémité externe.

A propos d'un cas que l'auteur a traité avec succès par le cerclage métallique, il expose toute la question : notions anatomiques et physiologiques. La clavicule est fixée surtout par le ligament rhomboïde costo-claviculaire autour duquel elle pivote, levier du premier genre. Ce sont les luxations en avant qui sont les plus fréquentes, mais on peut en observer en haut, exceptionnellement en arrière. Ces luxations méritent d'être traitées, parce qu'elles entraînent des douleurs persistantes et une diminution de la force du membre.

La réduction est parfois difficile ou impossible à cause de la présence du ménisque détaché. La contention est très difficile à cause de l'insuffisance d'appui de la surface sternale. Aussi le traitement non sanglant doit céder le pas au traitement sanglant.

La fixation a été faite soit par suture au fil métallique qui a tendance à couper, ou au moyen d'un ruban de fascialata, ou en suturant le ménisque en avant de l'articulation ; on a aussi suturé la clavicule au 1<sup>er</sup> cartilage costal par un cerclage au tendon de renne. Enfin, on a vissé la clavicule au sternum.

L'auteur après discussion des divers procédés, n'en retient que deux : le cerclage des deux os au fil métallique qui lui a donné un succès et le vissage.

**Au sujet du traitement de la maladie de Volkmann.** (J.-J. DESSAINT. *La Normandie méd.*, 1934, N° 8, août-septembre, pp. 227-247.) — L'auteur a eu à traiter deux cas de syndrome de Volkmann. L'un d'eux débuta un mois après l'ablation du plâtre pour une fracture de l'extrémité inférieure du radius. A ce propos, il montre l'extrême diversité des cas étiquetés maladie de Volkmann. Le traitement ne saurait donc être identique dans tous.

Il expose les différentes méthodes préconisées et en discute l'application.

Il y a d'abord les mesures préventives : suppression de l'emploi des appareils en flexion forcée du coude, surveillance stricte des appareillés. Les méthodes curatives sont à considérer à trois périodes. Tout à fait au début, on peut envisager l'emploi des méthodes orthopédiques agissant lentement (tractions élastiques, appareils à tourniquet). Si l'examen montre un hématome volumineux, son évacuation par aponévrotomie s'impose. Si l'étude de la tension artérielle, l'oscillométrie, au besoin l'infiltration du ganglion stellaire montrent des troubles surajoutés d'irritation du sympathique, si une artériographie vient démontrer une

oblitération artérielle, une exploration des vaisseaux sera pratiquée et suivie de sympathectomie périartérielle ou résection du tronc artériel oblitéré.

La présence de paralysies portant sur le cubital ou médian peut imposer l'exploration de ces nerfs.

A la période d'état, les mêmes recherches seront faites et les mêmes indications employées mais avec moindre chance de succès. On y adjoindra à titre complémentaire des opérations musculaires (désinsertion des pronateurs, des fléchisseurs).

C'est seulement dans le traitement des séquelles qu'interviennent les interventions ayant pour but l'allongement des fléchisseurs. On y parvient, soit par dédoublement des tendons, opération qui est toujours en honneur en Angleterre, soit par raccourcissement du squelette portant, soit sur les deux os de l'avant-bras, soit sur le poignet par résection de la 3<sup>e</sup> rangée du carpe.

**Le traitement des fractures à grand déplacement du quart inférieur de l'avant-bras chez l'enfant.** (SALMON, BOUYALA et GRÉGOIRE. *Bull. et Mém. de la soc. de chir. de Marseille*, t. VIII, N° 10, déc. 1934, pp. 411-423, 10 fig.) — Ce type de fracture individualisé par Broca, est grave. Le fragment inférieur des deux os se déplace toujours en arrière du fragment supérieur avec un chevauchement et décalage important. Faut-il employer d'emblée comme on l'a fait le traitement sanglant pour ces fractures ? Les auteurs ont cherché à établir la meilleure ligne de conduite par l'étude comparative de 10 cas traités par réduction non sanglante et 10 cas traités par voie sanglante.

La réduction manuelle doit être immédiate, faite sous anesthésie générale, sous le contrôle des rayons X. Une gouttière plâtrée postérieure en demi-pronation et prenant le coude est ensuite appliquée. Sur 10 cas ainsi traités, on a eu 7 résultats parfaits, et 3 bons.

Le traitement sanglant a donné 2 résultats parfaits, 4 bons, 3 médiocres et 1 mauvais.

Les auteurs concluent sur la supériorité des résultats de la réduction manuelle. La réduction sanglante ne sera employée que lorsque la réduction manuelle aura échoué, par suite de présence de pointes osseuses saillantes, dont la résection est indispensable pour pouvoir effectuer la réduction. L'ostéosynthèse même par fixation externe temporaire leur paraît superflue. Un appareil plâtré suffit à assurer la contention.

### RACHIS ET BASSIN

**Luxations postérieures de l'articulation lombo-sacrée.** (R.-W. JOHNSON. *Journ. of bone and joint surg.*, oct. 1934, pp. 867-876.) — C'est la déformation inverse du spondylo-listhésis. Les premières observations ont été rapportées en 1932 par Johnson d'une part et Alan Smith d'autre part.

L'auteur en rapporte 12 observations.

Dans ces cas, le corps de la 5<sup>e</sup> lombaire a glissé en arrière si bien qu'il débordait en arrière la base du sacrum d'un demi-centimètre environ. Les surfaces articulaires de la 5<sup>e</sup> lombaire semblent déplacées en arrière et en bas, diminuant l'orifice lombo-sacré. Le disque intervertébral est diminué, aplati ou non. Les lésions du nucléus pulposus semblent inconstantes. L'angle lombo-sacré est variable, en général diminué. La présence d'une malformation congénitale des os ne paraît pas constante.

Il ne s'agit pas d'un artifice de radiographie, l'auteur le démontre par des épreuves d'un squelette normal pris sous diverses angulations.

Il s'agit d'une lésion purement mécanique. Le traitement conservateur doit être tenté. La fusion par greffe qui amène la guérison sera faite dans les cas rebelles. Un seul des 12 malades a été opéré, 2 ont refusé l'opération. Les 9 autres ont été soulagés par un appareil

**ANGINE DE POITRINE**  
**AORTITES**  
**ASTHME CARDIAQUE**  
**ARTÉRITES, ETC..**

**TRAITEMENT D'URGENCE**

DRAGÉES  
A  
NOYAU MOU  
DE

**TRINITRINE**  
**CAFÉINÉE**  
**DUBOIS**

**TRINITRINE**  
**PAPAVÉRINE**  
**LALEUF**

CROQUER

UNE DRAGÉE TOUTES LES 2 OU 3 MINUTES  
AU MOMENT OU EN PRÉVISION DES ACCÈS.  
MAXIMUM 10 DRAGÉES PAR 24 HEURES

**TRAITEMENT PRÉVENTIF**

DRAGÉES  
DE

**THÉOVÉRINE**  
**LALEUF**

3 A 6 DRAGÉES PAR 24 HEURES

CAPSULES GLUTINISÉES  
DE

**PAVÉRINOL**  
**LALEUF**

4 A 6 CAPSULES PAR 24 HEURES

SUIVANT PRESCRIPTION MÉDICALE

**ÉCHANTILLONS ET LITTÉRATURE**  
**LABORATOIRES LALEUF**  
20, RUE DU LAOS — PARIS (XV<sup>e</sup>)

Nouvelle adresse : 51, rue Nicolo, PARIS (XVI<sup>e</sup>).



**Le déplacement postérieur de la 5<sup>e</sup> vertèbre lombaire.** (ALAN SMITH. *Journ. of bone and joint surg.*, oct. 1934, pp. 877-894.) — Décrit par Hibbs et Swift en 1929 et par Alan Smith la même année.

C'est une cause très fréquente des douleurs de la région lombo-sacrée.

Ferguson, à la clinique du New-York hospital, dit en avoir observé plusieurs centaines de cas en 10 ans.

L'étude d'Alan Smith est basée sur 56 cas observés en 5 ans 1/2.

Plus fréquente chez l'homme, l'affection débute vers 25 ans.

Elle est due à une anomalie de forme des facettes articulaires sacrées qui sont plus petites qu'à l'ordinaire et placées plus antéro-postérieurement que la normale, à surface plate et non concave.

Il en résulte une mobilité anormale de la 5<sup>e</sup> lombaire sur le sacrum.

Le déplacement en arrière est visible sur une radiographie de profil. En même temps souvent le disque intervertébral est diminué de hauteur en arrière, et l'angle sacro-vertébral diminué.

L'affection se traduit par des crises douloureuses dans le bas du dos et le long du sciatique, par compression de la 5<sup>e</sup> paire lombaire. Il y a de la limitation des mouvements par contracture.

Le diagnostic est souvent difficile avec les lésions de l'articulation sacro-iliaque.

Les malades doivent être soumis d'abord à un traitement orthopédique : repos, massages, puis port d'une ceinture ou corset spécial. Certains sont ainsi guéris ou améliorés. En cas d'échec, on aura recours comme l'auteur l'a fait dans 19 cas, à l'ostéosynthèse, qui dans 14 cas, a amené la guérison et dans les autres une grande amélioration.

## MEMBRE INFÉRIEUR

### HANCHE

#### Luxation congénitale.

**Résultats de la cure non sanglante dans la luxation congénitale de la hanche.** (V. PUTTI. *Chir. degli org. di mov.*, vol. 20, 1934. Livre d'or en l'honneur de Galeazzi, pp. 93-113, 16 fig.)

Les résultats de la réduction sanglante de la luxation congénitale de la hanche. (F. VANNINI. *Id.*, pp. 299-304.)

**Incidents durant le traitement non sanglant de la luxation congénitale de la hanche.** (A. BONOLA. *Id.*, pp. 263-277, 4 fig.)

**Indications techniques et résultats de la bifurcation de Lorenz dans le traitement des luxations congénitales invétérées de la hanche.** (G. FILIPPI. *Id.*, pp. 113-125, 14 fig.)

Ces quatre travaux sont faits avec les documents de l'Institut Rizzoli de Bologne.

De 1899 à 1931, 4.692 hanches luxées ont été traitées. V. Putti a pu en voir 523 à distance et juger des résultats. Ceux-ci sont d'après le résultat anatomique et fonctionnel cotés depuis 10, résultats parfaits, jusqu'à 0, reluxation. On trouve résultats très bons (9 et 10), 34 % pour les résultats anatomiques, 40 % pour les résultats fonctionnels toujours supérieurs. Ces chiffres s'élèvent pour les unilatérales à 42 et 50,5 %, tandis que pour les bilatérales, ils s'abaissent à 25 et 28 %. Les résultats obtenus dans les dernières années sont supérieurs encore (50 à 55 % de guérisons) à cause de l'abaissement de l'âge de la réduction.

Après avoir décrit les causes d'irréductibilité primitive, l'auteur étudie longuement les modifications trophiques de l'épiphyse après la réduction. Pour lui, la moitié des insuccès ou des succès incomplets est due à la réaction arthrosique

succédant à la réduction. L'articulation du fait de la réduction entre dans une ère de souffrance, se traduisant par des signes cliniques non spécifiques, mais un aspect radiographique particulier : l'épiphyse de la hanche réduite. Ni le trauma de la réduction, ni l'immobilisation, ni les facteurs constitutionnels ou toxi-infectieux pris isolément ne suffisent à l'expliquer. C'est un trouble trophique du tissu osseux en voie de développement. Il semble dû en grande partie aux troubles circulatoires dus aux lésions ou absence de ligament rond. Sur 49 réductions sanglantes, 20 fois le ligament rond était absent. Lorenz affirme que chez les luxés, après 3 ans, le ligament rond manque dans la moitié des cas. Pour terminer, Putti insiste sur la nécessité de traiter la luxation le plus tôt possible. Sur 119 cas traités avant 1 an, un seul cas a présenté de l'épiphyse. Tous les cas à cet âge guériront, sauf les cas exceptionnels de luxations primitivement irréductibles, luxations embryonnaires qui heureusement sont rares.

L'étude de Vannini sur les résultats de la réduction sanglante est basée sur 100 cas de l'Institut Rizzoli, entre 1899 et 1931. 49 cas de luxations unilatérales et 51 bilatérales.

L'auteur a pu revoir à distance — 25 cas — dont 22 unilatérales et 3 bilatérales.

Il constate que les résultats sont influencés par deux facteurs : 1<sup>o</sup> l'âge du malade ; 2<sup>o</sup> les tentatives antérieures de réduction non sanglante.

Les résultats fonctionnels et anatomiques de la réduction sanglante sont satisfaisants entre 2 et 5 ans. Passé cet âge, ils sont nuls ou mauvais. Le traumatisme de tentatives de réduction non sanglante répétées, donne après réduction sanglante de mauvais résultats.

L'auteur conclut donc qu'il faut lors d'échec de la réduction non sanglante ne pas répéter inutilement les tentatives et opérer si l'enfant n'a pas plus de 5 ans.

Dans son article, Bonola traite de manière très complète les complications qui peuvent survenir au cours du traitement non sanglant de la luxation. Les paralysies du sciatique, du crural sont bien connues. Elles étaient fréquentes autrefois et tendent à disparaître depuis qu'on réduit les luxations beaucoup plus tôt.

Les phénomènes convulsifs restent fréquents et graves. Ils sont en rapport avec l'irritation périphérique, agissant sur la corticale cérébrale. Les attaques convulsives graves s'observent presque exclusivement chez des sujets prédisposés héréditairement, et leur apparition est loin d'être toujours en rapport avec la gravité de la luxation. Dans les cas graves mettant la vie en danger, la reluxation de la hanche fait cesser les convulsions. Les accidents peuvent très bien ne pas se reproduire lors d'une nouvelle réduction.

Les fractures restent fréquentes (1 % environ).

A la réduction, ce sont surtout des fractures sous-trochantériennes ou du col.

Dans le passage de la 1<sup>re</sup> à la 2<sup>e</sup> position surtout, des fractures sus-condyliennes ou diaphysaires. Enfin après la sortie du plâtre et au début de la marche exclusivement, les fractures sus-condyliennes du fémur.

La mortalité est minime. Sur 2.742 cas opérés de 1899 à 1931, il y a eu un cas de mort par shock opératoire et 3 par broncho-pneumonie post-opératoire, soit 0,14 %.

L'article de Filippi sur l'emploi de la bifurcation de Lorenz dans la luxation invétérée est basé sur 57 cas (45 unilatérales et 12 doubles), pratiquées à l'Institut Rizzoli — 25 cas opérés depuis 2 ans ont été revus (dont 2 doubles). Les résultats sont les suivants : pour les unilatéraux, on note 9 bons résultats, 7 satisfaisants, 4 mauvais. Pour les bilatéraux, 1 bon, 2 satisfaisants, 2 mauvais.

Ces résultats sont, dit l'auteur assez médiocres. Il y a des erreurs d'indication : la bifurcation n'est indiquée que dans les luxations postérieures ou supra-cotyloïdiennes hautes. Dans les formes basses, elle est contre-indiquée. Il est né-



cessaire de repérer exactement l'endroit de la section au moyen de repères métalliques, lors des radiographies.

L'angulation doit être exactement calculée, de manière à obtenir le degré d'angulation suffisant pour avoir le contact du bassin. La technique de section doit être précise. L'auteur conclut que faite avec précision, l'ostéotomie constitue le meilleur traitement de la luxation invétérée de la hanche, diminuant la douleur, améliorant l'esthétique de la marche, mais il ne faut pas croire à sa facilité d'exécution. C'est une intervention délicate, géométrique, aussi bien dans ses indications que son exécution.

#### Pincements du ligament rond à la hanche. Leurs causes.

**Leurs effets.** (MURK JANSSEN (Leyde). *Chir. degli org. di mov.*, 1934, volume en l'honneur de Galeazzi.) — Sur 2 malades atteints de subluxation de la hanche et présentant des crises de douleur subite lors de la flexion de la hanche avec blocage des mouvements, l'opération a trouvé un pincement du ligament rond étiré par la subluxation. Dans la hanche normale, le ligament rond logé dans l'arrière-fond de l'articulation est à l'abri de tout coincement par la tête fémorale. Mais dans la subluxation, la coxa valga, la coxa plana dans laquelle le cartilage épiphysaire est devenu horizontal, le coincement peut se produire. Il en résulte une douleur violente, instantanée, pouvant disparaître de même par un changement de position (rotation interne). La douleur se produit au pli de l'aîne si le ligament est innervé par le crural, à la partie interne de la cuisse jusqu'au genou, s'il l'est par l'obturateur. Le pincement du ligament entraîne la suppression de l'irrigation artérielle d'une partie de l'épiphyse fémorale, surtout chez l'enfant. Elle jouerait un rôle important dans la fragmentation de l'épiphyse dans l'ostéochondrite, et serait la cause des douleurs et limitation progressive des mouvements dans le 3<sup>e</sup> stade de l'arthrite déformante de la hanche.

**La nécrose de l'épiphyse fémorale par insuffisance d'irrigation par le ligament rond. Etude clinique basée principalement sur l'expérience du traitement de l'épiphyse de la tête fémorale.** (H. WALDENSTRÖM. *Acta chir. Scandinavica*, vol. LXXV, fasc. III, 18 juin 1934, pp. 185-197, 12 fig.) L'auteur montre que dans l'épiphyse, les réductions par manœuvres externes sont le plus souvent illusoire, si on les contrôle par une radiographie de profil. Aussi, dans les cas légers, il se contente du repos avec extension. Dans les cas graves, il faut faire la réduction sanglante. Dans deux cas, pour faciliter la réduction, il a fait la section du ligament rond ; la soudure a été obtenue en bonne place, mais secondairement, la tête s'est nécrosée.

Dans les cas ultérieurs, il a été amené à détacher complètement la tête du col, mais en conservant le ligament rond et ses vaisseaux, non seulement la tête se soude au col, mais elle reste vivante. La tête fémorale peut donc, au moins chez certains sujets, être entièrement nourrie par le ligament rond.

La nécrose de la tête fémorale après les tentatives de reposition d'épiphyse de la tête, tient à l'arrachement du ligament rond au cours des manœuvres de la reposition, ou chez quelques sujets à une absence congénitale de vaisseaux dans le ligament rond.

Dans les fractures du col fémoral à la partie moyenne du col, on peut voir aussi la nécrose secondaire de la tête fémorale qui est due à l'absence de nutrition par les vaisseaux du ligament rond, soit qu'ils fassent défaut congénitalement, soit qu'ils aient été lésés au cours de la fracture, ou par les manœuvres de réduction.

L'auteur pense que la position d'abduction rotation interne forcée de Whitmann interrompt la circulation dans le ligament rond et compromet la vitalité de la tête fémorale, d'où la supériorité des méthodes chirurgicales sur les méthodes orthopédiques.

**Le traitement de la maladie d'Osgood-Schlatter par le vrillage.** (E.-J. BOZSAN et Th.-J. O'KANE. *J. of bone and joint surg.*, avril 1934, pp. 290-297.) — Beaucoup de cas guérissent par le repos, mais certains réclament une intervention : simple incision (R. Jones et Lovett), enchevillement par greffons (D.-M. Bosworth), évidemment (F.-J. Cotton).

Pendant l'année 1932, 6 cas ont été traités par l'auteur au moyen du vrillage suivi d'immobilisation plâtrée. On a pu constater par la radiographie en 6 à 7 semaines l'unification du tubercule qui a été accompagné de la disparition du gonflement, et reprise de la fonction complète du membre.

Sont justiciables de l'intervention les cas à rechute résistants au repos, ou le cas débutant de bonne heure (entre 11 et 14 ans), car selon la remarque de Schlatter, plus la maladie débute tôt moins elle a de chances de guérir spontanément.

**Enchevillement par greffons osseux dans l'épiphyse du tubercule tibial.** (D.-M. BOSWORTH. *J. of bone and joint surg.*, oct. 1934, pp. 829-838.) — L'épiphyse du tubercule antérieur du tibia (maladie de Schlatter) est soumise dans son évolution aux contractions des quadriceps qui l'entretiennent ou amènent des récidives. Sa durée est parfois désespérante. On a proposé déjà différents modes opératoires de traitement comme le vrillage, l'extirpation du cartilage entre l'apophyse et la diaphyse, tous ayant pour but la fusion prématurée des deux os. C'est dans le même but que l'orthopédiste américain pratique l'enchevillement de l'épiphyse dans la diaphyse avec 2 petits greffons prélevés sur le tibia. Il a pratiqué 4 fois l'intervention. En quelques semaines, les douleurs disparaissent, et dans tous les cas, la fusion osseuse est obtenue. Procédé simple et sûr.

**Etude sur la coxa plana.** (AL.-B. FERGUSON et BECKETT HOWORTH. *J. of bone and joint surg.*, oct. 1934, pp. 781-803.) — Cette étude est basée sur 65 cas (83 hanches), observés au New-York orthopedic-hospital.

Les auteurs donnent une étude complète de l'affection. Ils préconisent pour le traitement à la période d'activité une intervention sanglante qu'ils ont pratiquée dans 15 cas : arthrotomie par incision antérieure, vrillage sous le contrôle de la vue de la tête fémorale en différentes directions, hémostase avec fragment de muscle, fermeture. L'opération combinée avec le repos au lit donne une guérison sans aucune déformation. Le stade de réparation commence aussitôt.

Si l'enfant est vu tard, au stade de réparation, l'intervention est inutile, le repos suffit.

Les malades non traités font de l'arthrite déformante dans certains cas.

**Un nouveau traitement de la fracture intracapsulaire du col du fémur et de la maladie de Legg-Calvé-Perthes.** (E.-J. BOZSAN. *J. of bone and joint surg.*, janv. 1934, pp. 75-87.) — Après réduction de la fracture par la méthode de R. Whitman et sa constatation, l'auteur effectue un vrillage du col et de la tête fémorale dans 5 ou 6 directions différentes par voie transtrochantérienne, dans le but d'essaimer des fragments osseux dans le foyer de fracture. Si la tête fémorale a tendance à se déplacer sous la poussée de la mèche, elle est fixée par un crochet spécial qui, introduit sous le col, vient la transpercer. Plâtre pendant trois mois ensuite.

Dans l'ostéochondrite, l'auteur pratique un vrillage analogue, mais il ne fait que 2 ou 3 perforations.

En trois ans, l'auteur a pu employer cette méthode dans 30 cas de fractures du col et 10 cas d'ostéochondrite.

Les résultats éloignés seront donnés ultérieurement.



**Traitement précoce de l'ostéomyélite aiguë de la hanche de l'adolescent.** (P. PETIT. *Th. de Paris*, 1934, L. Arnette, édit.) — L'arthrite suppurée de la hanche du nourrisson est une affection bénigne qui cède à la ponction ou à l'incision d'un abcès de la fesse.

Mais l'ostéomyélite aiguë de la hanche, fréquente chez l'adolescent, est très grave et la conduite à tenir dès le début mal déterminée. L'auteur a cherché à l'établir d'après l'étude de 23 observations recueillies dans le service du professeur Ombrédanne.

La conduite à tenir dépendra avant tout de la forme de l'affection.

Dans la forme septicémique, on s'abstiendra de toute intervention. La thérapeutique sera exclusivement médicale (vaccinothérapie, bactériophage, sérum antistreptococcique, sels d'or).

Dans les formes septico-pyohémiques, la thérapeutique médicale reste encore l'essentiel pendant la période active de l'infection. Mais l'on peut être obligé d'intervenir : simple incision de drainage aussi rapide et minime que possible.

Dans les formes franches aiguës, il faut drainer et immobiliser, on doit attendre la fin de la période de bactériémie pour intervenir. L'auteur donne la préférence à l'incision postérieure, associée à l'extension continue au zénith, recommandée par Curtillet et Tillier.

On doit s'abstenir d'intervention osseuse précoce, inutile le plus souvent.

On attendra la formation des séquestres que l'on enlèvera secondairement.

**La tuberculose du col fémoral.** (D. LOGROSCINO. *Chir. degli org. di mov.*, oct. 1934, pp. 295-320, 33 fig.) — L'auteur débute par une description très détaillée de l'irrigation artérielle de l'extrémité supérieure du fémur aux différents âges de la vie. D'après les recherches de divers auteurs et ses recherches personnelles. Il montre que si la partie supérieure du col, sa partie inférieure, sa base sont largement irriguées, la partie centrale constitue une zone très pauvre en vaisseaux. Ceci explique les localisations de la tuberculose dans le col fémoral. Il en reconnaît plusieurs variétés.

Le foyer répondant à l'arc artériel cervico-diaphysaire inférieure siège dans l'éperon du col. Il donne un foyer en forme de demi-lune concave en bas. C'est le foyer le plus fréquent et le plus grave. Son ouverture dans l'articulation est la règle. Sur 15 cas de tuberculose cervicale observés par lui, il y en avait 5 cas, terminés 4 fois par une coxalgie ; un seul guérit sans ouverture dans la hanche.

Les foyers de la zone juxtaépiphysaire peuvent siéger à 3 endroits. Le plus souvent, c'est à la partie supéro-externe du col que se développe une lésion de forme triangulaire, qui s'étend souvent au noyau épiphysaire, ou vers la région sous-trochantérienne. L'ouverture dans l'articulation est fréquente.

On peut trouver, plus rarement, un foyer à la partie inféro-interne de la région bulbaire. On n'en trouve pas à la partie moyenne.

Les foyers de la région bulbo-métaphysaire donnent lieu à des cavernes arrondies, volumineuses, s'accompagnant d'une augmentation de volume du col. Elles guérissent en général sans envahissement articulaire. C'est une forme bénigne.

Il en est de même des foyers sous-trochantériens qui ont tendance à donner des abcès à la fesse et des fistules, mais n'envahissent pas l'articulation.

L'auteur expose ensuite les symptômes et le diagnostic de ces lésions. Diagnostic difficile, car il y a tantôt des signes fonctionnels sans lésions radiographiques, tantôt des images radiographiques avec un minimum de symptômes. Il

faudra éliminer l'ostéochondrite, l'ostéomyélite, les gommes syphilitiques, les kystes osseux.

Le traitement sanglant a donné des résultats inférieurs au traitement conservateur. C'est ce que montrent les statistiques de Waldenström, Pouzet, et celle de Logroscino. Les tuberculoses du col guérissent ordinairement bien par l'immobilisation stricte si le diagnostic a pu être posé de manière précoce.

**Sur la coxalgie cotyloïdienne.** (F. PERRICONE. *Chir. degli organi di mov.*, oct. 1934, pp. 331-342.) — Cette étude est basée sur 18 cas observés à l'Institut Rizzoli d'ostéites juxta-coxales de l'os iliaque, propagées secondairement à la hanche. Il en étudie avec soin les symptômes, insiste sur l'évolution en deux temps : période d'ostéite, période d'arthrite se succédant sans transition bien nette. Cette succession explique la longueur de l'évolution de l'affection.

L'intervention à la période d'ostéite pour tenter l'ablation du foyer comme on l'a proposé, semble à l'auteur irréalisable.

Les observations montrent que contrairement à l'opinion courante, la coxalgie consécutive n'a pas une gravité particulière. Elle se termine en général par une ankylose fibreuse lâche, justiciable d'une arthrodèse extra-articulaire.

**Les particularités d'ossification et l'ostéochondropathie juvénile du grand trochanter chez les enfants.** (O. HNEVKOVSKY. *Revue orthopédique slave*, fasc. IX, 1934, pp. 233-238, 2 fig.) — L'auteur a pu observer chez 7 enfants entre 6 ans 1/2 et 12 ans la présence d'un point d'ossification complémentaire au sommet du grand trochanter. Il pense qu'il est en rapport avec les efforts de tractions subis par la grande activité musculaire. Chez 3 autres enfants, entre 8 et 11 ans, il a observé une ostéochondrite du noyau apophysaire du grand trochanter double dans un cas. Cette lésion s'accompagnait de symptômes : lassitude, marche entraînant le membre pour éviter la contraction musculaire. La radiographie montre l'alternance de taches claires et foncées caractéristiques. Dans un cas une biopsie a été faite : examen bactériologique négatif. L'examen histologique montre de l'irrégularité de l'ossification avec ostéoporose.

Ces malades ont guéri par le repos en 4 à 8 semaines.

**Observations sur la torsion du fémur.** (S.-P. ROGERS. *J. of bone and joint surg.*, avril 1934, pp. 284-289.) — L'auteur rappelle son procédé de mensuration par radioscopie ; l'enfant à plat sur la table, la hanche est mise en abduction et flexion à 90°. On fait alors de la rotation externe jusqu'à ce que sous écran, on voie le col dans le prolongement de la diaphyse. L'angle formé par le membre avec la table indique alors le degré de torsion du fémur.

Examen de fœtus et sujets normaux lui montre que la torsion est nulle ou très petite chez le fœtus, augmente chez le nouveau-né, et est très élevée entre 6 mois et 1 an (50°). Elle diminue avec la marche progressivement, jusqu'à l'adolescence (16°), avec une recrudescence de torsion vers 10 et 11 ans.

Examinant ensuite les sujets pathologiques, il montre que la torsion augmente chez les sujets longtemps alités, parfois rapidement, dans l'ostéomyélite par exemple.

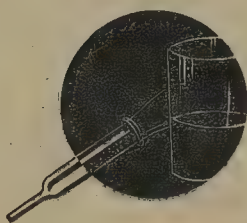
Il ne faut pas la confondre radiographiquement avec la coxa valga. Le col se redresse aussi, avec la perte de la fonction, mais beaucoup moins que n'augmente la torsion.

**Le genu impressum avec Patella alta spuria.** (Mark JANSEN (Leyde). *Bull. de la Soc. belge d'orthop.*, t. VI, N° 5, août-septembre 1934, pp. 321-327, 5 fig.) — La diminution de croissance du côté externe des extrémités articulaires du genou produit le genu valgum, celle de leur partie interne le genu varum. M. Jansen décrit dans quel cas cette diminution a lieu en arrière ; le plateau tibial est oblique en

# ADOVERNE

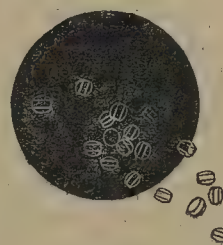
GLUCOSIDES CARDIOTONIQUES DE L'ADONIS VERNALIS  
ACTIVITÉ PHYSIOLOGIQUE ÉTALONNÉE

GOUTTES



ROCHE

GRANULES



PROPRIÉTÉS

ÉCHANTILLONS ET  
DOCUMENTS SCIENTIFIQUES  
10, RUE CRILLON - PARIS

CARDIOTONIQUE  
EUPNÉIQUE

NEURO-SÉDATIVE  
DIURÉTIQUE

PRODUITS  
F. HOFFMANN-LA ROCHE & C<sup>IE</sup>

## LABORATOIRES CARTERET

LIQUIDE  
et  
COMPRIMÉS

ANTISEPTIQUE GÉNÉRAL

*Sans odeur et non toxique*

# LUSOFORME

*Formol saponiné*

DÉSINFECTANT -- DÉSODORISANT

S'EMPLOIE EN SOLUTION AQUEUSE à 1/4 ou 1/2 p. 100 en GYNÉCOLOGIE, OBSTÉTRIQUE, CHIRURGIE

Échantillon et Littérature : 15, rue d'Argenteuil, PARIS



bas et en arrière, les condyles fémoraux relevés en haut et en arrière. Les deux os sont diminués de hauteur, l'extrémité supérieure du péroné remonte trop haut, la rotule est située plus haut que normalement, bien que le tendon rotulien ne soit pas allongé.

Il résulte de ces dispositions des conséquences : le coussinet graisseux antérieur du genou ne trouve plus place entre le fémur et le tibia, fait hernie sur la rotule, et dans l'extension complète du genou, peut être pincé avec douleur ; le passage de la rotule sur le rebord condylien pendant la flexion donne lieu à un coincement lui aussi douloureux et à la longue viennent des déformations de la rotule et du condyle fémoral.

Il ressort de là tout un syndrome, syndrome douloureux par pincement inférieur, et pincement supérieur pendant de longues années ; puis à la longue, véritables déformations articulaires et incongruence des surfaces.

Mais l'auteur ne donne aucune indication sur la thérapeutique possible dans ces cas, ce qui laisse supposer qu'il n'y en a pas.

**L'arthrodèse sous-astragalienne précoce dans les pieds bots paralytiques.** (Ed. PAPIN. *Journ. de méd. de Bordeaux et du Sud-Ouest*, 10 mai 1934, p. 356.) — On admet généralement que le développement des noyaux osseux du pied n'est assez avancé pour permettre les arthrodèses que vers l'âge de 8 ou 10 ans. Cela est exact pour l'articulation médio-tarsienne, à cause du développement tardif des noyaux osseux du cuboïde et surtout scaphoïde. Mais il n'en est pas de même de la sous-astragalienne, l'astragale et le calcaneum sont dès l'âge de 3 ou 4 ans assez développés pour permettre d'exécuter l'arthrodèse de leur articulation. C'est ce que MM. Nové-Josserand et L. Michel ont montré depuis plusieurs années pour le pied bot congénital. L'auteur a exécuté sur 5 enfants atteints de pied bot paralytique et âgés de 4 ans à 5 ans 1/2 une arthrodèse sous-astragalienne en correction de la déformation. La soudure s'est parfaitement faite et persistait plusieurs années après. De plus, du fait de la fixation de l'arrière-pied en bonne position, la déviation du pied ne s'est pas aggravée, si bien qu'à 8 ans, on pouvait hésiter à faire l'arthrodèse de la médio-tarsienne.

Cette arthrodèse précoce évite donc l'apparition de difformités graves ultérieures.

**Pied valgus convexe congénital.** (L. LAMY. *Bull. et mém. de la Soc. des Chirur.*, Paris, t. XXVI, N° 12, 6 juillet 1934, pp. 484-498, 11 fig.)

**Pied plat congénital par subluxation sous-astragalienne congénitale et orientation verticale de l'astragale.** (H.-L. ROCHER et L. POUYANNE. *Bordeaux chirurg.*, N° 4, oct. 1934, pp. 249-265, 10 fig.)

Il existe deux variétés de pied plat congénital. Le pied talus valgus dont la fréquence est grande. Il est tantôt double, tantôt unilatéral et associé souvent alors avec le pied bot varus équin de l'autre côté.

A côté de cette variété bien connue, existe une variété bien plus rare, décrite dès 1914 par M. Nové-Josserand (thèse Henken) ; puis à nouveau en 1923, par le prof. Rocher en 1918 (*Revue d'orth.*, octobre, p. 687), par Marziani, élève de Galeazzi (*archivio di ortopedia*, 31 mars 1923, t. XLIX, f. 1, p. 175-194). Cette description est reprise par Lamy, qui a pu en observer 13 cas, et Rocher et Pouyanne qui en apportent 5 nouvelles observations.

Cette déformation est caractérisée anatomiquement dès la naissance par la direction verticale de l'astragale luxé hors de la mortaise, se redressant à l'horizontale et même l'inflexion en bas du calcaneum. Le scaphoïde repose sur le dos du col astragalien.

Le pied présente dans son ensemble une plante fortement convexe vers le bas et vers le dedans. C'est le « pied en pio-

let » de Rocher. Cette déformation est d'emblée irréductible. Les tendons péroniers et surtout extenseurs des orteils rétractés empêchent le redressement.

Les enfants marchent tard — et sont de véritables infirmes — bien que la déformation n'ait pas de tendance à s'exagérer.

Si dans les cas les moins marqués, un traitement par moldages suivis de plâtres, puis souliers spéciaux peut améliorer les malades, il est tout à fait insuffisant dans les cas marqués. Ici la section du ligament latéral externe, l'allongement des péroniers et extenseurs peut donner de l'amélioration. Mais il faut en venir aux opérations osseuses pour obtenir un bon résultat. A la suite de V. Camera, Lamy préconise la résection de la tête et du col astragalien avec évidemment du corps de l'astragale. On complètera au besoin par une transplantation du jambier antérieur sur le premier métatarsien, et création d'une butée en avant de la malléole externe au moyen des débris de la tête astragalienne sectionnée.

## SOCIÉTÉS SAVANTES

### ACADEMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 8 AVRIL 1935)

**Persistence du choc anaphylactique chez le chien à moelle détruite.** — MM. Henri HERMANN, Georges MORIN et Joanny VIDAL.

**La mesure de la pression artérielle.** — M. Pierre NOGUÈS.

**Une théorie nouvelle du développement : l'épigénèse physiologique, ou théorie des chaînes de fonctions.** — M. Paul WINTREBERT.

(SÉANCE DU 15 AVRIL 1935)

**Purification du vaccin antivariolique.** — M. le professeur ACHARD présente une note de M. B.-S. LEVIN concernant la purification du vaccin antivariolique à l'aide des rayons X.

Habituellement, le vaccin antivariolique contient un nombre important de microbes associés, qui sont difficilement éliminés, vu que les méthodes de stérilisation habituelles attaquent aussi bien le vaccin que ses hôtes.

M. Levin montre dans ces expériences que les rayons X à hautes doses tuent les bactéries associées sans nuire au vaccin lui-même.

Avec cette nouvelle méthode de stérilisation élective, il est donc possible d'obtenir un vaccin antivariolique dépourvu de bactéries, et gardant un pouvoir immunisant très actif.


Cette purification est particulièrement intéressante, vu les accidents possibles auxquels on expose les sujets en leur donnant un vaccin impur.

**Rayonnement solaire.** — M. FABRY présente une note de M. LATARJET sur les variations que peut présenter l'action biologique du rayonnement solaire sous l'influence des variations de l'ozone atmosphérique. Si l'on mesure l'activité biologique par l'aptitude à produire l'érythème (rougissement, puis brunissement de la peau), on peut calculer cette action en partant des données connues sur le rayonnement solaire et l'absorption atmosphérique. On trouve que les variations de la quantité d'ozone sont suffisantes pour expliquer d'importantes variations dans l'action du rayonnement solaire sur la peau.




**UROMIL**

ÉTHÉR PHÉNYL CINCHONIQUE — PIPÉRAZINE — HÉXAMÉTHYLÈNE TÉTRAMINE



**MOBILISE — DISSOUT  
ÉLIMINE**

**L'ACIDE URIQUE**



**ARTHRITISME**

D<sup>r</sup> L. BELIÈRES - 19, RUE DROUOT - PARIS

## TRAITEMENT DU PSORIASIS

PAR UN NOUVEAU COMPOSÉ  
AR/ÉNO-BI/MUTHIQUE

ampoules de 3 cc. 1/2  
pour injections  
intraveineuses ou  
intramusculaires

**LAB<sup>RE</sup>  
G. FERMÉ**

55, Boul<sup>d</sup> de Strasbourg  
**PARIS**

# Prothanol

Le Prothanol à l'cc  
Pour injections intramusculaires  
Thérapeutique autophylactique  
Rénovation leucocytaire.

Nouvelle adresse : 22, rue de Turin, Paris (VIII<sup>e</sup>).

**ESTOMAC — INTESTIN**

**DYSPEPSIE**

**ENTÉRITE**


**GASTRALGIE**

CHEZ L'ENFANT  
CHEZ L'ADULTE

## VALS-SAINT-JEAN

EAU de RÉGIME, FAIBLEMENT MINÉRALISÉE et GAZEUSE

Envoi gratuit d'Echantillons et de Notices à M.M. les Docteurs sur demande adressée  
DIRECTION-VALS-GÉNÉRALE : 53, Boul<sup>d</sup> Haussmann, Paris (9<sup>e</sup>) Téléph. 227-76



**USAGE ENFANTS  
DES DOCTEURS**

SUC D'ORANGE MARRONÉ  
INOFFENSIF — DÉLICIEUX

**NÉO-LAXATIF  
CHAPOTOT**

Echant. : 58, Boul<sup>d</sup> Ordano PARIS

**ANÉMIE PALUDEENNE.** — Source Dominique.  
**VALS-LES-BAINS.** — Saison du 1<sup>er</sup> juin au 1<sup>er</sup> octobre.

**DÉSINFECTION — CHLORAMINE  
INTESTINALE — FREYSSINGE**

1 à 3 pilules à chaque repas. - 6, Rue Abel, PARIS - Aucune contrindication

**CONTREXEVILLE**

**SOURCE PAVILLON**

**LA SAUVEGARDE DU REIN**

**GOUTTE, GRAVELLES, ARTHRITISME**

**INFECTIONS  
AIGUES  
FÉBRILES**

# SEPTICEMINE CORTIAL

7, r. de l'Armorique  
PARIS (XV<sup>e</sup>)



**Pharmacodynamie du carvacrol.** — M. D. GARDNER et Mlle M.-L. CASELLI. Dans cette note, ont été déterminés : le pouvoir empêchant, le pouvoir bactéricide et la dose toxique du carvacrol. Des comparaisons ont été faites sur le pouvoir empêchant du carvacrol, du thymol et du menthol.

Les auteurs étudient l'action du carvacrol sur les bacilles à coque cirreuse.

**Placenta syphilitique.** — M. MANOUÉLIAN. Alors même que les tréponèmes fourmillent dans les organes du fœtus, les parasites sont rares et souvent introuvables dans le placenta. Or dans nombre de placentas syphilitiques, M. Manouélian avait déjà constaté une phagocytose intense de tréponèmes permettant d'expliquer la rareté, l'absence des parasites dans ce viscère. Cependant dans quelques placentas où, malgré de longues et patientes recherches, on n'avait pu déceler de parasites, on a pu déceler de rares foyers avec des parasites clairsemés. Les tréponèmes typiques étaient rares : on trouvait surtout les formes minuscules, à trois, deux, un et parfois moins d'un tour de spire, tous munis d'un filament ténu. Il existe aussi des granules à filaments (ultra-virus syphilitique). Dans certains placentas syphilitiques, on trouve donc surtout ces formes minuscules du tréponème et ces ultra-virus, alors que les parasites typiques sont fort rares, même introuvables.

#### SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

(SÉANCE DU 1<sup>er</sup> FÉVRIER 1935)

**Technique de la résection gastro-duodénale.** — M. Mario DONATI, professeur de Clinique chirurgicale à l'Université de Milan, décrit sa technique de la résection gastro-duodénale, qui se caractérise : par le souci d'extérioriser le moins possible les organes ; par la simplification de la fermeture du duodénum par un instrument spécial ; par un procédé particulier de suture des tranches gastro-jéjunales au moment de l'abouchement de la bouche gastrique dans le grêle. Lorsque le duodénum est bien libéré de ses adhérences et que sa section est possible au niveau de la première portion, M. Donati utilise un instrument spécial qui n'écrase pas le duodénum mais le comprime entre deux mors ondulés. Les mors de cet instrument représentent deux peignes dont les dents émoussées, en s'imbriquant, plissent les parois duodénales. Une aiguillée de fil de lin passée dans une rainure de l'instrument enfle les plis formés par le duodénum godronné. Celui-ci est sectionné au ras de l'instrument. Il ne reste qu'à saisir les deux bouts du fil de lin et à les nouer pour que le bout duodénal soit étroitement clos. Lorsqu'il existe un ulcère bas situé sur la paroi postérieure du duodénum, il faut ouvrir franchement celui-ci, le plus près possible du pylore et exciser l'ulcère sous le contrôle de la vue, de façon à conserver tout ce qui est possible de la paroi saine du duodénum. Le lambeau de la paroi duodénale qu'on a respecté permettra de fermer le moignon, sans aucune tension, par une suture à deux plans. Au moment de l'anastomose gastro-jéjunale, la suture des tranches antérieures est faite par un surjet extra-muqueux invaginant, simple, rapide et sûr. On commence cette suture en enfonçant l'aiguille dans la sous-muqueuse de l'intestin, au niveau du bord de la muqueuse. L'aiguille transperce, de droite à gauche, la sous-muqueuse et la musculaire, pour sortir de la séreuse à deux ou trois millimètres du bord de la section. On enfonce ensuite l'aiguille sur la séreuse gastrique, quelques millimètres plus loin du bord de la section de l'estomac et, en pénétrant suivant un trajet oblique en direction de droite à gauche, à travers la séreuse et la musculaire, on parvient à la sous-muqueuse, on la charge complètement en glissant le long de la paroi extérieure de la muqueuse

et l'on sort enfin tout près du bord de la section de cette dernière. On tire alors le fil. De cette façon, les bords restent invaginés avec l'accolement des séreuses, tandis que les points de suture demeurent cachés.

Depuis le 1<sup>er</sup> octobre 1932, M. Donati a pratiqué, dans la Clinique chirurgicale de Milan, 151 résections gastro-duodénales, avec une mortalité de 3,30 p. 100.

Cette communication a été accompagnée de la projection d'un film cinématographique.

**Le traitement par greffes ostéoplastiques des destructions de la mâchoire inférieure.** — M. DUFOURMENTEL, à l'occasion de quelques cas récents d'élimination massive de la mâchoire inférieure, présente un film cinématographique montrant les différentes greffes qui permettent la reconstitution de tout le segment détruit comprenant, à la fois : la peau, la muqueuse et l'os.

**Grefe ankylosante du rachis pour mal de Pott.** — M. Raphaël MASSART présente un film cinématographique qui montre sa technique personnelle, dont les deux points particuliers sont : 1° le malade est opéré, étendu à plat ventre sur un hamac de toile qui permet de corriger la gibbosité ; 2° le malade, aussitôt l'opération faite et sans qu'il soit mobilisé, est enfermé dans un corset plâtré qu'il gardera trois mois. Cette technique permet à la greffe d'être à l'abri de tout mouvement jusqu'à sa prise définitive.

**Pseudarthrose congénitale du tibia.** — M. Raphaël MASSART présente un film cinématographique qui montre la technique qu'il emploie dans le traitement de cette lésion. Celle-ci, longtemps considérée comme incurable, conduisait à l'amputation les jeunes enfants qui en étaient atteints. L'auteur utilise, pour combler la perte de substance, le greffon prélevé sur la mère au moment même de l'opération. Dans une même salle, sur deux tables différentes, la mère et l'enfant sont endormis au rectanol. On a eu soin, au préalable, de vérifier les groupes sanguins. L'opération sitôt finie, la jambe est immobilisée dans le plâtre.

**Cholécystostomie.** M. VICTOR-PAUCHET présente un film cinématographique des divers temps de cette opération facile, appelée à rendre de grands services dans nombre d'affections hépatiques. Il insiste sur différents points de technique, en particulier sur la nécessité de fixer la vésicule simplement au péritoine pariétal si on veut obtenir par la suite une occlusion spontanée, rapide, de la fistule, et sur l'avantage de faire sortir la sonde par un petit orifice distinct de l'incision exploratrice.

**Des conditions de sécurité au cours du forage de la prostate ou résection endoscopique de la prostate.** — M. Georges LUYRS.

**Considérations sur la méthode du traitement des brûlures par le tannage.** — M. Fernand MASMONTÉIL présente une malade qui, gravement brûlée, a été soignée avec un très bon résultat par le tannage associé aux greffes cutanées.

(SÉANCE DU 15 FÉVRIER 1935)

**Ulcération et volvulus de l'anse sigmoïde : perforation, pneumatose mésentérique ; pyopneumopéritoine. Résection. Guérison.** — M. LUQUET fait un rapport sur une observation de M. L. Achmatowicz (de Vilno, Pologne), concernant une femme de 83 ans qui présenta successivement : une ulcération siégeant sur le bord mésentérique de l'anse sigmoïde, un volvulus de cette anse, une perforation de l'ulcération, une pneumatose mésentérique et un pyopneumopéritoine. Une résection de l'anse sigmoïde permit de guérir la malade. Le rapporteur pense que ce cas très rare



et schématique pourrait apporter une explication de certains pyopneumopéritonéaux de cause inexpliquée.

**Tumeur géante du côlon transverse. Opération. Guérison.** — M. CRESSON.

**A propos du traitement chirurgical de l'estomac biloculaire par la résection gastrique haute.** — M. LUQUET communique l'observation d'une malade présentant cette affection et traitée, avec succès, par la résection haute de l'estomac en employant la technique de Victor-Pauchet. A ce sujet, il s'étonne que cette technique, décrite depuis plus de dix ans, soit encore ignorée par certains chirurgiens.

**Butée ostéoplastique de la hanche à contrefort iliaque (technique opératoire).** — M. Marcel GALLAND (de Berck-Plage) montre que les butées ostéoplastiques de la hanche doivent être à volet iliaque à charnière très basse, emboîtant la tête exactement en haut et en arrière. Mais ces volets doivent être solidement appuyés à leur face supérieure. L'auteur décrit une technique permettant la construction d'un puissant contrefort iliaque. Incision de Smith-Petersen. Rugination des faces externe et interne de l'aile iliaque. Rabattement soigné d'un volet iliaque prélevé aux dépens de la table externe. Deux coups de ciseau frappés : 1° sur la crête iliaque à 5 centimètres en arrière de l'épine iliaque antéro-supérieure ; 2° sur le bord antérieur de l'os iliaque à 3 centimètres au-dessous de l'épine iliaque antéro-supérieure et au-dessus de la charnière du volet. Eversement en dehors du massif iliaque antérieur par fracture en bois vert. Ce contrefort peut être clivé pour une meilleure adaptation. Fixation en place de ces pièces osseuses au catgut. Opération courte, sèche, non shockante. L'auteur présente les radiographies de trois cas qu'il a opérés avec succès d'après cette technique.

**Elections.** — Ont été élus :

**Membres titulaires :** MM. Audain, Bailleul, Bernard Etienne, Bovier, Bretegnier, Brouet, Duhail, Fayot, Galop, Julien Robert, Lascombe, Maximin, Meuge, Monsaingeon, Papillon, Pascalis, Roche, Theillier.

**Membre associé :** M. J. Belot (de Paris).

**Membres correspondants nationaux :** MM. Benoiste-Pillore (de Kerpape), Roger Chureau (de Châtillon-sur-Seine).

**Membres correspondants étrangers :** MM. Serge Judine (de Moscou, U.R.S.S.), Alexander Limberg (de Léninegrad, U. R.S.S.), Luiz Ignacio de Barros Lima (de Recife, Brésil), Joaquim de Brito (de Rio-de-Janeiro, Brésil), de Moscoso (de Rio-de-Janeiro, Brésil).

#### SOCIÉTÉ MÉDICALE ET ANATOMO-CLINIQUE DE LILLE

(SÉANCE DU 8 JANVIER 1935)

**Fibrome mou, de diagnostic difficile.** (présentation de pièce). — M. DESBONNETS.

**Otite et septicococcémie.** — M. BERNARD.

**A propos de la Paratyroné ; son emploi dans le traitement de l'asthme.** — M. PARTURIER. Quatre observations, dans lesquelles le pouvoir antispasmodique de la Paratyroné se montre intéressant. L'auteur livre ces faits sans commentaires, se réservant de revenir sur ce sujet, quand il aura de nouvelles observations.

**Paratyroné et anti-paratyroné.** — MM. PARTURIER et PENAU ont utilisé le sérum d'animaux éparathyroïdés dans le traitement d'une maladie de Paget et dans de nombreux cas de rhumatisme déformant ; ils ont obtenu des résultats fort intéressants ; les quelques échecs sont facilement ex-

plicables : luxation compliquant l'arthrite, spondylite accentuée, rétraction tendineuse.

Dans de nombreux cas où les phénomènes articulaires furent améliorés, des manifestations apparurent, probablement de caractère anti-hormonal : phénomènes spasmodiques, apparition de syndrome anxieux, modifications de tension, élévation du nombre des globules rouges.

**Hernie de l'appendice dans une fossette rétrocaecale.** — M. CAMELOT.

**Syphilis et gastropathies ; à propos de quelques observations personnelles.** — MM. LANGERON et DANÈS.

(SÉANCE DU 22 JANVIER 1935)

**Lithiase rénale et parathyroïdes.** — M. PARTURIER.

**Le traitement d'une paralysie faciale et son résultat.** — Mlle SENELLART et M. BÉRA. L'ionothérapie iodurée, suivant la méthode de Bourguignon, a donné les meilleurs résultats, sans modifier cependant la R. D.

**Péricardite tuberculeuse, pneumo-péricarde provoquée.** — MM. LANGERON, DANÈS et BÉRA.

**Les fistules gastro-jéjunocoliques après gastro-entérostomie.** — MM. BERNARD, GAMELIN et LAMIDON.

**Maladie de Hodgkin, à point de départ médiastinal, compliquée de syndrome radiculo-médullaire.** — MM. BERNARD, D'HALLUIN, BELLE et FRUCHART.

**Rhumatisme articulaire aigu et endocardite ; myoclonies abdominales et signes encéphaliques, jugulés par le salicylate de soude. Encéphalite et rhumatisme.** — MM. LANGERON et BATTEUR.

**Trois cas nouveaux d'acrodynie infantile.** — M. LAMORILL.

**Etude anatomique des reins de deux monstres anencéphaliques dérencéphales (présentation de coupes microscopiques).** — MM. DELATTRE et LOU-CHANG.

**Traitement de la névralgie faciale par les courants de haute tension.** — M. BELLE rapporte deux observations de névralgie faciale, avec douleurs extrêmement vives, qui ont été rapidement guéries par l'effluviation négative de la machine statique. Deux applications ont suffi dans chaque cas.

Il rapporte, en outre, l'observation d'un torticolis guéri après deux séances, à l'aide de la même thérapeutique.

Il considère, par conséquent, ce mode de traitement supérieur à la galvanisation, que l'on fait habituellement en pareils cas, puisqu'il apporte un apaisement quasi immédiat.

(SÉANCE DU 5 FÉVRIER 1935)

**Thoracoplastie, avec excrèse des quatre premières côtes et cartilages costaux ; guérison (présentation de malade).** — MM. D'HOUE et DESBONNETS.

**Description d'un fœtus porteur de malformations multiples (présentation de pièce).** — MM. DELATTRE, DELAETER et LOU-CHANG.

**Accidents de décalcification au cours d'une cure excessive d'opothérapie parathyroïdienne.** — M. PARTURIER.

**Deux cas de rhumatisme articulaire aigu, résistant au salicylate et améliorés par un vaccin.** — MM. LANGERON, BATTEUR et FRUCHART.



Pleurésie aiguë lymphocytaire ; images radiologiques de broncho-pneumonie diffuse ; absence de B. de K. dans l'expectoration et dans le suc gastrique ; lésions tuberculeuses à l'autopsie. — MM. LANGERON et FRUCHART.

Radiculite de la queue de cheval ; blocage manométrique, hyperalbuminose rachidienne, absence d'arrêt lipiodolé. — MM. LANGERON, LEDIEU et BATTEUR.

Réflexions sur l'augmentation de volume d'un diverticule de la petite courbure. — MM. BERNARD et GAMELIN.

Anévrysme de l'aorte descendante. — MM. BERNARD, DELERUE et SINGER.

Tubage duodénal rapide à l'aide de la sonde de L. Camus (présentation d'instrument). — M. DANÈS.

(SÉANCE DU 19 FÉVRIER 1935)

Ostéome des muscles postérieurs de la cuisse. — MM. WEITZEL et VEBER.

Ostéome du brachial supérieur. — M. BELLE.

Lithiase vésiculaire. — MM. COURTY et GAMELIN.

Lithiase sous-maxillaire. — MM. COURTY, GAMELIN et BAYART.

Diabète sucré avec ulcération trophique ; action de la radiothérapie sur le trouble trophique et sur le diabète. — MM. LANGERON, DESPLATS et PAGET.

Injectons intra-veineuses de charbon dans les septicémies. — M. BERNARD.

Hernie transmésocolique. — MM. CALLENS et FRUCHART.

Anesthésie à l'évipan sodique. — M. CALLENS.

#### SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE TOULOUSE

(SÉANCE DU 25 JANVIER 1935)

Cancer de la langue. — M. DUCUING présente un malade aiguillé pour cancer de la langue, chez lequel il a pratiqué il y a peu de jours un évidement carotidien. Il insiste sur la longue incision que nécessite cette intervention.

Sémiologie de la rupture de la longue portion du biceps. — M. BERNARBEIG présente des projections et un film cinématographique montrant les signes d'inspection permettant de diagnostiquer la rupture du tendon du biceps : la chute du corps musculaire au repos, le déplacement du nœud de contraction vers l'insertion distale lors de la flexion et enfin le déjettement en dedans de la masse charnue au moment de la contraction. Ce déplacement, dû à l'action de la courte portion, est particulièrement net sur le film.

A propos des infections du canal de Bochdalek. — M. BERNARBEIG rapporte l'observation d'un abcès centrolingual typique guéri sans suites fâcheuses par l'incision sus-hyoïdienne médiane faite à l'anesthésie locale.

Il rappelle à ce sujet les travaux de Clermont et Deupes, et pense que cette entité anatomo-clinique doit être bien étudiée, pour mieux préciser ses rapports avec le phlegmon gangréneux du plancher buccal.

MM. CLERMONT, DUCUING et BERNARBEIG exposent chacun leur opinion concernant les rapports existant entre l'angine de Ludvig et les infections du canal de Bochdalek.

Hémorragies intrapéritonéales d'origine ovarienne en dehors de la grossesse ectopique. — M. LEFEBVRE ayant rapporté une intéressante observation, revient sur l'étude de ces hémorragies et en précise la cause.

M. DUCUING rapporte à ce sujet une observation personnelle de pachy-tubite tuberculeuse ayant produit une hémorragie intra-péritonéale.

Iléus biliaire. — M. R. DIEULAFÉ présente l'observation d'une malade opérée avec succès, et rappelle les signes cardinaux de cette affection, ainsi que son grave pronostic.

MM. DUCUING, CLERMONT, LEFEBVRE, BOULARAN et BAUDET prennent part à la discussion et précisent leur point de vue sur la conduite à tenir vis-à-vis de l'intestin après ablation du calcul.

Un point de technique de l'évidement carotidien. — MM. J. DUCUING, P. FABRE et GOUZY, s'aidant de schémas, exposent le temps de l'évidement de la région rétro-stylien, lors de l'évidement carotidien. Leur procédé consiste essentiellement à attaquer directement la région, après section du sterno-cléido-mastoidien, du ventre postérieur digastrique et du stylo-hyoïdien au ras de leur insertion crânienne, après quoi, la ligature de la jugulaire interne et le curage ganglionnaire deviennent relativement aisés.

#### LIVRES NOUVEAUX

Défense de la population civile contre la menace toxiphyxiante des attaques aériennes (4<sup>e</sup> édition vendue au profit des œuvres de propagande et d'enseignement concernant la défense passive) (1), par le D<sup>r</sup> M. ANGLADE, médecin de l'armée, conseiller technique de la Ville de Versailles.

Nul n'était plus désigné que le médecin colonel Anglade pour écrire ce manuel d'organisation pratique familiale, municipale et départementale.

Les lecteurs de la *Gazette des Hôpitaux* connaissent déjà la belle organisation que MM. Anglade, Aublant et Altenbach ont réalisée à Versailles, à l'hôpital militaire. Cette organisation a servi de modèle à la plupart des abris existant à l'heure actuelle.

M. Anglade veut bien faire profiter le public de sa grande expérience. Il faut l'en remercier, nous ne saurions trop recommander la lecture de son livre à nos confrères si souvent consultés à ce sujet par les familles et les municipalités.

L. G.

L'organisation antituberculeuse française (2), par Georges BROUARDEL, membre de l'Académie de médecine, médecin de l'hôpital Necker, vice-président du Comité national de défense contre la tuberculose, et Jacques ARNAUD, ancien interne des hôpitaux de Paris, médecin assistant à l'hôpital Laënnec et au dispensaire Léon Bourgeois.

La tuberculose vient en tout premier rang des principales causes de notre mortalité.

Si les médecins sont appelés à jouer un rôle considérable dans la lutte antituberculeuse, de par les caractères très spéciaux qui président à la propagation et au développement de la maladie, il leur faut, pour réussir, le concours de la collectivité ainsi que l'appui de multiples organismes qui ne peuvent fonctionner qu'avec l'aide des pouvoirs publics.

(1) In-8. — Société générale des cires françaises, Montluçon 1935.

(2) Bibliothèque de phthisiologie. In-8 de 260 pages. — Prix : 40 fr. — Paris, Masson et C<sup>ie</sup>.



# LORAGA

Emulsion originale d'huile de paraffine  
et d'agar-agar avec phénolphthaléine

## RÉGULATEUR PHYSIOLOGIQUE DE L'INTESTIN

S'incorpore intimement au contenu intestinal.  
Donne au bol fécal la consistance et la  
plasticité normales. Stimule doucement le  
péristaltisme sans provoquer de spasmes.

**INDICATIONS :** Toutes formes de constipation  
et à tout âge. — Paresse intestinale au cours  
de la grossesse et pendant la période de  
lactation. — Atonie intestinale des vieillards.

*Tolérance parfaite. Aucune action secondaire.  
Pas d'accoutumance ni de suintement huileux.*

*Littérature et échantillons sur demande à MM. les Médecins*

**LABORATOIRES SUBSTANTIA**

*F. Guillemoteau, Pharmacien - 13, rue Pagès, Suresnes (Seine)*



Aussi ce livre ne s'adresse-t-il pas seulement aux médecins, mais à tous ceux qu'intéressent les grands problèmes sociaux. Ils y trouveront l'exposé des principes qui dirigent la lutte antituberculeuse et les moyens mis en œuvre en France pour enrayer l'extension du mal.

L. G.

## NOTES POUR L'INTERNAT

MALADIE D'ADDISON<sup>1</sup>

Les troubles gastro-intestinaux sont constants et souvent les premiers en date ; ils rappellent souvent, cliniquement, des phénomènes d'intoxication : vomissements fréquents, sans efforts, le matin, d'abord comparables aux pituites des alcooliques, puis plus fréquents, opiniâtres, et rejetés dans le courant de la journée, tout en conservant leur caractère de soudaineté et de facilité. Ce sont des vomissements muqueux, filants, incolores ; diarrhée précédée, chez l'adulte, dans les premières phases de la maladie, par une constipation presque absolue ; elle apparaît à une période avancée de la maladie d'Addison, tenace et profuse, parfois bilieuse, verdâtre et fétide, elle contribue à affaiblir le sujet et à hâter la terminaison fatale. Les troubles gastro-intestinaux s'annoncent souvent par une simple anorexie qui va augmenter jusqu'à devenir une anorexie totale et globale.

Ces différents troubles : mélanodermie, asthénie, hypotension artérielle, troubles douloureux et gastro-intestinaux, constituent les symptômes cardinaux de la maladie d'Addison. Il importe cependant, devant tout syndrome addisonien, de faire un examen clinique systématique, aidé de certains examens spéciaux, pour mettre en relief :

La cause de cette atteinte surrénale : la tuberculose ;

La prédominance de l'insuffisance corticale : par l'étude précise des troubles neuro-musculaires ;

Les troubles de l'état général ;

Les synergies endocriniennes.

La tuberculose, cause essentielle de la maladie d'Addison, peut être évidente :

Une poussée évolutive de tuberculose pulmonaire coïncide avec le syndrome addisonien et les deux affections mélangent alors leurs symptômes : il y a de la fièvre et l'évolution est généralement rapide.

Habituellement la tuberculose est plus discrète : seule, l'étude des antécédents, des incidents évolutifs antérieurs, des diverses localisations possibles : ganglionnaires, osseuses, génito-urinaires et surtout pleuro-pulmonaires, est caractéristique. Il est nécessaire le plus souvent de faire une étude radiologique des poumons pour déceler les lésions pleuro-pulmonaires.

Récemment, certains auteurs (Achard, 1932 ; Faure-Beaulieu, 1934) ont insisté sur l'utilité du diagnostic radiologique des capsules surrénales, visibles sur certains clichés. La radiologie permet de voir dans certains cas une image opaque en forme de corolle ou quelques taches plus ou moins groupées, siégeant exactement au niveau des capsules surrénales, images de calcification des glandes. Les ombres se dessinent à un ou deux centimètres en dehors du bord latéral de la douzième dorsale, de la première lombaire et du disque qui les sépare et coupent l'ombre de la douzième côte. Les recherches de Ball (Clinique Mayo, 1931) donnent 6 cas positifs sur 23. Cette rareté des cas positifs s'explique par la rareté de processus de fibro-calcification.

Les troubles neuro-musculaires, constants mais variables dans la maladie d'Addison, nécessitent un examen neurologique complet.

Les troubles moteurs sont rares dans cette affection. Cependant on a signalé des crises convulsives à type épileptiforme généralisé, plus rarement des mouvements choréiformes, des myoclonies (Laignel-Lavastine, Nobécourt, Paisseau).

Sergent puis Laignel-Lavastine ont décrit des accidents pseudo-méningés.

Les réflexes tendineux et cutanés sont normaux.

Nous avons vu les troubles nerveux subjectifs ; la sensibilité objective n'est pas troublée ; parfois existe une hyperesthésie cutanée.

On peut relever de l'atrophie musculaire et des parésies transitives type myasthéniques (syndromes surréno-musculaires).

Les troubles psychiques, tantôt à type d'excitation, avec confusion mentale, délire hallucinatoire, agitation ; tantôt à tendance dépressive réalisant un syndrome psychasthénique, ont été réunis, par Klippel, sous le nom d'encéphalopathie addisonienne.

Mais il est une étude capitale à toujours faire, en cas de maladie d'Addison, c'est l'étude de l'épuisement neuro-musculaire. On la fait souvent, en clinique, à l'aide du dynamomètre courant et en comparant les contractions répétées du malade à celles d'un sujet sain. L'extrême fatigabilité musculaire est surtout confirmée par les tracés pris à l'ergographie de Mosso.

Des troubles généraux intenses sont toujours notés dans la maladie bronzée.

La température, normale au début, fait place habituellement à l'hypothermie.

L'amaigrissement est souvent très marqué.

Dans le sang on trouve fréquemment de l'hypoglycémie ; l'anémie avec mononucléose ne paraît pas spéciale à l'insuffisance surrénale.

Dans les urines, peu abondantes, il y a hypoazotémie, hypophosphaturie et hypochlorurie. On peut trouver de l'albuminurie et une augmentation du coefficient uro-toxique. Récemment, on a insisté sur l'hypercoloration des urines des addisoniens prenant de la cryogénine (Gaz. méd. de France, mai 1934), traduisant un trouble des oxydations tissulaires.

Le métabolisme basal est diminué.

Enfin, il est nécessaire d'étudier les troubles endocriniens associés.

A l'insuffisance surrénale s'ajoute souvent une insuffisance génitale. Les syndromes surréno-génitaux sont assez fréquents, en clinique :

Chez l'homme, l'impuissance est de règle ; elle va ordinairement de pair avec l'asthénie, mais elle peut parfois la précéder.

Chez la femme, il y a dysménorrhée ou aménorrhée.

Ainsi, à la tétrade symptomatique nécessaire au diagnostic de la maladie d'Addison, s'ajoute l'étude :

D'une tuberculose causale ;

Des troubles nerveux ;

Des troubles généraux ;

Et des troubles génitaux,

qui permet, dans une certaine mesure, de juger de l'évolution ultérieure.

(A suivre.)

ALBERT FIEHRER.

Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu. Leçons du dimanche, troisième série, par P. CARNOT, SAINTON, HALBRON, RATHERY, HARTMANN, STÉVENIN, TERRIEN, HARVIER, TIFFE-NEAU, CUNÉO. Grand in-8° de 411 pages, avec figures. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

(4) Suite. — Voir Gaz. des hôpit., 1935, n° 31, p. 530.

# FARINES MALTÉES JAMMET

de la Société d'Alimentation diététique

## RÉGIME DES MALADES, CONVALESCENTS, VIEILLARDS

Farines très légères

### RIZINE

Crème de riz maltée

### ARISTOSE

à base de farine maltée de blé et d'avoine

### CÉRÉMALTINE

(Arrow-root, orge, blé, maïs)

Farines légères

### ORGÉOSE

Crème d'orge maltée

### GRAMENOSE

(Avoine, blé, orge, maïs)

### BLÉOSE

Blé préparé et malté

Farines plus substantielles

### AVENOSE

Farine d'avoine maltée

### CASTANOSE

à base de farine de châtaignes maltée

### LENTILOSE

Farine de lentilles maltée

*Alimentation  
des  
Enfants*

**CACAOS, MALTS, SEMOULES, CÉRÉALES** spécialement préparées pour **DÉCOCTIONS**

Usine et Laboratoires à LEVALLOIS-PERRET. — Brochure et Échantillons sur demande.

**ETABLISSEMENTS JAMMET, Rue de Miromesnil, 47, Paris**



La plupart des états de carence

sont des carences complexes.

Les quatre vitamines sont nécessaires.

Les troubles d'hypo-calcémie qui conduisent au rachitisme et pour lesquels l'ergostérol irradié (Vitamine D) donne de si beaux résultats ne sont presque jamais purs. Les troubles de l'appétit, l'anémie, les troubles du développement indiquent que le sujet souffre aussi du manque des facteurs de croissance et d'utilisation nutritive qu'apportent les autres vitamines.

Il existe des vitamines dans les végétaux frais, mais l'expérience prouve qu'elles y sont en quantités trop faibles pour réduire les états de carence déjà caractérisés. Ceux-ci ne cèdent qu'aux vitamines offertes en abondance sous forme concentrée.

## Le Vitamyl Irradié

apporte de l'Ergostérol irradié en solution huileuse finement émulsionné dans un extrait concentré de Vitamines A. B. et C. et permet de réaliser cette médication poly-vitaminique.  
**sous sa forme la plus active,**

car l'Ergostérol irradié s'y trouve en solution huileuse, condition nécessaire pour lui permettre de garder son efficacité,  
**sous une forme agréable,**

en solution, le goût de l'émulsion huileuse est complètement masqué par la saveur légèrement sucrée du milieu glyciné; en dragée le médicament est un véritable bonbon.

**RACHITISME — CARENCES et PRÉ-CARENCES**  
**TROUBLES de CROISSANCE — DÉMINÉRALISATION**

Solution : 2 à 3 cuill. à café par jour — Dragées : 4 à 6 par jour. — Demi-dose chez l'Enfant.

**Laboratoires AMIDO, 4, Place des Vosges, PARIS-IV°**



*La Lancette Française*

# GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6<sup>e</sup>. Tél. : Danton 48-31.PUBLICITE : M. A. THIOILLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6<sup>e</sup>) - Téléph. : LITRÉ 54-93.

## PRIX DE L'ABONNEMENT

**FRANCE**

3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.

*Etudiants : 25 francs par an.*

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

**ETRANGER**

Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.

Tous les autres pays : 75 francs.

## SOMMAIRE

**REVUE GÉNÉRALE***Les abcès du poumon. Les suppurations pulmonaires, par M. GUR-FINKEL (de Clermont-Ferrand).***SOCIÉTÉS SAVANTES***Société médicale des hôpitaux.***CHRONIQUE***Internes de 1935 et internes d'avant 1900.***INTÉRÊTS PROFESSIONNELS***Les médecins étrangers employés par l'Etat.**Fédération des syndicats médicaux de la Seine.***PRATIQUE MÉDICALE****LIVRES NOUVEAUX**

## INFORMATIONS

**MAISON MATERNELLE DÉPARTEMENTALE DE BENOUVILLE (CALVADOS).** — Un concours sur titres est ouvert pour l'emploi de doctoresse médecin chef de la maison maternelle départementale de Benouville (Calvados).

Les inscriptions seront closes le 5 mai 1935.

Pour tous renseignements, s'adresser *sans délai* à la Préfecture du Calvados (1<sup>re</sup> division), à Caen.**CONFÉRENCES-PROMENADES D'HISTOIRE DE LA MÉDECINE.**

— Le professeur Laignel-Lavastine commencera ses conférences-promenades le dimanche 5 mai 1935.

A 10 h. 30, visite du musée de l'Assistance publique, à la pharmacie centrale, 47, quai de la Tournelle (réunion dans la première salle).

**COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.**

**COURS DE PERFECTIONNEMENT** (Pâques 1935, 6-20 mai), sous la direction de M. le professeur Maurice VILLARET, médecin de l'hôpital Necker. — *La thérapeutique médicale et hydrologique des maladies du tube digestif, du foie et de la nutrition*, à la faveur des acquisitions récentes de la clinique et du laboratoire. — Cet enseignement de vacances, d'ordre essentiellement pratique, commencera le lundi 6 mai 1935, à 9 h. 30, à l'hôpital Necker (salle Renon), avec la collaboration de MM. Henri Bénard, agrégé, médecin de l'Hôtel-Dieu; L. Justin-Besançon, agrégé de la chaire d'hydrologie et climatologie thérapeutiques, médecin des hôpitaux; Maurice Bariéty, médecin des hôpitaux; Henry Bith, ancien chef de

clinique à la Faculté, assistant du service; François Moutier, Fr. Saint-Girons, chefs de laboratoire à la Faculté; Robert Wahl, Jean Bourgeois et Roger Even, anciens chefs de clinique à la Faculté.

Il aura lieu régulièrement le matin, à 9 h. 30, l'après-midi, à 15 h. et 16 h. 30.

Il comprendra 37 leçons et sera complet en deux semaines.

Des examens au lit des malades et des démonstrations radiologiques, complément de l'enseignement à l'amphithéâtre, seront faits après la leçon du matin, au cours de la visite dans les salles, à partir de 11 h., par le professeur Maurice Villaret et le docteur Henry Bith, avec le concours du docteur Brunet, assistant de radiologie du service.

Des sommaires détaillés, résumant chaque leçon, seront distribués à chaque élève.

Un voyage d'études hydrologiques sera organisé les 18, 19 et 20 mai 1935, à Vichy, où auront lieu les deux dernières leçons du programme. — Les élèves de ce cours — et des autres enseignements de perfectionnement que la chaire d'hydro-climatologie thérapeutique organisera pendant l'année — qui seraient désireux de participer à ce voyage, sont priés de s'inscrire à l'avance au laboratoire d'hydrologie et de climatologie thérapeutiques, à la Faculté de médecine, où on leur fera connaître le programme détaillé et les conditions du séjour à Vichy. Les inscriptions sont limitées.

Un certificat sera délivré aux élèves à l'issue de ce cours.

Pour tous renseignements, s'adresser au laboratoire d'hydrologie et climatologie thérapeutiques de la Faculté de médecine (Ecole pratique).

— **PHYSIOLOGIE.** — Une série de travaux pratiques supplémentaires de physiologie commencera le mardi 7 mai, à 14 h. Cette série est réservée aux étudiants dont les travaux réguliers n'ont pas été validés.

Droits d'inscription : 150 fr.

**DIGITALINE NATIVELLE**LABORATOIRE NATIVELLE, 27, Rue de la Procession, PARIS (XV<sup>e</sup>)

**NÉCROLOGIE.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M<sup>me</sup> André Jousset, docteur en médecine à Paris. Nous adressons à son mari, le docteur André Jousset, agrégé, médecin de l'hôpital Laënnec, l'expression très émue de notre bien affectueuse sympathie.

— Nous apprenons aussi la mort de MM. les docteurs Alfred Lesur, décédé à l'âge de 81 ans, à Paris; Henri Lascols (de Toulon); Léon-Henri Bathiat (de Seclin); Paul Aynès, médecin commandant des troupes coloniales en retraite; le professeur Martin (de Toulouse), décédé victime du devoir professionnel.

## CHRONIQUE

### INTERNES DE 1935 ET INTERNES D'AVANT 1900

Les vieux hôpitaux, Beaujon, la Charité, disparaissent; on déménage les vieilles peintures qui ornaient les salles de garde. Les unes, celles de la Charité, iront, dit-on, au musée de l'Assistance publique, d'autres, comme celles du vieux Beaujon, trouvent une place dans la salle de garde du nouveau Beaujon de Clichy.

Ce fut, de la part des internes de Beaujon 1935, une charmante pensée que d'inviter leurs anciens collègues de 1898 à procéder dans la nouvelle et magnifique salle de garde à l'installation de la grande toile sur laquelle jadis le peintre humoriste Weilluc fixa leurs traits avec autant de talent que d'esprit.

Il y a, certes, quelque mélancolie pour les fossiles à se retrouver après tant d'années, à constater les vides et à remuer des souvenirs. La bonne grâce si amicale et l'entrain de nos jeunes collègues dissipèrent vite cette impression et donnèrent au dîner la plus charmante des cordialités.

Autour de la table ornée des spirituels menus dessinés par Weilluc, les fossiles et les jeunes alternèrent fraternellement sous la présidence de l'économe de 1935, Brocard, et de l'économe de 1898, Marcel Delestre.

Il y avait là Fredet, Fauquez, Antonin Clerc, Sainton, Pagniez, Meuriot, Turner qui, admirant la gigantesque façade illuminée du nouvel hôpital, la prit pour un *Sky Scraper* de son pays et me confia avec émotion qu'il se croyait encore à New-York.

La nouvelle salle de garde était au complet avec nos collègues : Leuret, Sergent, Soyer, Jouanneau, Lecœur, Neyrand, Coldefy, Bénassy, Barbier, Borgida, Frenckel, Meyer, Lapiné, Israël, Joly, Brocard déjà nommé, Mouchotte et Filhoulaud.

Et les souvenirs montaient en foule pour les vieux. Nous pensions aux disparus : à d'Herbécourt, Albert Jalaguier, Fossard, Géraud..., aux absents : à Georges Lacapère et à notre cher Bacaloglu qui professe la clinique médicale à Bucarest.

La jeunesse reprit le dessus, les chansons classiques de l'internat entonnées en chœur, sous la direction du chef d'orchestre Brocard, furent suivies des couplets chantés avec entrain par Fredet.

Puis il fallut subir l'épreuve de la photographie, les vieux

rangés en jeu de massacre devant leurs portraits. La toile en est bien craquelée... Les modèles ont quelque peu blanchi, mais notre ami Weilluc va donner une nouvelle jeunesse à son œuvre. Que ne peut-il en faire autant pour ceux qui posèrent... avant 1900 !

F. L. S.

## INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

### LES MÉDECINS ÉTRANGERS EMPLOYÉS PAR L'ÉTAT

Le Bureau de l'Association corporative des Etudiants en médecine de Paris nous communique :

« On sait qu'après les révélations faites en juillet 1934 par notre délégué permanent, M. Maurice Mordagne, à la Fédération corporative des Médecins de la région parisienne, et sur la requête de l'Association corporative, le général Stuhl, sénateur de la Moselle, avait demandé au ministre de la Santé publique combien de médecins étrangers étaient employés par l'Etat dans les Facultés ou centres médicaux hospitaliers. Le ministre avait répondu, en janvier 1935, par la négative. Or, M. Mordagne publie, dans la *Presse Médicale* du 17 avril, une lettre officielle de M. Queuille au général Stuhl, lui confirmant que les deux étrangers signalés par lui étaient employés *indûment* dans une Faculté de médecine de la région de l'Est. Le ministre ajoute qu'il a fait refuser, après enquête par le préfet du département, le renouvellement de la carte d'identité à ces deux étrangers.

« L'Association corporative estime que la lettre ministérielle est la preuve manifeste de l'emploi de médecins étrangers par l'Etat, que son délégué a été un des premiers à signaler dans les assemblées médicales dès le mois de mai 1933.

« L'Association corporative remercie M. Queuille de sa vigilance et souhaite que son contrôle ne cesse de s'exercer dans le même sens. »

### FÉDÉRATION DES SYNDICATS MÉDICAUX DE LA SEINE

La Fédération des Syndicats médicaux de la Seine a adopté, le 4 avril, la résolution suivante :

« Il est contraire à la dignité qui convient à notre profession de se prêter à des exhibitions comme certains divertissements organisés à des postes de T.S.F. par des firmes commerciales, exhibitions qui relèvent du cabotinage et ne sont qu'une réclame déguisée, toutes pratiques interdites par nos règles de déontologie. »

### RENSEIGNEMENTS

LUXEMBOURG AUTO-ÉCOLE,

45, rue Gay-Lussac, Paris (V°).

Tél. : Odéon 25-57. Forfait depuis 60 fr.

Permis en 48 heures.

ANÉMIES  
DYSPEPSIES  
ANTITOXIQUE



DOSE: 4 à 6  
TABLETTES  
PAR JOUR

BIOXYDE DE MANGANESE COLLOÏDAL. SELS MAGNÉSIENS  
Laboratoire SCHMIT, 71 Rue Sainte-Anne, PARIS 2<sup>e</sup>

**Iodarsenic** DU **GUIRAUD**  
(Contre l'acidophilie)  
TOUTES ÉTATS SANGUINAIRES - LYMPHATISME - MALADIES OUTRÉES  
Littérature et Échantillons: 40, Impasse Miroir, Paris (18<sup>e</sup>)

Toux  
Oyspnée

**IODEINE MONTAGU**



# Traitement du Parasitisme intestinal

## par les Pyréthrine (du Pyrèthre)

C. R. Acad. Sciences, p. 1847, 1923

C. R. Acad. Médecine, 24-4 1928

C. R. Soc. Thérapeutique, 9-5 1928

# CHRYSÉMINE

## Pyréthrine Carteret

Sans contre-indications

Aucune toxicité

Dose quotidienne pour adultes :

**Ascaris, Oxyures, tous helminthes et protozoaires** = 5 Perles ou 150 Gouttes

Cure de 5 jours consécutifs à renouveler après 8 jours de repos (plusieurs dans le cas des oxyures).

**Trichocéphales et Tœnias** = 12 Perles ou 300 Gouttes

Cure de 2 jours consécutifs — diète préalable la veille du début de la cure.

Pour les enfants, abaisser ces doses suivant l'âge en commençant par 50 gouttes.

Perles glutinisées et gouttes — Prescrire { **CHRYSEMINE PERLES**  
**CHRYSEMINE GOUTTES**

Echantillons et Littérature :

Laboratoires CARTERET, 15, rue d'Argenteuil, PARIS (1<sup>er</sup>)

**RHODAZIL**

ASTHME VRAI  
HYPERTENSION  
DYSMÉNORRÉE  
HOQUET PERSISTANT  
ANGINE DE POITRINE  
ANGIOSPASMES  
COQUELUCHE  
MAL DE MER

BENZOATE DE BENZYLE

**ANTISPASMODIQUE PUISSANT**  
ABSENCE DE TOXICITÉ ET D'EFFETS SECONDAIRES NUISIBLES

ADMINISTRATION FACILE — DIGESTION AISÉE

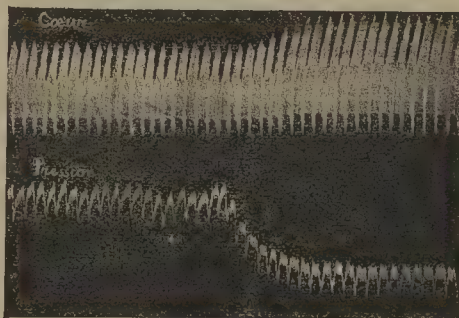
2 PRÉSENTATIONS: **RHODAZIL SOLUTION** EN FLACONS COMPTE-GOUTTES  
**RHODAZIL CAPSULES** EN ÉTUIS DE 50

**SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE "SPECIA"**  
MARQUES POULENC FRÈRES & USINES DU RHÔNE  
86, RUE VIEILLE DU TEMPLE — PARIS-3<sup>E</sup>

## SEDO-HYPOTENSEUR DAUSSE

Phéniléthylbarbiturate de Yohimbine  
Phéniléthylbarbiturate de Quinine

**Hypotenseur - Tonicardiaque - Sédatif**



Augmente l'amplitude  
des contractions  
ventriculaires

Fait baisser la  
pression artérielle.

**2 à 3 comprimés** par jour, un avant chacun des principaux repas

ÉCHANTILLONS ET LITTÉRATURE : 4, RUE AUBRIOT, PARIS - IV<sup>e</sup>



## REVUE GENERALE

## LES ABCÈS DU POUMON LES SUPPURATIONS PULMONAIRES

Par M. GURFINKIEL (de Clermont-Ferrand).

**Généralités. Historique.** — L'étude des suppurations pulmonaires est toute d'actualité.

Cette affection était déjà connue des grands cliniciens du siècle dernier, mais ils la considéraient comme une rareté. Laënnec disait : « Il n'y a pas de lésion organique plus rare qu'une véritable collection de pus dans le tissu pulmonaire ». Beaucoup de médecins de son époque partageaient son avis. Les traités classiques de Charcot, Bouchard et Brissaud n'en font même pas mention comme d'une entité morbide particulière. Dans celui de Brouardel et Gilbert, Mosny ne consacre aux suppurations pulmonaires qu'un article sommaire. Dans les revues médicales de l'époque on ne trouve que quelques observations isolées.

En revanche, la littérature médicale actuelle nous apporte de nombreuses publications sur ce sujet. Le premier exposé d'ensemble de la question se trouve dans la thèse de Kourilsky (1927), et ensuite dans le travail de Léon Kindberg (Les abcès du poumon, 1932).

Depuis lors, de nombreux auteurs publient des travaux sur l'étiologie, la clinique avec ses différents aspects, l'anatomopathologie, et enfin la thérapeutique de cette affection. C'est Sauerbruch et son école en Allemagne, les chirurgiens américains ; en France, F. Bezançon, Sergent et ses élèves qui se sont surtout occupés de l'étude de cette question.

**Définition.** — Les classiques ne connaissent que l'abcès du poumon. Ils en donnent la définition suivante : « Suppuration pulmonaire circonscrite ».

A la lecture de nombre d'auteurs, il semble qu'abcès du poumon et suppuration pulmonaire sont deux affections différentes l'une de l'autre.

Cette division des affections purulentes du poumon en abcès du poumon et suppurations pulmonaires ne correspond pas à la réalité. Il n'est pas douteux qu'on trouve en clinique des abcès localisés évoluant comme tels. Ce sont les affections purulentes du poumon qui guérissent rapidement. Ce mode d'évolution est relativement rare (15 à 20 %). Combien plus fréquentes sont les variétés, où une diffusion lente et progressive s'est effectuée. A notre avis, la division de cette affection en deux catégories n'est pas soutenable.

De même qu'on peut voir des cas de lymphangite banale, donner lieu à un abcès localisé qui guérit en s'ouvrant sans complication aucune, à côté d'autres donnant naissance à un phlegmon diffusé, voire même diffus, de même la lymphangite pulmonaire, qui succède inévitablement à toute infection pulmonaire, donnera naissance à une suppuration diffusée, voire même diffuse. Ici, comme là, il s'agit simplement d'une infection dont l'évolution est différente. Aussi

à notre avis le terme générique de suppuration pulmonaire nous paraît préférable à tout autre : « Il faut considérer comme *suppuration pulmonaire* (excluant la gangrène pulmonaire massive) toute affection purulente du poumon, qu'elle soit circonscrite ou mal limitée, dont le siège est le parenchyme pulmonaire, y comprenant même les collections secondairement devenues putrides » (1). Il n'y a en effet aucune raison pour ne pas appliquer à la suppuration pulmonaire la conception chirurgicale des collections purulentes.

**Etiologie.** — A côté des causes favorisantes que l'on rencontre dans toutes les affections inflammatoires, telles que le froid, la débilité, l'alcoolisme, etc..., qui modifient le terrain et rendent l'organisme moins réfractaire, il en existe d'autres déterminantes.

Les unes sont directes apportant dans le parenchyme même l'agent infectant. C'est ainsi qu'agissent tous les traumatismes, les corps étrangers des voies aériennes, les affections buccales ; les affections rhino-pharyngées ; l'amygdalectomie, surtout avec anesthésie générale, peut être souvent le point de départ d'une localisation septique pulmonaire ; on a même signalé des cas de suppurations pulmonaires comme complication de n'importe quelle intervention chirurgicale, surtout après anesthésie générale.

Les suppurations pulmonaires secondaires à une autre affection sont plus fréquentes et plus variées. Tout d'abord, toute infection de l'organisme quel que soit son siège peut déterminer une suppuration du poumon par une embolie septique. L'infarctus hémorragique de Laënnec peut s'infecter secondairement. La broncho-pneumonie surtout après la grippe, la rougeole, l'intoxication par l'ypérite peuvent également donner lieu à une suppuration pulmonaire. La pneumonie lobaire franche aiguë donne rarement lieu à cette complication, sauf chez les alcooliques, les diabétiques et les vieillards. Les collections purulentes des organes voisins peuvent produire une localisation pulmonaire par perforation.

Cette étiologie serait incomplète si l'on n'envisageait pas en même temps l'agent pathogène en cause. Ainsi on peut distinguer :

- 1° Les infections purulentes du poumon dues aux agents habituels de la suppuration ;
- 2° Les suppurations pulmonaires dues au pneumobacille de Fridländer, remarquable par sa ténacité ;
- 3° Celles dues aux anaérobies ;
- 4° Enfin, celles d'origine amibienne, heureusement influencées par l'émétine.

**Pathogénie.** — Le mécanisme des suppurations du poumon ne diffère en rien de celui observé dans toute suppuration banale. L'infection du parenchyme pulmonaire peut se réaliser par effraction, par voie lymphatique, par voie muqueuse et, enfin, par voie sanguine.

L'effraction est consécutive à un traumatisme. Rarement l'infection est consécutive à une blessure par

(1) GURFINKIEL. Th. de Toulouse, juillet 1934.

arme à feu. Le plus souvent ce sont les plaies ouvertes du thorax communiquant avec le parenchyme pulmonaire par armes tranchantes, ou autres blessures du poumon.

Plus intéressante est déjà la voie muqueuse par continuité de tissus. Ce sont les corps étrangers apportés par les voies respiratoires supérieures qui infectent la muqueuse bronchique d'abord. Puis l'infection se propage de proche en proche jusqu'à ce qu'elle atteigne l'épithélium alvéolaire.

Les suppurations pulmonaires produites au cours d'une bronchite descendante se font par le même mécanisme. L'anesthésie générale y contribue beaucoup en congestionnant et en rendant plus fragile la muqueuse bronchique. Le mécanisme de leur début et de leur évolution n'est pas simple. Corcyllous et Birubanium ont montré que pour obtenir l'hépatisation d'un lobe pulmonaire il faut provoquer au préalable l'atélectasie du poumon par obstruction d'une bronche. Le même phénomène se produit peut-être aussi pour les suppurations pulmonaires en cas de bronchite descendante ou en cas de suppurations par corps étrangers des voies aériennes.

Les suppurations pulmonaires consécutives aux transports microbiens par voies lymphatiques sont encore assez fréquentes. Lambert et Rozemon ont démontré leur possibilité.

Mais c'est la voie sanguine qui est de toutes la plus importante. L'apport se fait par embolie septique.

**Anatomie pathologique.** — Il est impossible de donner une description d'ensemble de l'anatomie pathologique de cette affection. Les classiques distinguent :

1° Les petits abcès multiples, broncho-pulmonaires, qu'on trouve à l'autopsie ;

2° Les grands abcès uniques creusés dans un lobe pulmonaire atteint d'hépatisation grise.

Coquelet se basant sur un grand nombre d'observations les divise en :

1° Les suppurations liquéfiantes, fétides ou non, aiguës et diffuses, graves et rapidement mortelles ;

2° Les suppurations à type pyo-fibreux fétides ou non, généralement localisées, subaiguës ou chroniques.

D'après Tuffier, Picot, Sergent, il faut différencier les abcès collectés, des abcès diffus ou aérolaires.

Ces classifications, si elles ont le mérite d'être simples, ne peuvent pas englober toutes les variétés anatomo-pathologiques qu'on peut rencontrer. Pour Kindberg, il existe :

- a) L'abcès simple non fétide ;
- b) L'abcès multiple ;
- c) L'abcès aérolaire, en général putride ;
- d) La caverne gangréneuse ;
- e) Les abcès à lésions bronchiques prédominantes.

**L'ABCÈS SIMPLE.** — Le lobe où siège l'abcès est gros, lourd, dense comme un lobe hépatisé. Dans les cas de petits abcès, le doigt sent comme de petits nodules durs ou ramollis dans le parenchyme normal. La co-

que montre une perte de substances mal limitée, plus ou moins comblée de débris et de pus stagnant. Les contours en sont irréguliers et anfractueux, sans couche fibreuse qui l'isole.

Il est difficile en général d'affirmer la présence d'une véritable membrane pyogène. Dans les cas anciens la paroi s'organise.

La plèvre est souvent épaisse, adhérente, surtout la plèvre interlobaire.

A l'examen microscopique on trouve une nappe diffuse de polynucléaires déformés, confluent. Le tissu du centre est détruit. Autour on rencontre une zone d'alvéolite suppurée.

Le centre de l'abcès peut être une bronche ou un vaisseau. Lorsque la caverne est constituée, sa paroi semble être faite de détritiss tassés dans les restes aplatis d'alvéoles, mêlés de fibrine et de fibres élastiques rompues. Présence de nombreux capillaires, cause d'hémoptysies fréquentes. Le tissu conjonctif peut réagir de bonne heure sous forme de bandes fibreuses qui se rejoignent (mais il ne s'agit pas d'une sclérose réactionnelle capable de donner la guérison).

**L'ABCÈS MULTIPLE.** — Peut se comporter comme un abcès banal et évoluer favorablement, mais, le plus souvent, il s'agit d'une suppuration fétide, même gangréneuse. La réaction scléreuse est presque toujours intense. Elle double la couche pyoïde et s'insinue à travers les cloisons alvéolaires élargies pour rejoindre les bandes fibreuses péribronchiques ou sous-pleurales qui découpent le parenchyme pulmonaire.

**L'ABCÈS ARÉOLAIRE** est presque toujours putride. C'est toute une zone en déliquescence. Les tissus s'effondrent sous le doigt. Ils sont irrégulièrement déchiquetés par des cloisons fibreuses.

Au centre de l'abcès se trouvent des débris granuleux, malodorants. La perte de substance semble creuser à l'emporte-pièce le parenchyme pulmonaire entouré de lésions de toute nature. A côté s'observent des lésions bronchiques associées, des réactions scléreuses, des réactions pleurales ; épanchements, des pseudo-membranes fibreuses et hémorragiques, des adhérences, etc... L'interlobe est également adhérent et épais.

Histologiquement on constate, à côté des éléments contenus dans la poche elle-même, une forte réaction bronchique et une sclérose intense.

Les lésions bronchiques sont précoces. On constate de véritables gaines de pus formées par les bronches elles-mêmes et les tissus péribronchiques, à côté de la nécrose centrale. Une congestion intense, coupée de foyers hémorragiques, se rencontre par endroits. Caussade et Tardieu donnent « la réaction par tissu angiomateux » comme caractéristique des abcès gangréneux. D'après Sergent et Bordet « il s'agit d'une broncho-pneumonie ulcéro-nécrotique, qui, dans les cas chroniques, perd son caractère nécrotique pour devenir ulcéro-scléreuse. Cette sclérose intra et péri-alvéolaire peut même prendre parfois l'apparence d'une guérison histologique.



La sclérose apparaît précocement et marche de pair avec le sphacèle. Parfois même les tissus fibreux sont attaqués par ce dernier. Girard dit : « Le tissu fibreux, dont la vitalité est diminuée, ne peut pas constituer une barrière ; c'est au contraire un tissu très fragile qui continue à renfermer des germes ». Bezançon et Moreau parlent également de l'importance de cette sclérose. Léon Kindberg trouve chaque fois « à côté du processus nécrosant et suppuratif, le développement irrégulier et exubérant du tissu scléreux, avec envahissement des alvéoles, dislocations de l'architecture bronchique, disparition du tissu élastique, fragmentation des fibres élastiques. C'est dans la forme d'abcès broncheectasique décrite par les Américains qu'on trouve ce mélange de lésions à la fois nécrotiques et scléreuses.

**Etude clinique.** — La symptomatologie des suppurations pulmonaires varie d'un malade à l'autre. On distingue, en général, dans leur évolution trois phases : le début ou période prodromique ; la période de vomique, d'ailleurs inconstante ; enfin la période terminale.

**I. PÉRIODE DE DÉBUT.** — C'est tout d'abord une simple gêne thoracique qui attire l'attention. Dans d'autres cas l'affection débute comme une grippe, une pneumopathie aiguë, une congestion pleuro-pulmonaire, etc... D'autres fois le début se fait par un point de côté intermittent avec frissons, fièvre et toux sèche, tantôt au contraire par une douleur thoracique atroce pouvant durer plusieurs jours ; tantôt enfin le tableau clinique sera celui d'une septicémie générale sans aucune localisation. Parfois ces signes se présentent atténués, avec un état général déclinant rapidement.

A cette période l'examen physique est loin d'être caractéristique. On peut constater les signes d'une pneumonie : râles crépitants avec une zone de matité absolue, un souffle qui ressemble plus ou moins à un souffle tubaire ; ou encore les signes disséminés et variables d'une broncho-pneumonie ; râles crépitants et sous-crépitations mêlés aux bruits de souffles divers tels qu'on les rencontre dans une corticopleurite : parfois on ne trouve à l'auscultation que des ronchus et des sibilances simulant une bronchite aiguë, parfois enfin, à côté d'une matité absolue, on trouve l'abolition du murmure vésiculaire avec souffle. Ce sont les cas où la réaction pleurale est intense.

La ponction exploratrice faite à ce moment est toujours négative. De plus, c'est une manœuvre dangereuse et à éviter.

La recherche de la leucocytose peut être une indication ; l'ascension des globules blancs à 45-50.000 avec forte augmentation de polynucléaires est un indice favorable à l'existence d'une suppuration pulmonaire comme dans toutes les suppurations. Malheureusement, elle est inconstante et pour être significative, il faut qu'elle monte au moins à 25-30.000.

**II. PÉRIODE DE VOMIQUE.** — C'est à ce moment que la suppuration pulmonaire prend une allure clinique

caractéristique. Le pus s'est collecté et se fait jour par la voie bronchique. C'est la Vomique.

Trousseau et Dieulafoy ont insisté sur la précocité de la vomique en cas de suppuration pulmonaire contrairement à celle observée dans la pleurésie interlobaire qui est tardive.

La vomique franche est souvent précédée d'une violente douleur, d'une crise de dyspnée avec toux extrêmement violente. Le pus est rejeté par la bouche et le nez.

Le malade est angoissé. La mort par asphyxie peut se produire. Bientôt les phénomènes dramatiques du début de la vomique se calment et le malade est momentanément soulagé. Le pus est malodorant, mêlé aux caillots ; souvent précédant la vomique, on observe de la fétidité de l'haleine ou des hémoptysies. Quelquefois cette vomique se traduit simplement par l'exagération d'une expectoration déjà abondante.

Dans certains cas, elle peut simuler une hémoptysie, si de nombreux caillots sont mêlés au pus. Dans les collections putrides elle est en général assez caractéristique. La vomique peut être unique, le malade continuant à cracher du pus les jours suivants en assez grande abondance.

Après le soulagement initial, souvent l'état général du malade s'aggrave de nouveau. On assiste alors à la production d'une nouvelle vomique.

L'examen du pus craché peut déceler l'agent pathogène, mais on y trouve une flore microbienne riche et peu caractéristique.

**III. APRÈS LA VOMIQUE.** — C'est la période de la suppuration pulmonaire ouverte avec expectoration purulente. Par période elle devient fétide et caractérise une infection à anaérobies surajoutée. Si on met les crachats dans un verre, ils se déposent en trois couches, signe important de cette affection, mais on ne le voit que dans les collections franchement putrides.

Sa quantité monte à 300 à 400 cm<sup>3</sup> par 24 heures et même davantage. Par moment elle diminue, puis il se produit de véritables décharges. Parfois elle peut même prendre l'allure d'une dilatation bronchique : vidage matinal et vespéral en certaines positions.

Les crachats peuvent être numulaires ou constituer une masse homogène. La coloration de ces crachats est variable. Ils peuvent être striés de sang, franchement hémorragiques, contenir des caillots noirâtres. Pourtant il existe des malades qui, même à cette période, n'expectorent qu'une quantité minime de crachats (30 à 50 cm<sup>3</sup> par 24 heures).

La fièvre oscille autour de 39°, 40°, avec des rémissions matinales. L'état général décline et devient inquiétant au bout de peu de temps.

Les signes physiques sont également très variables. Dans les cas caractéristiques on trouve : une zone de matité avec souffle amphorique, des râles humides, des craquements, du retentissement de la voix et de la toux.

Mais souvent on a les signes d'une pleurésie de la grande cavité, soit le syndrome de la pleurésie interlobaire avec matité suspendue en écharpe. Parfois, un

épanchement pleural de voisinage peut venir masquer les signes pulmonaires.

Dans d'autres cas on ne trouve que des râles, des ronchus, des sibilances et on pense à une dilatation bronchique.

**Examen radiologique.** — La radiographie pulmonaire est indispensable.

D'après les classiques la radiographie présente une « ombre suspendue avec image hydroaérique ». Cette ombre se trouve entre deux zones de parenchyme pulmonaire sain et comprend une poche purulente, où une ligne horizontale sépare le pus sous-jacent d'une couche d'air. D'après Salomon et Paiseau, si son grand axe est vertical, on peut éliminer sûrement la pleurésie interlobaire à grand axe horizontal.

Mais l'image hydroaérique ne se rencontre pas toujours. Souvent on trouve des images très variées, ou mieux encore des images qui changent chez le même malade d'un moment à l'autre. Il est donc impossible de donner une description typique de l'examen radiologique des suppurations pulmonaires. Car il semble « qu'à côté de l'image hydroaérique, où une ligne horizontale marque la séparation entre le liquide et le gaz contenus dans la poche purulente, il existe le plus souvent des images diverses, comme des images de cavernules, images de masses cotonneuses, foyers en mie de pain, etc... Ces images se succèdent et leur remaniement incessant a une grande valeur diagnostique. D'une façon générale, tout cliché peu caractéristique appartenant à un malade présentant les signes cliniques d'un cavitair, surtout si ce cavitair après de nombreux examens directs et après homogénéisation ne présente pas de BK., mais par contre une flore microbienne riche et variée, doit faire penser à une suppuration pulmonaire » (1).

**Evolution.** — A) La forme *aiguë*, à début brusque, aboutit en quelques jours à la vomique. La guérison peut survenir aussitôt après, mais c'est une éventualité rare. Le plus souvent la vomique s'accompagne d'améliorations et d'aggravations alternatives et la guérison est longue à venir. Dans la majorité des cas la guérison n'est qu'apparente, car l'affection est sujette à rechutes. Elle est rare dans les collections putrides. La suppuration pulmonaire suraiguë peut emporter le malade en quelques jours en prenant l'allure d'une septicémie ; une collection putride peut se transformer en une gangrène massive.

B) La forme *chronique d'emblée* évolue sourdement : fièvre peu élevée avec expectoration augmentant graduellement, le plus souvent il s'agit d'un abcès gangréneux.

C) Les formes *prolongées* sont intermédiaires entre les deux formes précédentes. C'est le type classique des suppurations pulmonaires. En général, après une première poussée suivie de rémission (vomique) de nouvelles poussées surviennent à des intervalles irréguliers et sont plus ou moins graves. La guérison spontanée est rare, mais se voit. Ces suppurations pulmonaires

à rechute sont souvent d'un pronostic fatal. L'évolution en est variable. Tantôt, c'est la poche purulente qui guérit en apparence, se remplit ensuite de nouveau et le tableau clinique réapparaît ; tantôt, chaque épisode suppuratif correspond à un nouveau foyer, qui à chaque rémission peut donner l'illusion d'une guérison même avec nettoyage radiologique momentané, mais la rechute est fatale par propagation de proche en proche, et une gangrène pulmonaire diffuse en est l'aboutissant.

**Complications.** — Les complications sont très variables, en général tardives, la gravité dépendant surtout de leur siège.

1° Les *hémoptysies*, petites, presque continues, simples crachats sanglants, sont dues à la congestion pérbronchique, par leur fréquence on les considère comme un signe de suppuration pulmonaire. Quand elles s'isolent et deviennent importantes en s'accompagnant d'autres signes d'hémoptysies, on les considère alors comme une complication. Parfois, l'hémoptysie devient le signe prépondérant et l'affection prend l'allure d'une forme hémorragique.

2° Une *laryngite*, en général bénigne, due à un épaississement des cordes vocales. Elle se voit surtout dans les formes putrides.

3° Les *lésions ostéo-articulaires* : doigts hippocratiques avec ongles « en verre de montre », les doigts en baguettes de tambour sont considérés comme des troubles trophiques ; les orteils sont également déformés. Souvent ces déformations s'accompagnent de réactions articulaires, para-articulaires et ostéo-périostées très pénibles. Elles suivent la phase évolutive de la suppuration pulmonaire, en prenant la forme d'un pseudo-rhumatisme septique.

Ces déformations ne sont pas définitives et elles peuvent s'améliorer en même temps que la suppuration pulmonaire.

4° Les *complications pleurales* sont des épanchements séro-fibrineux. Les épanchements purulents sont rares. Ces derniers peuvent faire penser à une pleurésie interlobaire.

Dans l'abcès gangréneux, l'épanchement peut être putride.

5° Le *pneumothorax spontané* est rare, mais à redouter dans les essais de pneumothorax artificiel si la poche purulente est superficielle.

6° Les abcès métastatiques sont très rares, mais très graves. La guérison est cependant possible.

7° Les rapports avec la *tuberculose* sont extrêmement variables. Les deux affections peuvent coexister ou se compliquer mutuellement. Parfois on rencontre une suppuration pulmonaire chez un vieux fibreux et sous l'influence de l'affection purulente la tuberculose reprend sa gravité et peut emporter le malade dans un délai assez court.

L'association avec l'*ectasie bronchique* est la plus intéressante. Elles peuvent être contemporaines ; c'est l'*abcès bronchectasique* décrit par les Américains.

Une dilatation bronchique peut se compliquer à la longue d'une suppuration pulmonaire et vice versa.

(1) GURFINKIEL. *Th. de Toulouse*, juillet 1934.



Sous le nom de « type résiduel », Kindberg et Cottenot décrivent les suppurations pulmonaires guéries en apparence se compliquant d'une dilatation bronchique qui peut ne plus rétrocéder.

La forme greffée sur les tissus cicatriciels après la disparition de la suppuration est surtout postopératoire. Kindberg et Kourilsky ont apporté des observations démonstratives à cet égard.

La constatation d'une dilatation bronchique au cours de l'évolution d'une suppuration pulmonaire assombrit toujours le pronostic. La guérison ne se voit que dans les formes légères, cylindriques et irrégulières se laissant influencer par le traitement.

Enfin, il faut redouter la mort subite chez les gens âgés dont le cœur et les vaisseaux sont en état précaire. Il faut souvent chez eux avoir recours aux toni-cardiaques pour éviter cette complication fatale.

**Diagnostic.** — Pour le diagnostic positif, deux faits sont à retenir : l'expectoration purulente et l'examen radiologique.

1° L'*expectoration purulente*, en effet, ne manque jamais. Elle varie en quantité d'un jour à l'autre, en général abondante, surtout au bout de quelques jours quand, après le début de l'affection, l'hyperhémie et l'engorgement des canaux bronchiques commencent à diminuer. Cette expectoration est extrêmement variable d'un malade à l'autre par sa couleur, par sa consistance, par son agent pathogène. Ce qui la caractérise, c'est l'absence de bacilles de Koch. L'étude cytologique est un adjuvant utile et intéressant. On recherche les altérations des polynucléaires et des cellules alvéolaires après simple coloration au bleu de méthylène. La présence des fibres élastiques (coloration à l'orcéine) en dehors de la tuberculose indique une suppuration gangréneuse.

2° La *radiographie* est le second élément indispensable au diagnostic positif de cette affection. En cas d'abcès du poumon bien collecté, même si ses limites ne sont pas d'une netteté absolue, le diagnostic est facile.

Dans les suppurations diffuses la zone de condensation est très étendue ; elle peut occuper tout un poumon. Les pertes de substances sont petites et nombreuses. La diffusion secondaire diffère de la lésion primitive par l'absence de sclérose qu'on distingue bien à la radiographie.

Il ne faut pas confondre les suppurations pulmonaires avec :

1° Les *dilatations des bronches* qui, parfois, forment un bloc infecté. La radiographie est alors de faible secours. Seule une épreuve lipiodolée permettra de discerner la part qui revient à la dilatation elle-même et celle à la condensation péribronchique. Parfois cette affection est d'un diagnostic délicat.

2° La *broncheclase isolée* est plus aisée à discerner. Le cliché ordinaire est sans modifications, à part une légère réaction scléreuse. Après lipiodol la radiographie montre les déformations bronchiques : en doigts de gants, en crayon, en tubes droits, en ampoules, etc...

3° La simple *bronchorrée* ne peut se diagnostiquer

qu'après élimination des autres affections. Parfois, c'est une simple suppuration de la muqueuse bronchique infectée, parfois il s'agit de véritables petits abcès échelonnés le long de tubes bronchiques.

4° La *pleurésie interlobaire* et la *pleurésie enkystée* peuvent être confondues avec une suppuration pulmonaire. Elles se présentent sous le même tableau clinique que les suppurations pulmonaires. Les classiques ont bien indiqué quelques signes comme moyens de différenciation.

En réalité, c'est un diagnostic souvent difficile et même la plupart du temps cliniquement impossible. La ponction exploratrice est sans grand secours et des plus dangereuses en cas de suppuration pulmonaire.

La radiographie est le moyen le plus sûr. Parfois, il suffit de considérer le simple aspect de l'image. Une ombre pleurale est homogène, laisse voir les arborisations bronchiques ; tandis que, dans le cas contraire, l'ombre est plus floue, ne laisse pas distinguer des arborisations bronchiques. On peut délimiter dans cette ombre des excavations dont les dimensions diffèrent d'un point à l'autre.

Souvent, la radiographie elle-même est impuissante à nous apporter les éléments indispensables et on reste dans le doute. C'est plutôt vers la suppuration pulmonaire que le diagnostic doit pencher, car cette dernière est beaucoup plus fréquente que la pleurésie interlobaire.

5° Les *tumeurs pulmonaires*, dont le siège est le parenchyme pulmonaire lui-même, peuvent prêter également à confusion. En effet, le cancer du poumon s'accompagne souvent de foyers de nécrose qui s'infectent et dans certains cas c'est la suppuration pulmonaire qui prime le tableau clinique. Les sarcomes pulmonaires donnent, en général, une image semblable à celle des suppurations pulmonaires mais ils s'accompagnent de pleurésie hémorragique ou à éosinophiles qui peut permettre ce diagnostic difficile. Ce dernier est en tout cas toujours très difficile et la marche du mal seule tranche la différence.

Les kystes hydatiques du poumon, surtout infectés, peuvent être d'un diagnostic très difficile.

Il faut chercher la localisation hépatique, les signes biologiques et hématologiques, et bien préciser l'étiologie de l'affection.

**Traitement.** — La conduite d'une thérapeutique en cas de suppurations pulmonaires est la partie la plus épineuse, car jusqu'à l'heure actuelle il n'existe pas de traitement qui puisse être indiqué dans tous les cas. La guérison spontanée est un fait certain. On l'estime en général de 20 à 25 % de cas. Les moyens sont nombreux, mais leur efficacité est loin d'être certaine. Le traitement médical est, de l'avis unanime, inefficace. Quant aux arsenicaux, soit par voie buccale, soit en injection intra-veineuse, ils n'ont pas plus d'action.

La vaccinothérapie, soit par auto-vaccin, soit par stock-vaccin, ne paraît pas non plus très efficace. La sérothérapie ne peut être envisagée que dans les abcès gangréneux et même, dans ces cas-là, on n'obtient que des améliorations fugaces.

L'émétine a une action incontestable, mais limitée aux abcès d'origine amibienne.

La bronchoscopie avec aspiration a pour but d'assurer un drainage suffisant.

Son indication diffère selon qu'il s'agit d'une forme aiguë, subaiguë ou chronique. Dans la forme aiguë il ne faut pas la pratiquer avant la fin de la troisième semaine.

Il faut en effet que le pus soit bien collecté, bien fluide et qu'il soit parahilaire. De plus, seules, des collections à simples pyogènes sont justiciables de ce traitement.

Dans la forme subaiguë, les indications sont encore moins formelles et les résultats obtenus sont moins encourageants.

Pour les suppurations chroniques proprement dites, quand les autres moyens ont échoué, et quand le traitement chirurgical est contre-indiqué, il ne reste que la bronchoscopie, mais elle ne doit pas laisser d'illusion sur le sort du malade.

Il reste enfin à envisager le traitement chirurgical, défendu par le professeur Sergent et ses collaborateurs. Le pneumothorax artificiel et la phrénicectomie sont inefficaces et présentent des dangers nullement négligeables. Il en est de même du décollement et de la thoracoplastie extra-pleurale.

Par contre, la thérapeutique chirurgicale par les procédés directs : pneumotomie, pneumectomie, lobectomie partielle ou totale semble au premier abord être le traitement rêvé. Mais en approfondissant la question, on s'aperçoit que cette méthode, comme beaucoup d'autres, ne peut pas être d'un emploi courant.

Tout d'abord, elle compte une mortalité de 30 % d'après les statistiques fournies par des opérateurs spécialisés et travaillant dans de bonnes conditions.

Mais, c'est surtout quand on commence à discuter les indications opératoires, à peser le pour et le contre, qu'on voit que le traitement chirurgical direct ne peut pas être considéré comme un procédé courant, d'une application facile.

La remarque de Léon Kindberg à ce propos est à retenir : « Si tous les malades atteints des abcès du poumon non opérés devaient aboutir à la mort, les indications opératoires seraient évidemment simples et formelles » (1). Mais cette issue est loin d'être la règle et d'ailleurs l'intervention directe n'amène pas forcément la guérison.

Les contre-indications formelles à cette méthode sont multiples.

La première résulte de ce que les malades sont trop souvent vus tardivement, plus de six mois après le début de l'affection. Une fois le temps limite passé, les malades sont hors des conditions opératoires voulues. Même s'il vient à temps, l'état général du malade peut être tel qu'il ne permettra pas une intervention chirurgicale immédiate. D'autre part, l'affection peut tourner court et emporter le malade avant que l'heure chirurgicale ait sonné.

L'âge avancé est une autre contre-indication for-

melle. Le type chirurgical des suppurations pulmonaires est un adulte vigoureux de 20 à 30 ans. Mais les porteurs de cette affection sont souvent beaucoup plus âgés, à ce moment l'intervention devient plus périlleuse ; après la cinquantaine elle est d'une extrême témérité.

L'état général du malade est un facteur d'une importance primordiale. Il faut qu'il soit encore assez bon pour que le malade puisse supporter une intervention chirurgicale. Malheureusement, la plupart des porteurs de cette affection sont trop profondément touchés, de manière que toute intervention, même bénigne, peut entraîner la mort par des complications cardiaques ou hépatorénales.

Le siège de la collection est aussi d'une grande importance. Les collections purulentes profondes, centrales, parahilaires ne sont pas accessibles à la chirurgie. Les formes diffuses ne sont pas plus justiciables de cette thérapeutique, qui ne pourra jamais assurer une extirpation efficace sans retentir fortement sur l'état général du malade. Quant à la pneumectomie, elle semble être d'un pronostic trop grave pour pouvoir être pratiquée sans vouer d'avance le malade à une issue fatale à cause du shock et des troubles de l'hématose qu'elle produit. En outre dans ces cas, l'état général du malade est toujours précaire sinon grave.

Une difficulté, parfois sérieuse, peut venir de l'impossibilité où on est de préciser exactement le siège anatomique de la collection purulente, condition indispensable pour mener à bien l'intervention.

Enfin, il faut envisager la sclérose formée dans le foyer purulent lui-même, et surtout autour de lui. On sait qu'elle évolue parallèlement au processus suppuratif. Dans les cas à collections multiples avec forte réaction scléreuse, cette formation peut être encore renforcée par le traumatisme opératoire. Le tissu conjonctif néoformé en grande abondance peut être déjà à ce moment la cause de troubles circulatoires sérieux et exposer le malade à des complications immédiates fort dangereuses sans compter que le pronostic éloigné soit fortement assombri.

Un coup d'œil d'ensemble sur la thérapeutique chirurgicale des suppurations pulmonaires en prenant en considération, d'une part, la gravité immédiate de cette intervention (25 à 30 % de cas mortels sur l'ensemble des interventions), comme l'indiquent les statistiques faites par les promoteurs de cette méthode ; d'autre part les nombreuses contre-indications qui limitent considérablement son champ d'action, on peut dire que le traitement chirurgical est loin d'être le traitement idéal des suppurations pulmonaires ; ce n'est qu'un traitement d'application assez rare, sans parler déjà que la possibilité de foyers nouveaux ou des complications tardives en raison de la sclérose étendue restent toujours possibles et même favorisées dans une certaine mesure.

Il reste encore à étudier l'alcoolothérapie dernièrement préconisée dans le traitement de la suppuration pulmonaire par Landau, Fejgin et leurs collaborateurs et la comparer au point de vue pronostic à la thérapeutique sanglante.

(1) LÉON KINDBERG. *Les abcès du poumon.*



Cette dernière méthode, bien que toute récente, a fortement excité la curiosité de nombreux médecins. Nombreuses sont les observations publiées depuis.

Elle présente quelques inconvénients, mais ces derniers ne diminuent en rien sa valeur thérapeutique. Beaucoup d'auteurs ont signalé des phénomènes de shock à la suite de ces injections. Ces shocks sont sans aucune gravité, cependant ils sont fortement désagréables. Les recherches faites à ce sujet ont montré que ces phénomènes de shock sont dus uniquement à l'emploi d'une solution fortement hypotonique (1). La solution employée dans ces cas-là était alcool à 33 % dans du sérum glucosé isotonique à 47,5 0/00. Or, l'on sait que de semblables solutions produisent des phénomènes de shock par hémolyse.

Mes recherches faites à ce sujet m'ont montré que pour avoir une solution parfaitement isotonique, il faut augmenter le taux de glucose à 50 % chez l'homme. Chez le lapin, l'isotonicité s'obtient dès que le taux du glucose s'élève à 35 %. Cette solution a l'inconvénient d'être trop épaisse, sirupeuse. En diminuant la concentration du glucose à 40 %, l'hémolyse apparaît, mais faiblement. De plus, cette dernière solution ne produit plus de shocks. La solution que j'emploie actuellement est la suivante :

Alcool à 95° .....	33 %
Solution glucosée à 40 % .....	67 %

L'introduction du liquide dans les veines est douloureuse, mais c'est une douleur très supportable et ne durant que 25 à 30 secondes.

Il faut éviter les injections sous-cutanées, car elles laissent un œdème considérable qui gêne les injections ultérieures.

Si malgré toutes les précautions on injecte une petite quantité de la solution à côté de la veine, quelques applications chaudes suffisent à sa résolution. D'ailleurs, un bain local chaud de quelques minutes avant l'injection fait saillir les veines et facilite énormément celle-ci.

La dose efficace à injecter semble être entre 50 et 60 cm<sup>3</sup> de la solution. On commence par 20 à 25 cm<sup>3</sup> et on continue pour arriver à cette dose à la troisième ou à la quatrième injection.

Dans les cas subaigus et chroniques on pratique une injection tous les deux jours, et à la fin du traitement on peut les espacer davantage de manière à maintenir le malade sous les effets de cette médication le plus longtemps possible.

Dans les cas aigus il faut faire une injection par jour. Quand l'état du malade commence à s'améliorer on les espace pour ne faire qu'une injection tous les trois ou quatre jours.

Le nombre d'injections ainsi que la durée du traitement sont différents selon qu'on a à faire à une forme aiguë ou chronique.

Dans le premier cas, malgré un état général alarmant et immédiatement grave, les lésions ne sont pas encore organisées. Le parenchyme pulmonaire est peu

touché ; la sclérose est encore nulle ou peu marquée, douze à quinze injections suffisent alors pour amener une guérison complète et sans séquelles. Dans les cas chroniques, il faut au moins 25 à 30 et parfois même 35 injections pour avoir le même résultat. Les rares échecs signalés par quelques auteurs sont dus uniquement à l'insuffisance de la quantité d'alcool injecté et au nombre restreint d'injections.

Il semble qu'à l'heure actuelle, en présence d'une suppuration pulmonaire on ne peut hésiter qu'entre la possibilité d'une intervention chirurgicale ou de l'alcoolothérapie. Or, nous avons vu les dangers immédiats et toutes les contre-indications que le traitement chirurgical comporte. L'alcoolothérapie, au contraire, s'est montrée, d'après les observations publiées et les recherches de laboratoire, tout à fait anodine. Les succès rapportés par les auteurs se multiplient tous les jours. Les malades soumis à cette thérapeutique sont non seulement cliniquement améliorés, mais les lésions anatomiques, vérifiées par la radiographie, ont presque toujours disparu. Il ne faut pas oublier également que jusqu'à présent on n'employait l'alcool que dans des cas désespérés, après échec de toute thérapeutique et où l'intervention sanglante fut contre-indiquée. Ce fait plaide encore en faveur de cette médication. Un autre fait très important oppose ces deux méthodes : c'est que le traitement chirurgical demande des conditions spéciales pour pouvoir être effectué ; l'alcoolothérapie peut être pratiquée par tous et par n'importe quel praticien. Elle est exempte à notre connaissance de mortalité thérapeutique. De plus, elle n'a pas de contre-indications. Seules, les insuffisances cardiaques paraissent être au premier abord une contre-indication. En réalité, elles aussi sont heureusement influencées par les injections intraveineuses d'alcool, rien n'empêche d'ailleurs de faire usage de tous les toni-cardiaques nécessaires.

Il semblerait donc qu'on peut diviser au point de vue thérapeutique les suppurations pulmonaires en deux catégories :

- 1° L'une où les conditions nécessaires pour une intervention sanglante seraient réalisables ;
- 2° L'autre ne serait plus justiciable que de l'alcoolothérapie.

\*\*\*

Mais cette division paraît illogique. En effet, la médication à l'alcool s'est montrée supérieure même à la thérapeutique sanglante puisqu'on peut la pratiquer même quand cette dernière est contre-indiquée. Son emploi avec succès dans les cas désespérés montre que si on soumettait les malades dès le début de l'affection à cette thérapeutique, on pourrait espérer une action favorable rapide, une guérison définitive et sans aucun danger.

Précis de chirurgie de guerre et d'organisation chirurgicale aux armées, par Ch. CLAVELIN, médecin-commandant, professeur au Val-de-Grâce. In-8° de 431 pages avec 98 figures. — Paris, Charles Lavauzelle et Cie.

(1) GURFINKIEL. *Gaz. des Hôp.*, 14 mars 1934; *Th. de Toulouse*, juillet 1934.

## SOCIÉTÉS SAVANTES

## SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 15 MARS 1935)

**Diabète insipide. Etude de la composition du sang et de ses variations sous diverses influences.** — MM. DECOURT, MEYER, GUILLAUMIN et LE PARC. Grande difficulté de l'étude de la composition sanguine des sujets atteints de diabète insipide. Dans un cas les auteurs ont pu en faire une étude approfondie : examens pratiqués en série, la malade étant soumise au régime déchloruré et à la rechloruration, avec ou sans traitement hypophysaire. Ils arrivent aux conclusions suivantes : 1° Le trouble du transit hydrique n'est pas la conséquence d'un trouble du métabolisme chloruré.

La polyurie ne dépend pas de la diminution du pouvoir concentrateur du rein pour le chlorure de sodium. La soif ne peut pas s'expliquer par l'hyperchlorémie.

2° Le régime déchloruré diminue la polyurie en réduisant la soif et la polydypsie. Le malade perd de l'eau parce qu'il est privé de sel, qu'il soit soumis ou non au traitement hypophysaire.

3° Sous l'influence de l'action du lobe postérieur de l'hypophyse, la polyurie diminue.

4° Le trouble initial, au cours du diabète insipide, paraît être la perte de l'hydrophilie des colloïdes plasmatiques et cellulaires. C'est ce phénomène qu'il faudrait étudier.

**Myoendocardite gonococcique. Pathogénie.** — M. Luis GONZALEZ DA CATHIÉ. Forme clinique nouvelle. Malades atteints de blennorrhagie aiguë ou chronique, soumis à un traitement traumatisant, dépourvus d'antécédents rhumatismaux ou choréiques lointains, se présentant avec un syndrome infectieux grave, sans symptômes subjectifs du côté du cœur, chez lesquels un examen attentif révéla la lésion aortique.

**Streptococcémie passagère au cours d'un sodoku.** — MM. LEMIERRE, LAPORTE et NETTER. Homme mordu à la malléole externe gauche, présentant 15 jours plus tard un œdème inflammatoire de la cheville et du dos. Tout disparut en une semaine ; 15 jours plus tard apparut un syndrome fébrile, accompagnant des adénopathies poplitées, inguinales et iliaques gauches, des placards érythémateux sur la jambe gauche. Disparition de ces signes après une injection intraveineuse d'arséno-benzol. Une hémoculture donna un streptocoque non hémolytique doué de virulence pour les animaux. Ce streptocoque n'est intervenu qu'à titre d'agent d'infection secondaire, sans rôle pathogène.

**Anémie grave par tumeur gastrique.** — MM. BRODIN, MA-DIER et Mlle TEDESCO. Homme de 48 ans atteint d'une tumeur bénigne de l'estomac se traduisant par une anémie grave progressive. Cette tumeur rentre dans le groupe des tumeurs bénignes appelées les « schwannomes ». Sur les clichés, apparition de taches barytées arrondies. Ces taches paraissent caractéristiques de ces tumeurs bénignes, elles sont dues à l'imprégnation par la baryte des ulcérations fréquentes à la surface de ces tumeurs au niveau desquelles se produisent les hémorragies.

**Syndrome haut-parkinsonien syphilitique amélioré par le traitement spécifique.** — MM. BASCH et SEIDMANN. Homme de 58 ans présentant, outre un syndrome parkinsonien typique, un signe d'Argyll. Syphilis négligée à 20 ans. Il s'agit donc d'une neuro-syphilis en évolution. C'est une contribution à l'étude de la mésentéphalite syphilitique. Forme étiologique du syndrome parkinsonien amélioré par le traitement.

**Syndrome lenticulaire type Wilson. Rôle éventuel de la vaccination anti-typhique.** — MM. CATHALA et DE FONT-REAU. Homme présentant un syndrome lenticulaire à évolution progressive. Deux ans auparavant, une injection de vaccin T A B avait provoqué des accidents graves. Ces faits doivent être rapprochés des accidents nerveux post-sérothériques et de ceux de la maladie de Quincke.

(SÉANCE DU 22 MARS 1935)

**Spirochétose méningée pure à double rechute avec hyperglycorrhachie du liquide céphalo-rachidien.** — MM. HALBRON et KLOTZ. Un cas de méningite simulant une méningite cérébro-spinale. L'herpès, le liquide clair retiré par ponction lombaire, permirent le diagnostic exact qui fut confirmé par un séro-diagnostic positif. Il s'est agi d'une spirochétose méningée.

**Une variété de lacunes crâniennes, les trous congénitaux des pariétaux.** — M. Julien MARIE. Malade présentant deux lacunes symétriques situées en territoire osseux pariétal postérieur. Elles sont congénitales. Elles sont une anomalie de l'ossification des os pariétaux connue sous le nom de « trous pariétaux ».

**Faux fibrothorax.** — MM. Et. BERNARD, BEMAL et GONZALEZ. Observations et radiographies de tuberculeux pulmonaires chez qui, après abandon d'un pneumothorax thérapeutique, on voit apparaître un syndrome de rétraction qui signifie un processus de guérison. Il ne s'agit pas de vrais fibrothorax, car il se constitue un épanchement pleural localisé embusqué dans l'ombre du syndrome de rétraction. Ces épanchements peuvent se révéler, soit par une poussée fébrile, soit par une perforation avec vomique.

**Métastases osseuses diffuses d'un cancer du sein avec hypercalcémie et hyperplasie parathyroïdienne.** — MM. Et. BERNARD, BOYER, PORGE et Mlle GAUTHIER-VILLARS. Cancer du sein à forme de squirrhe, évoluant de façon torpide, donnant lieu à des métastases au niveau des os. Généralisation des lésions du squelette, au bassin, fémurs, rachis, côtes, sternum..., os creusés de géodes, donnant l'aspect d'ostéoporoses diffuses. Sur les prélèvements, on trouve des nodules néoplasiques au voisinage desquels domine le tissu fibreux. Donc association de lésions métastatiques de l'os et de lésions d'ostéite fibreuse. A noter en plus l'hyperplasie des parathyroïdes.

**Intolérance sérothérapique à forme d'aphasie.** — MM. TZANCK, SCHIFF, Mlle ABADI. Un cas d'aphasie post-sérothérapique. Chez un syphilitique ancien, huit jours après une injection de sérum antitétanique, apparut une crise d'urticaire et une hémiplegie droite avec aphasie. Après deux mois persistent seulement des troubles mentaux et de l'anarthrie qui fit croire à une paralysie générale. Une ponction sous-occipitale permit de rattacher ce cas au groupe des intolérances à forme cérébrale.

**Intolérances à forme cérébrale.** — MM. TZANCK, MALLET et Mlle ABADI. Observations mettant en relief les rapports entre certaines manifestations cérébrales et les types de réaction d'intolérance. Un malade est interné pour état manico-dépressif. Il guérit. A l'occasion d'une injection de novocaïne, il présente un épisode mental qui dure pendant 11 heures et le replonge dans l'état qui a légitimé son internement. Un autre malade présente après injection de novarsénobenzol, un épisode confusionnel pendant une semaine.

**Syndrome parkinsonien d'origine syphilitique. Régres-sion presque totale et durable après traitement spécifique.**



# SULFARSENOL

## ARSENOS-SOLVANT

ADOPTÉS PAR LES HOPITAUX

## EKTOPHANOL

SELS DE LITHIUM DE L'ACIDE PHENYLQUINOLEINE CARBONIQUE

Indications : Rhumatismes musculaires ou articulaires, aigus ou chroniques, Goutte, Sciatique, Lumbago, etc.

LABORATOIRES DE BIOCHIMIE MÉDICALE CH. DESGREZ, Dr en Ph<sup>ie</sup>, 19-21, rue Van-Looy, PARIS XVI<sup>e</sup> — Tél. Auteuil 26-62

# SIROP GUILLIERMOND

## IDO-TANNIQUE

AFFECTIIONS CARDIO-VASCULAIRES, AFFECTIIONS PULMONAIRES CHRONIQUES  
LYMPHATISME, GOITRE, DERMATOSES, ALBUMINURIE

DOSES : 2 à 4 cuillerées à bouche, à dessert ou à café suivant l'âge

PRESCRIRE :

SIROP GUILLIERMOND, un flacon

BERTAUT-BLANCARD FRÈRES  
64, Rue de La Rochefoucauld, PARIS (9<sup>e</sup>)

# PEPTONATE DE FER ROBIN

Gouttes - Vin - Elixir

ANÉMIE-CHLOROSE-DÉBILITÉ

LABORATOIRES ROBIN, 13, Rue de Poissy, PARIS

R. C., 221.839,  
Seine.

Granules de CATILLON

à 0,001 Extrait Titré de

C'est avec ces granules qu'ont été faites les observations discutées à l'Académie de Médecine en 1889, elles prouvent que 2 à 4 par jour donnent une diurèse rapide, relèvent vite le cœur affaibli, dissipent ASYSTOLIE, DYSPNÉE, OPPRESSION, ŒDÈMES, Affections MITRALES, CARDIOPATHIES des ENFANTS et VIEILLARDS

Granules de CATILLON 0,0004

STROPHANTUS

STROPHANTINE

CR.

TONIQUE du CŒUR par EXCELLENCE — TOLÉRANCE INDÉFINIE

Prix de l'Académie de Médecine pour "Strophantus et Strophantine", Médaille d'Or Expos. Univ. 1900

PARIS, 3, Boulevard St-Martin. — R. C. Seine 48283



— MM. GARCIN et LAPLANE. Malade observée pour syndrome parkinsonien auquel étaient associés un signe d'Argyll et une abolition des réflexes. Réactions sanguines positives. Sous l'influence d'un traitement suivi, la séméiologie parkinsonienne s'estompée, tandis que les autres signes restèrent sans changement.

**Posologie de l'anthiomaline.** — MM. SÉZARY et BOLGERT. Etude de l'antimoine III ou thiomalate de lithium ou anthiomaline. Emploi sans danger. Injectable dans les muscles. On peut injecter dans une série de 2 à 4 gr. du médicament, et faire une nouvelle série après un intervalle de quatre semaines. Ce médicament permet de faire sans danger une cure stibiée intensive.

**Prima-infection tuberculeuse avec érythème noueux chez fillette de 11 ans.** — MM. BÉTHANY et BERTHET (Genève). Diagnostic basé sur l'apparition d'un syndrome d'imprégnation tuberculeuse et l'apparition d'une cuti-réaction positive, alors qu'elle était négative avant l'érythème noueux.

**Un cas de silicose pulmonaire.** — MM. AUBERTIN et PATRY. Un cas de silicose pulmonaire chez un scoliotique. Image radiologique caractérisée par micronodules diffus. Etat général satisfaisant. Le malade ayant travaillé longtemps comme mineur dans les mines porphyriques. Recherches négatives relativement à la tuberculose.

**Accidents tertiaires chez un paralytique général.** — MM. SPILLMANN, DROUET, AUBRY et MIGNARDOT (Nancy). Accidents syphilitiques tertiaires apparus chez un P. G. quelques semaines après l'impaludation et en pleine rémission thérapeutique physique et psychique.

**Syndrome congénital caractérisé par une double paralysie faciale, une double paralysie de la 6<sup>e</sup> paire et un double pied bot.** — MM. DECOURT et PERREAU. C'est un cas du syndrome individualisé par Alajouanine, Huc et Gopkevitch.

**Méningite tuberculeuse de l'adulte. Evolution prolongée.** — MM. LÖDERICH et LICHTENBERG. Evolution se prolongeant pendant trois mois et demi, soit pendant 105 jours. Le malade ayant reçu 12 injections d'allergine, les auteurs se demandent si ce n'est pas ce traitement qui a occasionné la lenteur inhabituelle de l'évolution. La réaction de Vernes à la résorcine dans le liquide céphalo-rachidien de 27 malades atteints de syndromes méningés, a été positive dans tous les cas de méningite tuberculeuse, et négative ailleurs. La flocculation du liquide céphalo-rachidien est indépendante de celle du sang.

**Images histologiques de la maladie de Bouilland. Lésion d'Aschoff-Klinge.** — MM. M. DUVOIR, L. POLLET et Mlle G. L. DE CURSAY. En partant d'un cas de maladie de Bouilland avec rhumatisme cardiaque, les auteurs montrent les images histologiques de la lésion rhumatismale à ses divers stades évolutifs. Ce sont :

1° *Stade aigu exsudatif*, avec la « *turgescence fibrinoïde* » lésion fondamentale dont la durée n'excède pas six et souvent n'atteint pas trois semaines ;

2° *Stade subaigu ou chronique prolifératif* des cellules conjonctives avec formation de cellules géantes : c'est à ce stade qu'il convient de réserver le nom de « *nodule d'Aschoff* » ;

3° *Stade cicatriciel* avec fibrose d'abord molle, puis dure.

Les auteurs rappellent que les recherches expérimentales de Klinge confirment qu'il s'agit d'« inflammation hyperergique », expression à laquelle ils préfèrent celle de « *processus inflammatoire de sursensibilité* ».

## PRATIQUE MÉDICALE

L'ALLONAL, MÉDICAMENT DE LA DOULEUR (1)

Par M. J. FAGUET.

L'auteur fait remarquer, après beaucoup d'autres, que dans les cas où il existe des algies, de quelque nature qu'elles soient, il y a intérêt à s'adresser à l'allonal, allylisopropylbarbiturate de diméthyl-amino-antipyrine, car c'est un analgésique puissant, un hypnogène souple et progressif, possédant un champ d'action très vaste, tant en médecine générale que dans les diverses spécialités, et notamment en stomatologie.

## LIVRES NOUVEAUX

**Le thermomètre de la résistivité vitale. (Ptyalo-diagnostics et ptyalo-pronostics) (2)** par Faust ZAMBRINI.

La réaction à laquelle M. Faust Zambrini vient de consacrer un volume important, est un procédé de diagnostic et de pronostic qui paraît appelé à un grand avenir. Les lecteurs de la *Gazette des Hôpitaux* n'ont pas oublié le très intéressant article que M. H. Grenet a consacré à cette réaction dans la pratique pédiatrique. C'est une vérification de haute valeur. (*Gaz. hôp.*, 1935, N° 3), M. d'Arsonval ne l'a-t-il pas nommée : « *T<sub>e</sub> thermomètre de la résistivité vitale* » ?

La méthode consiste en un examen très simple de la salive qui permet de tirer des conclusions utiles au point de vue du diagnostic et du pronostic. L'idée n'est pas nouvelle certes ; Claude Bernard l'avait émise. Mais la réalisation revient bien à M. Zambrini.

L. G.

(1) *Concours méd.*, Paris, 4 mars 1934, n° 9.

(2) Grand in-8 avec 17 planches en couleurs. — Prix : 125 fr. — Paris, N. Maloine.

**Conférences sur les dermatoses et la syphilis**, par le docteur Louis BORY. Grand in-8° de 231 pages. — Prix : 30 fr. Paris, Vigot frères.

**Le Faiseur de Vies**, roman par Gabriel TRINQUET. Petit in-8° de 255 pages. — Prix : 15 fr. Mercure universel, 3, cité Bergère, Paris (9°).

## LE JEUDI 23 MAI 1935

à 15 h., il sera procédé publiquement, au chef-lieu de l'Administration générale de l'Assistance publique, 3, avenue Victoria, à l'adjudication d'une FOURNITURE D'ARTICLES DE PANSEMENTS nécessaires au service des hôpitaux et hospices civils de Paris pendant six mois, à partir du 1<sup>er</sup> juillet 1935.

Cette fourniture comprend des articles de coton cardé et coton hydrophile, gaze mousseline apprêtée et sans apprêt, cellulose hydrophile et des tampons hygiéniques en cellulose.

S'adresser, pour prendre connaissance du cahier des charges, au Service de l'Exploitation, 3, avenue Victoria, bureau n° 8, tous les jours non fériés, de 10 heures à midi et de 14 heures à 17 heures. Les échantillons-types sont déposés au Magasin central des hôpitaux, 89, boulevard de l'Hôpital.

Dépôt des demandes d'admission jusqu'au jeudi 9 mai 1935.

Le Directeur-gérant : D<sup>r</sup> François LE SOURD.



# "CALCIUM-SANDOZ"

Injectable, sans inconvénients, par la voie intramusculaire et la voie veineuse

Ampoules de 5 cc. et 10 cc.  
(solutions à 10 % et à 20 %)

Ampoules de 2 cc.,  
(solution à 10 %)

Une ampoule tous les jours  
ou tous les 2 à 3 jours.

Tablettes chocolatées

3 à 6 par jour.

Comprimés effervescents

2 par jour.

Poudre granulée

3 cuillerées à café par jour.

FORME NOUVELLE : "Calcium-Sandoz" Sirop.

PRODUITS SANDOZ, 20, rue Vernier. — PARIS-17<sup>e</sup>

B. JOYEUX, Pharmacien de 1<sup>re</sup> classe

## OLÉTHYLE-BENZYLE

LABORATOIRES CARTERET

Pas d'accoutumance - Agit vite - Pas d'accumulation

### DIURÈNE

"Extrait total" d'ADONIS VERNALIS

CARDIOPATHIES - ARTÉRIO-SCLÉROSE  
NÉPHRITES & CIRRHOSSES  
OEDÈMES &  
ASCITES

LIQUIDE

PILULES

Posologie : 2 à 6 cuillerées à café  
ou 4 à 12 pilules par jour.

CONTIENT TOUS LES PRINCIPES ACTIFS DE L'ADONIS VERNALIS

Echantillon et Littérature : 15, rue d'Argenteuil, PARIS

**ESTOMAC**


# **SEL DE HUNT**

**HYPERCHLORHYDRIE  
FERMENTATIONS ACIDES  
GASTRALGIES**

**LABORATOIRES ALPH. BRUNOT  
16, Rue de Boulainvilliers, PARIS**

Hypertensions  
ET TOUS ÉTATS  
SPASMODIQUES  
DE LA MUSCULATURE  
LISSE

BENZOATE DE BENZYLE



**OLETHYLE-BENZYLE**

Le seul en **GÉLULES**  
**CAPSULES**  
**MOLLES**

*Littérature - Échantillons - Posologie*  
LABORATOIRE CENTRAL DE PARIS  
122, Rue du Faubourg Saint-Honoré, Paris



*La Lancette Française***GAZETTE DES HOPITAUX****CIVILS ET MILITAIRES****PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI****ADMINISTRATION ET RÉDACTION :****49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6<sup>e</sup>. Tél. : Danton 48-31.****PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6<sup>e</sup>) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.****PRIX DE L'ABONNEMENT****FRANCE**

3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.

*Etudiants : 25 francs par an.**On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.***ETRANGER**

Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.

Tous les autres pays : 75 francs.

**SOMMAIRE****TRAVAUX ORIGINAUX***Phlébites mélicocciques*, par M. le professeur H. ROGER et M. AUDIER (de Marseille).**NOTES DE MÉDECINE PRATIQUE***Les glucides chez l'enfant*, par M. L. BABONNEIX.**SOCIÉTÉS SAVANTES***Société de neurologie. — Société de médecine militaire française.***INTÉRÊTS PROFESSIONNELS***A quand le vote des lois Dommange et Cousin?**Au Congrès national des étudiants.***PRATIQUE MÉDICALE****LIVRES NOUVEAUX****NOTES POUR L'INTERNAT***Maladie d'Addison (suite).***INFORMATIONS****HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE NOMINATION DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — Jury :** MM. Lereboullet, Halbron, Harvier, Rivet, Bénard, May, Stévenin, Moreau, Bernard, Boulin, Bloch.**— CONCOURS DE NOMINATION DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX. — Jury :** MM. Michon, Proust, Guimbellot, Moulounguet, Quénu, Bloch (Jacques), Weil (Emile-Prosper).**PRÉFECTURE DE LA SEINE. —** Un concours pour la nomination de deux internes en médecine à l'hospice départemental Paul Brousse, 14, avenue des Ecoles, à Villejuif (Seine), à la section hospitalière de l'Institut du cancer annexée à cet établissement et à la Maison de retraite de Villejuif, et éventuellement la désignation d'internes provisoires, s'ouvrira le 24 juin 1935.Pourront prendre part au concours : 1<sup>o</sup> les élèves externes des hôpitaux de Paris; 2<sup>o</sup> les étudiants en médecine possédant dix inscriptions de doctorat.Les candidats ne devront pas avoir dépassé l'âge de 27 ans révolus au 1<sup>er</sup> octobre de l'année 1935. Toutefois cette limite d'âge sera prorogée d'une durée égale aux services accomplis dans l'armée active pour satisfaire aux obligations de la loi sur le recrutement de l'armée.

Les étrangers seront admis à concourir dans les conditions suivantes : au cas où ils obtiendraient un nombre de

points au moins égal à celui obtenu par le dernier candidat français admis par le jury, ils seraient classés en surnombre. Ils ne recevront pas de traitement, mais seront nourris toute la journée les jours de garde et au repas de midi les autres jours. Ils seront soumis au point de vue du service aux mêmes obligations que leurs collègues français.

Les candidats devront, pour être inscrits au concours, produire les pièces suivantes : 1<sup>o</sup> expédition de l'acte de naissance; 2<sup>o</sup> certificat de revaccination; 3<sup>o</sup> certificat du directeur général de l'administration générale de l'Assistance publique, attestant que l'intéressé est externe des hôpitaux, ou certificats de dix inscriptions de doctorat prises dans une faculté ou école de médecine de l'Etat. Le certificat du directeur de l'administration générale de l'Assistance publique ou celui du doyen de la faculté ou du directeur de l'école de médecine devra indiquer que le candidat n'a pas subi de peine disciplinaire grave.Les inscriptions seront reçues à la Préfecture de la Seine, service de l'assistance départementale, 3<sup>e</sup> bureau, annexe Lobau, escalier A, 2<sup>e</sup> étage, porte 227, dimanches et fêtes exceptés, de 10 à 12 h. et de 14 à 17 h., du 1<sup>er</sup> au 15 mai.

Tous renseignements concernant la nature des épreuves du concours et la situation des internes à l'hospice Paul Brousse sont dès à présent fournis en s'adressant au service de l'assistance départementale, à la Préfecture de la Seine.

**MINISTÈRE DE LA MARINE. —** Un concours pour l'emploi de prosecteur d'anatomie aux écoles-annexes de médecine navale de Rochefort et Toulon aura lieu à l'hôpital maritime Sainte-Anne, à Toulon, au début du mois d'octobre 1935, à une date qui sera fixée ultérieurement.Ce concours, auquel pourront prendre part les médecins de 1<sup>re</sup> classe, aura lieu dans les conditions fixées par l'article 21 de l'arrêté du 22 décembre 1930, modifié les 26 juillet, 9 août et 5 décembre 1934.**EXTRAIT DE MALT FRANÇAIS  
DÉJARDIN****Bière de Santé - Eupeptique - Galactagogue**

**ASSOCIATION GÉNÉRALE DES MÉDECINS DE FRANCE. — Assemblée générale annuelle.** — Cette assemblée aura lieu sous la présidence de M. le docteur Chapon le dimanche 26 mai 1935, à 14 h., dans la salle des séances de l'Hôtel Chambon, 95, rue du Cherche-Midi. Seuls peuvent y assister les membres du Conseil général de l'Association, les présidents et délégués des sociétés locales et les membres de la Presse médicale invités.

Le soir, banquet au Centre Marcelin Berthelot (Maison de la chimie), 28 bis, rue Saint-Dominique, sous la présidence de M. le professeur BARDIER, de Toulouse, doyen de la Faculté de médecine de Toulouse. En dehors des invités, tous les confrères peuvent y prendre part en envoyant, avant le 24 mai, leur adhésion et le prix du banquet (50 fr.) à M. le docteur Jules Bongrand, trésorier général de l'Association, 95, rue du Cherche-Midi, Paris (VI<sup>e</sup>) Chèques postaux Paris 186-07. Tél. Littré 61-43.

**COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — TRAVAUX PRATIQUES D'ANATOMIE (série supplémentaire).** — Une série supplémentaire de travaux pratiques d'anatomie aura lieu sous la direction de M. le professeur Hovelacque, chef des travaux, à partir du mercredi 29 mai 1935. A cette série pourront s'inscrire, après autorisation, les étudiants dont les travaux n'ont pas été validés en série régulière.

Droit d'inscription : 150 fr.

S'inscrire au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 h.

— **CHAIRE DE BACTÉRIOLOGIE.** (Professeur : M. Robert DEBRÉ.) — M. le docteur P. Gastinel, agrégé de bactériologie, commencera une série de conférences le jeudi 9 mai, à 18 h., au petit amphithéâtre de la Faculté, et les continuera les samedis et jeudis suivants, à la même heure.

Sujet des conférences : « La syphilis expérimentale. »

## INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

### A QUAND LE VOTE DES LOIS DOMMANGE ET COUSIN ?

Je reçois de Nancy les vœux de nos camarades de la Faculté de médecine, vœux qui sont heureusement en opposition avec les directives prises par le Conseil de ladite Faculté. Aussi suis-je heureux de les publier pour prouver que tous, nous sommes d'accord, dans les milieux de futurs ou de jeunes médecins.

La résistance malheureusement s'organise, et elle s'organise solidement contre nos vœux les plus chers. Certains profitent des excès de jeunes et de certaines fausses manœuvres inhérentes à la jeunesse des manœuvriers. Qu'on ne s'y trompe pas : le bloc des étudiants ne se laissera pas désagréger.

MAURICE MORDAGNE.

Voici la motion votée à l'unanimité le 14 avril 1935, par la Corporative de Nancy :

« Les Etudiants français de la Faculté de médecine de Nancy et les étudiants français du P. C. B., réunis en assemblée générale extraordinaire à l'appel de l'Association corporative des étudiants et anciens étudiants français de la Faculté de médecine de Nancy, renouvellent les vœux déjà émis le 1<sup>er</sup> février 1935.

1<sup>o</sup> Du point de vue de l'obtention du diplôme d'Etat des docteurs en médecine :

a) Les étrangers doivent présenter les mêmes titres initiaux que les Français, et ce avant de commencer leurs études médicales ;

b) Une loi ou un décret-loi doit intervenir dans le plus bref délai rendant impossible la transformation du diplôme d'Université en diplôme d'Etat.

2<sup>o</sup> Du point de vue de l'obtention de la naturalisation : aucun étranger ne pourra être naturalisé après 30 ans, s'il ne satisfait pas, quel que soit son âge, aux obligations militaires auxquelles sont astreints les Français d'origine.

3<sup>o</sup> Du point de vue de l'exercice de la médecine :

a) Pour les étrangers naturalisés : aucun médecin naturalisé ne pourra exercer la médecine en France s'il n'a dix ans de naturalisation après l'obtention du diplôme, conformément au projet Dommange.

b) Pour les étrangers non naturalisés : les administrations doivent être invitées à se séparer sans délai des médecins ou étudiants étrangers qu'elles emploient indûment sous des dénominations diverses pour des fins médicales, et à les remplacer par des Français. Des poursuites doivent être exercées d'office contre les médecins et étudiants en médecine étrangers exerçant illégalement la médecine en France.

*Le Comité de l'Association Corporative des étudiants et anciens étudiants français de la Faculté de médecine de Nancy. »*

### AU CONGRÈS NATIONAL DES ÉTUDIANTS

Le débat sur la question des étrangers, étudiée au congrès national des étudiants, qui vient de se tenir à Tours, s'est terminé par le vote à l'unanimité d'une résolution présentée par M. Baumann, de Strasbourg, et disant notamment :

« Le Congrès demande :

1<sup>o</sup> Qu'une première inscription ne puisse être prise par un étranger en vue de l'obtention du diplôme d'Etat de docteur en médecine s'il n'est muni :

a) Des deux parties du baccalauréat de l'enseignement secondaire classique ;

b) Des certificats d'études physiques, chimiques et biologiques ; aucune équivalence ne sera admise à quelque titre que ce soit ;

2<sup>o</sup> Qu'aucune transformation d'un diplôme d'Université ou d'un diplôme étranger en un diplôme d'Etat français ne puisse être opérée ;

3<sup>o</sup> Que le diplôme d'Etat ne puisse être conféré aux naturalisés que s'ils ont accompli les obligations du service militaire actif ;

4<sup>o</sup> Qu'au cas où l'étudiant étranger aurait satisfait aux obligations du service actif, le diplôme d'Etat ne puisse lui être conféré qu'après un délai de cinq ans, après la date de soutenance de la thèse ;

5<sup>o</sup> Qu'en cas d'incapacité reconnue régulièrement par les conseils de revision ou d'inaccomplissement des obligations du service militaire, pour quelque cause que ce soit, le diplôme d'Etat ne puisse être conféré qu'après un délai de sept ans après la date de soutenance de la thèse ;

6<sup>o</sup> Que ces dispositions soient également applicables aux médecins, pharmaciens, chirurgiens, dentistes et vétérinaires et d'une façon générale à toutes personnes exerçant une profession libérale qui ne tombe pas sous l'application des dispositions de la loi Dommange.

Enfin, le Congrès demande aux pouvoirs publics une action énergique et la mise à l'étude immédiate d'un projet de loi en ce sens. »

Sur la proposition de M. Faivre, de Tours, l'assemblée a exprimé le vœu que le délai d'assimilation soit porté à 10 ans et qu'en aucun cas, les étudiants étrangers ne puissent obtenir dans les hôpitaux des postes d'externes ou d'internes, si ce n'est en surnombre et sans rémunération.

Néuralgies  
Névrites

**BROMÉINE MONTAGU**

**OUATAPLASME**

de D' L'ANGLEBERT  
PANSEMENT COMPLET  
Phlogosine, cataplasme, brulures, etc



# somnifène "roche"

à  
chacun  
sa  
dose

le plus maniable  
des hypnotiques  
gouttes

réglable

à

volonté

Produits F. HOFFMANN - LA ROCHE & C<sup>ie</sup>  
10 Rue Crillon - PARIS

## VACCINS CLIN

ANTICOQUELUCHEUX  
ANTISTAPHYLOGOCCIQUE ANTISTREPTOCOCCIQUE  
ANTIGONOCOCCIQUE

I. MONOMICROBIEN et II. POLYMICROBIEN

### COLI-ENTÉRO-VACCIN

I. BUCCAL  
Boîte de 6 ampoules de 5 c.c.  
de forte concentration uniforme.

II. INJECTABLE  
Boîte de 10 ampoules de 1 c.c.  
à concentrations croissantes

### PNEUMO-BRONCHO-VACCIN

ADULTES - ENFANTS

Concentration élevée en microbes - Tolérance parfaite - Conservation illimitée

*Injectations sous-cutanées ou intra-musculaires*

Les Vaccins Clin injectables sont délivrés en boîtes de 10 ampoules de 1 c.c.

## PYOVARGOL

POMMADE AU COLLOIDO-VACCIN CLIN

ARGENTIQUE ANTIPYOGÈNE

POUR PANSEMENTS des plaies infectées et suppurations locales

LABORATOIRES CLIN. COMAR ET C<sup>ie</sup>, 20, rue des Fossés-Saint-Jacques, PARIS

# LABORATOIRES CARTERET

LIQUIDE  
et  
COMPRIMES

ANTISEPTIQUE GÉNÉRAL

*Sans odeur et non toxique*

## LUSOFORME

*Formol saponiné*

DÉSINFECTANT — DÉSODORISANT

S'EMPLOIE EN SOLUTION AQUEUSE à 1/4 ou 1/2 p. 100 en GYNÉCOLOGIE, OBSTÉTRIQUE, CHIRURGIE

Échantillon et Littérature : 15, rue d'Argenteuil, PARIS

### USAGE ENFANTS DES DOCTEURS NÉO-LAXATIF CHAPOTOT

*Sirop d'Agrément*  
au **SUC D'ORANGE**  
**mannité**  
Entièrement végétal.  
Inoffensif — Délicieux  
**AUBRIOT** 56, Boul<sup>d</sup> Ornano  
PARIS



*Le Meilleur et le plus  
doux des Laxatifs.*

Exempt de Drastiques, de  
Phtalleïne de Phénol,  
de Belladone.

ÉCHANTILLON MÉDICAL  
GRATUIT SUR DEMANDE.

Granules de **CATILLON**

à 0,001 **Extrait Titré** de

C'est avec ces granules qu'ont été faites les observations discutées à l'Académie de Médecine en 1889, elles prouvent que 2 à 4 par jour donnent une **diurèse rapide**, relèvent vite le **cœur affaibli**, dissipent **ASYSTOLIE, DYSPNÉE, OPPRESSION, ŒDÈMES**, Affections **MITRALES, CARDIOPATHIES** des **ENFANTS** et **VIEILLARDS**

Granules de **CATILLON** 0,0001

## STROPHANTUS

## STROPHANTINE

CR.

TONIQUE du CŒUR par EXCELLENCE — TOLÉRANCE INDÉFINIE

Pris de l'Académie de Médecine pour "Strophantus et Strophantine", Médaille d'Or Expos. Univ. 1900

PARIS, 3, Boulevard St-Martin. — R. C. S. n° 18283



## PHLÉBITES MÉLITOCOCCIQUES

PAR MM.

H. ROGER,

et

M. AUDIER,

Professeur

Chef de clinique adjoint

A la Faculté de Marseille.

La mélitococcie ne se localise pas de façon élective et fréquente sur l'appareil circulatoire.

Cantaloube traduisait cette constatation en disant que la fièvre de Malte « n'aime pas le cœur ». Pourtant si les atteintes cardiaques sont moins fréquentes que dans la fièvre typhoïde, elles peuvent exister et ont été décrites par quelques auteurs. Il y a déjà longtemps que Hugues, Eyre les avaient remarquées. Mais ce sont surtout les travaux de Lagriffoul avec l'un de nous et Sarradon, de Soulié, les observations de Peyrot, de Vandœuvre, de Liviérato, de Gaté et Ravault, de Casanova et d'Ignazio, qui attirèrent l'attention sur les complications cardiaques dont les séquelles furent étudiées par Prat et Montel. Il n'en reste pas moins vrai, comme il ressort de l'étude de ces travaux, que les cas sont assez rares où la mélitococcie peut être à l'origine de troubles cardiaques avérés : le professeur Aznar Molina signale d'assez nombreuses modifications de l'électrocardiogramme.

Quant aux complications phlébitiques, elles sont exceptionnelles. Une enquête dans les zones d'endémie mélitococcique (Ardèche, Basses-Alpes) nous permet de confirmer la rareté des localisations veineuses de la mélitococcie. Le Docteur Jullien, de Joyeuse, sur 380 observations de fièvre de Malte, ne relève qu'un cas vraisemblable, mais non certain. Le Dr Escarras, de Castellane (Basses-Alpes), qui a soigné plus de 250 fièvres méditerranéennes, nous a signalé un cas de phlébite. Dans la région de Manosque, le Dr Caire fit une enquête qui ne lui permit de retrouver qu'une seule observation du Dr Martel, de Reillame (B.-A.). Masselot (de Tunis) a observé une thrombose veineuse sur 80 mélitococcies.

Domingo (de Barcelone) n'a jamais vu de telles complications chez les nombreux malades qu'il a suivis.

Peut-être cette rareté des cas observés n'est-elle que provisoire et la mélitococcie, qui est en plein devenir, qui gagne du terrain, dont les cas se multiplient, pourra changer d'aspect. Les complications nerveuses ne sont-elles pas devenues manifestement plus fréquentes, surtout depuis que l'un de nous a précisé leurs modalités tardives ? Aussi nous a-t-il paru utile de signaler ici deux observations de phlébitis mélitococciques.

La... 27 ans, employé du P.-L.-M., eut, au début de mai 1927, de violentes douleurs cervicales, avec torticolis et fièvre. Il est obligé de s'aliter le 8 mai, avec un état fébrile et des sueurs profuses. Sa température se maintient deux jours à 40°, descend les deux jours suivants à 37°5 et se remet à osciller entre 38°5 et 40° jusqu'au 7 juin. A ce moment-là, chute thermique ; puis nouvelle onde fébrile jusqu'au 17 juin.

Une hémoculture, faite durant cette seconde période fébrile, est positive au cinquième jour pour le mélitensis. Un séro-diagnostic de Wright avait été positif au centième.

Au début d'août, apparaît un œdème considérable du membre inférieur gauche, l'installation de cet œdème ne s'accompagne d'aucun phénomène douloureux. La fièvre ne reparait pas.

L'œdème persiste, il a une tendance à se couvrir de pétéchies et de pigmentation à la partie inférieure de la jambe.

Le malade, mobilisé au début d'août, part en convalescence. Il n'eut pas d'autres complications durant sa maladie. Il reprit ses occupations le 1<sup>er</sup> novembre, mais le 29, il revient consulter, parce que son œdème résiduel a nettement augmenté. Cet œdème est surtout localisé au mollet, alors que le pied et la cuisse sont peu infiltrés. Il y a 8 centimètres de différence au pourtour des deux mollets, 3 centimètres aux cuisses. La tension artérielle étant sensiblement égale des deux côtés.

La palpation de la jambe gauche mettant en évidence une saillie osseuse, on pratique un examen radiographique. Le cliché montre de face : à deux travers de doigts au-dessus de l'articulation tibio-tarsienne, une exostose partant du bord externe du péroné. A ce niveau, il existe une zone périostée un peu boursoufflée.

Il s'agit dans cette observation d'une phlébite profonde survenue pendant l'évolution d'une mélitococcie. L'exostose du péroné peut être mise sur le compte d'un trouble trophique consécutif à cette phlegmatia. Marcelle Peillon dans sa thèse (Paris 1926) en décrit d'analogues sur les membres atteints d'ulcères variqueux. Mais il ne faut pas oublier que la mélitococcie peut donner des ostéites et que la phlébite a pu succéder ou coïncider avec cette localisation osseuse.

Le diagnostic de phlébite d'ailleurs est évident, et il ne s'agit certainement pas, à cause des caractères de l'œdème qui est mou et durable, d'un œdème lymphangitique simple qui aurait compliqué la lésion osseuse. Cet œdème non plus n'a pas les caractères de la cellulite qui peut se voir à la suite de mélitococcie prolongée (Paviot).

La seconde observation ressemble par de nombreux points à la précédente :

Ca..., âgé de 39 ans, eut en mai 1929, à Miramas, une affection fébrile avec sueurs profuses, céphalée, qui l'obligea à s'aliter. La lente évolution de l'affection, la forme ondulante de la fièvre firent faire un séro-diagnostic qui fut positif au deux centième au mélitensis. Transporté à Marseille, il présenta deux mois après le début de l'affection des douleurs peu intenses du membre inférieur gauche. Puis un œdème considérable s'est développé.

Pendant ce temps, la fièvre de Malte évoluait comme avant l'apparition de cette complication, c'est-à-dire par périodes fébriles entrecoupées de quelques jours d'apyrexie.

La durée de la phlébite fut de 45 jours. Par contre, la mélitococcie dura six mois. Lorsque le malade fut guéri, il continua à présenter un œdème vespéral assez considérable, qui bientôt devint permanent. Le tiers inférieur de la jambe s'est pigmenté et fut le siège d'un eczéma variqueux et bientôt apparut une ulcération à ce niveau, qui devait s'agrandir. Quelques mois plus tard, de nouveaux ulcères se forment.

Si bien qu'il présentait en août 1934 un œdème dur considérable déformant la jambe et le pied ; des ulcères situés à la partie externe du mollet gauche dans sa moitié inférieure et dans les régions sus-malléolaires internes et externes. Il n'y avait pas de varices apparentes, mais sa jambe était douloureuse le soir.

Traité à Aix-en-Provence, son œdème diminua fortement et après 8 bains, les ulcères étaient cicatrisés. A la fin du traitement, la jambe très amincie n'était plus douloureuse.

Dans ce cas la phlébite, dont les manifestations furent de peu d'importance, a laissé des séquelles durables dont seul le traitement thermal put venir à bout.

Nous rapprocherons de ces observations le cas publié par Debbasch : il s'agissait d'une fièvre de Malte classique, confirmée par un séro-diagnostic positif au 1/200, au cours de laquelle évolua une phlébite avec douleur et œdème assez marqué. La durée fut de un mois, l'évolution se fit sans complication ni séquelle.

Le Dr Jullien, de Joyeuse, nous communique l'auto-observation suivante : « Je crois que je suis moi-même un mélitococcique, dont la maladie s'est compliquée de phlébite du membre inférieur gauche. Malheureusement malade en 1902, il n'y eut nulle confirmation biologique. Cependant, j'ai fait une maladie fébrile d'une durée de 3 mois avec sueurs extrêmement abondantes et douleurs lombaires. Vers le quinzième jour, douleur de la jambe gauche, qu'on prit d'abord pour une sciatique, mais ensuite œdème blanc et mou. Je garde un œdème chronique et quelques varices. Mon intra-dermo à la mélitine est toujours positive ».

Le malade du Dr Escarras, cultivateur de 63 ans, présentait une forme intéressante à plusieurs chefs ; nous résumons ci-contre son observation :

Le 5 octobre 1934, le docteur Escarras est appelé auprès d'un malade qui se plaignait de lassitude depuis une quinzaine de jours environ et qui ressentait une douleur assez vive dans l'aîne et dans la cuisse droite. Impotence fonctionnelle absolue et œdème du membre douloureux. Température à 38°5. Le diagnostic de phlébite est posé et le membre est immobilisé.

Pendant 15 jours, la température oscille entre 38° et 38°5. Il existe des sueurs abondantes. Le 30 octobre, le malade est pris d'un point de côté brutal à la base de l'hémi-thorax gauche avec dyspnée intense. A l'examen, submatité à ce niveau et foyer de râles fins. Température à 39°. Trois jours après, expectoration hémoptoïque. La température oscille entre 38°5 et 39°7 pendant trois jours, puis se stabilise entre 38° et 38°5. Les symptômes pulmonaires ont complètement disparu et la phlébite est en voie de régression. Aussi comme rien n'explique la persistance de cet état fébrile, on examine la rate qui est très largement percutable et le foie qui déborde le rebord costal. Un séro-diagnostic de Wright fut fortement positif le 8 novembre.

Un traitement par la gonacrine est commencé et, à la deuxième injection, la fièvre baissait pour disparaître complètement à la cinquième.

Il s'agit ici d'une mélitococcie, dont les premières manifestations cliniques ont été des signes de phlébite. Enfin cette thrombose veineuse s'est compliquée d'infarctus pulmonaire.

Une embolie pulmonaire avait aussi compliqué la phlébite du malade de Mollard et Rimaud.

Une phlébite de la jambe droite était apparue vers le quarantième jour de l'évolution d'une mélitococcie grave qui, à cause d'une hémorragie intestinale, fut prise pour une fièvre typhoïde pendant quelque temps. Le début de cette phlébite se fit par des signes d'infarctus pulmonaire : violent point de côté de la base droite avec foyer de râles fins. Quelques jours après, apparition des signes classiques de phlébite de la jambe droite, qui devait évoluer norma-

lement. Par contre, la fièvre de Malte, diagnostiquée sérologiquement, devait donner une localisation myocardique sérieuse. La guérison survint tout de même.

Enfin Ruggiero et Spezzafumo publièrent une observation de phlébite double ayant débuté au soixante-cinquième jour de l'évolution d'une fièvre méditerranéenne : phlébite à bascule ayant débuté à droite et ayant atteint le membre inférieur gauche quinze jours plus tard. L'évolution en fut assez rapide et il ne persista pas de séquelle.

\*  
\*\*

Si nous essayons de tirer de ces exemples les caractéristiques des phlébites mélitococciques, nous voyons qu'il s'agit dans tous ces cas de *phlegmatia alba dolens*. Les douleurs sont dans l'ensemble peu marquées, c'est l'œdème qui domine le tableau clinique. Nous n'avons trouvé la bilatéralisation que dans un cas (Ruggiero et Spezzafumo).

Le début est plutôt tardif en pleine période d'état : la mélitococcie durait depuis 2 mois dans 4 observations. Par contre, dans un cas l'apparition de la phlébite fut plus précoce : quinze jours seulement après le début des phénomènes fébriles. Le malade du Dr Escarras présentait, lui, une forme exceptionnelle de mélitococcie à début phlébitique.

L'évolution est bénigne dans la plupart des cas. Mais nous soulignerons de nouveau l'existence de myocardite associée dans l'observation de Mollard et Rimaud. D'autre part, il nous faut signaler que dans deux observations il y eut des infarctus pulmonaires, peu graves il est vrai. Le malade de Mollard et Rimaud a eu d'ailleurs une *phlébite à début embolique*. Enfin, Broussard, de Castellane, incriminait une embolie pulmonaire due à une phlébite latente dans un cas de mort subite lors d'une fièvre de Malte.

La durée des symptômes phlébitiques est semblable à celle des thromboses veineuses dues à d'autres causes : un mois (observations Debbasch. La...), 45 jours (observation Ca...). Par contre, les séquelles furent tenaces et sérieuses dans quelques cas : ulcères et œdèmes durant 5 ans chez le malade Ca...

On peut remarquer que l'apparition de la phlébite ne paraît pas avoir influencé l'évolution de la mélitococcie qui n'est ni écourtée ni aggravée. Pas plus d'ailleurs que la durée de la phlébite n'a été prolongée, lorsque l'infection mélitococcique continuait à évoluer pendant sa phase de régression. A partir de l'évolution de la phlébite, la mélitococcie et la thrombose veineuse paraissent évoluer pour leur propre compte. D'ailleurs, la phlébite peut survenir tout aussi bien dans les formes légères que dans les formes graves de la fièvre méditerranéenne.

Comme toujours dans pareil cas, on peut se demander si la phlébite est due à la localisation veineuse du mélitensis ou s'il s'agit de manifestations d'infections secondaires. L'évolution en pleine période d'état, l'absence de localisations habituelles de germes pyogènes surajoutés, la possibilité de localisations cardiaques du mélitensis nous font pencher en faveur de la première hypothèse.



Nous remarquerons enfin qu'aucun de nos malades n'a présenté d'orchite, ce qui élimine la possibilité d'une phlébite rampante partant des veines du cordon : infection descendante qui agirait par un mécanisme analogue à celui qui a été décrit dans la phlébite ourlienne.

Il s'agit vraisemblablement ici d'une localisation veineuse de la septicémie mélitococcique.

#### BIBLIOGRAPHIE

- J. MOLLARD et RIMAUD. Cinq cas de fièvre de Malte observés à Lyon, *Lyon méd.*, 7 août 1910.  
 H. ROGER. Les formes cliniques de la mélitococcie. *Journ. méd. franç.*, mai 1929.  
 MASSELOT. Notes sur 80 cas de fièvre de Malte observés à l'hôpital français, *Tunisie méd.*, nov. 1930.  
 G. DEBBASCH. Un cas de phlébite dans la fièvre méditerranéenne. *Tunisie méd.*, nov. 1931.  
 F. RUGGIERO, C. SPEZZAFUMO. Un cas de phlébite double au cours de la fièvre méditerranéenne. *Tunisie méd.*, déc. 1932.  
 M. AUDIER. *Le diagnostic des phlébites des membres*, G. Doin, Paris, 1935.

## NOTES DE MÉDECINE PRATIQUE

### LES GLUCIDES CHEZ L'ENFANT

Par M. L. BABONNEIX,

Médecin de l'hôpital Saint-Louis.

L'organisme de l'enfant en a besoin d'une certaine quantité, d'ailleurs mal définie. M. Jules Renault et Mad. de Tannenbergh donnent les chiffres suivants : par 24 heures, de 170 gr. pour 3 ans, à 480 pour 19 ; par kilogr. de poids : 13 gr. pour 3 ans, 7 gr. 5 pour 19, M. Ed. Lesné, 5 à 7 grammes, M. Ribadeau-Dumas, 10 gr. par kilogr. et par jour. M. R. Mathieu, après avoir rappelé que l'enfant au sein leur emprunte 40 % de son énergie journalière, 48,8 % étant fourni par les graisses, et 12 % par les protéines, alors que l'adulte emprunte 65 % aux premiers, 25 % aux seconds et 10 % aux troisièmes, estime que l'on peut, en allant prudemment, donner au nourrisson de plus de trois mois, 10 à 15 % de sa ration quotidienne en hydrates de carbone.

Ils sont surtout des fournisseurs d'énergie, mais ils interviennent aussi dans le métabolisme des lipides, des protides et de l'eau.

Leur action sur les lipides est démontrée par le fait qu'un jeûne hydrocarboné provoque infailliblement, chez l'enfant, de l'acidose avec acétonurie, que guérit la réintroduction des hydrates de carbone dans le régime alimentaire.

Ils favorisent l'utilisation des protides, comme le montre l'administration, aux nourrissons, de soupe de malt (Keller) comportant 1/3 de lait et 2/3 de bouillie de farine de blé à l'eau additionnée de malt. L'étude des échanges nutritifs établit que l'organisme de tels sujets économise l'Az, et leur courbe de poids progresse d'une façon satisfaisante, bien que, dans la soupe de malt, il y ait beaucoup moins de protéines que dans le lait de vache pur.

Passons à leur action sur le métabolisme de l'eau. A doses un peu fortes, et occupant, par conséquent, une place trop considérable dans le régime par rapport aux protéines, selon les conceptions de Keller (1898), ils sont souvent mal supportés par les nourrissons, chez lesquels (Ribadeau-Dumas) ils peuvent occasionner soit des troubles digestifs aboutissant à l'athrepsie, soit, en raison de leur aptitude à fixer l'eau, une augmentation de poids et une dilution excessive des humeurs. Chez les sujets normaux,

cette hydratation n'est que temporaire. Chez d'autres (hydrolabiles de Finkelstein, dysosmotiques de Lesage), elle persiste, pour être suivie, à plus ou moins brève échéance, d'une perte de poids impressionnante. Ces mêmes sujets, qui réagissent si fâcheusement à l'excès de glucides, ne supportent leur manque, même relatif, de l'alimentation (Finkelstein). Pour qu'ils les absorbent sans trop d'accidents, on doit prendre des précautions particulières : ébullition de l'amidon, addition d'extrait de malt, de vitamine B, d'albumine extraite du tournesol et du soja (Ribadeau-Dumas), de graisses.

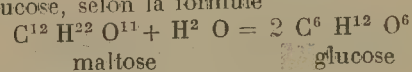
Non moins importante est la question qualitative, d'ailleurs très complexe. Indiquons-en les principaux aspects.

I. *Les diglucosides*. — Parmi les sucres les plus employés dans l'alimentation du jeune enfant, il faut citer certains diglucosides de formule  $C^{12}H^{22}O^{11}$  : saccharose, lactose, maltose.

Le saccharose se présente sous deux formes : sucre de canne, sucre de betterave, celui-ci, moins coûteux, mais parfois moins bien toléré (Ribadeau-Dumas). Les nourrissons normaux le supportent parfaitement (P. Nobécourt), et l'on peut en donner des doses moyennes (7 %) ou fortes (10 à 20 %), les premières, pendant de longs mois, les secondes, un temps plus court, variant de quatre à huit semaines.

Le lactose, conseillé par MM. Péhu et Porcher, aux doses de 12 à 36 grammes par jour, régularise les fonctions intestinales. Il est, en effet, doué d'une action laxative qui le rend précieux chez les nourrissons constipés, et qui décommande son emploi chez ceux qui sont sujets à la diarrhée.

Le maltose, qui, sous l'influence d'un ferment contenu dans l'intestin grêle, la maltase, se dédouble en deux molécules de glucose, selon la formule



et jouit des mêmes propriétés laxatives. Il comporte donc les mêmes indications et contre-indications.

Pour être bien tolérés, les sucres doivent être, par rapport aux protides, dans une certaine proportion. Sont-ils trop abondants, ils stimulent le péristaltisme et abrègent le transit du grêle. Une partie d'entre eux arrive ainsi, non digérée, dans le caecum, où ils sont l'objet, de la part de la flore saccharolytique, de fermentations qui ont pour aboutissant l'apparition de phénomènes à la fois toxiques et infectieux. Sont-ils trop rares, les mouvements péristaltiques se modèrent, les aliments stagnent dans l'intestin, la flore protéolytique prolifère activement, d'où développement de phénomènes de putréfaction, avec toutes leurs conséquences. Associés entre eux de manière à réaliser un équilibre satisfaisant, ils neutralisent réciproquement leurs effets toxiques et ajoutent leurs effets utiles (Escherich).

II. *Les polyglucosides*, de formule  $(C^6H^{10}O^5)_n$ . Ils comportent :

a) L'amidon, que les auteurs modernes introduisent de bonne heure dans l'alimentation, sous réserve d'une surveillance attentive et de précautions spéciales ;

b) Les dextrines, qui dérivent de l'amidon par une série de transformations. Se dégradant lentement dans l'intestin, elles ont une action légèrement constipante. Associées à la maltose en proportions convenables, elles ont une influence très favorable sur la digestion. Tandis que le maltose exagère le péristaltisme et accroît les fermentations, les dextrines n'exaltent ni le péristaltisme ni les fermentations. Les mélanges dextrines-maltoses sont donc mieux tolérés que chacun de ces deux éléments donné isolément. (Czerny, Keller). Ils rendent de grands services dans l'alimentation des nourrissons normaux et, surtout, malades.

c) Les celluloses, de formule  $(C^6H^{10}O^5)_n$ , passent pour des substances indigestes, utiles surtout par leur action mé-



canique. En réalité, elles jouent un rôle de premier ordre : celui de substances de lest.

« Avec les glucides, dont chacun possède son action propre sur le péristaltisme du grêle, sur la rapidité du transit intestinal et sur l'équilibre des flores antagonistes, le médecin possède une gamme infiniment variée de menus « qui peuvent accélérer ou modérer à volonté les mouvements intestinaux, provoquer la constipation ou la diarrhée, les putréfactions albumineuses ou les fermentations hydrocarbonées, diminuer ou augmenter les sécrétions muqueuses. » (R. Dubois et R. Mathieu) (1).

Riches en vitamines et en sels minéraux, les légumes constituent un très bon aliment. Encore faut-il qu'ils soient bien digérés. Or, 1° il n'existe chez l'homme, aucun ferment capable de dissoudre la cellulose ; 2° une bonne partie des substances amylacées, des albumines végétales et des sels minéraux, arrivent trop rapidement au caecum, grâce à l'action des légumes sur le péristaltisme et sur les sécrétions intestinales, pour pouvoir subir l'agression des sucs digestifs, et sont ainsi éliminés sans profit pour l'organisme. Rubner n'a-t-il pas montré que les matières contiennent 26 gr. d'albumine après un repas de viande ou d'œufs, et 101 gr. après ingestion de carottes, 133 après absorption de pommes de terre ?

Réduits en poudre, ils sont beaucoup mieux assimilés (Friedenthel, 1913, Tobler, Ribadeau-Dumas), et peuvent être donnés, à partir du quatrième mois, en commençant par une cuillerée à café, cette dose pouvant être portée progressivement à 3 *pro die*.

Il en est encore de même quand, au lieu d'être réduits en poudre, ils sont soumis à l'ébullition prolongée dans la vapeur.

## SOCIÉTÉS SAVANTES

### SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

(SÉANCE DU 7 FÉVRIER 1935)

**A propos des réflexes tendineux dans la maladie de Friedreich et à propos des frontières de cette affection.** — M. Pierre MOLLARET, à propos d'un cas présenté à la dernière séance par MM. Lhermitte et J. de Massary, rappelle l'intérêt de la conception, qu'il a proposée avec le professeur Guillain, d'une hérédodégénération spino-cérébelleuse, dont la maladie de Friedreich, l'hérédodéatxie cérébelleuse de P. Marie et la paraplégie spasmodique familiale de Srumpell-Lorrain ne seraient que des variétés, réunies entre elles par des faits de passage.

**Paraplégie flasque à la suite d'une dysenterie amibienne.** — MM. L. BABONNEIX, Maurice LÉVY et L. GOLÉ présentent un jeune garçon de neuf ans qui, à la suite d'une dysenterie amibienne grave, traitée successivement par l'émétine, par le stovarsol et par le novarsénobenzol intraveineux, fut atteint de polynévrite généralisée. Ils incriminent la thérapeutique arsenicale.

**Syringomyélie lombo-sacrée familiale probable et spina bifida occulta sacré.** — MM. A. THÉVENARD et M. COSTE présentent une nouvelle observation d'un groupement symptomatique déjà signalé par MM. G. Guillain et Thévenard, et qui possède un caractère familial : maux perforants plantaires symétriques et troubles trophiques déterminant des déformations du squelette des pieds, troubles sensitifs

de type syringomyélique dans le même territoire. Ils possèdent une troisième observation de ce syndrome, qu'ils présenteront ultérieurement. Dans le cas présent, il existe en outre un spina bifida sacré, qui confirme encore le diagnostic de syringomyélie lombo-sacrée familiale.

**Un cas de macrogénitosomie gynandre.** — M. E. SORREL et Mme SORREL-DEJERINE présentent un enfant de quatre ans et cinq mois, qui en paraît neuf ou dix par la taille, par le développement de ses organes génitaux et de son système pileux pubien. Le contraste entre l'ossification, qui est radiologiquement aussi avancée que chez un jeune homme de seize à dix-huit ans, et la dentition, qui reste celle d'un enfant de quatre ans, complète le syndrome de macrogénitosomie décrit par Pellizzi. Mais cet enfant, inscrit sur les registres de l'état civil comme garçon, amené par ses parents au chirurgien pour hypospadias, ne présente pas de testicule, et une laparotomie exploratrice a permis de constater chez lui la présence de deux ovaires et de deux trompes bien développés, avec un utérus atrophique. C'est un cas de macrogénitosomie gynandre. On ne note par ailleurs aucun signe de lésion du tronc cérébral, aucun signe non plus de lésion surrénale. Les auteurs se proposent de faire changer l'état civil et de tenter de reconstituer un vagin.

**Névrite hypertrophique familiale.** — MM. Maurice VILARET, J. HAGUENAU et P.-H. KLOTZ.

**Syndrome progressif des cornes antérieures ; sclérose latérale ou poliomyélite antérieure.** — MM. FAURE-BEAULIEU et R. WEISMANN-NETTER.

**L'abolition précoce du sens vibratoire au diapason au stade parasthésique du syndrome neuro-anémique de Biermer.** — MM. L. LARUELLE et L. MASSION-VERNORY relatent l'observation d'un homme de quarante-sept ans, qui se plaignait de parasthésies persistantes des membres inférieurs. En l'absence de tout autre signe neurologique objectif, et en particulier de toute abolition des réflexes et de trouble des sensibilités articulaires ou musculaires, l'abolition du sens vibratoire aux membres inférieurs a fait émettre l'hypothèse d'un syndrome neuro-anémique, hypothèse que les examens biologiques ont confirmée (anémie avec leucopénie, mégaloctose et réticuloctose, achylie gastrique).

**Syndrome protubérantiel avec hémialgie et isothermognosie. Lésion en foyer de la calotte.** — MM. J. LHERMITTE, J. HAGUENAU et J.-O. TRELLES rapportent l'observation anatomo-clinique d'une femme de cinquante et un ans, qui a été prise brutalement d'hémiplégie gauche, et chez laquelle ont apparu, trois mois après l'ictus, des douleurs du membre supérieur gauche et de l'hémiface gauche. La parésie gauche est légère et s'accompagne d'une paralysie de la VI<sup>e</sup> paire droite. L'hémialgie s'accompagne d'isothermognosie : toutes les excitations déterminent la même sensation de chaleur et même de brûlure. L'examen anatomique a montré l'existence d'un foyer hémorragique en pleine calotte dans la moitié inférieure de la protubérance. Ce foyer détruit du côté droit le faisceau central de la calotte, la bandelette longitudinale postérieure, le ruban de Reil médian, l'olive supérieure, les fibres et le noyau de la substance réticulée, enfin les fibres intrapontiques du moteur oculaire externe. Les troubles sensitifs s'expliquent vraisemblablement par la lésion du ruban de Reil médian, mais il faut noter l'absence des myoclonies vélo-palatines, malgré la lésion profonde du faisceau central de la calotte, et l'existence d'une hypertrophie — à vrai dire dégénérative — de l'olive bulbaire.

**Le problème anatomique du nystagmus du voile du palais.** — MM. HILLEMANN, CHAVANY et TRELLES rapportent

(1) R. DUBOIS et R. MATHIEU, Pédiatrie, sous la direction de L. Ribadeau-Dumas, *Encyclopédie médico-chirurgicale*, Paris 1934, 1934, in-8°, 4027, p. 5.



l'étude anatomique des quatre cas anatomo-cliniques qui avaient permis à M. Ch. Foix, de 1924 à 1926, d'attribuer le nystagmus du voile à une lésion de la calotte protubérantielle avec atteinte du faisceau central de la calotte et dégénérescence pseudo-hypertrophique de l'olive bulbaire. Les lésions ont été retrouvées dans la plupart des cas relatés depuis lors (11 fois sur 15), mais il faut sans doute ajouter à la localisation établie par Foix les lésions du noyau dentelé ou des fibres olivo-dentelées.

**Un nouveau cas de myoclonies vélo-palatines et laryngées avec étude histologique.** — M. J. LHERMITTE, Mlle G. LÉVY et M. J.-O. TRELLES rapportent l'observation anatomo-clinique d'une femme de soixante-cinq ans, atteinte de monoplégie brachiale droite avec légère atteinte faciale, chez laquelle ils ont observé un nystagmus du voile, d'abord vers la droite, puis vers la gauche. L'examen anatomique montre des lésions destructives des deux noyaux dentelés, une double lésion hypertrophique et pseudo-hypertrophique des olives bulbaires, et une intégrité parfaite du faisceau central de la calotte. La lésion dentelée droite et l'hypertrophie olivaire gauche paraissent représenter les lésions les plus anciennes.

**Abcès de la couche optique, du noyau caudé gauche. Abcès du lobe frontal droit. Méningite streptococcique et ventriculite prédominant à droite. Difficultés du diagnostic.** — MM. André THOMAS, P. COCHEZ et J.-O. TRELLES. Un homme de vingt-quatre ans, qui avait été opéré six semaines auparavant de pleurésie putride, a été amené à l'hôpital pour un syndrome méningé aigu compliqué secondairement de crises convulsives, de déviation conjuguée de la tête et des yeux vers la gauche. La ponction lombaire donnait un liquide puriforme, sans germe à l'examen direct. Le malade étant mort rapidement, l'autopsie montra une méningite purulente à streptocoques, avec dilatation du ventricule droit par le pus, et deux abcès dans les noyaux gris centraux du côté gauche : l'un dans la couche optique et l'autre dans la partie antérieure du globus pallidus.

**Poliomyélite antérieure subaiguë et arachnoïdite.** — MM. André THOMAS, C. ROEDERER, J.-M. GUILLAUME et J.-O. TRELLES. Une femme de quarante-huit ans, après quelques douleurs dans les membres supérieurs, fut atteinte de paralysie atrophique des membres supérieurs et des muscles du cou, qui évolua en sept mois environ. La mort survint par paralysie du diaphragme, quelques jours après un lipiodiagnostic, qui avait montré plusieurs points d'arrêt en C<sub>III</sub> et en C<sub>VII</sub>, en blocs fragmentés, avec des traînées dans la région dorsale. Au cours de l'évolution, on avait noté quelques troubles objectifs de la sensibilité à topographie radiculaire et des troubles de la réflexivité pilomotrice sur la moitié supérieure du tronc. La ponction lombaire montrait un liquide xanthochromique avec 8 gr. 25 d'albumine et 2,8 lymphocytes par millimètre cube.

L'autopsie mit en évidence, d'une part les lésions de la poliomyélite antérieure subaiguë, telles que les a décrites Alajouanine, d'autre part des lésions d'arachnoïdite qui atteignaient leur maximum d'intensité au niveau de C<sub>III</sub>, et qui consistaient en un mélange d'épaississements fibreux anciens et organisés et de lésions hémorragiques récentes et évolutives.

**Examen otologique de dix cas de dysostose cranio-faciale de Crouzon.** — M. AUBRY a constaté, dans cette affection, une surdité constante, du type de l'oreille moyenne, qui semble liée à une ankylose de la platine de l'étrier dans la fenêtre ovale, des malformations fréquentes du conduit auditif externe, enfin l'intégrité à peu près constante du labyrinthe.

(SÉANCE DU 7 MARS 1935)

**Hémiplégie gauche chez un nourrisson de vingt-deux mois. Microgyrie avec hétérotopies corticales.** — MM. BABONNEIX et J. LHERMITTE présentent en projections les coupes de cerveau d'un nourrisson, dont le passé était fortement chargé de maladies infectieuses : gastro-entérite, rougeole, scarlatine, varicelle, et chez lequel s'était développée une hémiplégie gauche importante sans atrophies osseuses ou musculaires.

L'étude histologique décèle, à l'origine de l'agénésie du faisceau pyramidal, la microgyrie des circonvolutions rolandiques associée à des hétérotopies de la substance grise. De même que dans un cas étudié par Lhermitte, G. Lévy et Trelles, la microgyrie s'accompagnait d'altérations du réseau vasculaire, de telle sorte que l'on peut se demander si ces lésions du réseau nourricier, probablement de nature infectieuse, ne doivent pas être tenues pour l'origine de la malformation cérébrale.

**Sur certains troubles de l'équilibre consécutifs à l'épreuve rotatoire chez l'homme normal.** — MM. J.-A. BARRÉ, KABEKER (de Strasbourg) et CHARBONNEL (de Nantes) ont étudié les épreuves de pulsion, de marche aveugle, de déviation des bras, et de nystagmus, après rotation sur la chaise tournante et sur le lit tournant, chez de nombreux sujets normaux, soit la tête droite, soit la tête fléchie sur la poitrine. Ils concluent que les réactions postrotatoires de pulsion et de marche aveugle dans le sens opposé à celui de la pulsion n'ont pas de signification pathologique, et dépendent non de la position de la tête ou du cou, mais de celle de la tête dans l'espace, comme s'il s'agissait de réactions otolithiques. Ils estiment, comme MM. Mollaret, David et Aubry au sujet de l'observation qu'ils ont récemment rapportée, que ce phénomène ne peut aider à porter le diagnostic d'une altération du lobe frontal.

**Etude clinique et anatomique d'un cas de gliomatose bulbaire.** — MM. LHERMITTE, MONNIER-VINARD et TSOCANAKIS présentent en projections les coupes d'un cas de gliomatose bulbaire dont l'évolution clinique a pu être minutieusement suivie et a duré onze mois. Le premier symptôme consistait en spasmes pharyngo-œsophagiens suivis de régurgitations qui, pendant deux mois, restèrent le seul accident, si bien que les oto-rhino-laryngologistes, cherchant en vain sa cause, pratiquèrent même une œsophagoscopie. Deux mois plus tard, apparaissent des crises de hoquet, de courte durée, qui sont d'abord isolées, mais dont, au bout d'un certain temps, quelques-unes se compliquent de crises syncopales. Les crises de hoquet sont toujours provoquées par l'ingestion d'une grosse bouchée ou d'eau froide, ou par certains mouvements de la tête. Les crises syncopales sont précédées d'une aura sensitive qui intéresse le pied droit, la partie droite de l'abdomen, puis le bras gauche. Après dix à quarante secondes de syncope, la reprise de connaissance est immédiate, sans état crépusculaire. Au cours de la syncope, le pouls radial disparaît ; il s'agit donc d'un syndrome de Stokes-Adams ; l'électro-cardiogramme, qui est normal, montre qu'il s'agit d'une bradycardie sinusale totale.

Après six nouveaux mois d'évolution, de nouveaux phénomènes apparurent, témoignant de l'atteinte bulbaire : troubles dysphoniques et troubles de la déglutition, liés à une hémiparalysie des cordes vocales, du voile et du pharynx, signes d'irritation pyramidale et troubles de la sensibilité du côté droit, phénomènes cérébelleux des deux membres supérieurs. A ce moment, les hoquets et les phénomènes syncopaux avaient disparu. Le malade mourut de broncho-pneumonie de déglutition. Pendant toute l'évolution, le syndrome d'hypertension intracrânienne avait fait entièrement défaut.



L'autopsie montra une tumeur infiltrée étendue aux trois quarts du bulbe et présentant les caractères du glioblastome. L'étude histologique avec imprégnation argentique fit constater que beaucoup de cylindraxes se trouvaient conservés en pleine tumeur et ne présentaient que des altérations minimales ; on retrouvait même, au milieu du gliome, des cellules nerveuses conservées.

M. ALAJOUANINE rappelle qu'on peut voir souvent des symptômes très réduits qui contrastent avec des lésions très étendues : dans un cas qu'il a observé, un abcès s'étendait d'un pôle à l'autre d'un hémisphère cérébral. Or la sémiologie se limita à une asymétrie des réflexes et à de légers troubles de la parole.

**Rhumatisme d'Heberden chez une hémiplegique, atteinte unilatérale du côté sain.** — M. Jacques FORESTIER rapporte l'observation d'une femme atteinte à l'âge de quarante-huit ans d'une hémiplegie corticale droite d'origine syphilitique.

Huit mois plus tard, se développa un rhumatisme d'Heberden intense, uniquement du côté gauche, la main paralysée restant indemne. Après étude des radiographies et des modifications vasculaires et sympathiques au niveau des mains, l'auteur discute les raisons qui ont empêché l'apparition des troubles articulaires à forme d'arthrose du côté paralysé, et montre leur intérêt pour les conceptions pathogéniques du rhumatisme chronique.

Chez une autre malade, les nodosités d'Heberden avaient commencé à évoluer des deux côtés avant l'apparition de l'hémiplegie, mais, par la suite, elles n'ont continué à se développer que du côté sain.

MM. ALAJOUANINE, LHERMITTE, HAGUENAU, André THOMAS soulignent l'intérêt de ces faits, qui montrent l'existence du terrain réfractaire réalisé par certaines lésions nerveuses, et qui s'opposent aux arthropathies des hémiplegiques et des parkinsoniens.

**Troubles de la sensibilité à topographie cheiro-orale consécutifs à un foyer apoplectique** — MM. LHERMITTE et O. CLAUDE présentent une femme de quarante-neuf ans, ancienne hypertendue et aortique, chez laquelle se sont développés brutalement des troubles sensitifs subjectifs et objectifs dans deux territoires distincts : le bord radial de la main et la commissure labiale homolatérale. La malade éprouve des sensations dysesthésiques, brûlures, fourmillements, en même temps qu'un engourdissement profond. Fait curieux, si le tact est diminué dans les territoires mentionnés, la sensibilité thermique apparaît exaltée dans les mêmes territoires. Les sensibilités profondes sont normales ; les réflexes superficiels et profonds sont intacts, sauf le palmo-mentonnier qui est aboli du côté atteint.

Une telle observation démontre que les centres corticaux de la sensibilité pour la main et pour les lèvres sont joints ou même associés par des liens associatifs anatomiques et physiologiques.

**Un cas de névralgie faciale par hématurie.** — MM. J. LHERMITTE, J. DE MASSARY et BONHOMME présentent un homme de cinquante ans, chez lequel a apparu brusquement une douleur dans l'hémiface droite, correspondant au territoire des trois branches de la 5<sup>e</sup> paire, en même temps que se développait un syndrome oculo-sympathique homolatéral.

Deux ans après, on constate que les douleurs n'ont pas été modifiées et que l'hémiface droite est très hypo-esthésique à toutes les excitations superficielles et profondes.

Enfin au syndrome oculo-sympathique se joint un signe d'Argyll-Robertson typique.

La coïncidence de l'hémialgie, du signe de Robertson et du syndrome oculo-sympathique est curieuse et s'explique

sans doute par une lésion hémorragique de la partie latéro-dorsale du bulbe.

MM. HAGUENAU et SCHAEFFER estiment que, dans ce cas, il vaut mieux parler d'abolition du réflexe photo-moteur, car il ne s'agit pas du signe d'Argyll-Robertson vrai. MM. CHAVANY, André THOMAS rappellent que l'association de la névralgie du trijumeau et de l'abolition unilatérale du réflexe pupillaire peut s'observer dans le zona ophtalmique.

M. André THOMAS a vu, dans l'hémiatrophie faciale, l'abolition du réflexe pupillaire associée au syndrome oculo-pupillaire, tantôt du même côté, tantôt du côté opposé.

MM. BAUDOUIN et André THOMAS hésitent à localiser dans le bulbe l'abolition du réflexe photo-moteur.

M. ALAJOUANINE relate l'observation d'un tabétique amaurotique, chez lequel la sympathectomie, pratiquée successivement des deux côtés, a fait disparaître, chaque fois, le réflexe lumineux du côté opéré.

**Anastomose entre le nerf massétérier et le nerf facial consécutive à une plaie pénétrante de la face.** — MM. ALAJOUANINE, THUREL et ALBEAUX-FERNET rapportent un cas d'anastomose entre le nerf massétérier et le nerf facial, consécutive à une blessure par éclat d'obus avec lésions de ces deux nerfs. Alors que l'orbiculaire des paupières et le frontal n'obéissent pas individuellement à la volonté du fait de la paralysie faciale périphérique, ils se contractent énergiquement à chaque contraction des muscles masticateurs ; d'autre part, des tentatives d'occlusion des paupières s'accompagnent d'une contraction du masséter.

L'alcoolisation du maxillaire inférieur, en paralysant les muscles masticateurs, a fait disparaître les contractions associées de l'orbiculaire et du frontal, mais n'a pas supprimé les contractions du masséter, qu'accompagnent les tentatives d'occlusion des paupières. Elle apporte la preuve d'une double anastomose entre le nerf massétérier et le nerf facial.

**A propos d'un cas de méningiome opéré et guéri.** — MM. DAVID, Henri DESOILLE et DAUN présentent un malade opéré d'un méningiome pesant 140 grammes. Le diagnostic de localisation était difficile entre une tumeur pariétale et une tumeur de la fosse postérieure. Il ne put être posé que par la confrontation des signes ventriculographiques et cliniques.

**Sur une variété antérieure d'arachnoïdite spinale.** — M. BARRÉ (de Strasbourg) présente l'observation d'un malade qui, depuis quatre ans, a été atteint d'une paralysie des muscles des fesses et des cuisses avec atrophie, légère diminution des réflexes tendineux à gauche, hypoexcitabilité électrique sans réaction de dégénérescence, sans trouble de la sensibilité et sans trouble sphinctérien. La manœuvre de Queckenstedt indique un blocage ; le lipiodol met en évidence un arrêt partiel vers D<sub>xii</sub>, et la radiographie de profil montre que cet arrêt se produit entre la face antérieure de la moelle et la face postérieure des corps vertébraux. Le diagnostic d'arachnoïdite a été posé, avec localisation à la face antérieure de la moelle, et une intervention va être pratiquée.

MM. André THOMAS et ALAJOUANINE font des réserves sur le pronostic éloigné postopératoire. M. Alajouanine fait remarquer que ce pronostic dépend de la cause encore indéterminée de l'arachnoïdite.

**Syndrome tubérien au cours d'un myélosarcome crânien.** — MM. L. BABONNEIX, J. LHERMITTE et Th. DE MARTEL rapportent l'observation d'une fillette chez laquelle, au cours d'un myélosarcome crânien, apparut un syndrome tubérien, caractérisé, cliniquement, par de la polyurie, radiologiquement, par un effondrement de la selle turcique.



## SOCIÉTÉ DE MÉDECINE MILITAIRE FRANÇAISE

(SÉANCE DU 11 AVRIL 1935)

A propos de la séro-floculation de Vernes à la résorcine. — M. G. ROULIN estime que dans la tuberculose pulmonaire latente, la réaction de Vernes est négative environ 4 fois sur 5.

A propos de deux cas d'oreillons. — M. A. VALATX présente deux observations : l'une caractérisée par l'apparition d'une anesthésie complète au niveau de la région génienne droite ; l'autre par un érythème généralisé de type urticaire précédant chaque fois l'atteinte des glandes parotides et sous-maxillaires.

Masques respiratoires à grande capacité à l'usage des aviateurs. — Au sol, la capacité d'un masque respiratoire, c'est-à-dire l'espace compris entre la paroi du masque et la face du sujet, est un espace nuisible. En altitude au contraire, MM. J. BRYNE et P. BERGERET ont démontré au caisson pneumatique que les masques à capacité importante, de l'ordre de 800 cm<sup>3</sup>, réalisent une économie d'O<sub>2</sub> et une récupération de CO<sub>2</sub>, telles qu'ils permettent de rétablir, à une dépression correspondant à 10.000 mètres d'altitude, des tensions d'O<sub>2</sub> et de CO<sub>2</sub> dans l'air alvéolaire équivalentes à celles qu'on observe dans l'alvéole au niveau de la mer. L'espace nuisible deviendrait ainsi en altitude un es-

pace bienfaisant, réalisant une protection efficace contre les troubles anoxhémiques et acapniques.

L'emploi des extraits de larve en oto-rhino-laryngologie et plus particulièrement dans le traitement de l'ozène. — M. L. CUZIN présente diverses observations de malades atteints d'ozène. Chez tous ces malades, traités par des extraits de larve, il y a disparition du sphacèle ou des croûtes, liquéfaction du pus et disparition de l'odeur. Le traitement ne retarde en rien l'épidermisation.

Diabète hydrurique et syndrome psychique post-traumatique. — MM. LASSALE, AUJALEU et SOHIER rapportent l'observation d'un cas de diabète hydrurique survenu 4 jours après un gros traumatisme crânien. Le blessé présentait en même temps des troubles psychiques portant principalement sur la sphère affective et un délire onirique nettement centré autour de l'idée de soif. Les auteurs insistent sur l'identité entre ce syndrome post-traumatique et celui qui a été décrit au cours des lésions vasculaires, inflammatoires ou néoplasiques de la même région. Les troubles mentaux ont disparu en quelques semaines. Le diabète hydrurique persista six mois après l'accident comme le prouve la réapparition de la polyurie et de la polydypsie dès que le malade cesse la prise de poudre d'hypophyse par voie nasale.

Quelques séquelles pleuro-pulmonaires post-grippales. — MM. R. CULTY et A. COUSTY font remarquer que la grippe

## ESTOMAC-INTESTIN

DYSPEPSIE

GASTRALGIE

ENTÉRITE

CHEZ L'ENFANT  
CHEZ L'ADULTE

VALS-SAINT-JEAN

EAU de RÉGIME, FAIBLEMENT MINÉRALISÉE et GAZEUSE

Envoi gratuit d'échantillons et de Notices à MM. les Docteurs sur demande adressée  
DIRECTION-VALS-GÉNÉRALE : 53, Boul' Haussmann, Paris (9<sup>e</sup>). Téléph. 227-76.ANÉMIE PALUDEENNE. — Source Dominique.  
VALS-LES-BAINS. — Saison du 1<sup>er</sup> juin au 1<sup>er</sup> octobre.Tout Déprimé  
» SurmenéTout Cérébral  
» IntellectuelTout Convalescent  
» Neurasthéniqueest justiciable  
de la :

NEVROSTHENINE FREYSSINGE

6, Rue Abel  
PARIS (12<sup>e</sup>)Gouttes de glycérophosphates alcalins (0.40 par XX gouttes).  
XV à XX gouttes à chaque repas. — Ni sucre, ni alcool.CURE DE  
DIURESEGOUTTE GRAVELLE  
ARTÉRIO-SCLÉROSE

OLÉTHYLE-BENZYLE

BENZOATE DE BENZYLE

LABORATOIRE CENTRAL DE PARIS  
122, rue du Faubourg Saint-Honoré

CHARBON DE PEUPLIER sous forme de GRAINS ANISÉS « CHARBON TISSOT »  
Humectent, divisent, aseptisent, expulsent.  
DIVISION du BOL ALIMENTAIRE  
CONSTIPATION et conséquences : MAUVAISES DIGESTIONS, MIGRAINES, LOURDEURS de TÊTE  
HÉMORROÏDES, etc. — Une cuillerée à café avalée comme des graines de lin, après chaque repas.  
Toutes Pharmacies. — Échantillons : PARIS, 34, BOULEVARD DE CLICHY (Service 2)



provoque très souvent des séquelles discrètes, mais durables, caractérisées cliniquement, outre l'asthénie habituelle, par des signes pulmonaires légers et radiologiquement par un empâtement des tissus péri-broncho-vasculaires limité à un lobe par une ligne de scissurité.

**Acrocyanose et insuffisance testiculaire.** — MM. FERRA-BOUC, GUICHÈNE et TRÉVENOT apportent l'observation d'un sujet présentant une acrocyanose avec quelques troubles du type Raynaud ; ils attribuent le syndrome vaso-moteur à une insuffisance testiculaire concomitante.

## PRATIQUE MÉDICALE

### LE PROBLÈME DE L'ALIMENTATION DANS LE RACHITISME RÔLE DU CALCIUM ET DU PHOSPHORE (1)

Par M<sup>me</sup> le docteur VINCENT,

Assistante de consultation à la Maternité de Lariboisière.

Le travail de Mme Vincent est intéressant par son objectivité. Sans doute la médecine n'est-elle pas faite de chiffres. Mais les chiffres et leurs rapports n'en doivent point pour cela être exclus, car ce sont eux qui permettent de dégager les lois, et la connaissance d'une loi solidement établie est un appoint très précieux au diagnostic, au pronostic et au traitement.

L'auteur insiste sur l'importance du rapport calcium-phosphore dans l'alimentation du nourrisson. Ce rapport étant 1/19 pour le lait de femme et 1/32 pour le lait de vache, il en résulte que, dans le cas d'un enfant alimenté au biberon, il convient d'élever la ration phosphorée afin d'obtenir un rapport calcium-phosphore aussi rapproché que possible de celui de l'alimentation au sein. Cette correction s'obtient très facilement par l'adjonction au biberon de Fortossan, médicament phosphoré organique très assimilable, ou de Fortossan irradié s'il y a du rachitisme ou même simple tendance au rachitisme.

## LIVRES NOUVEAUX

**La mort subite (2),** par le docteur COSTEDOAT, professeur agrégé du Val-de-Grâce. Préface du professeur ETIENNE-MARTIN.

La mort subite est un des accidents les plus fréquents qui soient. Les problèmes qu'elle soulève intéressent le clinicien aussi bien que le médecin légiste, et pourtant, depuis le livre écrit par Brouardel il y a cinquante ans, aucun ouvrage d'ensemble ne lui avait été consacré. Ce n'est pas à dire pour autant que la question n'ait pas préoccupé les médecins, puisque, sans compter les études relatives à des points particuliers, elle a été inscrite à l'ordre du jour de deux Congrès de médecine légale et de pédiatrie, il y a quelques années.

Le livre que le docteur Costedoat a écrit pour les cliniciens aussi bien que pour les médecins légistes est destiné à combler cette lacune.

Dans le premier chapitre, il expose ses vues personnelles sur les mécanismes qui entraînent la mort subite et sur les causes de l'accident terminal.

Les premiers peuvent être répartis en trois groupes : troubles du fonctionnement cardiaque par anémie aiguë

du myocarde, interruption de la conduction intra-cardiaque, obstacle mécanique à la contraction), lésions du bulbe rachidien (anémie aiguë, compression, hémorragie), arrêt de l'hématose par obstacle à la respiration.

Les causes de l'accident terminal sont des actions vasomotrices. L'élévation brusque de la pression artérielle, due par exemple à un bain froid, à une émotion, à une douleur, détache un caillot ou une végétation de l'endocarde, rompt un vaisseau malade, le cœur, un kyste hydatique, ou provoque le spasme d'une artère coronaire, souvent aussi le fléchissement d'un ventricule gauche déjà lésé. La chute brusque de la tension artérielle exerce généralement son action plus lentement ; c'est à elle qu'est due le plus souvent la mort rapide qui survient au cours ou dans la convalescence des maladies infectieuses.

Les maladies aiguës ou chroniques qui exposent le plus fréquemment à la mort subite sont ensuite étudiées appareil par appareil. Environ 290 observations sont reproduites résumées.

Le chapitre le plus important est naturellement celui qui concerne l'appareil circulatoire : les lésions ou troubles fonctionnels des artères coronaires et du système excito-conducteur du cœur ont été étudiés tout spécialement.

Ailleurs, l'auteur discute le mécanisme des accidents mortels consécutifs à la ponction pleurale, aux insufflations pour pneumothorax artificiel, à la ponction lombaire, à l'incision des abcès rétro-pharyngiens, aux interventions chirurgicales. Il fait un exposé critique du rôle que l'on a attribué à l'hypertrophie du thymus, aux adhérences pleurales, aux insuffisances des glandes endocrines, à l'inhibition, dans la genèse de la mort subite, et consacre un chapitre aux morts imprévues que l'on observe au cours ou dans la convalescence des maladies infectieuses.

La partie bibliographique contient 440 références de travaux publiés en langue française, allemande ou anglaise.

L. G.

**Les infections grippales et saisonnières (1),** par le D<sup>r</sup> LÉON SCHEKTER (de Boulogne-sur-Mer). Préface de M. le professeur NOËL FIESSINGER, de la Faculté de médecine de Paris.

Pour signaler ce livre à nos lecteurs, nous ne pouvons mieux faire que de reproduire la préface du professeur Noël Fiessinger.

« La grippe est de toutes les maladies celle qui oppose la plus grande bénignité en période endémique à la plus grande gravité en période épidémique. C'est dire que le rôle du médecin est double : traiter le malade, empêcher la diffusion de l'infection. Le D<sup>r</sup> Schekter a très bien montré dans son petit livre toutes les mesures curatives et préventives que l'on doit prescrire. Combien de conseils utiles ! Et aussi quel choix judicieux !

La thérapeutique moderne s'encombre d'inutilités et de futilités.

Il faut un peu de bon sens pour passer au crible le nécessaire.

Le D<sup>r</sup> Schekter a écrit un livre pour tous, pour les malades et pour ses confrères.

On le lira avec profit, car ce livre est avant tout un livre utile. »

L. G.

(1) In-8 de 104 pages. — Prix : 12 fr. — Paris, G. Doin et C<sup>ie</sup>.

**Eléments de matière médicale homéopathique.** Deuxième édition revue et augmentée, par le docteur PAUL CHIRON. Grand in-8° de 609 pages. — Paris, J. Peyronnet et C<sup>ie</sup>.

(1) *Journ. de méd. de Paris*, 8 nov. 1934, n° 45.

(2) In-8 de 264 pages. — Paris, J.-B. Baillière et fils.



# ANGIOLYMPHE

= Principes Actifs d'Orchidées

**Tous ÉTATS DÉFICIENTS - PRÉTUBERCULEUX - TUBERCULOSE**

AUCUNE TOXICITÉ — PAS DE CONTRE INDICATIONS

Injections intra-musculaires indolores — 2 à 5 cc. par séries de 10 à 12 injections

# ARGYCUPROL

= Ag (10 %) + Cu (0,1 %)

Attaque le Gonocoque et les Associations microbiennes

**BLENNORRAGIE** aiguë (traitement abortif) ou Chronique et leurs Complications - **AFFECTIONS GYNÉCOLOGIQUES** : Métrites simples ou gonococciques, Vulvite, Vulvo-Vaginites, etc. - **OPHTALMOLOGIE** - **DERMATOLOGIE**

Injections urétrales, Vaginales, Grands lavages uréthro-vésicaux

**INDOLORE — NON CAUSTIQUE — NE PROVOQUE PAS DE RÉTRÉCISSEMENTS**

Echantillons et Littérature : **LABORATOIRES de l'ANGIOLYMPHE**, 4 bis, rue Hébert, COURBEVOIE

# QUINBY

QUINIO BISMUTH "formule AUBRY"

et

# SYPHILIS

# QUINBY SOLUBLE

INDOLORE - INCOLORE PROPRE - INJECTION FACILE

**QUINBY** EST ÉGALEMENT EFFICACE

CONTRE LA **TYPHOÏDE**

**QUINBY** EST ENCORE INDIQUÉ CONTRE

LA FIÈVRE DE **MALTE**

Adopté par :

L'Assistance-  
Publique —  
Les Ministères  
de l'Hygiène et  
des Colonies.

LABORATOIRES  
**AUBRY**

62, rue Erlanger  
PARIS 16<sup>e</sup>

Téléphone : JASMIN 33-44



## NOTES POUR L'INTERNAT

MALADIE D'ADDISON<sup>1</sup>

## EVOLUTION

Elle a été complètement modifiée par la thérapeutique moderne.

Les auteurs américains, par l'usage de l'opothérapie cortico-surrénale, ont obtenu de beaux succès. Hartmann donne 5 survies sur 9 cas graves traités. Rogoff a obtenu une amélioration de plus de 7 ans. Mais tous les auteurs sont d'accord pour signaler la rareté d'une guérison durable, et le plus souvent, on observe :

D'abord une *amélioration remarquable et rapide* portant d'abord sur l'asthénie, puis les troubles digestifs, sur la tension artérielle qui remonte lentement. La *pigmentation* n'est pas toujours influencée. Les troubles généraux et génitaux s'améliorent. Cette amélioration est de *durée variable* et n'est obtenue que par la *continuation de fortes doses d'hormone corticale*. Mais à un moment donné, souvent imprévisible, se produit une rechute grave, une poussée d'*insuffisance surrénale aiguë, résistant à la thérapeutique, et rapidement mortelle*.

Il existerait, pour F. A. Hartmann et ses élèves, un « *stade irréversible* », un état pouvant se développer sans grand avertissement et où le traitement n'agit plus.

Une poussée peut être déclenchée par une infection intercurrente ; elle prend divers aspects : aspect *cholérique* avec gros troubles digestifs, déshydratation, algidité ; — aspect *péritonéal* rappelant le tableau d'une péritonite aiguë ; — *forme nerveuse* avec signes méningés, convulsions, délire ; — *forme cardio-vasculaire*, type asystolie aiguë.

Parfois, c'est une mort plus lente, *rappelant le tableau classique de la cachexie addisonienne*, où l'asthénie, l'hypotension, la *diarrhée profuse* s'associent à une *maigreur extrême* et à l'*hypothermie*.

En dehors de ces éventualités, insuffisance surrénale aiguë ou progressive, on doit encore compter avec :

La mort subite,

L'évolution de la tuberculose causale.

Parfois, le malade accuse pendant quelques instants une *angoisse extrême* avec douleurs précordiales, dyspnée vive, pouls très rapide atteignant 150 pulsations, et la mort survient.

Parfois une courte phase convulsive brutale annonce une mort à brève échéance.

Parfois, enfin, à l'occasion d'un mouvement, c'est la mort subite que rien ne faisait prévoir.

L'évolution de la tuberculose causale explique certaines particularités de la maladie bronzée. Les observations classiques de *rémission spontanée* sont dues à des processus de guérison fibro-calcaires. On doit compter avec les *possibilités évolutives d'autres lésions viscérales tuberculeuses* pour poser un pronostic exact.

On est donc assez loin, actuellement, de la conception classique de la maladie d'Addison d'évolution progressive, presque inéxorable, par poussées irrégulières, d'une durée de un à trois ans.

Les résultats thérapeutiques modernes montrent que l'on peut avoir des *rémissions rapides et durables*.

Il est évident, d'ailleurs, que les résultats varient avec les

## FORMES CLINIQUES

Dans l'étude des formes cliniques, nous retiendrons surtout :

Les formes symptomatiques,

Les syndromes surrénio-musculaires,

Les formes associées,

Les formes suivant l'âge.

Dans les *formes symptomatiques*, nous n'insisterons pas :

Sur les *formes mélanodermiques*,

Sur l'*addisonisme des tuberculeux*,

Sur les *formes asthéniques*, parfois *crises d'asthénie paroxystiques* (Marcel Labbé, Boulin, Gilbert Dreyfus),

Sur les *formes douloureuses*,

Sur les *formes gastro-intestinales*.

Nous noterons l'utilité du *diagnostic radiologique* dans certains cas et la fréquence relative des *formes frustes* par suite d'une sorte de *dissociation thérapeutique* des symptômes, le traitement agissant seulement sur tel ou tel signe.

L'*interférométrie*, méthode encore à l'étude, peut parfois donner d'utiles renseignements.

Les *syndromes surrénio-musculaires*, d'acquisition plus récente (Sézary, *Semaine médicale*, février 1913), revêtent deux types :

*Myasthénie grave d'Erb-Goldflam*, où l'asthénie musculaire s'associe à une hypotension artérielle, à une pigmentation discrète, mais domine le tableau clinique et se trouve grandement améliorée par l'opothérapie surrénale ;

*Forme amyotrophique*, où à l'asthénie se joint une amyotrophie.

Les *formes associées* de maladie d'Addison sont d'un grand intérêt et l'on peut distinguer :

Les formes *endocriniennes*,

L'Addison associé à des *ectosympathoses*,

La maladie bronzée coexistant avec des troubles du *métabolisme*.

*Formes endocriniennes*. Tout d'abord, remarquons que si la maladie d'Addison est essentiellement une *insuffisance corticale surrénale lente*, certains symptômes semblent d'*origine médullaire*, comme l'*hypotension*.

Les données physiologiques modernes, grâce aux injections d'hormone corticale, ont permis de préciser les données cliniques des syndromes pluriglandulaires.

Le syndrome *cortico-thyroïdien* est connu depuis longtemps.

L'association *maladie d'Addison et maladie de Basedow* est assez fréquente. Dans la plupart des observations, c'est un syndrome addisonien qui ouvre la scène : mélanodermie, hypotension, asthénie, troubles digestifs, et les signes de la maladie de Basedow ne s'installent qu'ultérieurement. Leur apparition peut coïncider avec une amélioration des symptômes addisoniens (F. Ramond et François) ; ou bien, les deux syndromes poursuivent une marche parallèle pour s'améliorer parfois ensemble, soit à la suite d'une intervention thyroïdienne (Etienne), soit par l'opothérapie surrénale (Chataing) ; dans d'autres cas enfin, les signes basedowiens ne sont que temporaires, et ils disparaissent tandis que la maladie d'Addison poursuit son évolution. Léonard Rowntree (*Endocrinology*, juin 1933) signale l'*association d'une sclérose thyroïdienne et d'un syndrome d'Addison*, avec abaissement du *métabolisme basal*. L'*aspect des électrocardiogrammes* est parfois semblable chez les addisoniens et les myxœdémateux (S. M. H., 4 mars 1932).

Le syndrome *cortico-parathyroïdien* est plus rare et plus discutable : la sclérodémie, admise actuellement comme une *insuffisance parathyroïdienne*, se complique parfois de symptômes de la série addisonienne.

On connaît également l'*antagonisme surrénales-pancréas endocrine* et l'*hypoglycémie permanente*, l'*hypersensibilité à l'insuline* des addisoniens.

(A suivre.)

ALBERT FIEHRER.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1935, n° 31, p. 530 ; n° 33, p. 566.



## Culture pure de Ferments lactiques bulgares sur milieu végétal

GASTRO-ENTÉRITES *des Nourrissants et de l'Adulte.*

DIARRHÉES, CONSTIPATIONS

INFECTIONS HÉPATIQUES *(d'origine intestinale)*

DERMATOSES, FURONCULOSES

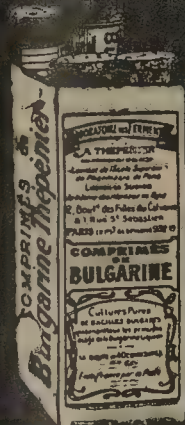
*Prophylaxie de la FIEVRE TYPHOÏDE et du CHOLÉRA*

RHINITES, OZENES

GRIPPES, ANGINES

PANSEMENTS DES PLAIES

GINGIVO-STOMATITES, PYORRHÉES



# BULGARINE THÉPÉNIER

Jucer DEUX COMPRIMÉS de Bulgarine ou boire un verre à moitié de BOUILLON de Bulgarine une demi-heure avant le repas.

*Saupoudrer ou insuffler la Poudre de Bulgarine 3 à 4 fois par jour.*

## Phosphates et diastases des Céréales germées

ENTÉRITES et DYSPEPSIES *salivaires et pancréatiques*

PALPITATIONS *d'origine digestive*

MATERNISATION *physiologique du LAIT*

Préparation des BOUILLIES MALTEES

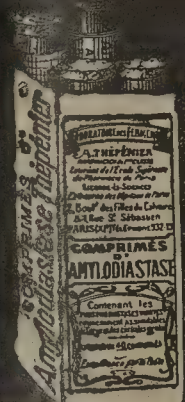
DIGESTIF PUISSANT de tous les FÉCULENTS

SURALIMENTATION

REPHOSPHATISATION

TUBERCULOSES, RACHITISMES

NEURASTHÉNIES, CONVALESCENCES



# Amylodiastase THÉPÉNIER

Groquer DEUX COMPRIMÉS d'Amylodiastase ou prendre deux cuillerées à café de Sirop Amylodiastase après les repas.

*Préparation des bouillies : délayer une cuillerée à café de Sirop Amylodiastase dans la bouillie très chaude mais non bouillante.*

Préparés par le « Laboratoire des Ferments » du Docteur THÉPÉNIER, 10 et 12, rue Clapeyron, PARIS

R. G., 150.854, Seine



LE DIURÉTIQUE RÉNAL PAR EXCELLENCE

# SANTHÉOSE

LE PLUS FIDÈLE, LE PLUS CONSTANT, LE PLUS INOFFENSIF DES DIURÉTIQUES

SES QUATRE FORMES

**PURE**

Le médicament régulateur par excellence, d'une efficacité sans égale dans l'artério-sclérose, la présclérose; l'albuminurie, l'hydropisie, l'urémie.

**PHOSPHATÉE**

L'adjuvant le plus sûr des cures de déchloruration et de désintoxication de l'organisme, dans la neurasthénie, l'anémie et les convalescences.

**CAFÉINÉE**

Le médicament de choix des cardiopathies, fait disparaître les œdèmes et la dyspnée, renforce la systole, régularise le cours du sang.

**LITHINÉE**

Le traitement rationnel de l'arthritisme et de ses manifestations; jugule les crises, enrayer la diathèse urique, solubilise les accidents urinaires.

DOSES : 2 à 4 Cachets par jour. — Ces cachets sont en **FORME DE CŒUR** et se présentent en boîtes de 24.

**PRODUIT FRANÇAIS**4, rue du Roi-de-Sicile  
— PARIS —**PRODUIT FRANÇAIS**

# PHYTOSPLÉNOL

Reconstituant - Tonique  
Hémopoïétique - Anti-Toxique

Granulés  
ou Dragées

J. PLÉ DOCTEUR EN PHARMACIE - 111<sup>BIS</sup> rue de Turenne PARIS 3<sup>e</sup>

Hypertensions  
ET TOUS ÉTATS  
SPASMODIQUES  
DE LA MUSCULATURE  
LISSE

BENZOATE DE BENZYLE

# OLETHYLE-BENZYLE

Le seul en **GÉLULES**  
**CAPSULES**  
**MOLLES**

Littérature - Échantillons - Posologie  
LABORATOIRE CENTRAL DE PARIS  
122, Rue du Faubourg Saint-Honoré, Paris



*La Lancette Française***GAZETTE DES HOPITAUX****CIVILS ET MILITAIRES****PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI****ADMINISTRATION ET RÉDACTION :****49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6<sup>e</sup>. Tél. : Danton 48-31.****PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6<sup>e</sup>) - Téléph. : Littré 54-93.****PRIX DE L'ABONNEMENT****FRANCE**

3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.

*Etudiants : 25 francs par an.*

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

**ETRANGER**

Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.

Tous les autres pays : 75 francs.

**SOMMAIRE****REVUE GÉNÉRALE***Traitement des pleurésies purulentes tuberculeuses,*  
par MM. R. ISRAËL et Ch. CACHIN.**SOCIÉTÉS SAVANTES***Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société de*  
*pédiatrie. — Société de biologie.***NÉCROLOGIE***Antoine-Edouard Jeanselme, par F. L. S.***INTÉRÊTS PROFESSIONNELS***Questions fiscales. Des économies, par A. HERPIN.***LIVRES NOUVEAUX****ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS****INFORMATIONS****CITATION A L'ORDRE DE LA NATION.** — Le gouvernement porte à la connaissance du pays la belle conduite du docteur Geoffroy, professeur à la Faculté de Beyrouth.

Praticien de haute valeur, ayant donné en toutes circonstances l'exemple du dévouement et de l'abnégation, le docteur Geoffroy a trouvé la mort, le 24 juin 1934, à la suite d'une affection contractée dans l'exercice de ses fonctions au cours d'expériences de laboratoire dont il connaissait le danger et qu'il avait tenu, pour ce motif, à effectuer lui-même.

**HÔPITAUX DE PROVINCE.** — BORDEAUX. — Le concours de l'internat (onze places d'internes titulaires) s'ouvrira le 17 octobre 1935.

Le concours de l'externat (cinquante places) s'ouvrira le 16 octobre 1935.

**UN MONUMENT DE PASTEUR A LA HAVANE.** — Le gouvernement cubain va donner une nouvelle preuve d'amitié à la France. Il inaugurera au mois de juin un buste de Pasteur, à l'occasion du cinquantième anniversaire de la première vaccination antirabique. Ce buste sera placé dans un parc situé en face de l'hôpital des Enfants de la Havane. Le parc prendra le nom de Parc Pasteur.**INAUGURATION DU NOUVEAU SIÈGE DE L'ASSOCIATION DES ÉTUDIANTS EN MÉDECINE DE PARIS.** — L'Association des étudiants en médecine de Paris, ancienne section de médecine de l'Association générale des étudiants, a inauguré

mardi son nouveau siège, 6, rue Antoine Dubois, devant la statue de Vulpian. C'est là désormais que se trouvent les salles de réunion, la belle bibliothèque, les collections, instruments de travail, microscopes, etc., et le secrétariat.

La cérémonie était présidée par M. Leclainche, représentant le ministre de la Santé publique. M. Charléty, recteur, et M. le doyen Roussy assistaient à l'inauguration. Des discours furent prononcés par M. Bernard, président de l'Association, par M. Charléty et par M. Roussy.

**MÉDAILLE DU PROFESSEUR COUVELAIRE.** — Les amis et les élèves du docteur Alexandre Couvelaire ont eu la pensée, à l'occasion de sa vingtième année de professorat à la clinique Baudelocque, et en témoignage de leur affection et de leur reconnaissance, de lui offrir une médaille dont l'exécution a été confiée au maître graveur Lavrillier.

Toute souscription de 100 fr. français donnera droit à un exemplaire de la médaille.

Prière d'envoyer les souscriptions au trésorier, M. Georges Masson, 120, boulevard Saint-Germain, Paris (VI<sup>e</sup>).**A LA MÉMOIRE DE PAUL RAVAUT.** — Les amis et les élèves de Paul Ravaut, membre de l'Académie de médecine, médecin de l'hôpital Saint-Louis, ont l'intention, pour perpétuer sa mémoire, de faire exécuter un médaillon qui sera placé dans le service qu'il a dirigé pendant douze ans.

Une souscription est ouverte à cet effet. Tout souscripteur d'une somme de 100 fr. recevra une réplique du médaillon.

Prière d'adresser la souscription au trésorier, M. Georges Masson, 120, boulevard Saint-Germain, Paris (VI<sup>e</sup>).**PRESSE DE L'INSTITUT.** — L'Association de la presse de l'Institut et des sociétés savantes a tenu son assemblée générale lundi, au palais de l'Institut.

M. Ch. Dauzats a été réélu à l'unanimité président pour une nouvelle période de cinq années.

**NATIBAÏNE**

ASSOCIATION DIGITALE NATIVELLE ET OUABAÏNE ARNAUD

LABORATOIRE NATIVELLE, 27, Rue de la Procession, PARIS (XV<sup>e</sup>)

Ont été élus ou réélus : vice-présidents, M. Déglise et le docteur Henri Bouquet; membres du Comité, MM. C.-M. Savarit, Jean Jouquey, le docteur Garrigues et M. Henri Bourgeois; secrétaire général, M. A. Chesnier du Chesne.

**LIGUE FRANÇAISE CONTRE LE CANCER.** — L'assemblée générale annuelle se tiendra le lundi 6 mai 1935, à 17 h., à la Faculté de médecine (salle du Conseil), 12, rue de l'Ecole-de-Médecine, sous la présidence de M. le ministre de la Santé publique.

Rapport de M. Le Bret, secrétaire général; rapport de M. Max Hermant, trésorier; l'Union internationale contre le cancer : M. Justin Godart; conférence par le professeur Deelman, de l'Université d'Amsterdam.

**FONDATION TOMARKIN.** — La Fondation Tomarkin organise sous les auspices de l'Université libre de Bruxelles son septième cours international de haute culture médicale agréé par le commissariat général du gouvernement pour l'Exposition universelle.

Ce cours « Sur les actualités diagnostiques et thérapeutiques » aura lieu pendant l'Exposition universelle du 12 au 19 septembre prochain en la Faculté de médecine de l'Université de Bruxelles et du 20 septembre au 2 octobre à Spa.

Pour tous renseignements, prière de s'adresser au secrétariat de la Fondation Tomarkin, Faculté de médecine, 97, rue aux Laines, Bruxelles (Belgique).

**NÉCROLOGIE.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. Louis Joubin, docteur en médecine, membre de l'Académie des sciences, ancien professeur au muséum, directeur de l'Institut océanographique; MM. les docteurs Robert Sicard, ancien interne des hôpitaux de Paris, décédé à Castres; Louis Lancial, ancien chef de clinique chirurgicale à la Faculté libre, décédé à Lille; André Léger, médecin commandant des troupes coloniales, directeur du service prophylactique du dispensaire de la Compagnie du Midi à Bordeaux; il était le frère du regretté Marcel Léger, récemment décédé; M. Maurice Bonnet, externe des hôpitaux de Toulouse; M. le docteur Pierre Herbland-Morin, décédé à Paris, victime du devoir professionnel.

**Croisière Noire pendant les grandes vacances.** — Devant le succès du dernier voyage d'études organisé par la *Revue Générale des Sciences* en A.O.F., du 9 janvier au 14 février 1935, avec le concours des Chargeurs Réunis et de la Cie Transsaharienne, celle-ci a décidé le lancement d'une croisière de grandes vacances en Afrique. La période août et septembre est, en effet, dans les régions qui seront visitées, l'époque la plus favorable pour le tourisme et la chasse; elle succède à la période des pluies et correspond au printemps africain.

Grâce aux progrès récents des moyens de transports en A.O.F., cette croisière permettra aux touristes de visiter avec le plus grand confort et dans des conditions de prix absolument exceptionnelles des régions dont la beauté et l'intérêt, sont connus aujourd'hui de tous, mais qui, jusqu'alors, avaient été extrêmement peu visitées par le grand public. (Association de la Presse médicale française, 23, rue du Cherche-Midi, Paris 6<sup>e</sup>.)

#### RENSEIGNEMENTS

LUXEMBOURG AUTO-ÉCOLE,  
15, rue Gay-Lussac, Paris (V<sup>e</sup>).

Tél. : Odéon 25-57. Forfait depuis 60 fr.

Permis en 48 heures.

Insomnies  
Toux nerveuse.

**BROMÉINE MONTAGU**

## Antoine-Edouard JEANSELME

(1858-1935)

Un grand savant, un homme modeste, bienveillant et affable, tel était le professeur Jeanselme qui vient de disparaître.

L'œuvre laissée par Jeanselme est considérable et lui a valu une réputation mondiale : elle a été consacrée à une série de travaux sur les maladies de la peau, la syphilis, la lèpre et les maladies exotiques.

Dès la fin de son internat (il était de la promotion 1883), Jeanselme a été attiré par la dermatologie.

Il était médecin des hôpitaux depuis deux ans quand il fut chargé d'une mission en Extrême-Orient pour y étudier la lèpre. A la fois médecin et explorateur, il parcourt l'Indochine, la Birmanie et étend ses recherches jusqu'au Thibet et ensuite jusqu'aux îles de la Sonde. Il en rapporte un plan de lutte contre la lèpre qu'après de longues années, il parvient à faire étudier par la 2<sup>e</sup> conférence de la lèpre (Bergen 1909). Son plan fut adopté, mis en pratique et consacré en 1922 au Congrès international de la Lèpre, à Strasbourg.

A la mort du professeur Gaucher, Jeanselme est appelé à prendre la chaire de clinique de dermatologie et de syphiligraphie. A l'hôpital Saint-Louis, il poursuit ses études sur la lèpre, il obtient de l'ordre de Malte la création d'un pavillon de lépreux. Quelques mois avant sa mort, il publia un magnifique volume sur la lèpre, et il le dédia à Paul Doumer qui l'avait autrefois, en Extrême-Orient, encouragé dans ses recherches.

L'œuvre scientifique et sociale entreprise par Jeanselme pour la lèpre ne lui avait pas fait négliger l'étude de la syphilis. On doit à Jeanselme d'importants travaux sur le traitement de la syphilis par les arsenicaux. On sait qu'à l'hôpital Broca il ouvrit jadis son service à Ehrlich; on sait aussi avec quelle énergie il défendit le traitement ambulatoire et les dispensaires antisiphilitiques. Il laisse un *Traité de la syphilis* en cours de publication.

Jeanselme n'était pas seulement un chercheur, un clinicien et un thérapeute. Esprit très ouvert, il fut aussi un président très actif de la Société d'Histoire de la Médecine et de la Société d'Anthropologie.

Le grand savant qu'était Jeanselme est unanimement regretté; il l'est surtout par ceux, et ils sont nombreux, à qui il fut donné d'apprécier la fidélité de son amitié.

F. L. S.

ANÉMIES  
DYSPEPSIES  
ANTITOXIQUE



DOSE: 4 à 6  
TABLETTES  
PAR JOUR

BIOXYDE DE MANGANESE COLLOÏDAL - SELS MANGNÉSIENS  
Laboratoire SCHMIT, 71 Rue Sainte-Anne, PARIS. 2<sup>e</sup>

**Iodarsenic DE GUIRAUD**  
(Contre l'iodophilie)  
TOUTS ÉTATS SANGUINAIRES - LYMPHATISME - MALADIES CUTANÉES  
Littérature et Échantillons: 10, Impasse Milord, Paris (18<sup>e</sup>)

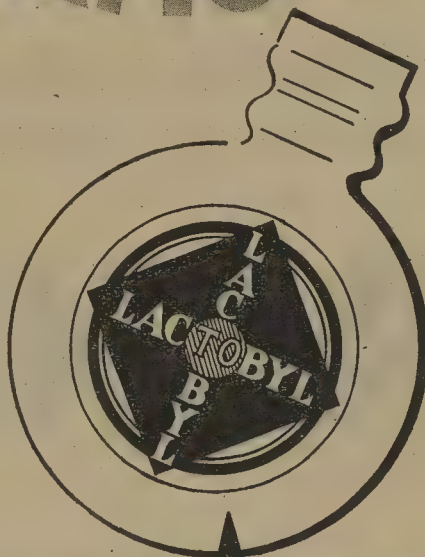


# CONSTIPATION

## REEDUCATEUR DE L'INTESTIN

AUCUNE ACCOUTUMANCE

LABORATOIRES LOBICA  
46, AVENUE DES TERNES — PARIS



### à base de :

SELS BILIAIRES  
POUDRE DE GLANDES INTESTINALES  
CHARBON POREUX  
FERMENTS LACTIQUES  
POUDRE DE LAMINARIA FLEXICAULIS  
POUR 1 COMPRIMÉ

**1 à 6 comprimés par jour  
aux repas ou au coucher**  
Commencer par deux comprimés

# LACTOBYL

---

## NÉVROSES - INSOMNIES

# LOBÉLIANE LALEUF

ANTISPASMODIQUE PUISSANT  
EXCLUSIVEMENT VÉGÉTAL  
GOÛT ET ODEUR AGRÉABLES  
ATOXIQUE

DOSE CALMANTE = 2 à 5 cuillerées à café par jour  
DOSE HYPNOTIQUE = 1 à 3 cuillerées à café le soir

ÉCHANTILLONS ET LITTÉRATURE  
LABORATOIRES LALEUF  
20 - RUE DU LAOS - PARIS (15<sup>e</sup>)

Nouvelle adresse : 51, rue Nicolo, PARIS (XVI<sup>e</sup>).



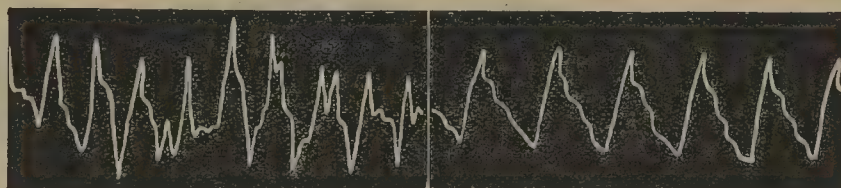
Cardiopathies, collapsus, shocks  
Etats asphyxiques, toxiques et infectieux

# CORAMINE

NOM DÉPOSÉ

diéthylamide de l'acide pyridine- $\beta$ -carbonique

Médicament toni-cardiaque ingérable et injectable



Arme puissante et fidèle pour combattre la défaillance cardiaque,  
les stases pulmonaires, l'adynamie nerveuse.

## GOUTTES

TRAITEMENT PROLONGÉ

Tous cœurs insuffisants  
lésionnels ou séniles

XX à C gouttes  
par 24 heures

## AMPOULES

INDICATION D'URGENCE

Toute défaillance aiguë  
du Myocarde

2 à 6 cc. par voie sous-  
cutanée ou intra veineuse

Voie intraveineuse et sous-cutanée  
parfois intra-cardiaque



LABORATOIRES CIBA-O.ROLLAND, Pharmacien.  
109-111-113, BOULEVARD DE LA PART-DIEU - LYON



## REVUE GÉNÉRALE

TRAITEMENT DES PLEURÉSIES  
PURULENTES TUBERCULEUSES

Par MM. RENÉ ISRAËL et CHARLES CACHIN,  
Internes des hôpitaux.

La présence de pus tuberculeux dans la plèvre est commune à des cas dont l'aspect clinique et la gravité sont infiniment variés.

Cette diversité n'est cependant pas incompatible avec toute classification, en particulier avec celle qui retiendrait avant tout deux facteurs :

L'état du poumon sous l'épanchement ;

Le retentissement de la suppuration pleurale sur l'état général.

1° Il y a des Pleurésies purulentes tuberculeuses autonomes, secondaires à un épanchement séro-fibrineux ou purulentes d'emblée et généralement alors du type de l'abcès froid pleural.

Mais la majorité des pleurésies purulentes tuberculeuses actuelles sont des complications d'un pneumothorax, spontané parfois, artificiel et créé pour une tuberculose pulmonaire, presque toujours. Ces épanchements, qu'ils soient purulents d'emblée ou qu'ils le deviennent secondairement, sont une des complications les plus sérieuses de la collapsothérapie. Mais la méthode, entreprise sous le couvert d'indications judicieuses et, en particulier, précoces, a donné de sa valeur de telles preuves qu'il ne vient plus à l'esprit d'aucun phthisiologue d'y renoncer sous le prétexte de ses complications pleurales. Il s'agira seulement de conduire leur traitement, au gré de leurs formes cliniques, mais sans jamais cesser de se préoccuper de l'état du poumon.

Cette préoccupation, quoique d'un ordre différent, importe autant que dans les pleurésies purulentes grippales.

Elle devient grave quand une perforation pleuro-pulmonaire persistante a présidé à la formation de l'épanchement ou est survenue dans son cours.

2° Tout aussi importantes sont les considérations relatives au retentissement de la suppuration pleurale sur l'état général.

Cette suppuration peut être parfaitement « froide ». Tous les phthisiologues ont vu des malades apyrétiques, mener une vie quasi normale avec du pus tuberculeux dans la plèvre, pourvu que par ailleurs le poumon soit bien collabé ou intact.

Mais certains épanchements s'accompagnent d'une fièvre élevée, parfois hectique, d'un amaigrissement rapide, du fait :

— Soit de la virulence propre du Bacille tuberculeux à l'état de pureté dans la plèvre : *pyothorax malignus* de Burnand et Jacot ;

— Soit d'une surinfection septique par des pyogènes : pneumo, strepto, staphylocoques le plus souvent.

On doit distinguer de ces derniers cas, les épanchements « bactériologiquement infectés » (Bezançon)

dont la surinfection, dénuée de retentissement clinique, ne s'apprécie qu'au laboratoire.

Surinfections virulentes et surinfections en quelque sorte saprophytiques ne partagent évidemment pas le même pronostic ni les mêmes indications thérapeutiques. Mais il ne faut pas oublier qu'une surinfection latente peut un jour devenir virulente, et qu'inversement une surinfection septique peut être rendue avirulente par le traitement, tout en ne laissant de trace que bactériologique.

Quoi qu'il en soit, à la diversité des faits cliniques répond une égale diversité du pronostic.

Celui-ci est quelquefois de toute évidence grave. Mais il n'est jamais absolument bénin, s'agirait-il du plus latent des abcès froids pleuraux.

Aucun d'eux pratiquement, pendant les mois ou les années que peut durer l'évolution la plus favorable, ne supporte une complète abstention thérapeutique : qu'il s'agisse de conjurer le danger mécanique d'un épanchement excessif ou bien de prévenir son évolution vers la paroi ou vers le poumon, avec une vomique.

C'est là un point que M. Renaud, Petit-Maire et Miget ont eu le mérite de souligner à la Société Médicale des Hôpitaux en 1928. Aucun ne le contesta parmi les phthisiologues (L. Bernard, Rist, Kindberg) qui rejetaient par ailleurs l'application systématique de la pleurotomie à minima aux épanchements tuberculeux, proposée par ces auteurs.

Toute pleurésie purulente tuberculeuse réclame donc à un moment de son évolution un traitement. C'est le choix de ce traitement qui a suscité nombre de discussions.

A la suite du débat soulevé par la communication de M. Renaud, on a proposé quantité de procédés :

— Les uns médicaux : simples ponctions, lavages, oléothorax ;

— Les autres chirurgicaux : pleurotomie dans ses diverses modalités, interventions plastiques.

Bien plutôt qu'à vanter un procédé et vouloir lui donner exclusivité, la diversité des cas cliniques incite à préciser les indications respectives des différentes méthodes, comme l'ont fait L. Bernard et Triboulet, Dumarest, Kindberg, Pissavy, Pruvost et d'autres parmi les phthisiologues.

Nous envisagerons successivement les différents traitements en une gamme qui va de la simple ponction aux traitements chirurgicaux les plus conséquents. Ce n'est pas qu'en clinique on ait automatiquement à envisager chaque terme de cette gamme après l'échec éventuel du précédent, encore que le problème se pose ainsi quelquefois.

**La ponction.** — C'est le moyen le plus simple. Nombre de phthisiologues y restent autant que possible fidèles.

Il a beaucoup de chances de suffire aux abcès froids pleuraux. Il mérite d'être essayé aussi contre des cas plus sévères, à moins qu'ils ne réclament d'urgence, par leur septicité par exemple, un traitement plus énergique. Encore doit-on en matière de pleurésies

purulentes tuberculeuses ne jamais prendre de décision trop hâtive.

Quand ponctionner ? On doit évacuer la plèvre sans retard chaque fois que l'abondance de l'épanchement l'exige. En dehors de cette indication « mécanique » il n'est que cas d'espèce. Si rien ne s'y oppose, on laissera autant que possible passer la phase de reproduction active de l'épanchement. On doit en effet être économe de ponction. Mais il n'y a pas de raison d'en être avare.

Le risque d'inoculation de la paroi est réel, mais non tel qu'on doive renoncer au procédé. L'inoculation peut très bien d'ailleurs n'avoir pour conséquence qu'un petit abcès froid ou un simple nodule facilement résorbable.

Pour réduire au minimum son risque, il suffit d'opérer avec l'aiguille la plus fine compatible avec l'épaisseur du pus. Le petit trocart de Kuss convient très généralement.

Il permet en outre, grâce à son double embout, de faire passer du gaz dans la plèvre, et d'y rétablir ainsi, au cours et à la fin de la ponction, une pression favorable. Ceci autant pour éviter les accidents de brusque décompression que par souci de maintenir le collapsus pulmonaire.

Quelques auteurs injectent en fin de ponction un liquide modificateur : lipiodol, solution iodo-iodurée, morrhuate d'éthyle (Bezançon). A la suite de la suggestion de Villaret et Even, Kindberg et Royer de Véricourt ont quelquefois obtenu de bons résultats de la crisalbine (5 à 20 ctgr.).

Grâce aux ponctions judicieusement renouvelées conformément aux indications de la clinique et des examens radiologiques successifs, on voit assez souvent l'épanchement purulent se tarir. La guérison s'opère lentement grâce à une symphyse progressive. Et le danger auquel échappe le malade vaut bien la gêne cardio-pulmonaire que peut entraîner le processus fibreux de la guérison, quand il passe la mesure. La symphyse n'est d'ailleurs pas fatale.

Mais les ponctions répétées ne suffisent pas toujours. Soit que l'épanchement se reproduise indéfiniment en altérant l'état général, soit qu'une surinfection irréductible oblige à un autre traitement.

Par une voie en somme très naturelle, c'est le plus souvent aux lavages de plèvre que la ponction devra céder le pas.

**Lavages de plèvre.** — L'idée des lavages de plèvre n'est pas nouvelle ; on pourrait, sans paradoxe, la faire remonter à Hippocrate.

Mais l'application de la méthode est plutôt récente. On y trouve consacrés nombre de travaux étrangers, allemands (Brauer, Sauerbruck, Ulrici), suisses (Spengler, de Muralt), italiens, espagnols, etc... (1).

En France, depuis les travaux de Dumarest et Brette, de Weiller, presque tous les phthisiologues (L. Bernard, Bezançon, Rist, Courcoux, Kindberg) ont employé les lavages et il en est peu qui leur refusent une valeur.

(1) On en trouvera l'énumération complète dans l'excellente mise au point que Pierre Weiller a faite de la question : *Les lavages de plèvre*, Masson 1934.

Le lavage est un procédé des plus simples. Il réclame cependant une exécution soigneuse et prudente, moyennant quoi il offre l'avantage de n'être nullement choquant pour les malades.

Ses indications dans les pleurésies purulentes tuberculeuses sont des plus fréquentes : abcès froids désespérément intarissables ou avec menaces d'évolution pariétale ; pyothorax malins, surinfections apparues, d'emblée ou après un essai, au-dessus des ressources de la simple ponction.

Il n'est pour se dispenser de tenter les lavages, que les cas manifestement au-dessus de leurs possibilités : surinfections putrides, épanchements très cloisonnés multiloculaires, et surtout perforation pleuro-pulmonaire persistante. Weiller cependant signale quelques améliorations d'empyèmes perforés par des lavages très prudents.

L'objet du lavage mérite à peine d'être défini : évacuer la plèvre en son point déclive soigneusement repéré à l'écran, y faire ensuite passer par injections et évacuations successives, jusqu'à ce qu'il ressorte clair, le liquide laveur.

Pour réaliser cet objet, l'ingéniosité technique a créé mille dispositifs. Le plus simple est un trocart à 3 tubulures, une médiane pour le mandrin et deux latérales, dont l'une reçoit le liquide laveur et l'autre conduit à l'aspirateur de Potain.

Un point capital est de faire communiquer par une aiguille la partie aérienne de la poche pleurale avec un appareil à pneumothorax, de manière à surveiller et à tout instant la pression et à la rétablir à un taux moyen favorable.

Le choix du liquide laveur a son importance : beaucoup de solutions peuvent convenir. La solution iodo-iodurée faible rallie la majorité des suffrages. On peut aussi utiliser la solution de Pregl, le dakin dilué neutre (Dumarest), le permanganate de K. (Ulrici), le sérum physiologique (L. Bernard et Triboulet, Burnand, Brauer, Guinard) pour ne citer que les plus employés.

L'expérience a montré que ce ne sont pas toujours les plus puissants antiseptiques qui réussissent le mieux, ce qui tend à prouver que le lavage agit surtout par action détersive.

On aura quelquefois intérêt d'ailleurs d'un lavage à l'autre à changer de solution, en tenant compte de l'enseignement du précédent.

Comment régler le nombre et le rythme des lavages ? La conduite du traitement échappe évidemment à toute règle générale. On aura cependant toujours à se garder de 2 excès :

— Interventions intempestives aggravant par irritation la suppuration pleurale ;

— Modération excessive à l'égard de cas qui réclament plus d'énergie.

Dans chaque cas, on est guidé par les résultats cliniques (influence sur la fièvre et l'état général) et radiologiques (reproduction de l'épanchement) des précédents lavages. On juge ainsi si les lavages doivent être poursuivis, cessés parce que suffisants ou abandonnés parce qu'inefficaces.

Les résultats sont en effet très bons dans l'ensemble mais inconstants. Avec une bonne technique en tout



cas, les accidents pleuraux (éclampsie) ou l'inoculation pariétale ne sont guère plus à redouter que pour les ponctions. Quant à la perforation pleuro-pulmonaire qui peut survenir en cours de traitement, on peut se demander si elle survient du fait des lavages ou malgré eux.

Le chiffre de 66 % de résultats favorables donné par certaines statistiques n'est que très vaguement indicateur, eu égard à la variété des cas traités.

Il est certain que les lavages arrivent souvent à éteindre la fièvre, à empêcher la reproduction rapide de l'épanchement et quelquefois même à l'assécher.

Mais il faut reconnaître que les lavages comportent des échecs, là même où il était logique de les tenter.

Dans ce cas il ne faut à aucun prix s'obstiner, et la règle des 6 à 8 lavages maximum, donnée par Weiller, nous paraît infiniment sage.

A condition de s'y conformer, on ne pourra pas reprocher aux lavages d'avoir fait perdre un temps précieux et permis l'organisation d'une pachypleurite, capable de conduire aux plus mutilantes interventions.

*Les traitements associés aux lavages.* — Peut-on espérer davantage de la méthode des lavages en lui associant un complément thérapeutique ?

Une pratique fréquente consiste à laisser dans la plèvre en fin de lavage un produit modificateur : glycérine, iodée, violet de gentiane, bleu de méthylène, permanganate, électrargol, vaccins ou bactériophages (Weiller), crisalbine, solution chlorhydro-pepsique, optochine dans les surinfections pneumococciques. Nous ne savons pas à quel point ces procédés sont efficaces. Ils sont en tout cas inoffensifs.

Nous traiterons plus loin des lavages combinés à la pleurotomie et à l'oléothorax.

**Oléothorax.** — La méthode préconisée par Bernou en 1926 fut à son origine destinée au traitement des pleurésies purulentes tuberculeuses. On ne l'a employée qu'ensuite à prévenir ou à « bloquer » la symphyse pleurale.

On a fondé au début, sur l'oléothorax appliqué aux empyèmes tuberculeux, de grands espoirs. On pensait que la présence dans la plèvre d'huile eucalyptolée ou goménolée) pouvait souvent empêcher le pus de se reproduire.

Dès 1926, M. Kuss avait beaucoup plaidé pour la méthode. En 1928, M. Rist estimait aussi à la Société Médicale des Hôpitaux le pronostic du pyothorax tuberculeux bien amélioré par l'oléothorax et citait la guérison d'empyèmes surinfectés.

Depuis, l'oléothorax a bien souvent déçu. Formellement rejeté en cas de perforation (Hinault et Guinard), ses résultats n'ont pas paru, dans les pleurésies fermées, bien encourageants.

Le pus tuberculeux persiste à se reproduire quand ce n'est pas l'huile elle-même qui provoque ces « poussées sécrétoires ». La plèvre contient bientôt un mélange d'huile et de pus sous une pression pratiquement incontrôlable.

C'est là un danger constant de vomique et combien dramatique.

En dehors de cette perforation, ce ne sont pas des inconvénients négligeables que le paraffinome possible de la paroi, l'impossibilité de surveiller le poumon sous l'oléothorax.

Ainsi, c'est une opinion assez générale qu'exprime Dumarest en disant de l'oléothorax que « ses bénéfices n'ont jamais paru compenser ses risques ».

Aussi est-ce surtout sous la forme de l'oléothorax provisoire ou mieux de l'oléothorax-lavage (Burnand) que quelques auteurs tentent de préserver la méthode d'une complète défaveur.

**Pleurotomie.** — En passant en revue l'armement médical, nous pensons avoir montré que dans l'ensemble il est d'un grand prix. Il ne suffit évidemment pas à tous les cas. Mais est-ce là une raison d'opposer systématiquement et d'emblée aux pleurésies purulentes tuberculeuses, la pleurotomie ?

On sait qu'en 1928, M. Renaud considérait comme le traitement de choix de l'empyème tuberculeux la pleurotomie à minima suivie de lavages et en montrait à la Société Médicale des Hôpitaux quelques beaux succès.

De sérieuses réserves furent aussitôt formulées par MM. L. Bernard, Rist, Sergent, Léon Kindberg.

Il est peu tentant en effet de conformer le traitement des pleurésies purulentes tuberculeuses à celui des pleurésies purulentes aiguës et de provoquer chirurgicalement l'ouverture dont on redoute tant, habituellement, la formation spontanée.

On pourrait ne pas céder à l'attrait de cette simple logique si l'expérience ne la confirmait, comme elle le fait.

Ce n'est pas à dire qu'il n'est pas d'indication de la pleurotomie dans les pleurésies purulentes tuberculeuses.

Il en est une avant tout, celle qui précisément rapproche ces pleurésies des empyèmes aigus : la surinfection. Encore faut-il que d'emblée ou après quelques tentatives, elle se révèle au-dessus des ressources médicales, telles une surinfection très virulente, putride ou bien entretenue par une perforation, alors qu'il n'est pas l'heure d'une plastie.

Quant au pyothorax malin purement tuberculeux, intarissable, il n'est pour la pleurotomie qu'une indication relative, à discuter pour chaque cas.

Lorsqu'on s'y résout, quel mode de pleurotomie adopter ?

Sauf exception on peut dire que la pleurotomie hermétique « à minima » doit toujours être préférée, au moins pour réduire au minimum les risques de tuberculisation pariétale et de surinfection si l'épanchement est encore pur.

Le lieu de la pleurotomie mérite ici d'être soigneusement déterminé à l'avance. Il y a souvent un cloisonnement, au moins relatif, qui peut réserver au chirurgien des déboires, s'il ne prend pas lui-même une connaissance radiologique exacte de sa conformation.

L'ouverture large de la plèvre avec tamponnement, proposée par Sauerbruck n'a que des indications rares.

Encore peut-on presque toujours tenter d'abord une pleurotomie à minima, en sachant bien que le succès en est souvent lié aux soins post-opératoires, au besoin

aux petits lavages pleuraux qui, à tout le moins, rétabliront la perméabilité du drainage. On devra aussi veiller (radiologiquement) à ce qu'un cloisonnement ne vienne pas rendre illusoire ce drainage.

Quoi qu'il en soit, les résultats de la pleurotomie sont souvent décevants. Elle doit être maintenue très longtemps et laisse souvent à sa suite une fistule. Après pleurotomie et fermeture chirurgicale de la fistule, Pruvost et Quenu ont pu ramener un pyothorax surinfecté au cas simple d'empyème fermé purement tuberculeux. Mais c'est, de leur aveu même, une possibilité exceptionnelle.

La pleuotomie reste donc, aux yeux de la plupart des phthisiologues une indication de nécessité et non de choix dans les épanchements tuberculeux.

**Thoracoplastie.** — Il arrive bien souvent que par les moyens précédents on rende inévolutive la suppuration pleurale sans la tarir. Elle risque alors, loin d'avoir perdu tout danger, de s'éterniser.

La responsabilité en est au poumon : incapable d'expansion de par ses propres lésions (fibro-caséose) et la pachypleurite qui l'enserme, il ne peut rejoindre la paroi pour effacer la cavité pleurale.

C'est la paroi qu'il faut alors modeler sur le poumon, par une *thoracoplastie extra-pleurale*.

Son étendue sera proportionnée à celle de la cavité à effacer. Et l'on pourra, suivant les cas, soit se contenter d'une thoracectomie partielle postérieure (type Estlander) intéressant 4 ou 5 côtes et réalisable en un temps, soit recourir à la thoracoplastie élargie de Maurer, en plusieurs temps.

Sa réalisation peut n'entraîner qu'un minimum de choc et de danger pulmonaire grâce à l'anesthésie locale ou mieux, pour beaucoup de chirurgiens, générale par voie extra-pulmonaire (rectale ou veineuse, péridurale).

Les résultats de l'intervention sont étroitement dépendants d'indications bien posées, quant à son étendue et quant à son heure : ne pas courir des risques trop graves vis-à-vis d'une tuberculose pleuro-pulmonaire insuffisamment refroidie, ne pas temporiser à l'excès et livrer au chirurgien des malades à bout de résistance, ce ne sont que des formules qui ne dispensent pas, pour décider de chaque cas, d'une grosse expérience. On ne peut en effet fixer de délais moyens.

L'excès habituel paraît bien, surtout en milieu sanatorial, la temporisation.

Il est un cas, où la carence de tout autre moyen efficace incite à attendre aussi peu que les circonstances le permettent : c'est la *perforation pleuropulmonaire grave, persistante*.

En tout autre cas, l'excès dans la temporisation est encore condamné par la possibilité d'une pachypleurite lente, qui rendra insuffisante la costectomie et conduira à des interventions délabrantes et risquées comme la décortication pleurale (opération de Schede-Delorme).

Par ailleurs le pronostic de la thoracoplastie est évidemment meilleur si la plèvre est seule malade, si, en tout cas, l'unilatéralité des lésions pleuro-pulmonaires est stricte.

Encore faut-il savoir que dans l'ensemble, les bons

résultats de plasties pour suppurations pleurales sont moins « complets » que ceux des plasties d'indications proprement pulmonaires.

Enfin si la thoracoplastie ne mérite pas la très sombre réputation qu'elle a dans les salles de malades, elle est tout de même grevée de risques et mérite qu'on fasse tout le possible pour l'éviter.

Ce possible il faut le faire tôt, tout en restant, comme il semble bien que ce soit l'opinion générale des phthisiologues, autant que possible « médical ».

Mais être médical ici, ce n'est pas être contemplatif, priver les malades de bons moyens de traitement comme les ponctions ou les lavages, ou bien s'y obstiner alors que vient l'heure de la chirurgie. C'est seulement vouloir *dans les limites du possible*, traiter suivant une vieille règle une suppuration tuberculeuse en milieu fermé et protégé.

Mais quand le contraire est d'emblée inévitable ou le devient, le recours à la chirurgie ne doit pas être inutilement retardé.

#### BIBLIOGRAPHIE

RENAUD, MIGET, PETIT-MAIRE, *Bull. et mém. de la Soc. méd. des Hôpit.*, 30 mars 1928. Discussion : M. L. BERNARD, RIST, SERGENT.

M. LÉON KINDBERG, *Soc. méd. des hôpit.*, 20 avril 1928. — *La collapsothérapie*, Masson 1931.

DUMAREST, Le lavage pleural, *Société scientifique de la Tuberculose*, 10 janvier 1931. — Les pleurésies purulentes tuberculeuses, *Pratique médicale illustrée*.

DUMAREST, ROUGY-MOLLARD, La pleurotomie dans les pleurésies purulentes tuberculeuses, *Arch. m. c. de l'app. r.*, N° 1, 1932.

L. BERNARD et TRIBOULET, *Revue de la F.*, juin 1929.

KINDBERG et ROYER DE VÉRICOURT, *Soc. méd. des hôpit.*, 22 fév. 1929 ; — sanocrysine intra-pleurale.

DE MURALT et WEILLER, *Presse méd.*, 7 oct. 1925.

WEILLER, *Les lavages pleuraux*, Masson 1934.

BERNOU, Communication à l'Académie de médecine, 1926.

PRUVOST, Traitement médico-chirurgical des pleurésies purulentes tuberculeuses, *L'Hôpital*, avril 1929, N° 236 bis.

SERGENT et TURPIN, *Arch. méd. chirurg. de l'appareil respiratoire*, janv. 1929 ; *R. Tuberculose*, 9 mars 1929.

POUYMAYOU, *Provence méd.*, 15 janv. 1934.

PISSAVY, *P. M.*, 6 août 1920.

HINAULT et GUINARD, *Bull. de la Soc. des médecins de sanatorium*, fév. 1928.

**Memento Cartier.** *Edition de la Région parisienne 1935*, vient de paraître. Élegant volume de 1.200 pages environ, in-8° raisin, en simili-cuir rouge et or. Comprend toute la documentation médicale et hospitalière de Seine, Seine-et-Oise, Seine-et-Marne (14 cantons), Oise (4 cantons), et des villes d'eaux françaises : médecins, pharmaciens, dentistes, sages-femmes, vétérinaires, cliniques, hôpitaux, œuvres publiques et privées.

Sa présentation et sa documentation, particulièrement soignées, en feront le livre de chevet du praticien.

Le *Memento Cartier de la Région parisienne* est offert gratuitement à tous les Médecins exerçants inscrits. Il est cédé aux ressortissants du Corps médical au prix de 50 fr. Envoi contre remboursement de 57 fr. 50.

Vente, souscriptions, publicité : 28, rue Serpente, Paris (VI<sup>e</sup>) ; tél. Danton 73-89. — 13, rue Puits-Gaillot, Lyon (1<sup>er</sup>) ; tél. Burdeau 21-76 et 21-81.



## SOCIÉTÉS SAVANTES

## ACADEMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 24 AVRIL 1935)

**Télévision.** — M. René BARTHELEMY a exposé la manière très simple avec laquelle il est arrivé à résoudre le problème de la synchronisation automatique simultanée des deux mouvements composant le déplacement du faisceau cathodique. Le résultat global est le suivant : le fait d'appliquer sur le système la tension de modulation de télévision entremêlée de signaux synchronisants appropriés, fournit instantanément, sans réglage, l'image animée sur l'écran fluorescent, avec un cadrage rigoureusement fixe, quelles que soient la forme et l'intensité de la modulation.

Ce résultat est obtenu par une utilisation judicieuse des relais à gaz ionisés dit thyratrons.

Les expériences faites récemment au poste des P. T. T. ont utilisé les procédés Barthelemy.

## ACADEMIE DE MEDECINE

(SÉANCE DU 30 AVRIL 1935)

**La fondation de l'Académie roumaine de médecine.** — M. ACHARD, secrétaire général, annonce la fondation de l'Académie royale de médecine de Roumanie. Un télégramme de félicitations affectueuses et de vœux chaleureux pour la Roumanie est adressé au président de la nouvelle Académie.

**Notices.** — M. Marion donne lecture d'une notice nécrologique sur M. ROUTIER, et M. Debré lit une notice sur M. ARMAINGAUD.

**Natalité et mortalité en France.** — M. P. LEREBOLLET vient, à propos de récentes communications de M. Rouba-kine, s'élever contre certaines de ses conclusions. Après avoir rappelé combien la proportion élevée de vieillards en France (proportion qui augmente du fait de la dénatalité actuelle) exerce une influence sur le chiffre de la mortalité du pays, il insiste sur la réalité de la diminution progressive du nombre des naissances et des mariages en France. Il oppose cette diminution au relèvement marqué de la natalité en Allemagne en 1934 et pendant le premier trimestre de 1935. Les mesures prises en faveur de la natalité ne sont pas nécessairement vouées à l'insuccès et, devant le danger que fait courir à notre pays la diminution progressive des naissances, il est faux de déclarer inutiles et stériles les efforts tentés pour enrayer cette dénatalité.

**Rapport.** — M. POUCHET dépose un rapport sur la fabrication des eaux gazeuses avec l'eau d'une source minérale autorisée.

**L'avortement légal en U. R. S. S.** — A propos du rapport de M. Brindeau sur une question posée par M. le Ministre de la Santé publique au sujet de l'avortement légal en U. R. S. S., M. BARRIER apporte quelques observations de principe.

M. ACHARD, en l'absence du rapporteur, demande le renvoi de ces observations à la commission. Il en est ainsi décidé. M. Barrier est adjoint à la commission.

**Tension superficielle et pénétration des solutions colloïdales par imbibition dans les corps poreux.** — Plusieurs travaux tendent à montrer que la tension superficielle du sérum est abaissée chez les cancéreux et, remarquant que

certaines substances dites cancérigènes (goudron, aniline) abaissent aussi cette tension, l'on a émis l'hypothèse d'une perméabilité plus grande des enveloppes cellulaires pour ces substances dans les cancers.

MM. ACHARD et BOUTARIC ont cherché à contrôler ces constatations. Ils ont vu, en se servant d'un sol d'hydrate ferrique additionné de petites quantités de camphre, de menthol, de thymol, d'alcool amylique, qui modifient notablement la tension superficielle, que le liquide intermicellaire imbibé à peu près aussi vite les corps poreux que pour le sol témoin, et que les granules colloïdaux les imbibent beaucoup plus lentement, mais sans qu'il y ait de différences sensibles pour les liquides additionnés de substances tensio-actives. De plus, sans diminuer la tension superficielle, en introduisant des électrolytes à amines polyvalents, on obtient des accroissements tout aussi importants de la vitesse d'imbibition.

Les auteurs estiment que les différences observées sont dues aux modifications des granules sous l'influence des substances ajoutées plutôt qu'aux changements de la tension superficielle, et que l'abaissement de celle-ci n'accélère pas la pénétration par imbibition des liquides et des particules qu'ils contiennent à l'état moléculaire ou micellaire.

**La pollution des eaux par déversements industriels.** — M. F. HEIM DE BALSAC. Le déversement, dans les cours d'eau, des eaux résiduaires industrielles détermine une pollution qui préoccupe au même titre l'hygiène publique et la conservation de la faune des cours d'eau.

L'auteur démontre que les desiderata de l'hygiène concordent avec ceux de la conservation de la faune : ils exigent l'intégrité du pouvoir d'auto-épuration du cours d'eau, ou tout au moins son rétablissement à peu de distance du point de déversement des eaux résiduaires.

L'assainissement des cours d'eau à souillures multiples du fait de la multiplicité des effluents des usines d'une part, des agglomérations d'autre part, réclame une épuration collective, étendue aux diverses sources concomitantes de souillure.

Pour juger de l'épuration partielle imposée à chaque source particulière de souillure, une coordination graphique des analyses, des tests de pollution, tant chimiques que biologiques, est proposée, d'où la conclusion qu'il y a nécessité à établir, pour les cours d'eau où la pollution est intense, des cartes hydrologiques de pollution.

**Energamétrie.** — M. Gabriel Bidou présente une nouvelle méthode d'évaluation de l'énergie humaine, qu'il dénomme « *Energamétrie* ». Il montre comment, avec les données habituelles des sciences mécaniques, il peut chiffrer les trois conditions de l'énergie humaine : travail, puissance et énergie potentielle, en kilogrammes et en kilogrammètres-secondes.

Ces mesures peuvent être prises au lit du malade ou au cabinet de l'expert, d'une façon très simple, ce qui permet au médecin d'évaluer une déficience fonctionnelle, à l'expert de chiffrer une incapacité de travail ou une invalidité et à l'éducateur physique de diriger d'une manière judicieuse l'entraînement sportif des jeunes gens.

**Les réactions morphologiques dans les sérums.** — M. T. KOFMAN. En utilisant le phénomène de croissance artificielle osmotique, l'auteur observe une différenciation remarquable de l'efflorescence terminale suivant les conditions physico-chimiques du milieu où se développe cette vésicule. L'application de cette méthode d'analyse, en particulier en sérologie, met en évidence toute une variété morphologique des efflorescences, en relation avec la nature variable des divers sérums. On aurait ainsi le moyen, grâce à une réaction désignée par l'auteur sous le terme de morphologie, de déterminer, par le simple aspect d'une forme

facilement fixée par un procédé photographique, une nouvelle propriété de certains liquides minéraux ou biologiques.

Les divers aspects de l'efflorescence osmotique ont permis également à l'auteur d'analyser morphologiquement certaines modifications de la dispersion micellaire des sérums et de caractériser aussi bien les divers sérums thérapeutiques que les sérums appartenant à des espèces variées.

#### SOCIÉTÉ DE PÉDIATRIE

(SÉANCE DU 19 MARS 1935)

**A propos de deux observations d'ostéite syphilitique de la grande enfance.** — MM. LESNÉ, CLÉMENT et Mlle J. DELON rapportent deux observations d'ostéite subaiguë apparues l'une chez une fille de 11 ans, à l'extrémité inférieure du fémur, l'autre, chez un garçon de 15 ans, dans le cintre cotyloïdien. Le diagnostic de syphilis fut soupçonné sur l'aspect radiologique et prouvé par l'efficacité du traitement. Ce type de syphilis osseuse hyperostotante et gommeuse est très rare et constitue souvent d'après l'expérience personnelle des auteurs une manifestation isolée de la maladie, à l'exclusion de tout autre stigmate clinique ou radiologique.

**Acrodyne infantile sévère avec mutilations digitales, chute des dents et prolapsus rectal.** — MM. CHABRUN et HOLLIER ont observé une acrodyne typique chez un enfant de 5 ans : l'intérêt de cette observation réside dans la gravité de la maladie, dont témoignent la longueur de l'évolution, l'importance de l'hypotonie musculaire et de l'amyotrophie, les mutilations digitales, la chute de presque toutes les dents et un prolapsus intermittent du rectum. Une légère amélioration commence cependant à se dessiner.

**Sclérocédème apparu au cours d'une néphrite hématurique. Etude du syndrome humoral.** — MM. H. JANET, GAUBE et J. GAUTIER présentent une fillette de 11 ans qui eut, à la suite d'une rhino-pharyngite aiguë, une otite double compliquée de mastoïdite et finalement, une néphrite hématurique. C'est au cours de cette dernière qu'apparut un sclérocédème très étendu, prédominant à la face et au cou, et ne respectant guère que le segment distal des membres. Cette lésion, qui date maintenant de deux mois et demi, paraît en régression lente. Il est intéressant de relever dans cette observation, qui se rapproche beaucoup des faits décrits par Buschk en 1922, quelques constatations d'ordre biologique : lactescence du sérum, hyperlipidémie, hypoprotidémie légère, diminution du rapport sérine/globuline, présence de corps biréfringents dans les urines.

**Lésion tuberculeuse cutanée du membre inférieur avec adénite inguinale fistulisée.** — MM. ARMAND-DELILLE et LESOBRE présentent deux enfants atteints d'adénite inguinale tuberculeuse, confirmée bactériologiquement.

Dans le premier cas, elle est sous la dépendance d'une petite lésion cutanée consécutive à une écorchure datant de huit mois et qui est de nature tuberculeuse, ainsi que l'a montré la biopsie. Le traumatisme s'est produit dans une cour dans laquelle crachait continuellement un tuberculeux cavitair.

Dans le second cas, il existe une petite lésion ulcéro-croûteuse de la fesse du même côté, mais on ne peut préciser si cette lésion est antérieure à l'adénopathie.

Dans les deux cas enfin, la radiographie ne montre aucune ombre pulmonaire anormale.

**Glaucome et encéphalopathie infantile. Rôle de l'hérédosyphilis.** — MM. MARQUÉZY et TAVENNEC présentent un enfant de 6 ans atteint d'encéphalopathie avec hémiplegie et crises convulsives, et chez lequel on put mettre de plus

en évidence dès les premiers jours de la vie un glaucome bilatéral. L'étiologie de ces différents troubles est certainement syphilitique, car la réaction de Wassermann était positive dans le liquide céphalo-rachidien. Il s'agissait sans doute d'un glaucome par uvéite syphilitique évolutive et non d'une buphtalmie primitive. C'est ce qui explique l'action rapidement favorable du traitement syphilitique.

**Fièvre de lait sec chez un nourrisson de quatre mois.** — M. Julien MARIE rapporte l'observation d'une fièvre de lait sec ayant duré deux mois, et dont l'hyperthermie a atteint 41°8. Pendant toute cette période, la courbe de poids a présenté une augmentation régulière.

La faute commise n'était pas représentée par le mélange d'une dose trop forte de lait sec à la quantité d'eau de chaque biberon, mais à l'insuffisance de la ration hydrique totale fournie à l'enfant.

**Tuberculose ganglio-pulmonaire du nourrisson.** — MM. BABONNEIX et MÉNÉTRÉL rapportent l'observation d'une petite fille de six mois, de souche tuberculeuse, entrée à l'hôpital pour une dyspnée de type paroxystique, et à l'autopsie de laquelle ils ont trouvé non seulement la classique caséification massive des ganglions trachéo-bronchiques, mais aussi de grosses lésions pulmonaires, caverne volumineuse du lobe supérieur gauche, noyaux caséux du poumon droit. A noter que, des deux cuti-réactions pratiquées, la première a été négative, comme si l'enfant se trouvait alors en pleine période ante-allergique.

**Constatations radiologiques concernant l'aérophagie du nourrisson.** — MM. LELONG et AIMÉ projettent de nombreuses radiographies montrant indiscutablement que l'aérocolie est un phénomène normal chez l'enfant, mais que l'aérophagie est uniquement un trouble de déglutition.

#### SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 2 MARS 1935)

**Relations entre la vitamine C et les carotinoïdes. Maturation des fruits.** — MM. A. GIROUD, R. RATSIMAMANGA et C.-P. LEBLOND avaient montré, antérieurement, les liaisons existant entre la chlorophylle ou la fonction chlorophyllienne et l'acide ascorbique. Il existerait de plus des relations entre ce dernier et la présence des carotinoïdes ; c'est ce qui résulte de l'étude de la répartition générale de l'acide ascorbique dans les fruits : les espèces riches en carotinoïdes étant toujours riches en acide ascorbique.

**Différenciation et classification au moyen de la spartéine de quelques hyperglycémies provoquées chez le lapin.** — MM. R. HAZARD et C. VAILLE. En présence de spartéine, les effets des composés hyperglycémisants étudiés sont d'autant plus réduits que leur action intéresse plus les centres ou les ganglions ; ceux dont l'action est post-ganglionnaire, ou périphérique, maintiennent leurs effets.

La spartéine peut donc être utilisée, concurremment avec les autres méthodes, pour classer les hyperglycémies provoquées.

**Substances protéiques de déséquilibre et leucocytose.** — M. R. LECOQ. Les substances protéiques : fibrine, muscle, ovalbumine et peptones correspondantes exercent, quand elles sont ingérées, une action très nette sur la leucocytose. L'ovalbumine, dont on connaît les propriétés anaphylactisantes, se distingue du muscle et de la fibrine, tandis que la peptone d'ovalbumine, substance génératrice de déséquilibre alimentaire, se différencie des autres peptones. Il est possible que les substances protéiques de déséquilibre in-



terviennent pour une part dans certaines manifestations de la peptonothérapie : vaccination ou antianaphylaxie.

**Influence des chaînes glucidiques ouvertes et fermées sur l'activité antirachitique de l'acide phosphorique.** — M. R. LECOQ et Mlle L. BARBAN, s'appuyant sur des recherches nouvelles effectuées sur le rat blanc préalablement rachitisé, montrent que les chaînes glucidiques ouvertes n'entravent pas l'action antirachitique de l'acide orthophosphorique (cas des divers nucléates), alors que les chaînes fermées paraissent inhiber cette action (cas des inosito-phosphates).

Mme Simone DELAUNEY et M. Jean GOSSET présentent une note relative à l'élimination soufrée post-opératoire. Ils ont constaté une notable augmentation du taux de soufre total urinaire se maintenant pendant une période de 4 à 8 jours après l'acte opératoire.

**Durée d'activité des lysats-vaccins.** — M. L. DUCHON. Dans une série d'infections à staphylocoques, à streptocoques, à gonocoques et polymicrobiennes, l'auteur s'est efforcé d'apprécier la stabilité de l'activité antigénique des lysats microbiens.

Les observations n'ont pas permis de soupçonner un affaiblissement de l'activité antigénique pour des lysats âgés de 4 ans.

(SÉANCE DU 9 MARS 1935)

**Sur l'injection à l'animal d'expérience du venin de cobra incorporé à la lanoline.** — MM. R. RICHOU et L. NICOL. Le cobaye ne supporte que des quantités faibles de dilutions

de venin de cobra incorporées à la lanoline. C'est lorsqu'il est introduit par la voie intrapéritonéale que le mélange se montre le moins toxique.

La lanoline, même si on lui ajoute de l'eau, ne protège pas le cobaye lorsque le venin lui est incorporé à l'état sec et finement pulvérisé.

**Toxicité, pour le cobaye, du venin de vipère aspic enrobé dans la lanoline.** — MM. L. NICOL et R. RICHOU. L'enrobage dans la lanoline du venin de vipère aspic permet au cobaye de supporter un certain nombre de doses mortelles de ce venin, surtout si le mélange est introduit par la voie intrapéritonéale.

Le pouvoir protecteur exercé par la lanoline est plus marqué avec le venin d'aspic qu'avec le venin de cobra. La lanoline se montre cependant presque incapable d'exercer son action protectrice contre le venin d'aspic à l'état sec et pulvérisé.

**Sur l'immunité produite, chez le lapin, par injection de toxine tétanique enrobée dans la lanoline, et sur son mécanisme.** — MM. G. RAMON et E. LEMETAYER. Une seule dose de toxine tétanique, très nocive, injectée au lapin après avoir été enrobée dans la lanoline, confère à cet animal une forte immunité spécifique.

Le mélange toxine-lanoline devient de moins en moins toxique à mesure que son séjour sous la peau du lapin se prolonge, fait dû à la diffusion graduelle du poison hors du dépôt graisseux qui le contient.

La toxine, à mesure qu'elle sort de sa gangue de lanoline, subit de la part de l'organisme des modifications qui altèrent sa nocivité tout en lui gardant son pouvoir antigène.

Ces faits parlent en faveur de l'hypothèse selon laquelle

LA MÉDICATION BROMURÉE  
DE CHOIX

**LE TRIBROMURE**  
du Docteur GIGON

LABORATOIRE des PRODUITS du D<sup>r</sup> GIGON

A. FABRE, Pharmacien

25, Boulevard Beaumarchais - PARIS

TOUTES les Affections du **FOIE** et du **REIN** :

1 à 2 capsulines à chacun des deux principaux repas de :

**CAPARLEM**

HUILE DE HAARLEM (au Juniperus Oxycedrus)

QUALITÉ INCOMPARABLE ET ACTIVITÉ INSOUÇONNÉE

Laboratoire Lorrain de Produits Synthétiques purs

— ETAIN (Meuse)

la toxine entre pour une part dans la constitution de l'antitoxine.

**Du sort de l'antitoxine tétanique chez le lapin et chez le cobaye auxquels on injecte soit le sérum antitétanique seul, soit du sérum antitétanique enrobé dans la lanoline.** — MM. G. RAMON et E. FALCHETTI. Chez les lapins qui reçoivent le sérum antitétanique enrobé dans la lanoline, le taux maximum d'antitoxine en circulation est beaucoup moindre que chez ceux traités par le sérum antitétanique dilué dans l'eau physiologique. En réalité, chez les premiers, il n'y a pas destruction mais simplement modification de l'antitoxine, celle-ci existant dans l'organisme animal sous une forme que nos moyens actuels d'investigation ne permettent pas de déceler.

**De la production comparée des précipitines au moyen d'injection de sérum équin seul ou enrobé dans la lanoline.** — M. E. FALCHETTI. La lanoline, grâce à ses propriétés physiques et aux réactions qu'elle engendre dans les tissus, est capable de retenir momentanément les protéines du sérum et de les laisser diffuser lentement dans l'organisme. Ces protéines ne sont pas détruites, puisque, grâce à leur fonction antigénique qui est respectée, elles sont capables de provoquer l'apparition de précipitines en quantité égale et même supérieure à celles dont le sérum injecté en dilution dans l'eau physiologique entraîne la formation.

**La réaction phosphovanillique dans les extraits pulmonaires du chien normal.** — MM. E. CHABROL, R. CHARONNAT et Jean COTTET ont pratiqué sur des extraits alcooliques de parenchyme pulmonaire normal leur réaction des sels biliaires, en se mettant à l'abri des causes d'erreur. Ils ont obtenu six fois sur six une réaction fortement positive, qu'ils ont rapportée à l'acide cholalique ou à une substance très voisine, conclusion en accord avec les observations des auteurs qui ont noté une destruction du cholestérol dans le parenchyme pulmonaire.

**La réaction phosphovanillique des sels biliaires dans les extraits tissulaires du chien normal.** — MM. Etienne CHABROL, R. CHARONNAT et Jean COTTET. La réaction de l'acide cholalique est sensiblement aussi intense dans le parenchyme du foie que dans le parenchyme pulmonaire ; elle l'est un peu moins pour le muscle, le cœur, la rate, les reins et le pancréas. Quant à la recherche de l'indol, elle leur a donné des résultats conformes aux enseignements classiques.

**Recherches sur la fixation de l'hormone gonadotrope dans le sérum sanguin.** — Mlle C. GUTMAN et M. Jean DALSACE. Alors que l'hormone gonadotrope est libre dans l'urine des femmes enceintes, elle est intimement liée à la fraction protéidique du sérum aussi bien sur les euglobulines et les globulines que sur les albumines. Cette liaison est assez profonde, puisque le fractionnement même brutal ne l'a pas détruite. Inversement, elle n'est pas liée aux lipides du sérum.

**Les Leishmanias peuvent-elles se multiplier par schizogonie ?** — M. L. NATTAN-LARRIER et Mme L. GRIMARD. Inoculées au Hamster de Syrie, les Leishmanias peuvent présenter des formes schizogoniques que l'on observe facilement dans les cellules endothéliales tuméfiées du foie. Les caractères de ces formes, observées dans le protoplasma cellulaire ou à l'état libre dans les frottis, ne permettent pas de les confondre avec des agrégats parasitaires.

**Passage d'une sensibilisatrice de la poule à l'embryon de poulet.** — Mme L. GRIMARD. Si l'on provoque, en employant la pénétration par les voies digestives, l'apparition d'une sensibilisatrice dans le sang de la poule, cette sensi-

bilisatrice passe dans l'œuf et dans l'embryon. Ce fait peut éclairer les caractères de toxicité que possèdent parfois les œufs.

**L'épreuve de déchloruration et de rechloruration chez les femmes enceintes normales.** — MM. E. LEVY-SOLAL et M. LAUDAT ont étudié l'importance de la rétention aqueuse et chlorurée chez les femmes enceintes normales, en les soumettant à l'épreuve de Widal et Javal.

A partir du sixième mois de la gestation, ils ont pu mettre ainsi en évidence l'existence d'une rétention d'eau qui atteint en moyenne 2.500 gr.

La femme enceinte normale présente donc un précédème certain, puisque, en dehors de la gravidité, la rétention des individus sains ne dépasse pas 1.500 à 2.000 gr. (Widal et Javal).

Au cours des épreuves de déchloruration et de rechloruration, le sang des femmes enceintes présente des modifications qui rappellent celles que les auteurs ont signalées récemment chez les sujets normaux. Ces variations sont toutefois plus irrégulières et leur étendue n'est pas en rapport avec l'importance de la rétention aqueuse. L'état de gestation, en influant sur le taux des protéides et sur celui des lipides, supprime l'égalité des conditions indispensable à la production des phénomènes.

## INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

### QUESTIONS FISCALES

#### *Des économies.*

Au moment où se prépare et où se poursuit une consultation électorale, les médecins ne doivent point oublier qu'ils sont des contribuables et qu'ils le sont même à un double titre. Si, en effet, ils sont soumis aux charges fiscales de l'ensemble de la population, et encore avec des modalités qui les aggravent dans leur cas particulier, ces charges ne leur valent même pas la protection qu'elles comportent pour les autres professions ; bien au contraire.

Et cela n'empêche pas les politiciens de mettre à contribution les médecins pour toutes les œuvres sociales et les nombreuses erreurs médico-sociales.

Lorsqu'un commerçant quelconque paie les taxes afférentes à l'exercice de sa profession, il sait très bien que, si elles sont lourdes, elles lui assurent une protection relative, puisque tout concurrent sera automatiquement soumis à des charges proportionnellement les mêmes.

Le médecin, lui, lorsqu'il va chez le percepteur, sait très bien, au contraire, que les sommes qu'il verse ne lui vaudront aucune protection particulière pour l'exercice de sa profession ; que l'exercice illégal, peu ou mal poursuivi, continuera à fleurir, de même que les équivalences pour les étrangers indésirables ; bien mieux, qu'une partie de son argent ainsi versé servira, sous forme de subventions, à favoriser des concurrences dispensées de toutes charges et trop souvent parfaitement injustifiées : concurrence de l'Assistance Publique avec les malades riches ou aisés dans ses services hospitaliers ou dans ses consultations ; des innombrables dispensaires ou maisons de soins, devenus trop souvent des entreprises lucratives grâce aux Assurances sociales, sans compter les collusions entre les uns et les autres pour l'organisation de l'exploitation du Corps médical.

En tant que contribuable, le médecin serait intéressé à ce que ses édiles voulussent bien pratiquer une politique d'économies, et, certes, il ne leur serait pas difficile d'en trouver.

Pour le Département de la Seine et la Ville de Paris, il y a 130.000 fonctionnaires. Si la même proportion était ob-





# Hirudinase

(DRAGÉES)

Le premier produit spécialisé à base d'Extrait de Sangsues

**INSUFFISANCES VEINEUSES**  
**INFECTIONS VASCULO-SANGUINES**  
**PHLÉBITES - SEPTICÉMIES**  
**AMÉNORRHÉES**

DOSE MOYENNE  
4 à 6 DRAGÉES  
PAR JOUR



LABORATOIRES "ANA", 18, AV<sup>UE</sup> DAUMESNIL - PARIS. XII<sup>e</sup>

CHOC PUBLICITÉ - FONTENAY S/M BOIS

servée dans l'ensemble du pays, à quels chiffres arriverait-on ?

De plus, si les fonctionnaires de l'Etat ont subi des diminutions de traitement, nos édiles se sont toujours refusés à suivre la voie ainsi tracée.

Les retraites ? Elles sont, pour l'Etat, calculées sur la base d'un soixantième ou d'un soixante-dixième par année suivant les catégories ; pour la Ville de Paris, elles le sont au quarante-cinquième ! Et ainsi, à traitement égal, un retraité de la Ville touche environ 40 p. 100 de plus qu'un retraité de l'Etat. Mais, à grade égal, la proportion est encore plus élevée, puisque le traitement de base est supérieur, n'ayant subi aucune diminution.

De 1930 à 1935, la dette de la Ville de Paris est passée de 7 milliards à 15 milliards !

On n'en finirait pas...

Il faut donc s'efforcer de chasser les marchands du temple.

A. HERPIN.

## LIVRES NOUVEAUX

**Précis de Thérapeutique pratique** (1), par le professeur Paul BLUM (de Strasbourg) ; préface du professeur Prosper MERKLEN.

Ce Précis de thérapeutique est le dernier ouvrage du regretté Paul Blum. Ce n'est pas sans émotion que nous venons de le lire. Il est bien le reflet de l'esprit clair de Paul Blum, qui excellait à présenter avec méthode les sujets les plus touffus. Il avait surtout le don d'apprendre à ses élèves à raisonner, à ne pas appliquer servilement, de mémoire, des thérapeutiques apprises par cœur. Il servait bien la science en formant ainsi des médecins soumis à une heureuse discipline d'esprit, capables d'interpréter les faits et d'employer ensuite, suivant la technique qu'ils tenaient de leur maître, les ressources thérapeutiques mises à leur disposition.

Le plan de l'ouvrage est le suivant : dans une première partie, Paul Blum a étudié les rapports entre la thérapeutique et les autres branches de la médecine ; dans une deuxième, l'histoire des doctrines médicales ; une troisième partie concerne la méthode du thérapeute, dans laquelle on retrouvera les qualités dont nous parlions plus haut.

Enfin, l'art de prescrire, les médicaments usuels occupent une partie importante du livre, qui se termine par les relations entre la structure moléculaire des médicaments synthétiques et leur action pharmacodynamique.

Mon ami le professeur Prosper Merklen a bien voulu préfacier le livre ; mieux que je ne saurais le faire, il a dit le bien que l'on doit penser de l'ouvrage et de son auteur.

F. L. S.

**Les ostéo-arthrites tuberculeuses du membre supérieur** (2), par J. BOUQUIER (de Berck) et C.-R. MARTIN (d'Angers). Préface du professeur E. SORREL.

Au cours des études médicales, même avec une longue fréquentation hospitalière, il est difficile, en dehors des milieux spécialisés, d'acquérir des connaissances précises et pratiques sur les tuberculoses ostéo-articulaires, ces affections d'évolution de long cours, de formes si diverses, de pronostic si varié et de thérapeutique particulière, se prêtant mal à une vue d'ensemble, à l'acquis d'une expérience suffisante. Le livre des docteurs J. Bouquier et C.-R. Martin tend à combler cette lacune, il apporte toute la documentation, toute l'expérience de l'Ecole de Berck, il re-

flète l'enseignement magistral du professeur Sorrel. C'est un guide sûr, documenté, où, sous une forme concise, résumée sans aridité, le lecteur trouve mises au point toutes les notions essentielles concernant les tuberculoses ostéo-articulaires du membre supérieur. Sous cette forme condensée, où souvent le mot fait image, la comparaison évoque, la phrase résume la particularité du cas, chaque variété d'ostéo-arthrite, bien définie dans ses lésions anatomiques, reconnue à ses signes distinctifs, prévue dans son évolution, reçoit ses indications thérapeutiques nécessaires, suffisantes et seulement celles-là. Le professeur Sorrel l'a écrit : « Les docteurs J. Bouquier et C.-R. Martin ont dit excellemment ce qu'il fallait dire. »

Ils ont fait œuvre utile en synthétisant et vulgarisant l'enseignement du Maître. Il reste à souhaiter que bientôt un nouvel effort nous donne une œuvre aussi attrayante, aussi pratique, sur les ostéo-arthrites tuberculeuses du membre inférieur.

L. G.

## ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

### THESES

**Mardi 7 mai.** — Jury : MM. Lenormant, président ; Rouvière, Brocq, Moulouquet. — M. AUBIN. Panaris de la face dorsale et phlegmons de dos de la main. — M. COLLIEZ. Le drainage perdu du cholédoque. — M. VASILIN. Etude du cancer double du sein. — M. MARTIN. Etude de l'anatomie de l'amygdale palatine et des suppurations.

**Jeudi 9 mai.** — Jury : MM. Pierre Duval, président, Marion, Terrien, Velter. — M. BÉCHET. Etude des torsions des franges épiploïques du côlon. — M. GAUDOIN. Traitement des orchépididymites et prostatites. — M. COUSSINET. Etude de l'albinisme. — M. SALZAC. Antigène méthylique dans le diagnostic et le traitement de la tuberculose oculaire.

**Vendredi 10 mai.** — Jury : MM. Robert Debré, président ; Grégoire, Proust, Schwartz. — M. PRAT. Suppurations bronchiques curables de l'enfant. — M. GRAUZAIN. Etude physiopathologique et thérapeutique des atrophies vaginales consécutives à la disparition de la fonction ovarienne.

**Samedi 11 mai.** — Jury : MM. Gougerot, président ; Nobécourt, Tanon, Gastinel. — M. MONTOYA. Etude de quelques symptômes de défense de l'organisme. — M. HAÏMOVICI. Sur un cas d'intoxication mortelle par le salicylate de soude. — M. FAVRET. La fièvre ondulante dans l'Aisne, les Ardennes et la Marne.

**Les problèmes de la pollution de l'atmosphère**, par G. BATA, J. FIRQUET et E. LECLERC. Bibliothèque scientifique belge. In-8° de 455 pages, illustré. — Prix : 40 fr. — Paris, Masson et Cie.

**Précis de phytothérapie hépato-biliaire**, par le docteur Gaston PARTURIER, avec la collaboration de Georges BLAQUE, docteur en pharmacie, préface du docteur ABRAMI. Petit in-8° de 247 pages. — Prix : 20 fr. — Paris, Vigot frères.

**La religion de l'intelligence et la morale scientifique**, par le docteur G. SAINT-PAUL (G. Espé de Metz). In-8° de 127 pages. — Prix : 15 fr. Paris, Vigot frères.

**Essai critique de la doctrine homœopathique** (thèse), par le docteur Roland CAILLEUX. In-8° de 101 pages. — Paris, Le François.

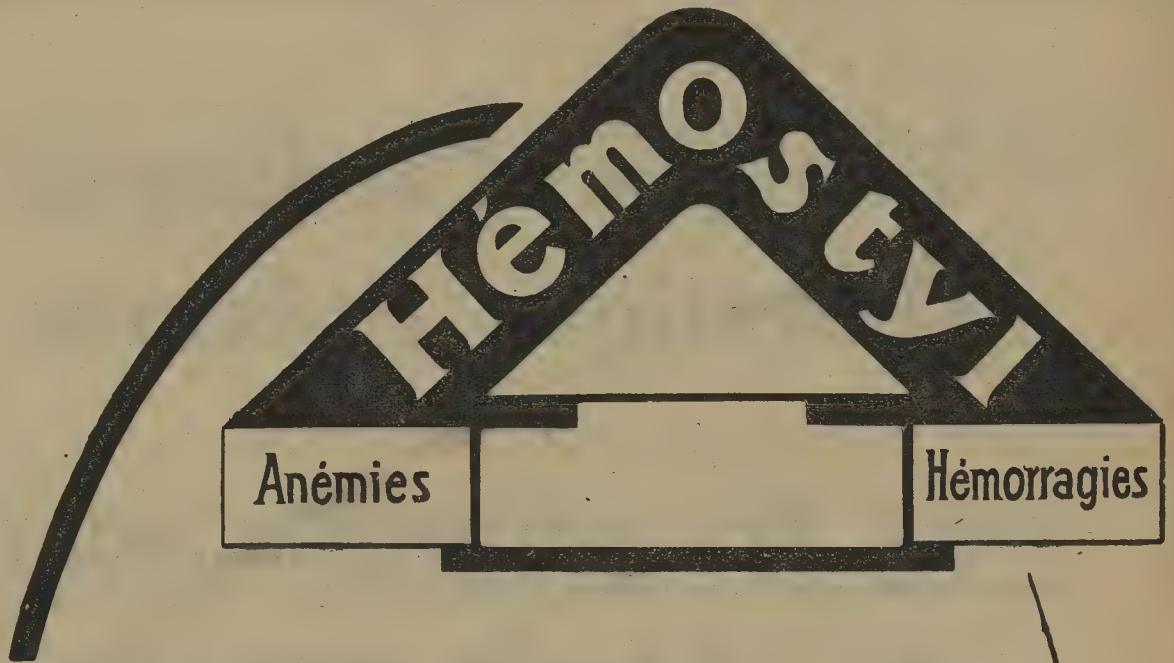
Le Directeur-gérant : D<sup>r</sup> François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

(1) In-8. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

(2) In-8 de 178 pages avec figures et 60 radiographies. — Prix : 35 fr. — Impr. G. Thone, Liège (Belgique).





## SÉRUM HÉMOPOÏÉTIQUE FRAIS DE CHEVAL

**Flacons-ampoules**  
de 10<sup>cc</sup> de Sérum pur

A) *Sérothérapie spécifique*  
des **ANÉMIES** (Carnot)

B) *Tous autres emplois*  
du Sérum de Cheval :  
**HÉMORRAGIES** (P.E. Weill)  
**PANSEMENTS** (R. Petit)

**Sirop ou Comprimés**  
de sang hémo-poïétique  
total

**ANÉMIES**  
**CONVALESCENCES**  
**TUBERCULOSE, etc.**

*Echantillons et Littérature*

Laboratoires du D<sup>r</sup> ROUSSEL  
**97, r. de Vaugirard, PARIS-6<sup>e</sup>**  
TÉLÉPHONE : LITTRÉ 68-24

LABORATOIRES CARTERET

# Tonique Cardiaque Diurétique Puissant

avec

tous les principes actifs  
de l'Adonis vernalis

---

*Pas d'Accumulation*

---

*Pas d'Accoutumance*

---

*Pas toxique*

---

*Agit vite*

Pas d'accoutumance • Agit vite • Pas d'accumulation

**DIURÈNE**

"Extrait total" d'ADONIS VERNALIS

CARDIOPATHIES - ARTÉRIO-SCLÉROSE  
NÉPHRITES & CIRRHOSES  
OEDÈMES &  
ASCITES

LIQUIDE      PILULES

Posologie : 2 à 6 cuillerées à café  
ou 4 à 12 pilules par jour.

Echantillons et Littérature : 15, RUE D'ARGENTEUIL, PARIS



*La Lancette Française*

# GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6<sup>e</sup>. Tél. : Danton 48-31.

PUBLICITE : M. A. THIOILLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6<sup>e</sup>) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

## PRIX DE L'ABONNEMENT

### FRANCE

3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.

Etudiants : 25 francs par an.

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

### ETRANGER

Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.

Tous les autres pays : 75 francs.

## SOMMAIRE

### HÔPITAUX ET HOSPICES CIVILS DE PARIS

Répartition du personnel médical dans les hôpitaux de Paris.

### SOCIÉTÉS SAVANTES

Société médicale des hôpitaux.

### INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

L'Union nationale des étudiants réclame le baccalauréat classique, par M. M. MORDAGNE.

### LIVRES NOUVEAUX

## INFORMATIONS

FACULTÉS DE MÉDECINE. — PARIS. — Le *Journal officiel* du 2 mai publie un arrêté relatif à l'organisation de l'Ecole pratique de la Faculté de médecine. Cet arrêté détermine le personnel qui comprend : le chef des travaux anatomiques, les prosecteurs et les aides d'anatomie. Il régleme les concours de l'adjuvat et du prosectorat.

ASSEMBLÉE FRANÇAISE DE MÉDECINE GÉNÉRALE. — *Les adieux à la Charité.* — La prochaine assemblée aura lieu le dimanche 19 mai, à 9 h. du matin, à l'Hôtel-Dieu, sous la présidence de M. Carnot. Elle étudiera les « aptitudes familiales aux localisations morbides ».

A 13 h. le *dernier repas de la Charité* sera servi dans l'ancienne clinique de Corvisart.

A 15 h. 30, dans la salle des concours de l'Assistance publique, on célébrera trois siècles d'histoire de l'hôpital de la Charité. MM. Achard, J.-L. Faure et Sergent retraceront l'histoire du célèbre hôpital qui disparaît. M. le doyen Roussy exposera le plan de reconstruction de la Faculté de médecine sur l'emplacement du vénérable hôpital.

LIGUE NATIONALE FRANÇAISE CONTRE LE PÉRIL VÉNÉRIEN. (Société française de prophylaxie sanitaire et morale.) — L'Union internationale contre le péril vénérien et la Ligue internationale des sociétés de Croix-Rouge ont décidé de réunir, à Genève, une conférence maritime internationale pour l'étude des questions relatives à la prophylaxie et au

traitement des maladies vénériennes chez les marins du commerce.

Avant la conférence de Genève, des conférences nationales préparatoires auront lieu dans chaque pays.

La conférence maritime française, organisée par la Ligue nationale française contre le péril vénérien et la Société française de prophylaxie sanitaire et morale, aura lieu à Paris le samedi 29 juin 1935, à 10 h., à l'Institut Alfred-Fournier, 23, boulevard Saint-Jacques, sous la présidence de M. le docteur Milian, président de la Ligue nationale française contre le péril vénérien.

Trois rapports seront présentés à la conférence :

1<sup>o</sup> Rapport introductif sur l'état actuel de l'organisation de la prophylaxie et du traitement des maladies vénériennes dans les ports français, après enquête, par M. le professeur Gougerot, professeur à la Faculté de médecine de Paris, président de la Société française de prophylaxie sanitaire et morale, et M<sup>me</sup> la doctoresse Destandau-Barral;

2<sup>o</sup> Rapport sur l'organisation de la préservation des marins sains, par M. Lucien Viborel, chargé de la propagande d'hygiène sociale au ministère de la Santé publique;

3<sup>o</sup> Rapport sur l'organisation du traitement des marins malades, par MM. le docteur Petges, professeur, et le docteur Joulia, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Bordeaux.

Pour renseignements et inscriptions, s'adresser à M. le docteur Sicard de Plauzoles, 25, boulevard Saint-Jacques, Paris (XIV<sup>e</sup>).

ASSOCIATION FRANÇAISE D'UROLOGIE. — PRIX ETIENNE TAESCH (donation faite par M<sup>me</sup> Constance-Françoise Nicolay,

Laboratoire Mialhe - 8 Rue Favart - Paris - 2<sup>e</sup>

La feuille de digitale se prescrit:

# Digi-LANATINE

Extrait total des glycosides  
du *Digitatis Lanata*

sa veuve). — Ce prix est décerné annuellement à un docteur en médecine français ou à un étudiant en médecine français, de préférence ancien interne ou interne des hôpitaux, âgés l'un ou l'autre de moins de trente ans, ayant peu de ressources, dont il paraît utile pour la science de favoriser les recherches scientifiques.

Les candidats au prix Etienne Taesch doivent faire acte de candidature avant le 1<sup>er</sup> juin de chaque année, par lettre adressée au secrétaire général de l'Association.

Ils joindront à leur candidature la liste des travaux déjà publiés par eux et le texte original de ceux de ces travaux qu'ils jugent particulièrement dignes de retenir l'attention du jury.

Le jury appréciera ces travaux moins d'après leur nombre et leur longueur que d'après l'esprit d'originalité qu'ils décelèreront.

Les candidats devront joindre également à leur candidature un aperçu sur les recherches qu'ils ont l'intention d'effectuer et pour lesquelles ils sollicitent le prix.

Ils s'engageront, si le prix leur est décerné, à publier dans les deux ans qui suivront la proclamation du prix un travail sur ces recherches et leurs résultats.

Ce travail, ou un résumé de ce travail, pourra être publié à la suite des comptes rendus du Congrès annuel de l'Association française d'urologie.

Le prix sera publiquement décerné pendant l'assemblée générale du Congrès de l'Association.

Pour l'année 1935, le prix Etienne Taesch sera de 7.500 fr. — Adresser les inscriptions avant le 1<sup>er</sup> juin 1935 à M. le docteur L. Michon, secrétaire général de l'Association française d'urologie, 34, boulevard des Invalides, Paris (VII<sup>e</sup>).

**CONFÉRENCE SUR MUSSOLINI ET LA LATINITÉ.** — A l'occasion des fêtes franco-italiennes et de l'exposition de l'Art italien, sous les auspices des Amitiés de France, du Comité France-Italie, de l'Union médicale latine, le docteur Dantigues fera une conférence sur : « Mussolini et la latinité ».

Cette conférence aura lieu le mardi 14 mai, à 21 h. précises, au Cercle militaire, place Saint-Augustin.

Cette conférence sera honorée de la présence de Son Excellence le comte Pignatti Morano di Custozza, ambassadeur d'Italie à Paris.

Participation aux frais : 8 fr. et 5 fr.

La location est ouverte au Cercle militaire et au siège de l'Union médicale latine, 81, rue de la Pompe, Paris (XVI<sup>e</sup>).

**BANQUET MÉDICAL D'ACTION FRANÇAISE.** — Le banquet médical, réunissant les inscrits et les sympathisants à l'Action française, aura lieu le jeudi 16 mai 1935, à la salle Butlier, boulevard Saint-Michel. En l'absence de M. Ch. Fiessinger, empêché par un deuil cruel, le banquet sera présidé par M. le professeur Abelous, ancien doyen de la Faculté de Toulouse, assisté de MM. le professeur agrégé Alajouanine, médecin des hôpitaux de Paris; Ed. Pichon, médecin des hôpitaux de Paris; Léon Daudet et Charles Maurras.

Les dames sont invitées, tenue de ville. Prix du banquet, 35 fr.; étudiants, 26 fr. — A dresser les adhésions à l'Action française, 1, rue du Boccador, Paris (VIII<sup>e</sup>).

**AMPHITHÉÂTRE D'ANATOMIE.** (M. le docteur Maurice Robineau, directeur des travaux scientifiques.) — Le cours hors série d'opérations chirurgicales (chirurgie générale de l'appareil urinaire et chirurgie de l'appareil génital de l'homme), en huit leçons, par M. le docteur P. Lecœur, professeur, commencera le lundi 13 mai 1935, à 14 h., et continuera les jours suivants, à la même heure.

Les auditeurs répéteront individuellement les opérations. Droit d'inscription : 300 fr.

Se faire inscrire : 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (V<sup>e</sup>).

## INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

### L'UNION NATIONALE DES ÉTUDIANTS RÉCLAME LE BACCALAURÉAT CLASSIQUE

Les campagnes menées dans la *Gazette des Hôpitaux*, la *Presse Médicale*, le *Concours Médical* et l'*Information Universitaire* ont porté leurs fruits. Les vœux réitérés votés par l'*Association Corporative des étudiants en médecine de Paris*, gardienne vigilante de la tradition classique auprès de la jeunesse médicale, ont été retenus par tous les étudiants de toutes les Facultés de France.

Pour moi qui n'ai ménagé ni mon temps ni ma peine dans cet ordre d'idées, il m'est particulièrement agréable de relever le vote du Congrès de Tours publié dans la *Gazette des hôpitaux*. Ce vote est la consécration de nos efforts collectifs, de ceux de Tissier-Guy et d'Herpin au syndicat des médecins de la Seine; de Cibrie et d'Hilaire à la Confédération des syndicats; de d'Ayrenx et Dévé au Conseil général des Sociétés d'arrondissement et à la Fédération Corporative des médecins de la région parisienne; de Desfosses, dans la *Presse médicale*; de F. Le Sourd, dans la *Gazette des hôpitaux*.

Ce vote prouve que les interviews que j'ai naguère publiées sur la nécessité de la formation classique du médecin et qui émanaient des professeurs Marfan, Balhazard, Sergent et Roussy ont été retenues par tous les étudiants de France.

Les étudiants des A. G., comme ceux des *Corpos*, rejettent les néfastes bachots de 1902 et réclament le bachot de Léon Bérard avec latin-grec obligatoire : tel est le résultat du Congrès de Tours. Celui-ci devra être suivi d'une action immédiate au Parlement et auprès de M. Cavalier, directeur de l'Enseignement supérieur. La jeunesse réclame le retour aux seules sources classiques du Beau et du Vrai, et elle gagnera la victoire. Nous serions impardonnables de ne pas applaudir de toutes nos forces son vote retentissant qui a eu lieu le même jour où le président Gaston Doumergue, ouvrant à Nice le Congrès de l'Association Guillaume Budé, réclamait à son tour la réforme classique de tout notre enseignement secondaire.

MAURICE MORDAGNE.

**L'ultra-violet. La lumière solaire et artificielle. L'infra-rouge**, par J. AINARD et H. DAUSSET. 5<sup>e</sup> édition (1933). Petit in-8° de 300 pages. — Prix : 25 fr. — Paris, Expansion scientifique française, 23, rue du Cherche-Midi.

**La tuberculose en Indochine**, par le docteur Louis BUI. Préface du professeur LÉON BERNARD. In-8° de 124 pages. Prix : 18 fr. — Paris, Vigot frères.

**Les avortées ou le droit de vivre**, roman de H. GONZALVE-MENUISIER. In-8° de 263 pages. — Prix : 15 fr. — *Mer-cure universel*, à Lille et Paris.

**OUATAPLASME** du D<sup>r</sup> L'ANGLEBERT  
PANSEMENT COMPLET  
Phlegmasi., eczémas, brûlures, etc

**Iodarsenic** DU D<sup>r</sup> GUIRAUD  
(Gouttes Iodophiles)  
Tous états cancéreux - Lymphomes - Maladies cutanées  
Literature et Echantillons : 10, Impasse Milord, Paris (18<sup>e</sup>)

Toux  
Osspnée **IODEINE MONTAGU**



LABORATOIRE NATIVELLE

27, Rue de la Procession — PARIS (15<sup>e</sup>)

**NATIBAÏNE**

ASSOCIATION

**1/3**

**DIGITALINE NATIVELLE**

**2/3**

**OUABAÏNE ARNAUD**

DU

LABORATOIRE NATIVELLE

La NATIBAÏNE est la seule association des deux glucosides connus et appréciés : la DIGITALINE NATIVELLE, employée par tous les Praticiens, et l'OUABAÏNE ARNAUD, qui est le seul produit extrait du Strophantus Gratus ayant servi aux essais cliniques publiés par les Professeurs et les Docteurs : Vaquez et Lutembacher, Laubry, Clerc, Lian, Ribierre, Gallavardin, Laubry, Minet, Legrand, Pagliano, etc.

ÉCHANTILLONS ET LITTÉRATURE ENVOYÉS SUR DEMANDE

# SANÉDRINE

Ephédrine Lévoxyre

AGIT PAR VOIE  
BUCCALE

EFFETS  
PERSISTANTS

TOUTES LES INDICATIONS  
DE  
L'ADRENALINE

TUBES DE 20  
COMPRIMÉS  
à  
0,025

ADULTES :  
2 à 6  
COMPRIMÉS  
PAR  
JOUR

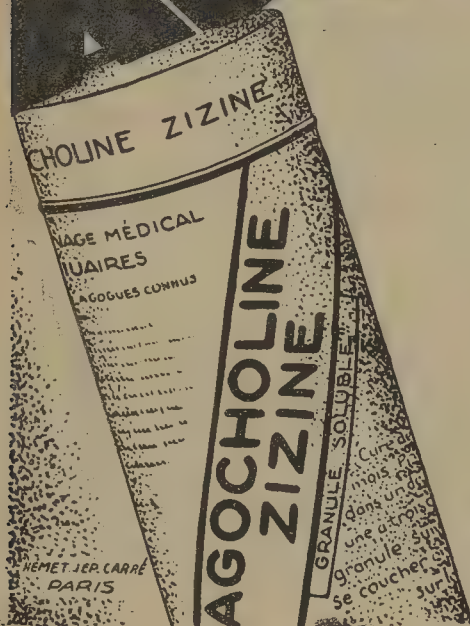
SOCIÉTÉ PARISIENNE d'EXPANSION CHIMIQUE  
— Specia —

MARQUES **POULENC Frères & USINES du RHONE**  
86, rue Vieille du Temple, PARIS 3<sup>e</sup>

DRÉVILLE

# AGOCHOLINE

(GRANULÉ SOLUBLE)



## CHOLECYSTITES CHRONIQUES CONGESTION DU FOIE

Lithiase biliaire - Ictère et Cholémie

Dyspepsies réflexes - Constipation  
Migraines, Vertiges, Eczéma, Prurit

d'origine  
hépatobiliaire

**Posologie :** 1 à 3 cuillerées à café le matin à jeun, dans un demi verre d'eau chaude.

**LABORATOIRES DU D<sup>r</sup> ZIZINE**  
24, 26, Rue de Fécamp - Paris (XII<sup>e</sup>)



## HOPITAUX ET HOSPICES CIVILS DE PARIS

## RÉPARTITION DES CHEFS DE SERVICE

## DES CHEFS DE CLINIQUE

## DES INTERNES ET EXTERNES

POUR L'ANNÉE 1935-1936

**A. HÔTEL-DIEU.** — 1. Médecin : M. le prof. Carnot ; chefs de clinique : MM. Cachera, Busson, Laffitte, Maisson ; chefs de laboratoire : MM. Deval, Coquoin, Lavergne, Dioclès, Dognon, Mlle Tissier ; internes : MM. Boris (Georges), Catinat ; externes : MM. Loiseau (James), Bailly (Pierre), Gertzberg (Victor), Mlles Haller (Reine), Darkovsky (Véra), Feder (Arllette), MM. L'Hirondel (Jacques), Delouche (Gaston), Chessebeuf (Louis), Etevé (Jacques), Mathias (Jean), Fèrier (Robert).

2. Médecin : M. Halbron ; assistant : M. Lenormand ; interne : Mlle Lyon ; externes : MM. Chappelart (Pierre), Goudot (André), Mlle Plouchart (Joselyne) ; MM. Roulland (Henry), Striber (André).

3. Médecin : M. Baudouin ; assistant : M. Azerad ; interne : M. Facquet ; externes : MM. Bargain (Rolland), Buvat (Jean), Libert (Raymond), Bachellier (Roger), Kuss (René).

4. Médecin : M. Lévy-Valensi ; assistant : M. Justin Besançon ; interne : Mlle Morel ; externes : MM. Poussier (Francois), Blinder (Roger), Falk (Moses), Verdez (François), Mlle Bulet (Simone), M. Pequignot (Henri).

5. Médecin : M. Henri Bénard ; assistant : M. Cord ; interne : M. Bidou ; externes : M. Rabourdin (Jean), Mlle de Neyman (Marie), M. Charollais (Maurice), Mlle Tourneville (Renée), MM. Davidovici (Albert), N...

6. Chirurgien : M. le prof. Cunéo ; assistants : MM. Jacques Bloch, Jean Sénèque ; chefs de clinique : MM. Sicard, Blondin, Tailhefer ; chef de laboratoire : M. Nicolas ; internes : MM. Jomain, Lachmann, Adrianopoulos, Suchmann, Varangot ; externes : Mlles Brusseaux (Anne-Marie), Albullesco (Marianne), Arditti (Myriame), MM. Gillet (Henri), Parsy (Gilbert), Maigne (Jacques), Sterboul (Isaac), Masson (Maurice), Mendelsohn (Bernard), Mlle Tostivint (Henriette), MM. Rognon (Lucien), Hewitt (Jean), Mlles Aftalion (Marie-Louise), Kletter (Félicie), MM. Maille (André), Vittrant (Jacques).

7. *Ophthalmologie.* — Médecin M. le prof. Terrien ; assistant, M. Blum (Jacques) ; chefs de laboratoire : MM. Bousseau, Hudelo, Rocher, Allotte de la Fuye ; chefs de clinique : M. Dumont (P.), Mme Valloy-Braun ; adjoint : M. Hermann ; internes : MM. Voisin, Guillaumat ; externes : MM. Bauer (Jean-Claude), de Berg (Serge), Elhaik (Victor), Pestel (Maurice), Courchet (Adolphe), Houdart (Raymond), Sadri (Mohamed).

8. Accoucheur : M. Chirié ; assistant : M. Digonnet ; internes : MM. Rouchy, Chenebault ; externes : Mlle Bareillier-Fouché (Gisèle), MM. Gazel (Marie), Pietroni (Michel), Lanneville (Jean-Marie), Menanteau (André), Dubos (Pierre).

9. *Consultation (Médecine)* : M. Gutmann ; assistant : M. Beaugeard ; interne : M. Fiehrer ; externes : MM. Le Bigot (André), Mozis (Silvio), Kavoussi (Mehdi), Wagner (Jean-Jacques).

10. *Consultation (Chirurgie)* : M. Cahen ; externes : MM. Weydert (Joseph), Desfosses (Louis), Cabrière (Roger).

11. *Consultation dentaire.* — M. Béliard ; assistant M. Duffieux ; adjoint : M. Lebourg ; externes : Mlle Sérot (Suzanne), élève en médecine ; M. Calvet (Joseph), élève en médecine.

12. *Electro-Radiologie.* — Chef du service central : M. Lagarenne ; chef adjoint (f. f.) : M. Dioclès.

13. *Hydrothérapie et thermothérapie.* — Chef de service : M. Dausset ; chefs adjoints : MM. Chenilleau et Frier (Marcel) ; externes : M. Pinoteau (Roger), Mlle Weissbrod.

14. *Service de Physiothérapie.* — Chef de laboratoire : M. Lévy-Lebahr ; assistantes : Mmes Pages, Chambet ; MM. Brace-Gillot, Arraud.

**B. LA PITIÉ.** — 1. Médecin : M. le prof. Rathery ; chefs de clinique : MM. Derot, Hesse ; chefs de laboratoire : MM. Doubrow, de Traverse ; interne : M. Bargeton (Daniel) ; externe en premier : Mlle Sainton (Jacqueline) ; externes : Mme Mathey (Yvonne), MM. Mathieu (Claude), Lenoir (Jean-Pierre), Mouchot (Gabriel), Rault (André), Toulouse (Rémy), Babou (Georges).

2. Médecin : M. le prof. Clerc ; chefs de clinique : MM. Bascouret, Schwob, Zadoc-Kahn, Lenègre ; chefs de laboratoire : M. Villars, Mlle Gauthier, M. Paris ; interne, M. Delamare ; externes : MM. Agnard (Charles), Belot (Emile), Delair (Guy), Dupont (Victor), Rouault (Charles), Ronsin (Michel), Vincent (Max).

3. Médecin : M. Laignel-Lavastine ; assistant : M. Bonnard ; internes : MM. Delaitre (René), Willot (Gérard) ; externes : MM. Darris (Charles), Auregan (Maurice), Bertrand (Jean), Delormeau (René), Grindefer (Maurice), Mme Krewer née Ilbert (Andrée), MM. Marcault (Prosper), Pouget (Paul), N...

4. Médecin : M. Aubertin ; assistant : M. Robert Lévy ; interne : M. Pergola (André) ; externe en premier : M. Philippe (Léon) ; externes : MM. Langevin (Jean), Maignan (Ch.), Le Sueur (Guy), Laurence (Jean), Bolo (Robert).

5. Médecin : M. Vincent ; assistant : M. Puech ; internes : MM. Lemant (Jacques), Desvignes (Pierre) ; externes : MM. Thieblot (Louis), Bessil (Emile), Placa (Alexandre), Lepintre (Yves), Cahen (Jacques), Danset (Pierre), N...

6. Médecin : M. Harvier ; assistant : M. de Brun du Bois Noir ; interne : M. de Font-Réaulx ; externes : MM. Le Sourd (Maurice), Carasso (Raoul), Sénéchal (Jean-Jacques), Bancaud (Eugène), Mlle Lemarchand (Geneviève), M. Lœper (Jacques), Mme Dubarry née Bonjean.

7. Chirurgien : M. Baumgartner ; assistant : M. Banzet ; internes : MM. d'Escrivan (Roger), Barbier (Léon), Brehant (Jacques) ; externes : MM. Cornet (Etienne), Mouton (Georges), Raufman (Louis), Mlle Bartfeld (Dora), MM. Larcelet (Germain), Denoyelle (Maurice), Landau (Pierre), Legrand (Marcel), Colsenet (Jean).

8. Chirurgien : M. Chevrier ; assistant : M. Oberlin ; internes : MM. Maruelle (Roger), Jouanneau (Pierre), Grépinet (Hubert) ; externes : MM. René-Boisneuf (Jean), Stora (Elié), Mlle Kaplan (Olga), MM. Coulon (Maurice), Bertin (Pierre), Nataf (Aaron), Castaigne (Paul), Martin (Paul).

9. Chirurgien : M. Küss ; assistant : N... ; internes : MM. Maynadier (Pierre), Flourens, Challiol ; externes : MM. Toudskoff (Paul), Leroux (Paul), Krawiecki (Abraham), Uzan (Maurice), Bonvalet (Jacques), Prestrot (Jean), Iancu (Bernard), Lera (Enrique).

10. Accoucheur : M. le prof. Jeannin ; chefs de clinique : M. Franco, Mlle Versini ; chef de laboratoire : M. Minvielle ; interne : M. Maury (Jacques), externes : Mlle Cotton (Henriette), Mme Moncorgé née Mousseau (Marcelle).

11. *Consultation (Médecine).* — M. Escalier ; assistant : M. Bourgeois (Jean) ; externe en premier : M. Salleron ; externes : MM. Dissez (Charles), Poggioli (Victor), Elbaz (Charles).

12. *(Chirurgie).* — M. Fredet ; assistant : M. Milhiet ; externes : MM. Jouon (Hubert), Mousseau (Maurice), Saks (Pierre).

13. *Oto-rhino-laryngologie.* — M. Ramadier ; externes : MM. Fekète (Adalbert), Grévin (Fernand), Rouyer (François).

14. *Ophthalmologie.* — Ophthalmologiste : M. Cerise ; assistante : Mlle Kaz ; externes : MM. Poltorak, élève, N..., Martin (Pierre).

15. *Consultation dentaire.* — M. Bozo ; assistants : MM. Vincent, Chevallier ; adjoint : ; externes : MM. Le-louzé (Guy), Aronowicz, élève.

16. *Electro-Radiologie.* — Chef du Service central : M. Delherm ; chefs adjoints : MM. Thoyer-Rozat, Morel-Kahn ; assistants : MM. Codet, Devois, Fischgold, Strouzer ; interne : M. Lefebvre (Jacques) ; externes : M. Bernard (Jacques), Mlle Blairon.



17. *Postes de radioscopie* : assistants: Mme Duclaux, MM. Chenot, Stuhl.

### C. LA CHARITÉ. — Fermé.

**D. SAINT-ANTOINE.** — 1. Médecin : M. le prof. Lœper ; chefs de clinique MM. Fouquet, Gaucher, Mlle Heimann, M. Langlois ; chefs de laboratoire : MM. Duchon, Weill, Tribout, Guillaumin ; internes : MM. Roy (Louis), Varay (André) ; externes : MM. Doudeuil (Jacques), Prunel (Maurice), Mlle Aldou (Fernande), MM. Deguillaume (François), Campagne (Jean), Schaefer (Georges), Aureneche (André).

2. *Service des tuberculeux*. — M. Jacob ; interne : M. Dupuy ; externes : Mme Temine née Morhange, M. Parrot (Robert).

3. *Centre de triage*. — Médecin : M. ; externes : M. Leibovici (Marcel), Mlle Rémond (Simone), M. Tran-Van-Luong.

4. Médecin : M. F. Ramond ; assistant : M. Chêne ; interne : M. Gisselbrecht (Jean) ; externes : MM. Herzig (Paul), Danel (Jean), Vialard (Jean), Viers (Jules), Lacombe (Roger), de Paulo (Jacques).

5. Médecin : M. Pagniez ; assistant : M. Pichet ; interne : M. Rendu ; externes : M. Maillard (Jean), Mlle Corre (Lucienne), MM. Cornet (André), Loiseau (Jacques), Veyrières (Jean).

6. Médecin : M. Faure-Beaulieu ; assistant : M. Robert Cahen ; interne : M. Genty (Pierre) ; externes MM. Costa (Raymond), Tahar (Lucien), Solomon (André), Sabet.

7. Médecin : M. Chabrol ; assistant : M. Maximin ; interne : M. Sallet ; externes : Mlle Balossini (Marie), MM. Villaret (Bernard), Joublin (Jean), Haguet (Jean), Priot (Jacques), Giraud (Paul).

8. Médecin : M. M.-P. Weil ; assistant : M. Oumansky ; interne : M. Moline (Roger) ; externes : MM. Charpentier (Georges), Bugaut (Louis), Bondoux (Philippe), Theiler (René).

9. Médecin : M. Cain ; assistant : M. Cattin ; interne : M. Bensaude (Alfred) ; externes : MM. Bauchard (Jean), Baussan (Pierre), Fouassier (Amédée), Ferrasson (Paul).

10. Chirurgien : M. le prof. Grégoire ; assistant : M. Michon ; chefs de clinique : MM. Couvelaire, Vuillième ; chef de laboratoire : M. Delavenne ; internes : MM. Leuret (Jean), Delinotte (Pierre), Rodier (Pierre) ; externes : MM. Blancard (Pierre), Léger (Bernard), Marlingue (Guy), Leibovici (Serge), Soulier (Jean), Coblentz (Bertrand), Minkowsky (Alexandre), Labouré (Marc).

11. Chirurgien : M. Bréchet ; assistant : M. Reinhold ; internes : MM. Girard (Emile), Greene (Justin), Delorme (Max) ; externes : M. Berrier (Edouard), Mlle Leuthreau (Marie-Madeleine), MM. Matheron (Jean-Marie), Bricaire (Henri), Mme Carpentier née Salomon, MM. Schilte (Pierre), Delcambre (Raymond).

12. *Oto-rhino-laryngologie*. — M. Grivot ; assistant : M. David (Ernest) ; internes : MM. Vaidie (William), Loiseau (Guy) ; externes : MM. Labayle (Jean), Pach (Arthur), Drylewicz (Gdala), Mlle Rivet (Suzanne), M. Ruel (Henri).

13. Accoucheur : M. Lévy-Solal ; assistant : M. Sureau ; internes : M. Mathivat, Mlle Abadi ; externes : Mme Lam-Van-Ngî née Grinblatte, MM. Faulloy (Jules), Hané (Paul), Mlle Chotiau (Marianne), M. Blechet (Marcel).

14. *Consultation (Médecine)*. — M. Boltanski ; externe en premier : M. Lachter-Pachter ; externes : MM. Phéline (Pierre), Goldenbaum (Joseph), Weissmann (Salomon), Gatovsky (Emile).

15. (*Chirurgie*). — M. Braine ; assistant : ; externes : MM. Ecklé (Pierre), Krewer Ber, Verstraete (Claude), Avril (Antoine).

16. *Ophthalmologie*. — M. Prêlat ; assistant : M. Delobel ; externes : M. Pinchinat (Antoine), Mlle Merle (Hélène), M. Schtakleff (Athanase).

17. *Consultation dentaire*. — M. Thibaut ; adjoint : M. Lacaisse ; assistant : M. Marie ; élève : M. Szeszaniakowski.

18. *Electro-Radiologie*. — Chef du service central : M. Solomon ; chefs adjoints : MM. Gibert, N... ; assistants : MM. Jaudel, Vitenson (F.) ; externes : MM. Lajoinie (Pierre), Carpentier (Henri).

19. *Service temporaire de médecine*. — Externe :

**E. NECKER.** — 1. Médecin : M. Villaret ; assistant : M. Bith ; interne : M. Baumgartner (Philippe) ; externes : M. Stevenin (Laurent), Mlle Sautel (Madeleine), MM. Feuille (Pierre), Comte (Joseph), Mme Orgeolet née Renault.

2. Médecin : M. Laederich ; assistant : ; interne : M. Duval (Alain) ; externes : MM. Denizet (Pierre), Caruana (Marcel), Roujon (Guy), Bauer (Lazare), Mlle Ménant (Claudie).

3. Médecin : M. Fiessinger ; assistant : M. Olivier ; interne : M. Boudin (Georges), Médaille d'or : M. Bosquet ; externes : MM. Vivien (Paul), Sénéchal (Robert), Luturaan (Philippe), Mlle Wuest (Mirtha).

4. Médecin : M. Binet ; assistant : M. Kaplan ; interne : M. Parrot (Jean-Julien) ; externes : Mlle Barret (Suzanne), MM. Camus (Jean), Lefer (Robert), Stutenky (Siegfried).

5. Chirurgien : M. le prof. Marion ; assistant : M. Fey ; chefs de clinique : MM. Pérard, Bouchard ; adjoints : chefs de laboratoire : MM. Colombet, Chabanier, Mlle Kogan, M. Truchot ; internes : MM. Sergent (André), Stéphan (Lucien), Médaille d'or : M. Poilleux (Félix) ; externes : MM. Tran-Van-Con, Botreau-Roussel (Paul), Guéret (André), Coulombeix (Henri), Vassal (Jean), Nespoulous (Jacques), Vakili (Ghanbor), Fénéon (Jacques), Rybinsky (Albert), Kropff (Georges).

6. Chirurgien : M. Jean Berger ; assistant : M. Gally ; internes : MM. Vauclin (Paul), Mialaret (Jacques), Hutin ; externes : Mlle Monin (Françoise), MM. Panthier (René), Durand (Maurice), Sevilleano (Eugène), Isorni (Philippe), Rey (Jean), Schlafer (Jacques).

7. Chirurgien : M. Rouhier ; assistant : ; internes : MM. Osenat (Pierre), Strée (Albert) ; externes : MM. Vialard-Goudou (Maurice), Villebrun (Joseph), Mlle François (Bernadette), Grould (Paule), M. Tremblin (Gilbert).

8. *Consultation (Médecine)*. — M. Lambling ; assistant : M. Thomas ; externe en premier : M. Soullignac ; externes : MM. Raynaud (Henri), Sauvage (Henri), Gordowski (André).

9. (*Chirurgie*). — M. Quénu ; assistant : M. Guillot ; externes : M. Parrain (Emile), Mme Gasne née Rouard.

10. *Consultation dentaire*. — M. Gornouec ; élèves : Mlle Cypin (Eugénie), M. Raust (Jean-Marie).

11. *Electroradiologie*. — Chef du service central : M. Guibert ; adjoint : M. Petit ; assistante : Mme Baude-Lacascade ; externe : M. Boboc (Georges) élève.

*Clinique des voies urinaires*. — M. Fey.

*Centre anti-cancéreux*. — M. Gally.

**F. ENFANTS-MALADES.** — 1. Médecin : M. le prof. Nobécourt ; adjoint : ; chef de clinique : MM. Ducas, Vestlot ; chefs de laboratoire : MM. Pretet, Lafaille ; interne : M. Patey (Georges) ; externes : M. Gheorghiu (Nicolas), Mlle Massiot (Paulette), M. Poissonnet (Henri), Mlle Eliakim (Julie), M. Gandrille (Marcel), Mlle Griboval (Marie-Louise), Haller (Sylvie).

2. Médecin : M. Weill-Hallé ; assistante : Mlle Vogt ; interne : M. Mouchotte (Robert) ; externes : MM. Dufour-Lamartinie (François), Mlle Houades (Solange), MM. Weill (Francis), Rougé (Paul), Mlle Blumenfeld (Irma).

3. *Crèche ancienne et nouvelle*. — M. Weill-Hallé ; externe en premier : M. Rambert (André).

4. Médecin : M. Armand-Delille ; assistant : M. Lestoquoy ; interne : M. Herrenschildt (Jean) ; externes : MM. Bell (Jacques), Baugé (Charles), Lambert (Raymond), Mlle Pevet (Carille), Mme Calvet née Cottineau (Renée).

5. *Sélection*. Externes en premier : Mlle Jomier, M. Brincourt.

6. Médecin : M. Darré ; assistante : Mlle Landowsky ; interne : M. Laplane ; externes : MM. Gautreau (Pierre), Faye (François), Mme Levacktevitich née Jakovler, MM. Beauvais (Pierre), Audoly (Paul), Livory (Marcel).

7. Médecin : M. Tixier ; assistant : M. Bize ; interne : M. Eck ; externes : Mlle Heulot (Raymonde), Thevenot (Geneviève), MM. Fraquet (Paul), Bonnet (Jacques), Samain (Adrien), Vincent (Jules), Arnold (Edouard).

8. Chirurgien : M. le prof. Ombrédanne ; assistants : MM. Fèvre, Lance ; chefs de clinique : MM. Armingeat, Petit (Pierre) ; chef adjoint : M. Bertrand (Pierre) ; chef de laboratoire : M. Saint-Girons ; internes : MM. Calvet, Lejeune ;



externes : MM. Klotz (Pierre), Kaepelin (Marie), Mme Rambert ; MM. Auslander (Marcel), Badinier (Pierre), Lartigue (Paul), Ferrari (Jacques), Saïdi (Ali).

9. *Service médical d'Antony*. — M. le prof. Ombrédanne ; assistant : M. Fèvre ; interne : M. Faugeron ; externes : M. Legris (Jean), Mlle de Laquière.

10. *Chirurgien* : M. Bergeret ; assistant : ; interne : M. Barthélemy (Pirre) ; externe en premier : M. Sterin ; externes : Mlles Dubuisson (Madeleine), Blond (Marie), Kouidjy (Simone), Soudant (Christiane), Krilitchevsky (Tatiane).

11. *Ophthalmologie*. — Ophthalmologiste : M. Le Mée ; assistant : M. Richier ; interne : MM. Zhâ (Jean), Broutman (Jacques) ; externes : MM. Léon (Albert), Izraël (Salvator), Worré (Félix), Pinot (Jean), Rosensteck (Neuman), Ben-Hamou (David).

12. *Oto-rhino-laryngologie*. — M. Velter ; assistante Mlle Ostwalt (Hélène) ; interne : M. Trotot ; externes : Mlles Pauliac (Madeleine), Mottez (Mathilde), M. Ryckebusch (Jean).

13. *Electro-radiologie*. — Chef du service central : M. Duham ; adjoint : M. Dubost ; assistants : MM. Goubert, Moro ; externe : M. Combes (André).

14. *Service temporaire contagieux pour enfants* (Pavillon Maria Richard). — Médecin : M. ; externes :

15. *Service temporaire poliomyélite*. — M. le prof. Nobécourt ; externe en premier : M. Abaza ; externes : Mme Ternois (Louise), M. Steinberg (Robert).

16. *Consultation de stomatologie*. — M. Gornouëc ; assistant : M. Chauffard ; assistant adjoint : M. Houzeau.

**G. COCHIN.** — 1. Médecin : M. le prof. Labbé ; chef de clinique : MM. Goldberg, Uhry, Louvet, Thiéry ; chefs de laboratoire : MM. Gallais, Busy ; internes : MM. Mallet (Robert), Ménétrel (Bernard), Ulmann (Marcel) ; externes : MM. Girault (Louis), Fischgrund (André), Mlle Onfray, MM. Girard (Rosan), Brisson (Fernand), Mlles Bentkovsky (Gaby), Provendier (Marie), MM. Filippi (Paul), Pouck (Emile), Weichsler (Jean), Callerot (Louis), Lecœur (Jacques), Leroy (Marc).

2. Médecin : M. Pinard ; assistante : Mlle Corbillon ; chef de laboratoire : M. Giraud ; internes : MM. Hertz (Simon), Morax ; externes : MM. Fayein (André), Aupinel (Rodolphe), Blanchard (Jacques), Pinon (Louis), Mlle Willocq (Germaine), M. Faugoux (Jean).

3. *Service de malariathérapie*. — Médecin : M. Pinard ; externes : MM. Bassé-Parton, Lederer (Wilfrid).

4. Médecin : M. Ameuille ; assistants : MM. Hinault, Lejars, Kudelski, Lebègue ; interne : M. Scheid (Jean) ; externes : MM. Pasher (Jean), Froidefond (Maxime), Bourlière (François), Rochlin (Naum), Souriac (Pierre), Martin (Joseph).

5. *Service du dispensaire*. — Interne : M. Gautier (Jacques) ; externes : M. Boulenger (Pierre), Mlle Beaughon (Marguerite), MM. Tiet (Jacques), Cornaire (Louis).

6. *Service temporaire tuberculeux*. — Externe en premier : M. Lemoine (Jean) ; externes : M. Nadiras (Pierre), Mlle Delmas (Denise), M. Hochedel (André).

7. *Pavillon tuberculeux* (femmes). — Médecin : M. Ameuille ; externes : MM. Boutroy (Henri), Eman-Zade.

8. Médecin : M. Chevallier ; assistant : M. Colin ; chef de laboratoire : Mlle Kahn ; interne : M. Gorse ; externes : MM. Dullin (Claude), Mattei (Marc), Rouault (Michel), Thorel (François), Feldmann (Pierre), Jacquet (Maurice).

9. *Chirurgien* : M. le prof. Lenormant ; assistants : MM. Wilmoth, Ménégau ; chefs de clinique : MM. Cordier, Conliadès, Mouchet ; chefs de labor. : MM. Beauvy, Perrot, Rappeneau ; internes : MM. Lazard (François), Bloch (Léon), Barcat (Jean), Lance (Marcel), Mathey (Jean) ; externes : MM. Uzan (Henri), Le Louet (Félix), Lobjois (André), Hadengue (André), Petit (Jacques), Ducournau (Jean), Umdenstock (Robert), Petitot (Albert), Wibrotte (Jean), Torlet (Jean), Bastain (Raymond), Carlotti (Jacques), Raymond (Jean).

10. *Annexe de la clinique chirurgicale orthopédique*. — Chirurgien : M. le prof. Mathieu ; internes : MM. ; externes :

11. *Chirurgie* : M. le docteur Chevassu ; assistant : M.

Bayle ; internes : MM. Neyraud (Charles), Léger (Lucien) ; externes : M. Halley (Guillermo), Mme Penit, née Cuvillier ; MM. Gougerot (Louis), Dufourmentel (Claude), Goldstein (Adolphe), de Fourmestaux (Jean), Lebetre (Noël).

12. *Chirurgien* : M. le prof. Mathieu ; chefs de clinique : MM. Padovani, Gérard, Marchant ; chef de labor. : M. Letulle ; internes : MM. Judet et Fontaine ; externes : MM. Serre (Louis), Sohler (Jean), Vasquez (Cruz), Buchenaud (Jean), Lemarchand (Charles).

13. *Consultation (Médecine)*. — M. Costes ; assistant : M. Salmon ; externe en premier : M. Fauvet ; externes : MM. Jacquemin (Henri), Borde-Sue (Paul), Boncour (Robert).

14. (*Chirurgie*) (rattachée au service de la clinique chirurgicale). — Assistants : MM. Wilmoth, Ménégau ; externes : MM. Negellen, Tetu (René), Mariani (François), Forestier (Robert).

15. *Ophthalmologie*. — Ophthalmologiste : M. Bollack ; assistante : Mme Delthil ; externes : MM. Belloy (André), Gilbert (Michel).

16. *Consultation (oto-rhino-laryngologie)*. — M. Leroux ; chef adjoint : M. Gouzé (Jacques) ; externes : Mlle Vialet (Lucie), M. Charib (Mohamed).

17. *Electro-radiologie*. — Chef du service central : M. Ronneaux ; chef adjoint : M. Desgrez ; assistants : MM. Cadreau, Barreau ; externe : M. Chiche (Paul).

18. *Consultation dentaire*. — M. Maurel ; adjoint : M. Fleury ; assistant : M. Omnès ; élèves : MM. Mamigou et Géré.

**H. BEAUJON-CLICHY.** — 1. Médecin : M. Troisier ; assistant : M. Bariéty ; interne : M. Macrez ; externe en premier : M. Meyer ; externes : MM. Chédru (Jean), Tortat (André), de Lavedan de Casaubon, Petit-Norbert, Mlle Dubois (Marie-Thérèse).

2. Médecin : M. Stévenin ; assistant : M. Lelourdy ; interne : M. Franchel (Félix), externes : Mlle Lafontaine (Jeanne), MM. Casanova (Antoine), Patou (Jacques), Balazuc (Jean), Mlle Malan (Jeanne).

3. Médecin : M. Donzelot ; assistant : M. Meyer (André), interne : M. Olivier (Jean) ; externes : MM. Petit (Maurice), David (Elie), Rolland (Marcel), Kolpenitzky (Roger), Gauthier (Raymond).

4. Médecin : M. Richet ; assistant : M. Sourdel ; interne : M. Borgida (Joseph) ; externes : M. Bloch (Mirtil), Mlles Harispe (Denise), Prettre (Françoise), MM. Chardon (Pierre), Cayro (Paul).

5. Médecin : M. Léon Kindberg ; assistant : ; interne : M. Netter (Henri) ; externe en premier : M. Rogé. externes : MM. Pinchenzon (Beulion), Sauzier (Paul), Paris (Claude), Tiscat (Roger), N...

6. Médecin : M. Turpin ; assistant : ; chef de labor. : ; interne : M. Lafon ; externes : MM. Barry (René), Ristelheuber (Jean), Barry (Claude).

7. *Chirurgien* : M. Basset ; assistant : M. Ameline ; internes : MM. Debidour, Vignalou, Guénin ; externes : MM. Harel (Robert), Guillaume (Roland), Enel (Jacques), Grunspan (Georges), Bailly (Jean-Marie), Mlles Manganot (Marie), Garnier (Marie), Keim (Linette).

8. *Chirurgien* : M. Okinczyc ; assistant : M. Huard ; internes : MM. Simon (Roger), Gross (Georges), Caby (François) ; externes : Mlle Desmonts (Alice), MM. Capron (Pierre), Verriez (Charles), Dubel (Guy), Verliac (François), Bena (Michel), Barré (André), Fronville (Pierre).

9. *Chirurgien*. — M. Guimbellot ; assistant : ; internes : MM. Douay (Abel), Filhoulaud (Henri), Bouteau ; externes : MM. Barnier (André), Bonnesis (Pierre), Mlle Lazinier (Jacqueline), M. Blaire (Gérard), Mlle Lauer (Laure), MM. Reynaud (Jean-Baptiste), Tola (Alfred), Marmier (Robert).

10. *Oto-rhino-laryngologie*. — M. Baldenwek ; assistant : D. Granet ; assistant suppléant : M. Magnien ; interne : M. Bourdial ; externes : MM. Butzbach (Jean), Hermaim (André), Mlle Raymond (Maria), M. Marsault (J.-M.).

11. *Ophthalmologie*. — Ophthalmologiste : M. Bourdier ; assistant : M. Juvanon ; interne : M. Giraud ; externes : MM. Lobrichon et Malvezin.

12. Accoucheur : M. Levant ; assistant : ; internes : MM. Lauret (Georges), Ollivier-Henry ; externes : MM. Demange (Michel), Baudon (Jacques), Dervaux (René), Corcelle (Jean), Mlle Ulrich (Cécile), N...

13. *Consultation (Médecine)*. — M. Decourt ; assistant : M. Bloch ; externe en premier : M. Kaplan ; externes : MM. Guillemain (Georges), Léandri (Lucien), Geffriaud (Marcel).

14. (*Chirurgie*) : — M. Alglave ; assistant : M. N... ; externes : MM. Lamy (Jean), Monteau (René), Jardel (Gérard).

15. *Electro-radiologie*. — Chef du service central : M. Aubourg ; chefs adjoints : MM. Joly et Surmont ; assistants : MM. Gauillard, Piffault, Pulsford ; interne : M. Brumpt ; externes : MM. Geismar et Gaudron.

16. *Consultation dentaire*. — M. L'Hirondel ; assistant : M. Sassier.

BEAUJON. Paris. — 17. *Service temporaire de médecine*. — Médecin : M. Jacquelin ; internes : MM. Baudouin et Turiaf ; externes : MM. Renault (Pierre), Fortin (Pierre), Mlles Durkheim (Jacqueline), Adler (Jeanne), MM. Sagaut (Pierre), Strass (Ernesto), Bachet (Maurice), Chappé (Roger), Radziwiller (Bernard), Pinet (Gabriel), Marchon (Jacques), N...

18. *Service temporaire de chirurgie*. — Chirurgien : M. Madier ; internes : MM. Chômet (Jean), Gillet, Landrien, Simon (G.), Vincent (Pierre) ; externes : MM. Demassieux (Jean), Deslandes (Edouard), Mayaud (Jean), Boreau (Jacques), Gremont (Théoph.), Mlle Sibertin-Blanc, M. Ballerín (Jacques), Mlle Saulnier (Micheline).

19. 2° *service temporaire de médecine*. — Médecin : M. Ravina ; internes : MM. Domart et Moulinier ; externes : MM. Bouillié (Raymond), Boulay (André), Grégoire (Jean), Bieth (Henri), Giafferi (Jacques), Mlles Juster (Jacqueline), Jury (Camille), M. Rouzeaud (René).

20. *Service provisoire d'électro-radiologie*. — Assistant : M. Foubert.

I. LARIBOISIÈRE. — 1. Médecin : M. Gandy ; assistant : M. ; interne : M. Boissonnet ; externes : MM. Misserey (Guy), de Prat (Jean), Steinberg (Alexandre), Chevreul (Pierre), Loiseau (Jacques), Serreau (Charles), Rometti (Alde).

2. Médecin : M. Garnier ; assistant : M. Chabrun ; interne : M. Temerson ; externes : MM. Wetterwald (François), de Vaulx (Jean), Mostini (Georges), de la Véga (Enrique), Lebossé (André), de Rudelle (Antoine).

3. *Service des tuberculeux* : M. Garnier ; externes : M. Kouchner (Georges), N...

4. Médecin : M. Herscher ; assistant : M. Roberti ; interne : M. Boule ; externes : M. Paingault (Marcel), Mme Leroux, née Hautant ; MM. Rousset (Pierre), Liermain (Marcel) ; Etienne (Roger), Dutter (Lucien), Aslanian (Ducran), Mlle Montalant (Paulette).

5. Médecin : M. Rivet ; assistant : M. Hirschberg ; interne : M. Bourée ; externes : MM. Ferrand (Michel), Manuel (Jacques), Joussemet (Raoul), Mlle Lefèvre (Jacqueline), MM. Pineau (Maurice), Jacquot (André), Baudon (Jacques-Victor).

6. Médecin : M. Cathala ; assistant : ; interne : M. Auzépy ; externes : MM. Royer (Jean), Bouche (Jean), Stefani (Robert), Arsitch (Dimitri), Bourier (Jean), Mlle Sauvé (Cécile), M. Barbier (Jean).

7. Chirurgien : M. Heitz-Boyer ; assistant : M. Chaignon ; internes : MM. Haguier (Paul), Catalette (René) ; externes : MM. Rabinovici (Jacob), Collot (Jean), Choppy (Arnould), Bret (Jules), Schwartz (Léon), Laik (Henri), Berthiot (André), Steinberg (Henri), Gold (Salomon).

8. Chirurgien : M. Cadenat ; assistant : ; internes : MM. Olivier (Claude), Carteret (Antoine), Martin (Jean) ; externes : MM. Barré (Yves), Guénard (Raymond), Parant (Marcel), Mlle Audibert (Geneviève), MM. Douville (Jean), Brault (Albert).

9. *Service des chroniques*. — M. Cadenat ; externe : M. Pilat (Laurent).

10. Chirurgien : M. Sauvé ; assistant : ; internes : MM. Soubrane, Moreno ; externes : MM. Mouchotte (Maurice), Le Brun (Léon), Paley (Jean), Duval (Re-

né) ; Chilot (Raymond), Cuzin (Jacques), Gross (Salomon), Crépin (Guy).

11. Chirurgien : M. Houdard ; assistant : ; internes : MM. Piel, Boutron, Sarradin ; externes : MM. Vinour (André), Lemaire (Jacques), Ballade (Roger), Mlle Petron (Colette), MM. Astre (André), Marinetti (Paul), Alison (François).

12. *Oto-rhino-laryngologie*. — M. Lemaître ; assistant : M. Thomas ; chefs de clinique : MM. Bérard, Van den Bossche ; chefs de labor. : MM. Ardouin, Pulvenis ; internes : MM. Leroux-Robert, Halbron ; externes : MM. Janville (Eugène), Lambert (André), Crescenci (Charles), Jorrot (Bernard), Pollet (Georges), Tricot (Robert).

13. *Ophthalmologie*. — Ophthalmologiste : M. Poulard ; assistant : M. Parfoury (Jean) ; interne : M. Offret.

14. Accoucheur : M. Devraigne ; assistant : M. Ravina ; internes : MM. Tavenne, Herbert ; externes : MM. Jamain (Bernard), Nonique (Pierre), Richard (Jean), Guillemain (André), Van Quathem, Godenèche (Georges), Petit (Pierre).

15. *Consultation (Médecine)*. — M. Hamburger ; assistant : M. Courtin ; externe en premier : M. Mignot ; externes : MM. Tissandier (Albert), Lefkovitch (Nicolas), Nefussy (Elie), Gueron (Jean), Delabroise (Marcel).

16. (*Chirurgie*). — M. Schwartz ; externes : MM. Rousseau (Xavier) ; assistants : M. Lebel, Reverand (Pierre), Schermann.

17. *Electro-radiologie*. — Chef du service central : M. Guilbert ; assistants : M. Corbier, Mme Grasniansky, M. Bouland ; chef adjoint : M. Ordioni ; externes : MM. Jougonoux, élève ; Mlle Bacalcin, élève ; Mme Sautter, née Duval, M. Bloch (Claude).

18. *Consultation dentaire*. — M. Rousseau-Décelle ; adjoint : M. Vrasse ; externe : M. Gibert (Louis).

J. TENON. — 1. Médecin : M. P.-E. Weill ; assistant : M. Isch. Wall ; interne : M. Scemama (Jacob) ; externes : M. Broutin (André), Mlle Devillers (Juliette), M. Deroide (Albert).

2. Médecin : M. Lian ; assistant : M. Blondel ; interne : M. Frumusan ; externes : M. Beaugrand (Pierre), Mme Schapira, née Cabessa, MM. Nedelec (Louis), Rocca-Serra, Schapira (Georges).

3. Médecin : M. Brûlé ; assistant : M. Hillemand ; interne : M. Aubrun ; externes : MM. Eudel (François), Dugrenot (Henri), Sevilleano (Nicolas), Hanoune (Benjamin), Attisson (Henry), Genestoux (Jean).

4. Médecin : M. Laroche ; assistant : M. Servel ; interne : M. Le Beau ; externes : MM. Guittard (Jean), Goudot (Jean), Cluzeau (Roger), Hochfeld (Maurice).

5. Médecin : M. May ; assistant : M. Ollivier ; internes : MM. Bloch (Henri), dit Bloch (Michel), Dugas (Jacques) ; externes : MM. Hauser (François), Tardieu (Guy), Debain (Jean-Jacques), Lamotte (Michel), Mlles Barrillon (Suz.), Martin de Gimard (Madeleine), MM. Wolfram (René), Daudier (Maurice).

6. Médecin : M. Léchelle ; assistant : M. Thévenard ; interne : M. Terrasse (Jean) ; externes : MM. Fressinaud-Masdefeix, Laumonier (Henri), Daverne (André), Neveu (Jean), di Chiara (Jean), Mlle Erenia (Anna).

7. Médecin : M. Pruvost ; assistante : Mlle Prieur (Jeanne) ; internes : MM. Rymer (Moseek), Pescarolo ; externes : MM. Slama (Yvan), Taïeb (André), Coste (Bernard), de Rubiana (Louis), Lambert (Léon), de Vaugelade du Breuillac, Masson (René), Mlle Lerner (Szulano), M. Cayrol (Jean-Marie), N...

8. Médecin : M. Marchal ; assistant : M. Soulié ; interne : M. Roy (André) ; externes : MM. Chevalier (Henri), Mignon (Robert), Mlle Sulzer (Suzanne), MM. Dupuis (Raymond), Le Loch (Henri), Delatour (Jacques).

9. Chirurgien : M. Roux-Berger ; assistant : M. de Gaudart d'Allaines ; internes : MM. Bridot, Thorel et Frenais ; externes : MM. Pointeau (Jacques), Robert (Jean), Mme Roujon née Reverdiau, Mlle Cheikh (Touhide), MM. Magne-Rouchaud, Vila (Roger), Tzannetis (Aristide), Lascaux (Bernard).

10. Chirurgien : M. Gernez ; assistant : M. Moulouquet (Pierre) ; internes : MM. Dulot (Raymond), Suire (Paul-Hen-



ri), de Maulmont (Jacques) ; externes : MM. Hebert (Paul), Lignon (Pierre), Loiseau (André), Lemierre (Jacques), Astié (Jean), de Chirac (Gaston), Gourion (Henri).

11. *Chirurgien* : M. Deniker ; assistant : M. ; internes : M. Boros (Emile), Mme Jourdan, née Gagneux ; M. de Botton (René) ; externes : Mlles Slim y Villejas, Laisney (Simone), MM. Colin (Pierre), Druilhe (Albert), Mailliez (Achille), Galmiche (Pierre), Nguyen-Trung-Nam, Crèveœur (François).

12. *Oto-rhino-laryngologie*. — M. Hautant ; assistant : M. Le Jemle ; internes : MM. Lemaître (Yves), Salomon (Jean-Marc) ; externes : MM. Clerc (Pierre), Bretton (Roger), Arnaud (Guy), Allilaire (Roger), Malingre (Gabriel), Massoum-Khani.

13. *Ophthalmologie*. — M. Magitot ; assistant : M. Dubois (André) ; interne : M. Rouher ; externes :

14. *Accoucheur* : M. Lemeland ; assistant : M. Peytavin ; internes : MM. Morin (Paul), Ollier (Robert) ; externes : MM. Céara (Bens), Angelici (David), Mlle Eyraud (Marcelle), MM. Gaudin (Edouard), Ternier (Alexandre).

15. *Consultation (Médecine)*. — M. Basch ; assistante : Mlle Maas ; externe en premier : M. Leconte (André) ; externes : Mlle Lécuyer (Germaine), MM. Barbier (Pierre), Mellouli (Sadoc), Chabasseur (Marie).

16. *Chirurgie*. — M. Chifoliau ; assistant : M. Baudelot ; externes : Mlle Carlet (Antonia), M. Suau (Etienne).

17. *Electro-radiologie*. — Chef du service central : M. Darbois ; externes : MM. Legros (Armand), Camus (Pierre).

18. *Laboratoire de curiethérapie*. — MM. Mallet, Collietz.

19. *Consultation dentaire*. — M. Lacronique ; assistant : M. Mesnard.

**K. LAËNNEC.** — 1. M. le prof. Bezançon ; chefs de clinique : MM. Cord, Bernal ; chefs de laboratoire : MM. Olivier, Levy-Bruhl ; internes : MM. Jaich (Marcel), Cachin (Marcel) ; externes : Mlle Renié (Odile), N... MM. Arribehaute (Robert), Coulet (Charles), Michaud (Robert), Hornung (Michel), Loze (Edmond), N...

2. *Crèche*. — Externes Mlle Moyen, M. Hussameddin.

3. *Dispensaire Léon-Bourgeois*. — M. le prof. Bezançon ; assistants MM. Azoulay, Braun, Baron, Destouches, Fouquet, Mme Prey-Ragu ; externes : M. Perol (Etienne), Mme Pérol, née Cardinaux, N...

4. Médecin : M. Rist ; interne : M. Poncet (Georges) ; externes : Mlle Trocmé (Suz.), MM. Winter (Jean), N... Gallimard (Pierre), Prudhommeaux (Pierre), Mlle Rist (Hélène), M. Loublié (Georges), N...

5. *Service des baraquements*. — Interne : M. Gaube (Joseph) ; externes : MM. Bayle (Albert), Lapierre (Paul), Neumann (Joseph), Kerambrun (Guy), Gibon (Louis).

6. *Dispensaire Léon-Bourgeois*. — M. Rist ; externes : M. Chevallier (Robert), Mlle Oganessoff, M. Caillé (Jean).

7. Médecin : M. Louis Ramond ; assistant : M. Vialard ; interne : M. Macé de Lepinay ; externes : Mlles Gorodetzky (Loula), Ghinsberg (Ghizéla), MM. Gandeul (Bernard), Lacombe (Jean).

8. Médecin : M. René Bénard ; assistant : M. Poumailoux ; interne : M. Negreanu (Alexandre) ; externes : MM. Bareau (Alain), Beaufils (Jean), Grislain (Jacques), Vissian (Louis).

9. Médecin : M. Gautier ; assistant : ; interne : M. Delort (Joseph) ; externes : MM. Goutcharoff (Marie), Galaud (Maurice), Mlle Snegaroff (Hélène), M. Silberstein (Marcel).

10. *Chirurgien* : M. Lardennois ; assistants : MM. Maurer, Welti ; internes : MM. Gahinet (Maurice), Genty (Philippe), Belêtre (Robert) ; externes : MM. Guiot (Gérard), Ferrand (Guy), Debuschère (Frédéric), Mlle Caulliez (Madeleine), MM. Muller (François), Aubouy (Marcel), Debost (Charles), Mantoux (Gérard), Albahary (Claude).

11. *Oto-rhino-laryngologie*. — M. Bourgeois ; assistant : M. Rossert ; interne : M. Dreyfus (Jacques) ; externes : MM. Plique (Roland), Rudaux (Philippe), Mlle Helman (Béatrice).

12. *Ophthalmologie*. — Ophthalmologiste : M. Cantonnet ; assistant : M. Besnard ; interne : M. Simonin (Louis) ; ex-

ternes : MM. Arrighi (César), Pines (Jacques), Peyron (Paul).

13. *Consultation (Médecine)*. — M. Célice ; assistant : M. Marceron ; externe en premier : M. Brault ; externes : MM. Aussanaire (Marcel), Milliez (Paul).

14. *(Chirurgie)*. — M. Maurer ; externes : Mlle Giret (Rose) ; M. Carle (Jean).

15. *Consultation dentaire*. — M. Darcissac.

16. *Electro-radiologie*. — Chef du service central : M. Maingot ; chefs adjoints : M. Portret ; assistants : MM. Jouveau-Dubreuil, Hêlie ; externes : MM. Pizon (Pierre), Chigot (Pierre), Fox (Mark).

**L. BICHAT.** — 1. Médecin : M. Boidin ; assistant : M. Rouquès ; internes : M. Tilitcheff, Mlle Lorain (Geneviève) ; externes : MM. Tolstoï (Serge), Sénéchal (André), Becuwe (Jean), Desjeux (Henri), Mlle Atcham (Paule), MM. Geffroy (Yves), Blanquier (Gaston), Eon (Michel).

2. Médecin : M. Chiray ; assistant : M. Albot ; internes : MM. Netter (Albert), Bonnet (Georges) ; externes : MM. Maschas (Hercule), Raymondeau (Michel), Mlle Genthon (Marie-Jeanne), MM. Maroger (Marc), Zahler (Félix), Wintrebert (Jacques), Liénard (Jean), Nicolas (Jean).

3. Médecin : M. Pasteur Valléry-Radot ; assistant : M. Mauric ; internes : MM. Mahoudeau (Daniel), Brunhes (Jacques) ; externe en premier : M. Porge ; externes : MM. Dufour (André), Lenormant (Henri), Bernard (Lucien), Bruneau (Jacques), Aygnac (Louis), Mlles Dunand-Henry (Suzanne), Aubin (Hélène), Jurain (Odette).

4. Médecin : M. Faroy ; assistant : M. Deron ; internes : MM. Fasquelle (Robert), Perrot (Raoul) ; externes : MM. Robin (Jean), Boudon (Claude), Jugnet (Albert), Piguët (Ben), Mlle Van den Bulcke, MM. Bours (Jacques), Mousset (Robert), N...

5. *Accoucheur* : M. Metzger ; internes : MM. Chambon (Marcel), Marschak ; externes : MM. Dehouve (André), Champagne (Marcel), Baulande (Marcel), Gœrens (Jean), Kouindjy (Rodolphe), Vettier (Georges).

6. *Chirurgien* : M. Mocquot ; assistant : M. Monod (Raoul-Charles) ; internes : MM. Courvoisier (Joseph), Chevallier (Roger), Benassy (Jean) ; externes : MM. Barrie (Jacques), Fredj (Léon), Mlle du Pasquier (Nicole), MM. Ben Haim, Neel (David), Lichnewsky (René), Mlles Rosenthal (Louise), Hufnagel (Jeannine).

7. *Chirurgien* : M. Capette ; assistant : M. Gueulette ; internes : MM. Maspétiol (Roger), Perret (Robert), Pourquoi (Marcel) ; externes : M. Mordo (Alexandre), Mlle de Lanesan (Paule), MM. Dailly (Robert), Kartun (Paul), Congy (Jean), Meline (Jean), Guitard (Jacques), Roch (Wilfrid).

8. *Chirurgien* : M. Mondor ; assistant : M. Huet ; internes : MM. Roux (Marcel), Vautier (Jean), Orsoni (Paul) ; externes : Mlles Wetzlar (Marcelle), Desclaux (Geneviève), Lang (Paule), MM. Clamageron (Jean), Gallimard (Jean), Rodde (Aimé), Viguié (Roger), Martinet (Jean).

9. *Consultation (Médecine)*. — M. Weissmann ; assistante : Mlle Wolff ; externe en premier : M. Charousset (Michel) ; externes : Mlle Lamothe (Brigitte), MM. Rabant (Bernard), Juille (Maurice) ; Bourel (Maurice).

10. *(Chirurgie)*. — M. Mouchet ; externes : MM. Cuadrado (Angel), Postel-Vinay (Claude), Cariage (Jean).

11. *Annexe Bichat (Polyclinique du boulevard Ney)*. — Médecine générale (Consultation). — Médecin : M. Lyon-Caen ; externe en premier : M. Desmonts ; externes : MM. Cerf (Norbert), Turchini (Jean).

12. *Médecine infantile*. — Médecin : M. Pierre-Paul Lévy ; externe en premier : M. Menetrier ; externes : Mlles Demtchenko (Marina), Mme Stein, née Suau.

13. *Ophthalmologie*. — Ophthalmologiste : M. Renard ; externes : MM. Faingold, Galle (Roger).

14. *Oto-rhino-laryngologie*. — M. Aubry ; externes : MM. Miquelard (Marc), Lanceau (Pierre).

15. *Electro-radiologie*. — M. Beaujard ; adjoints : MM. Porcher, Le Goff ; assistants : MM. Huquel, Lehman.

16. *Consultation dentaire*. — M. Raison ; externes : MM. Chaudouet, élève, Lepoivre (Maurice).



**M. BROUSSAIS.** — 1. Médecin : M. le prof. Sergent ; assistants : MM. Mignot, Bordet, Lonjumeau ; chefs de clinique : MM. Mamou, Moricard, Patte, Racine ; chefs de laboratoire : MM. Durand (Henri), Couvreur, Kourilsky ; internes : M. Fourestier (Max), Mlle Huguet ; externes : MM. Tardiveau (Joseph), Coupin (Jean), Sckechter (Aris), Mme Patey, née Duclaux, MM. Wiehn (Paul), Bosvieux (Charles), Guebel (Roger), Mlle Doumic (Alice).

2. *Service des tuberculeux* (baraquements). — M. Abrami ; interne : M. Faulong ; externes : MM. Goulène (Fernand), Robey (Maurice).

3. Médecin : M. Laubry ; assistant : M. Walser ; interne : M. Royer de Véricourt ; externes : Mlles Marquis (Guillemette), Meunier (Andrée), Ségol (Rina), MM. Coville (Robert), Zwillinger (Alfred).

4. *Service des tuberculeux*. — M. Laubry ; interne : M. Leblanc (Marc) ; externes : M. Carcopino (Antoine), Mlle Seyrig (Claude).

5. Médecin : M. Abrami ; assistant : M. Lichtwitz ; interne : M. de Graciansky (Pierre) ; externes : Mlle Duss (Véra), MM. Brissaud (Henri), Thoyer-Rozat (Jean), Rousseau (Guy), Chalochet (Pierre), Pahmer (Marcel), Maurice (Henri).

6. Médecin : M. Janet ; assistant : M. ; internes : MM. Pêcher, Van der Boyen ; externes : MM. Déséglise (Fernand), Neumann (Arthur), Mlle Tavernier (Claire), MM. Leib (Georges), Borman (Igor), Bessière (Maurice), Diengott (Daniel).

7. *Chirurgien*. — M. Robert Monod ; assistant : M. Iselin ; internes : MM. Le Cœur (Pol), Arviset (Abel), Ghosland ; externes : MM. N..., Monod (Marc), Brandmark (Martin), Le Lay (René), Pradoura (Michel), Mlle Bliedlum (Szodana), M. Orgogozo (Jean).

8. *Consultation (Médecine)*. — Mme Bertrand-Fontaine ; externe en premier : M. Vildé ; externes : Mlle Wetzell (Suzanne), M. Kaufmann (Henry).

9. (*Chirurgie*). — M. Monod ; assistant : M. Seillé ; externes : MM. Turlotte (Jacques), Statlender (Georges).

10. *Electro-radiologie*. — Chef du service central : M. Cottenot ; assistants : M. Blot ; externe : M. Alperine (Georges).

11. *Clinique propédeutique*. — M. le prof. Sergent.

12. *Consultation dentaire*. — M. Croquefer.

13. *Poste de radioscopie*. —

**N. BOUCICAUT.** — 1. Médecin : M. Courcoux ; assistants : MM. Thoyer, Alibert, Bucquoy ; interne : M. Fabre (Georges) ; externes : Mlle Gautherot (Marie), MM. Deuil (Roger), Chevallier (Alexis), Blanchard (André).

2. *Centre de triage*. — Externes : MM. di Mattéo, Vialard (Emile).

3. Médecin : M. Trémolières ; assistant : M. Morlaas ; interne : M. Robert (Pierre) ; externes : MM. Cuveraux (Maurice), Rollin (Georges), Mlle Téodoresco, MM. Orliac (Ernest), Grange (Jean).

4. *Chirurgien* : M. Labey ; assistant : M. Soupault ; internes : MM. Cauchoix, Groulier, Leroy (André) ; externes : MM. Bonvarlet, Roy, Martin de Frémont, Mlle Ganget, MM. Le Floch, Sieurin, Roger (René), Lagarde (René), Carballo (César).

5. *Accoucheur* : M. Ecalé ; assistant : M. Suzor ; internes : MM. Picquart (Albert), Krug (Gérard) ; externes : Mlle Boutinaud (Suzanne), MM. Pillet (Jean-Marie), Godlewsky (Guy), Lajouanine (Paul).

6. *Consultation (Médecine)*. — M. Rachet ; assistante : Mme Boyer ; externe en premier : M. Grenet ; externes : Mlle Mage (Edith), M. Cossart (René).

7. (*Chirurgie*). — M. Labey ; assistant : M. Soupault ; externes : MM. Dubois (Louis), Pezé (Jean), Roubinet (Raymond).

8. *Oto-rhino-laryngologie*. — M. Moulouguet ; assistants : MM. Lemoyne, Bosc ; interne : M. Demaldent (Jean-Pierre) ; externes : MM. du Buit (Henri), Sobieski (Emmanuel), Henrion, N...

9. *Consultation dentaire*. — M. Farjin-Fayolle.

10. *Electro-radiologie*. — Chef du service central : M. Gérard ; chef adjoint : M. Gilson ; assistant : M. Blanche ; externe : M. Guès (Albert).

**O. VAUGIRARD.** — 1. *Chirurgien* : M. le prof. P. Duval ; assistant : M. Gatellier ; chefs de clinique : MM. Monod (O.), Billet (H.) ; chefs de labor. : MM. Moutier, Goiffon, Dupouy, Beloux ; internes : MM. Boudreaux (Jacques), Coldefy (Jacques), Viala (Pierre) ; externes : MM. Ullmann (Robert), Salet (Jacques), N..., Peytavin (J.), Prochianz (Alec), Girod (Raymond), Tran Van Hoa, Coste (Jehan), Hemeury (Jean), Darriac (Jean), Kreisler (Léon).

2. *Consultation dentaire*. — M. Vilenski.

3. *Electro-radiologie*. — Chef du service central : M. Bécère ; assistant : M. Dupouy.

4. *Centre de neuro-psychiatrie infantile*. — M. Heuyer ; interne : Mlle Lorisnol ; externes : MM. Lion (Robert), François (André).

**P. AMBROISE-PARÉ.** — 1. Médecin : M. Monier-Vinard ; assistant : M. Chabanier ; interne : M. Meillaud (Pierre) ; externes : MM. Vincent (André), Weil (Jacques), Mme Hofmann, née Saguez ; MM. Coufment (André), Orliac (Jean).

2. Médecin : M. Huber ; assistant : M. Florand ; interne : M. Thieffry ; externes : Mme Thieffry, née Canet, MM. Mathé (Henri), Bellettoille (Paul), Goury-Laffont (Maxime).

3. Médecin : M. Jacquet ; assistant : ; interne : M. Maury (Pierre) ; externes : MM. de Nobili (Raoul), Desgeorges (Henri) ; Mlle Rometti (Eglé), MM. Fayet (Jacques), Martin (Jean).

4. *Chirurgien* : M. Desmarest ; assistant : M. Thalheimer ; internes : MM. Relier (Pierre), Velez (Fernando) ; externes : MM. Rie (Georges), Zaepffel (Edgard), Dufresne (Pierre), Abeille (Jacques), Thamer (Habilb), Mlle Lemaesquier (Arlette), N...

5. *Consultation (Médecine)*. — M. Péron ; assistant : M. Wester ; externe en premier : M. Vial ; externes : MM. Chartier (Antoine), Jalladeau (Jacques).

6. (*Chirurgie*). — M. Desmarest ; assistant : ; externes : MM. Weyl (externe résidant), Wolff (Jacques) ; March (Georges).

7. *Oto-rhino-laryngologie*. — M. Bouchet ; assistant : M. Jusseume ; externes : MM. Hau (André), Guenon des Mesnards, Aigueperse.

8. *Ophthalmologie*. — Ophthalmologiste : M. Monbrun ; externes : MM. Ben Brahim, Corrion (Jean).

9. *Electro-radiologie*. — Chef du service central : M. Delré ; assistant : M. Brennan.

**Q. SAINT-LOUIS.** — 1. Médecin : M. le prof. Gougerot ; assistants : MM. Burnier, Carteau ; chefs de clinique : MM. Dagos, Lortat (Jacob), Merklen ; chefs de labor. : M. Desgrez ; Mlle D. Eliascheff, MM. Peyre, Duché ; internes : MM. Brouet (Georges), Hamburger (Jean) ; externes : MM. Deschamps (Gabriel), Sicard (Pierre), Duret (Marc), Biardeau (Paul), Vaissie (Gustave), Andréota (Robert), Dutheil (Lucien), N...

2. Médecin : M. Milian ; assistants : MM. Perin, Lafourcade, Cortina, Babalian ; chef de labor. : M. Girault ; internes : MM. Wetterwald (Jean), Chapireau (Pierre) ; externes : M. Poirier (Michel), Mlle Tomachepolsky, MM. Darmendrail (Jean), Henrot (Henri), Rochet (François), Mlle Stahland (Ellen), M. Lemanissier (André), Mme Gatovosky, née Loebenbergo.

3. Médecin : M. Sézary ; assistants : MM. Ducourtieux, Duruy, Horowitz ; chef de labor. : M. Lévy (Georges) ; internes : MM. Friedmann (Elias), Bardin (Pierre) ; externes : M. Gaudron (Paul), Mlle Dumont (Geneviève), MM. Georget (André), Lesure (Jean), Pellerat (Jacques), Tulou (Pierre), Lenoir (Pierre), Rozée Belle-Isle (Guy), Depierre (René).

4. Médecin : M. Duvoir ; assistant : M. Pollet ; chef de labor. : N... ; internes : MM. Bouley (Jean-Hugues), Ormstein ; externes : MM. Stoop (J.), Bolivar (Jean), Van den Plas (René), Celoron de Blainville, Lebrun (Michel).

5. Médecin : M. Touraine ; assistants : MM. Solente, Rimé, Lépagnoles ; chef de labor. : M. Lévy (Georges) ; internes : MM. Sambron (Jean), Duperrat (Félix) ; externes : MM. Destouches (André), Massot-Gourdain (Jean), Mlle Dreulle (Denise), MM. Hardel (Marc), Etienney (Michel).



Mlle Margueron (Marie), M. Leprêtre (Germain), Mlle Eyraud (Geneviève), M. Ngyen-Van-Vang.

6. Médecin : M. Weissenbach ; assistants : MM. Lévy-Franchel, Le Baron, Rocage ; chef de laboratoire : M. Martineau ; internes : MM. Brocard (Henri), Malinsky (André) ; externes : MM. Bastard (Jean), Banse (Pierre), Haussmann (Louis), Temime (Pierre), Olbinsky (Vladimir), Mlles Brille (Denise), Meugé (Yvonne), M. Austerveil (Charles).

7. Médecin : M. Flandin ; assistants : MM. Ferrand, Richon, Poumeau-Delille ; chef de laboratoire : M. Rabeau ; internes : MM. Israël (René), Lesobre (Roger) ; externes : MM. Dennewald (Ferdinand), Rougier (Michel), Taveau (Pierre), Campesco (Nicolas), Olivier (Marcel), Le Bozec (Roger), Leprat (Serge), Rault (Jean), Braconier-Lecler.

8. Chirurgien : M. Picot ; assistant : M. Perrin ; internes : MM. Sabourin (Jean), Boisseau, Beauchef (René), externes : MM. Radzievsky (Georges), Guyot (Jacques), Orinstein (Simon), Leulier (Roger), Boucaud (Maurice), Bernager (Alfred), Albert (André), Mlle Moreilhon.

9. Chirurgien : M. Bazy ; assistant : N... ; chef de laboratoire : N... ; internes : MM. Joly (Henri), Fort (Roger), Cachin (Charles) ; externes : MM. Danion (Jean), Baudoin (Jean), Compagnon (Lucien), Mlle Granier (Régine), Mme Delaffond (Madeleine), MM. Aubouy (Roger), Roy (Bernard), Mlle Papot (Camille).

10. Consultation (Médecine). — M. ; externes :

11. Chirurgien : M. Moure ; assistant : ; internes : MM. Bastien (Jacques), Camelot (Joseph), Adle (Yahya) ; externes : Mlle Thiollier (Marie), MM. Médioni (Fernand), Gauthy (Maurice), Piarrat (Jacques), Jullich (Lucien), Muller (Jean), Jorge (Salomon), Seyer (Jean), Mlle Monghal (Thérèse).

12. Chirurgien : M. Gouverneur ; assistant : M. Dossot ; internes : MM. Soyer (Jean), Marcy (Jacques) ; externes : MM. Kohen (Joseph), Jaupitre (Michel), Greif (Léon), Szylovicz (Tauchine).

13. Consultation. — M. Gouverneur ; externes : MM. Cohen (José), Krenner (Pierre), N..., Korner (Sylvain), Monrose (Maurice).

14. Oto-rhino-laryngologie. — M. Halphen ; assistant : M. Buneau ; internes : MM. Aboulker (Paul), Coussieu (Pierre) ; externes : MM. Mayersohn (Dou), Fonteneau (Aimé), Ras (Maurice), Arguelles (Dario), Picot (Guy), Guin (Emmanuel).

15. Ophtalmologie. — M. Coutela ; assistante : Mme Weismann-Netter ; interne : M. Bonhomme ; externes : MM. Oudot (Maurice), Samie (Jean), Benaliona (Mohammed), Mlle Chaminadas.

16. Accoucheur : M. Cathala ; assistant : M. Lantuéjoul ; internes : M. Cordebar, Mlle Seiffert ; externes : MM. Boissonnat (Pierre), Davidovici (Paul), Montagne (Pierre), Arnoux (Jacques), Delort (Pierre).

17. Consultation (Chirurgie). — M. Bloch (René) ; assistant : M. Naggiar ; externes MM. Pierre (Maurice), Fournier (Marcel), Blestel (Jean).

18. Consultation dentaire. — M. Schaefer ; adjoint : M. Dechaume ; assistant : M. Bertrand ; élèves : MM. Deliberras, Coquelin.

19. Electro-radiologie. — Chef du service central : M. Belot ; chefs adjoints : MM. Lepennetier, Nadal ; assistants : MM. Nahan, Buhler, Penteuil, Puyaubert ; interne : Mlle Courrier ; externes : MM. Gluck (Ernest), Grain (Robert), Amodo (René).

20. Annexe Grancher. — Médecin : M. Babonneix ; assistants : MM. Lévy, Gouyen ; internes : MM. Livieratos (Spiridon), Lichenberg (Dolphié) ; externes : MM. Avenier (Philippe), Porret (Pierre), Feld (Marcel), Marre (Pierre), Champagne (Pierre), Meyer (Moïse), Mme Boulenger née Conty, M. Drognet (Paul).

21. Chirurgien : M. Boppe ; assistant : M. Garnier ; internes : MM. Bonamy (Max), Marre (Philippe), Hécart (Jean) ; externes : Mme Sicard, MM. Rudnansky (Roger), Destarrac (Alban), Mlle Bourcart (Jacqueline), Mme Lejard, M. Ferval (Eugène).

22. Consultation d'orthopédie. — M. Guimezanes (Eugène), assistant :

R. BROCA. — 1. Médecin : M. Tzanck ; assistant : M. Layani ; chef de laboratoire : M. Lannegrace ; internes : MM. Bachman (Sylvain), Boyer (Jean) ; externes : MM. Le Balch (Yves), Lefebvre (René), N..., Goldman (Michel), Martinon (André), Le Sieur (Jean), Lollmède (Charles), Meltz (Georges), Breitel (Henri), Landolt (Jacques).

2. Consultation de blennorrhagie. — Externes : MM. Morvan (Maurice), Azuelos (Albert).

3. Médecin : M. Carrié ; assistant : N... ; chef de laboratoire : N... ; interne : M. Perier (Edouard) ; externes : M. Grumberg (Siegfried), Mlles Lambert (Alice), Schmidt (Simone).

4. Service de transfusion. — Médecin : M. Tzanck ; externes : MM. Delhayé (Jacques), de Montis (Louis).

5. Chirurgien : M. le prof. Proust ; chef de clinique : M. Jonard ; chefs de laboratoire : MM. Parat, Palmer, Moricard ; internes : MM. David (Lucien), Grasset (Jacques), Aboulker (Pierre) ; externes : M. Coquet (Jean), Mlle Bermi (Michèle), MM. Laboueix (René), Catalogne (André), Mlle Benetaud (Jeanne), M. Neufeld (André), Mlle Raab (Anna).

6. Electro-radiologie. — Chef du service central : M. Lehmann ; assistant : M. Amiot (Jacques).

S. MATERNITÉ. — 1. Accoucheur : M. Le Lorier ; assistant : M. Desnoyers ; chef de laboratoire : M. Mayer (Maurice) ; adjoint : ; aide de clinique : M. Lepage ; internes MM. Tran-Quang-Dé, Beauflis ; externes : Mlle Lévy (Hélène), M. Gaquière, Mlle Lods (Lucie).

2. Accoucheur : M. Cleisz ; interne : M. Streusand (Sigismond) ; externes : MM. Rouzaud (Marcel), Simon (René).

T. BAUDELOQUE. — 1. Accoucheur : M. le prof. Couvelaire ; assistant : M. Lacôme ; chef de laboratoire : MM. Girand, Sureau ; chef de clinique : Mme Fayot ; attaché médical : M. Laporte (Antoine) ; interne : M. Coen (Albert) ; externes : MM. Hoesli (Henri), Ducamp (Pierre), Doger de Spéville (Jean), Grand (René), Lucquin (Jean), Rouveix (Jacques), Mlle Dubois (Cécile).

2. Electro-radiologie. — Chef du service central : Mme de Brancas ; assistant : M. Leblanc.

U. HÔPITAL DE LA CLINIQUE D'ACCOUCHEMENT TARNIER. — 1. Accoucheur : M. le prof. Brindeau ; chef de clinique : M. Weill (André), Mme D. Kourilsky ; chefs de laboratoire : MM. Cartier, Hinglais ; interne : M. Lévy (Jean) ; externes : MM. Freret (Paul), Delzant (Olivier), Mlle Vachez (Léone), MM. Bouvier (Henri), Cayla (Jean).

V. CLAUDE-BERNARD. — 1. Médecin : M. le prof. Lemière ; assistant : M. Laporte ; chefs de clinique : M. Worms ; Mlles Barnaud, Wilim ; chef de laboratoire : M. Reilly ; internes : MM. Conte (Michel), Daum (Sigismond), Meyer-Heine (André), Braillon (Jean) ; externes : Mlle Bouvet (Antoinette), MM. Azoulay (Charles), Vermenouze (Pierre), Mlle Danon (Marcelle), MM. Sierra (Marcel), Bernard (Pierre), Mlle Taumann (Gala), MM. Huguenin (Pierre), Attali (Pierre), Lataix (Pierre) ; Mlles Atcham (Marie-Georgette), Marcille (Sabine) MM. Lemierre (Salomon), Pupko (Salomon), Butzbach (Jacques).

W. CLAUDE-BERNARD. — 1. Médecin : M. Marquézy ; assistant : ; interne : Mlle Ladet (Marcelle) ; externe en premier : M. Stewart-Walter (Maurice) ; externes : MM. Deprez (Victor), Genthon (Jacques), Gimault (Henri), Lenoir (Georges), Cante (Robert), Mlle de Larminat (Marie), MM. Logeard (Jacques), Bourgin (Maurice).

X. ANDRAL. — Fermé.

Y. TROUSSEAU. — 1. Médecin : M. Lesné ; assistant : M. Launay ; interne : M. Carrez (Pierre) ; externes : Mlles Pochon (Christiane), Simon (Antoinette), Weiller (Germaine), Mme Benoit née Muller, MM. Gouffier (Marc), de Lignières (Alain), Szejn (Adam), Bourdeau (Pierre).

2. *Service de la diphtérie.* — Médecin : M. Lesné ; interne : Mlle Salembiez (Madeleine).

3. Médecin : M. Paiseau ; assistante : Mlle Bœgner ; interne : Mme Weill née Spire ; externes : MM. Loubrieu (Jean), Fénelon (Fernand), Claracq (Lucien), Mlle Ravet (Jeanne), MM. Joly (Antoine), Fleury (Henri).

4. *Contagieux.* — Médecin : M. Paiseau ; interne : M. Perreau (Pierre).

5. Chirurgien : M. Sorrel ; assistant : M. Guichard ; internes : MM. Gigon (Robert), Nabert, Derieux ; externes : MM. Boelle (René), Thaon (Michel), Mothon (Francis), Haquin (Charles), Bernier (Jean), Jamme (Marc), Azouli (Maurice), Chardin (Daniel), Pelaez (Manuel).

6. *Consultation (Médecine).* — M. Clément ; assistant : M. Vallery-Radot (Pierre) ; externe en premier : M. Coste (Maurice) ; externes : MM. Pecunia (Albert), Dufour (Jean), Leboff (Marcel), Mlles Sachnine (Anna), Joos (Eliane).

7. Oto-rhino-laryngologiste : M. Rouget ; assistants : MM. Hamelin, Ferrand, Tran-Ba-Huï ; interne : M. Sauvain (Yves) ; externes : MM. Flori (Julien), James (René), Verroust (Georges), Pradelle (Roger), Matron (Pierre).

8. *Consultation d'ophtalmologie.* — M. Favory ; assistant : M. Durandy ; externes MM. Salinesi (Jules), Coujard (Roger).

9. *Electro-radiologie.* — Chef du service central : M. Thibonneau ; assistant : M. Damond.

10. *Consultation dentaire.* — M. Lemerle ; adjoint : M. Maleplate ; assistant : M. Mesnard ; externe : Mlle Fruton élève.

**Z. BRETONNEAU.** — 1. Médecin : M. Guillemot ; assistant : M. Prieur ; interne : M. Brunel (Louis) ; externe en premier : M. Grupper ; externes : MM. Delaroche (Jean), Pierre-François (Désiré), Le Bayon (Edmond), Albrecht (Tonel), Mlles Damiens (Simone), Salmon (Denise).

2. Médecin : M. Grenet ; assistant : M. Isaac-Georges ; interne : M. Schwartz (Eugène) ; externes MM. Audry (Maurice), Feinmann (Martin), Walther (Roger), Lucas (Pierre), Mlle Pinard (Jacqueline), M. Paugam (Paul), Mlle Robert (Marie-Thérèse).

3. Chirurgien : M. Leveuf ; assistant : M. Godard ; internes : MM. Vincent (Jean), Lanthier (Pierre), Alier (Pierre) ; externes : Mlles Alghion (Germaine), Tarrade (Adrienne), MM. Pouret (Henri), Christophe (Bernard), Penit (Robert), Mlle Marette (Françoise), M. Meunier (André).

4. Chirurgien : M. Guéniot ; assistant : M. Séguy ; internes : MM. Tallet, Picquard (A.) ; externes : MM. Gout (René), Peschard (Louis), Magder (Edmond), Arsonneau (Charles), Gordet (Gaston), Broche (Jean).

5. *Consultation (Médecine).* — M. Levesque ; assistante : Mlle Rouget ; externe en premier : Mlle Debay (Christiane) ; externes : Mlles Vigneron (Thérèse), Soudant (Christine), Gomme de Mattas (Léa), MM. Manillier (Raymond), Rabourdin (Marcel).

6. *Oto-rhino-laryngologie.* — M. Bloch ; assistant : M. Lemoine ; externes : MM. Glénard (Raymond), Colletas (Roger), Mme Moulier née Hubig, M. Perigois (Yves).

7. *Consultation dentaire.* — M. Izard.

8. *Electro-radiologie.* — Chef du service central : M. Lobligeois ; assistant : M. Méry ; chef adjoint : M. Torchaussé ; externes : Mme Jonas, élève, Mlle Friedman, élève.

**Aa. HÉROLD.** — 1. Médecin : M. Milhit ; assistants : Mme Zagdoun ; interne : Mme Siguier ; externes : MM. Bouvier (Y.-B.), Lobel (Ionel), Froissant (André), Dupond (André), Mlle Thieullen (Denise), M. Girard (Louis).

2. Médecin : M. Debré ; assistant : M. Marie ; interne : M. Gabriel (Pierre) ; externes : MM. Vernes (André), Musset (René), Lesieur (Pierre), Mlle Ancel (Françoise), MM. Debelut (Jean), Laubry (Pierre), Lange (René).

3. *Consultation (Médecine).* — M. Pichon ; assistant : M. Gilbrin ; externe en premier : M. Cochemé (René) ; externes : M. Payer (Henri), Mme Truelle, Mlle Simidova (Nathalie).

4. *Oto-rhino-laryngologie.* — M. Ombrédanne ; assistant : M. Hecquet ; externes : Mlle Saas (Madeleine), M. Coriat (Michel).

5. *Electro-radiologie.* — Chef du service central : M. Lemon ; assistant : M. Duval ; externe : M. Krakowski élève.

6. *Consultation dentaire.* — M. Ruppe.

**Ab. MAISON DE SANTÉ.** — 1. Médecin : M. de Gennes ; assistant : ; interne : M. Hanaut (André) ; externes : MM. Huber (Jean), Petit (Camille), Moullé (Antony), Coutin (Jean), Goupy (Camille), N...

2. Médecin : M. Nicaud ; assistant : ; interne : M. Corcos (Salomon) ; externes : M. Herisse (Pierre), Mlles Dreux (Hélène), Frantès (Elise), M. Goulesque (Roger).

3. Chirurgien : M. Brocq ; assistant : M. Chabrut ; internes : MM. Sautter (Yves), Cernéa (Pierre), Habas (Jean), Butet (André), Davy (André) ; externes : Mlle Seror (Marie), MM. Durgeat (Jean), Morel (Victor), Decormeille (Maurice).

4. *Electro-radiologie.* — Chef du service central M. Guénaux ; chef adjoint : M. Bonte (f. f.).

**Ac. ENFANTS ASSISTÉS.** — 1. Médecin : M. le prof. Lereboullet ; assistant : M. Lelong ; chefs de clinique : MM. Garnier, Pierre, Mlle Papaioannou, MM. Gavois, Odinet ; chef de laboratoire : M. Detrois ; internes : MM. Bernard (Jean), Courtial (Jean) ; externes : MM. Breton (Pierre), Bardon (Henry), Mlles Latron (Marie), Vidal de la Blache (Madeleine), M. Tetreau (Henri), Mlle Saint-Paul (Yvonne).

2. Chirurgien : M. Martin ; assistant : M. Buquet ; internes : Mlle Philippe (Madeleine), M. Arnal ; externes : MM. Faucon (Edgard), Giuli (Paul), Gibrat (Paul), Clerfeuille (Jean), Zuckermann (Alfred).

3. Accoucheur : M. Vignes ; internes : MM. Chatain, Payet ; externes : MM. Gallant (Rolland), Ollivier-Pallud, Guichard (Henri), Advenier (François).

4. *Electro-radiologie.* — Chef du service central : M. Aimé ; assistant : M. Lebouchard ; externe : M. Rotenberg élève.

5. *Consultation dentaire.* — M. Boissier ; assistant : M. Chapotel.

**Ad. BICÊTRE.** — 1. Médecin : M. Moreau ; assistant : N... ; internes : MM. Klotz (Henri), Bioy (Edouard) ; externes : MM. Motte (André), Ducros (Jean), Brisset (Charles), Devilliers (Bernard), Cotillon (Jean), Mlle Wolfram (Hélène).

2. Médecin : M. Alajouanine ; assistant : M. Thürel ; internes : MM. André (Robert), Gaultier (Michél) ; externes : MM. Mozziconacci (Pierre), Nick (Jean), Villey-Desméserts. (Raymond), Torre (Paul), Desclaux (Pierre), Homsy (Antoine).

3. Chirurgien : M. Toupet ; assistant : N... ; internes : MM. Esquiro (Etienne), Gibert (Théophile), Goyer (Robert) ; externes : MM. May (Emmanuel), Buy (Henri), Pyyronnet (Edmond), Hébert (André), Granjon (André), Mlles Maureil-Deschamps, Magallon-Graineau.

4. *Consultation (Chirurgie).* — M. Toupet ; interne : M. Huguier (Jacques).

5. Médecin : M. Camus ; interne : Mlle Oehmichen.

6. Médecin : M. Maillard ; interne : Mlle Jammot.

7. *Ophtalmologie.* — M. Parfonry.

8. *Electro-radiologie.* — Chef du service central : M. Dariaux ; chef adjoint : M. Cassan ; externe : M. Mathieu (André).

9. *Consultation dentaire.* — M. Richard.

10. *Premier service de désencombrement (Hôpital de secours chroniques).* — Médecin : M. Moreau ; externes : MM. Boënnec (Guy), François (Pierre), Mlle Casalis.

11. *Consultation générale de médecine.* — M. Moreau ; externe en premier : M. Hurez (André).

*Service de désencombrement (chroniques hommes).* — M. Moreau ; externes : MM. Lévy (Michel), Anquetil (Roger).

12. *Deuxième service de désencombrement.* — M. Moreau ; externe en premier : M. Debray (Charles) ; externes : MM. N..., Bourguine (Francisque), Gasch (Jean), Mme Mattei née Tournadre, MM. Arnavielhe (Jacques), Prin (André), Mlle Lindeux.



13. *Troisième service de désencombrement* (service de contagieux divers). — M. Moreau ; externes : MM. Cornial (Jules), Villanovre (Pascal).

14. *Quatrième service de désencombrement*. — M. Moreau ; externe : Mlle Bellettre (Marthe).

**Ae. SALPÊTRIÈRE.** — 1. Médecin : M. le prof. Guillaud ; chefs de clinique : MM. Sigwald, Desoille, Guillaud, Rudaux ; chefs de laboratoire : MM. Bertrand, Garcin, Schmitte, Mathieu (P.) ; internes : MM. Salles (Pierre), Messimy (Robert), Guilly (Paul) ; externes : MM. François-Dainville, Bonduelle (Michel), Mlle Lotte (Alice), MM. Clotteau (Edouard), Bourdin (Jacques), Gruner, Francheteau (Gabriel), Schneider (Jean).

2. Médecin : M. Ribadeau-Dumas ; assistant : M. N..., interne : M. Lemelletier (Jules) ; externes : M. Hacker (Bernard), Mlles Durrande (Madeleine), Fabre (Germaine), Perrault (Anne-Marie), M. Dos Ghali (Jean).

3. *Infirmierie du personnel et chalets*. — M. Crouzon ; interne : M. Bour (Henri).

4. Médecin : M. Crouzon ; assistant : M. Christophe ; internes : MM. Morin (Marcel), Bouvrain (Yves) ; externes : Mlle Maréchal (Ernestine), MM. Lafont (Louis), Boivin (Jean), Tremolières (Jean), Fredet (Henri), Plas (Fernand), Trouvé (Jacques), Mlle Bataille (Jeanne).

5. *Service temporaire*. — Médecin : N... ; externes : N...

6. Médecin : M. Etienne Bernard ; assistant : ; internes : MM. Dreyfus (André), Kreis (Boris) ; externes : MM. Bourhy (Maurice), André (Paul), Zivy (Pierre), Mlle Fuzier (Suzanne), MM. Cohen (Aaron), Lasry (José), Genevri (Robert).

7. Chirurgien : M. le prof. Gosset ; assistant : M. Charrier ; assistant médical : M. Jahiel ; chefs de clinique : MM. Gosset, Longuet, Hepp, Mencières ; chefs de laboratoire : MM. Magrou, Rouche ; internes : MM. Rousseau (Gaston), Chigot (Paul), Barraya (Louis) ; externes : MM. Debeyre (Jean), Florès (Carlos), Meyer (Henri), Maillard (Claude), Lazzerovici (Lazare), Germain (André), Durupt (Lucien), Lanvin (Michel), Didier (Raymond), Moch (Bernard).

8. Médecin : M. Vurpas ; interne : M. Ortholan.

9. Médecin : M. Barbé ; interne : M. Brizard (André).

10. *Electro-radiologie*. — 1° Service central : MM. Bourguignon, Ledoux-Lebard ; chef adjoint : M. Beau ; assistants : MM. Humbert, Mathieu (Pierre) ; interne : M. Ledoux-Lebard ; externe : M. Fonteix.

2° Laboratoire central de radiographie. Chef : M. Marchand ; adjoint : ; assistant : .

3° Centre anti-cancéreux. M. Wallon ; assistant de curiethérapie : M. Marchand.

4° Laboratoire de radioscopie de la clinique chirurgicale. M. Puthomme.

11. *Clinique chirurgicale*. — M. Petit-Dutaillis ; interne : M. Forget ; externes : MM. Brochenin (Robert), Chaouli (Chebab), Grel (Pierre).

12. *Service de désencombrement*. — M. Garcin ; interne : M. Kipfer (Marcel) ; externes : Mlle Gauthereau (Gilliane), Lenoël (Jean), Feuillet (Charles), Lecoïnte (Pierre), Metzger (François).

13. *Consultation dentaire*. — M. Guilly ; assistant : M. Houzeau.

**Af. IVRY.** — 1. Médecin : M. Boulin ; internes : MM. Ferroir, Lehmann ; externes : M. Ordonneau (Paul), Mlle Grumbach (Raymonde), MM. Aharfi (Georges), Bakulin (Ber).

2. *Chroniques et admissions*. — Externes : MM. Serane (Jacques), Weiss (Théodore).

3. Médecin : M. Hagueneau ; internes : M. Nouaille (Jean), Mlle Barnaud ; externes : M. Pruvot (Georges), Mme Nouaille née Hervé, Mlles Cahour (Marion), Leuret (Simone), M. Jugand (Jean).

4. Chirurgien : M. Métivet ; internes : MM. Huchet, Tissot ; externes : MM. Dastugue (Jean), Blanchon (Pierre), Piot (André).

5. *Electro-radiologie*. — Chef du service central : M. Pestel ; chef adjoint : M. Delapchier.

6. *Consultation dentaire*. — M. Cabrol.

**Ag. MÉNAGES.** — 1. Médecin : M. Brodin ; assistant : ; interne : M. Demartial ; externes : M. Lacroix (Pierre), Mlles Saulnier (France), Huard (Marie), M. Bensimhon (Georges).

2. Chirurgien : M. Desplas ; assistant : M. Meillère (Jean) ; internes : MM. Guy (André), Janvier (J.), Yovanovitch (B.) ; externes : Mlle Gagnier (Madeleine), MM. Ardouin (Maurice), Ferrand (Pierre), Courjaret (Jacques), Azaiz (S.), Mselati (Edmond), Cornillon (Louis).

3. *Electro-radiologie*. — Mme Tedesco.

**Ah. LA ROCHEFOUCAULD.** — 1. Médecin : M. Tinel ; assistant : N... ; interne : M. Aschkenasy (Alexandre) ; externe : M. Jacquet (Albert).

2. *Service des tuberculeux* (baraquements). — M. Tinel ; interne : M. Grossier (André) ; externes : Mlle Ferrieu (Henriette), MM. Reinert (Jacques), N..., Pocoulé (Albert).

**Ai. DEBROUSSE.** — 1. Médecin : M. Debray ; interne : M. Meyer (Jean).

**Aj. BERCK. HÔPITAL MARITIME.** — 1. Chirurgien : M. Richard ; internes : M. Hector, Mlles Picard (Suz.), d'Aussaguel ; externes : M. de Cagny (Roger), Mlles Giosi (Marie), May (Colette).

2. *Hôpital Lannelongue*. — Chirurgien : M. Richard ; internes : MM. Sacquepée, Dechaume-Moncharmont ; externe résident : M. Giret (Joseph).

3. *Electro-radiologie*. — M. Parin ; adjoint :

**Ak. BRÉVANNES.** — 1. Médecin : M. Renaud ; interne : M. Lewi (Samuel) ; interne (concours spécial) : M. Gros-siord (Gilbert).

2. Médecin : M. Bourgeois ; interne : M. Fischer ; internes (concours spécial) : Mlle Commerson, M. Levernieux (Jean), Mlles Hagueneau, Wirz, M. Boyé (Pierre).

3. Médecin : M. Chevalley ; interne : M. Chareire ; interne (concours spécial) : Mlle Lautmann.

4. *Electro-radiologie*. — Assistant : M.

5. *Consultation dentaire*. — M.

**Al. SAINTE-PÉRINE.** — 1. Médecin : M. Mouquin ; interne (concours spécial) : M. Rouvillois (Claude).

**Am. CHARDON-LAGACHE.** — 1. Médecin : M. Mouquin ; interne (concours spécial) : Mlle Bonenfant.

**An. HENDAYE.** — 1. Médecin : M. Morancé ; interne (concours spécial) : M. Smilovici ; interne : M. Saïe (Jean).

**Ao. CHAMPROSAY.** — 1. Médecin : M. Nouvion ; assistants : Mlle Pauc, MM. Calamy, Imbert ; interne (concours spécial) : M. Blondeau (Maurice).

2. *Consultation dentaire*. — M. Fleury.

**Ap. ASILE SAINTE-ANNE.** — 1. Médecin : M. Claude ; chefs de clinique : MM. Borel, Caron, Mareschal, Rubenovitch ; chefs de laboratoire : MM. Cuel, Dumas, Lehmann, Mlle Bonnard, MM. Dubar, Cuzin.

2. *Clinique neuro-psychiatrique infantile*. — M. Nicolas (Et.).

3. *Electro-radiologie*. — M. Piot.

**Aq. SANATORIUM D'ANGICOURT.** — 1. Médecin : M. Buc ; assistant : M. Ronce.

**Ar. SANATORIUM DE SAN-SALVADOR.** — 1. Médecin : M. Fohanno ; adjoints : Mlles Jean, Roussy.

**As. GALIGNANI ET BELŒUIL.** — 1. Médecin : M. Maréchal ; adjoint : M. Cauchemez.

**At. LA RECONNAISSANCE. FONDATION BRÉZIN.** — 1. Médecin : M. Mutel.

## INDEX ALPHABÉTIQUE

1° CHEFS DE SERVICE (MÉDECINS, CHIRURGIENS, ACCOUCHEURS ET ASSISTANTS; CONSULTATIONS, OPHTALMOLOGISTES, OTO-RHINO-LARYNGOLOGISTES, ÉLECTRO-RADIOLOGISTES, STOMATOLOGISTES); 2° CHEFS DE CLINIQUE (MÉDECINE, CHIRURGIE, ACCOUCHEMENTS); 3° INTERNES; 4° EXTERNES EN PREMIER; 5° EXTERNES.

N. B. — Chaque nom de cet Index est suivi d'une lettre et d'un chiffre. La lettre correspond à celle qui est placée devant chaque hôpital dans le classement ci-dessus. Le chiffre correspond au service.

Exemple : M. Moricard, M-1 = M. Hôpital Broussais, 1. Service de M. le prof. Sergent.

MÉDECINS  
et assistants.

Abrami, M-2 et M-5.  
Alajouanine, Ad-2.  
Alibert, N-1.  
Ameuille, G-4 et G-7.  
Armand-Delille, F-4.  
Aubertin, B-4.  
Azerad, A-3.  
Babalian, Q-2.  
Babonneix, Q-20.  
Barbé, Ae-9.  
Bariéty, H-1.  
Basch, J-15.  
Baudouin, A-3.  
Beaujard, A-9.  
Bénard (Henri), A-5.  
Bénard (René), K-8.  
Bertrand-Fontaine (Mme), M-8.  
Besançon (Justin), A-4.  
Besançon, A-1 et K-3.  
Binet, E-4.  
Bith, E-1.  
Bize, F-6.  
Bloch, H-13.  
Blondel, J-2.  
Bocage, Q-6.  
Boegner (Mlle), Y-3.  
Boidin, L-1.  
Boltanski, D-14.  
Bonnard, B-3.  
Bordet, M-1.  
Boulin, Af-1.  
Bourgeois (Jean), B-11.  
Bourgeois, Ak-2.  
Boyer (Mme), N-6.  
Brodin, Ag-1.  
Brûlé, J-3.  
Brun du Bois Noir, (de), B-6.  
Bucquoy, N-1.  
Burnier, Q-1.  
Cahen (Robert), D-6.  
Cain, D-9.  
Calamy, Ao-1.  
Camus, Ad-5.  
Carnot, A-1.  
Carrié, R-3.  
Carteau, Q-1.  
Cathala, I-6.  
Cattan, D-9.  
Cauchemez, As-1.  
Célice, K-13.  
Chabanier, P-1.  
Chabrol, D-7.  
Chabrun, I-2.  
Chène, D-4.  
Chevalley, Ak-3.  
Chevallier, G-8.  
Chiray, L-2.  
Christophe, Ac-3.

Claude, Ap-1.  
Clerc, B-2.  
Colin, G-8.  
Corbillon (Mlle), G-2.  
Cord, A-5.  
Costes, G-13.  
Courcoux, N-1.  
Courtin, I-15.  
Crouzon, Ae-3.  
Darré, F-5.  
Debray, Ai-1.  
Debré, Aa-2.  
Decourt, H-13.  
Deron, L-4.  
Donzelot, H-3.  
Ducourtoux, Q-3.  
Duruy, Q-3.  
Duvour, Q-4.  
Escalier, B-11.  
Étienne-Bernard, Ae-6.  
Faroy, L-4.  
Faure-Beaulieu, D-6.  
Ferrand, C-7.  
Fiessinger, E-3.  
Flandin, Q-7.  
Florand, P-2.  
Fohanno, Ar-1.  
Gandy, I-1.  
Garcin, Ae-12.  
Garnier, I-2 et I-3.  
Gautier, K-9.  
Gennes (de), Ab-1.  
Gilbrin, Aa-3.  
Gougerot, Q-1.  
Gouven, Q-20.  
Grenet, Z-2.  
Guillain, Ae-1.  
Gutmann, A-9.  
Hagueneau, Af-2.  
Halbron, A-2.  
Hamburger, I-15.  
Harvier, B-6.  
Herscher, I-4.  
Hillemand, J-3.  
Hinault, G-4.  
Hirschberg, I-5.  
Horowitz, Q-3.  
Huber, P-2.  
Imbert, Ao-1.  
Isaac-Georges, Z-2.  
Isch-Wall, J-1.  
Jacob, D-2.  
Jacquelin, H-17.  
Jacquet, P-3.  
Jahiel, Ae-7.  
Janet, M-6.  
Jean (Mlle), Ar-1.  
Kaplan, E-4.  
Kindberg, H-5.  
Kudelski, G-4.  
Labbé, G-1.  
Lacderich, E-2.  
Lafourcade-Cortina, Q-2.  
Laignel-Lavastine, B-3.  
Lamblang, E-8.

Landowsky (Mlle), F-5.  
Laporte, V-1.  
Laroche, J-4.  
Laubry, M-3 et M-4.  
Launay, Y-1.  
Layani, R-1.  
Le Baron, 96.  
Lebègue, Q-4.  
Léchelle, J-6.  
Lejars, G-4.  
Lelong, Ac-1.  
Lelourdy, H-2.  
Lemierre, V-1.  
Lenormand, A2.  
Lereboullet, Ac-1.  
Lesné, Y-1 et Y-2.  
Lestouy, F-4.  
Levesque, Z-5.  
Lévy, Q-20.  
Lévy (P.-P.), L-12.  
Lévy (Rob.), B-4.  
Lévy-Franckel, Q-6.  
Lévy-Valensi, A-4.  
Lian, J-2.  
Lichtwitz, M-5.  
Loeper, D-1.  
Lonjumeau, M-1.  
Lyon-Caen, L-11.  
Maillard, Ad-6.  
Marceron, K-13.  
Marchal, J-8.  
Maréchal, As-1.  
Marie, Aa-2.  
Marquézy, W-1.  
Mars (Mlle), J-15.  
Maurie, L-3.  
Maximin, D-7.  
May, J-5.  
Meyer (André), H-3.  
Mignot, M-1.  
Milhit, Aa-1.  
Milian, Q-2.  
Monier-Vinard, P-1.  
Morancé, An-1.  
Moreau, Ad-1, Ad-10, Ad-11, Ad-12, Ad-13, Ad-14.  
Morlass, N-3.  
Mouquin, Al- et Am-1.  
Mutel, At-1.  
Nicaud, Ab-2.  
Nobécourt, F-1 et F-15.  
Nouvion, Ao-1.  
Olivier, E-3.  
Ollivier, J-5.  
Oumansky, D-8.  
Pagniez, D-5.  
Paisseau, Y-3 et Y-4.  
Pasteur Vallery-Radot, L-3.  
Pauc (Mlle), Ao-1.  
Périn, Q-2.  
Péron, P-5.

Pichon, Aa-3.  
Pinard, G-2 et G-3.  
Plichet, D-5.  
Pollet, Q-4.  
Poumailloux, K-8.  
Poumeau-Delille, Q-7.  
Prieur (Mlle), J-7.  
Pruvost, J-7.  
Pucch, B-5.  
Rachet, N-6.  
Ramond (F.), D-4.  
Ramond (Louis), K-7.  
Rathery, B-1.  
Ravina, H-19.  
Renaud, Ak-1.  
Ribadeau-Dumas, Ae-2.  
Richet, H-4.  
Richon, Q-7.  
Rist, K-4 et K-6.  
Rivet, I-5.  
Roberti, I-4.  
Ronce, Aq-1.  
Rouget (Mlle), Z-5.  
Rouquès, L-1.  
Roussy (Mlle), Ao-1.  
Salmon, G-13.  
Sergent, M-1.  
Serval, J-4.  
Sézary, Q-3.  
Solente, Q-5.  
Soulié, J-8.  
Sourdel, H-4.  
Stévenin, H-2.  
Thévenard, J-6.  
Thomas, E-8.  
Thoyer, N-1.  
Thurel, Ad-2.  
Tinel, An-1 et Ah-2.  
Tixier, F-6.  
Touraine, Q-5.  
Trémolières, N-3.  
Treuif, ü-3.  
Turpin, H-6.  
Tzanck, R-1 et R-4.  
Vialard, K-7.  
Villaret, E-1.  
Vincent, B-5.  
Vogt (Mlle), F-2.  
Vurpas, Ae-8.  
Walser, M-3.  
Weil (M.-P.), D-8.  
Weill (P.-E.), J-1.  
Weill-Hallé, F-2 et F-3.  
Weissenbach, Q-6.  
Weissmann, L-9.  
Wester, P-5.  
Wolff (Mlle), L-9.  
Zagdon (Mme), Aa-1.

CHIRURGIENS  
et assistants.

Alglane, H-14.  
Amline, H-7.  
Banzet, B-7.  
Basset, H-7.  
Baudelot, J-16.  
Baumgartner, B-7.  
Bayle, G-11.  
Bazy, Q-9.  
Berger (Jean), E-6.  
Bergeret, F-10.  
Bloch (Jac.), A-6.  
Bloch (René), Q-17.  
Boppe, Q-21.  
Braine, D-15.  
Bréchet, D-11.  
Brocq, Ab-3.  
Buquet, Ac-2.  
Cadenat, I-8 et I-9.  
Cahen, A-10.

Capette, L-7.  
Chabrut, Ab-3.  
Chaignon, I-7.  
Charrier, Ae-7.  
Chevassu, G-11.  
Chevrier, B-8.  
Chifoliau, J-16.  
Clément, Y-5.  
Cunéo, A-6.  
Deniker, J-11.  
Desmarest, P-4 et P-6.  
Desplas, Ag-2.  
Dossot, Q-12.  
Duval (P.), O-1.  
Fèvre, F-7 et F-9.  
Fey, E-5.  
Fredet, B-12.  
Gally, E-6.  
Garnier, Q-21.  
Gatellier, O-1.  
Gaudart d'Allaines (de), J-9.  
Gernez, J-10.  
Godard, Z-3.  
Gosset, Ae-7.  
Gouverneur, Q-12 et Q-13.  
Grégoire, D-10.  
Guéniot, Z-4.  
Gueulette, L-7.  
Guichard, Y-5.  
Guillemot, Z-1.  
Guillot, E-9.  
Guimbellot, H-9.  
Guimezanes, Q-22.  
Heitz-Boyer, I-7.  
Houdard, I-11.  
Huard, H-8.  
Huet, L-8.  
Iselin, M-7.  
Küss, B-9.  
Labey, N-4 et N-7.  
Lance, F-7.  
Lardennois, K-10.  
Lenormant, G-9.  
Leveuf, ü-3.  
Madier, H-18.  
Marion, E-5.  
Martin, Ac-2.  
Mathieu, G-10 et G-12.  
Maurer, K-10 et K-14.  
Meillère, Ag-2.  
Ménégaux, G-9 et G-14.  
Métivet, Af-3.  
Michon, D-10.  
Milhiot, B-12.  
Mocquet, L-6.  
Mondor, L-8.  
Monod, M-9.  
Monod (Rob.), M-7.  
Monod (R.-Ch.), L-6.  
Mouchet, L-10.  
Moulouguet (Pierre), J-10.  
Moure, Q-11.  
Naggiar, Q-17.  
Oberlin, B-8.  
Okinczyk, H-8.  
Ombredanne, F-7 et F-9.  
Perrin, Q-8.  
Picot, Q-8.  
Petit-Dutaillis, Ae-11.  
Prieur, Z-1.  
Proust, R-5.  
Quénu, E-9.  
Reinhold, D-11.  
Richard, Aj-1 et Aj-2.  
Rouhier, E-7.  
Roux-Berger, J-9.  
Sauvé, I-10.  
Schwartz, I-16.  
Séguy, Z-4.

Seillé, M-9.  
Sénèque (J.), A-6.  
Sorrrel, Y-5.  
Soupault, N-4 et N-7.  
Thalheimer, P-4.  
Toupet, Ad-3 et Ad-4.  
Vallery-Radot, Y-5.  
Velti, K-10.  
Wilmoth, G-9 et G-14.

ACCOUCHEURS  
et assistants.

Brindeau, U-1.  
Cathala, Q-16.  
Chirié, A-8.  
Cleisz, S-2.  
Couvellaire, T-1.  
Desnoyers, S-1.  
Devraigne, I-14.  
Digonnet, A-8.  
Ecalte, N-5.  
Jeannin, B-10.  
Lacôme, T-1.  
Lantuéjoul, Q-16.  
Le Lorier, S-1.  
Lemeland, J-14.  
Levant, H-12.  
Levy-Solal, D-13.  
Meltzer, L-5.  
Peytavin, J-14.  
Sureau, D-13.  
Suzor, N-5.  
Vignes, Ac-3.

## OPHTALMOLOGISTES

Besnard, K-12.  
Blum (J.), A-7.  
Bollack, G-15.  
Bourdier, H-11.  
Cantonnet, K-12.  
Cerise, B-14.  
Coutela, Q-15.  
Delobel, D-16.  
Delthil (Mme), G-15.  
Dubois, J-13.  
Durandy, Y-8.  
Favory, Y-8.  
Hay (Mlle), B-14.  
Juvanon, H-11.  
Le Mée, F-11.  
Magitot, J-13.  
Monbrun, P-8.  
Parfonry, Ad-7 et I-13.  
Poulard, I-13.  
Prélat, D-16.  
Renard, L-13.  
Richier, F-11.  
Terrien, A-7.  
Weissmann-Neller (Mme), Q-15.

## OTO-RHINO-LARYNGOLOGISTES

Aubry, L-14.  
Baldenweck, H-10.  
Bloch, Z-6.  
Bose, N-8.  
Bouchet, P-7.  
Bourgeois, K-11.  
Bunau, Q-14.  
David, D-12.  
Gouzé, G-16.  
Granet, H-10.  
Grivot, D-12.  
Halphen, Q-14.



Hautant, J-12.  
Hecquet, Aa-4.  
Jusseaume, P-7.  
Lemaître, I-12.  
Lemoigne, N-8.  
Leroux, G-16.  
Le Temple, J-12.  
Magnien, H-10.  
Moulouguet, N-8.  
Ombredanne, Aa-4.  
Ostwalt (Mlle), F-12.  
Ramadier, B-13.  
Rossert, K-11.  
Thomas, I-12.  
Velter, F-12.

#### ELECTRO-RADIO-LOGISTES

Aimé, Ac-4.  
Amiot (J.), R-6.  
Aubourg, H-15.  
Barreau, G-17.  
Baude-Lacascade (Mme), E-11.  
Beau, Ae-10.  
Beaujard, L-15.  
Béclère, O-3.  
Belot, Q-19.  
Blanche, N-9.  
Blot, M-10.  
Bonte (f.-fonct.), Ab-4.  
Boulard, I-17.  
Bourguignon, Ae-10.  
Brancas (de), T-2.  
Brennan, P-9.  
Buhler, Q-19.  
Cassan, Ad-8.  
Chenot, B-17.  
Codet, B-16.  
Collicz, J-18.  
Corbier, I-17.  
Cottenot, M-10.  
Damond, Y-9.  
Darbois, J-17.  
Dariaux, Ad-8.  
Delapachier, Af-5.  
Delherm, B-16.  
Desgrez, G-17.  
Detré, P-9.  
Devois, B-16.  
Dubost, F-13.  
Duclaux (Mme), B-17.  
Duhem, F-13.  
Duval, Aa-5.  
Fey, E-11.  
Fischgold, B-16.  
Foubert, H-20.  
Gadreau, G-17.  
Gally, E-11.  
Gauillard, H-15.  
Gérard, N-9.  
Gibert, D-18.  
Gilson, N-9.  
Goubert, F-13.  
Grosniansky (Mme), I-17.  
Guénaux, Ab-4.  
Guibert, E-11.  
Guilbert, I-17.  
Helle, K-16.  
Humbert, Ae-10.  
Jaudel, D-18.  
Joly, H-15.  
Jouveau-Dubreuil, K-16.  
Lagarenne, A-12.  
Leblanc, T-2.  
Lebouchard, Ac-4.  
Ledoux-Lebard, Ac-10.  
Le Goff, L-15.  
Lehmann, R-6.  
Lepenmetier, Q-19.  
Lobligeois, Z-8.  
Lomon, Aa-5.

Maingot, K-16.  
Mallet, J-18.  
Marchand, Ae-10.  
Mathieu (Pierre), Ae-10.  
Méry, Z-8.  
Morel-Kahn, B-16.  
Moro, F-13.  
Nadal, Q-19.  
Nahan, Q-19.  
Ordioni, I-17.  
Parin, Aj-3.  
Penteuil, Q-19.  
Pestel, Af-5.  
Petit, E-11.  
Piffault, H-15.  
Piot, Ap-3.  
Porcher, L-15.  
Portrel, K-16.  
Pulsford, H-15.  
Puyaubert, Q-19.  
Ronnaux, G-17.  
Solomon, D-18.  
Strouzer, B-16.  
Stuhl, B-17.  
Surmont, H-15.  
Tedesco (Mme), Ag-3.  
Thibonneau, Y-9.  
Thoyer-Rozat, B-16.  
Torchaussé, Z-8.  
Vitenson, D-18.  
Wallon, Ae-10.

#### PHYSIOTHERAPIE

Arraud, A-14.  
Brace-Gillot, A-14.  
Chambet (Mme), A-14.  
Chenilleau, A-13.  
Dausset, A-13.  
Ferrier (M.), A-13.  
Pages (Mme), A-14.

#### STOMATOLOGISTES

Beliard, A-10.  
Bertrand, Q-18.  
Boissier, Ac-5.  
Bozo, B-15.  
Cabrol, Af-6.  
Chapotel, Ac-5.  
Chevallier, B-15.  
Chuffard, F-16.  
Croquefer, M-12.  
Darcissac, K-15.  
Dechaume, Q-18.  
Duffieux, A-10.  
Farjin-Fayolle, N-9.  
Fleury, G-18.  
Gornouec, E-10.  
Gornouec, F-16.  
Guilly, Ae-13.  
Houzeau, Ae-13.  
Houzeau, F-16.  
Izard, J-7.  
Lacaisse, D-17.  
Lacronique, J-19.  
Lebourg, A-10.  
Lemerle, Y-10.  
L'Hirondel, H-16.  
Maleplate, Y-10.  
Marie, D-17.  
Maurel, G-18.  
Mesnard, J-19.  
Mesnard, J-10.  
Omnès, G-18.  
Raison, L-16.  
Richard, Ad-9.  
Rousseau-Decelle, I-18.  
Ruppe, Aa-6.  
Sassier, H-16.  
Schaefer, Q-18.  
Thibault, D-17.

Vilenski, O-2.  
Vincent, B-15.  
Vrasse, I-18.

#### CHEFS DE LABORATOIRE

Allotte de la Fuyce, A-7.  
Ardouin, I-12.  
Beauvy, G-9.  
Beloux, O-1.  
Bertrand, Ae-1.  
Bonnard (Mlle), Ap-1.  
Bousseau, A-7.  
Busy, G-1.  
Cartier, U-1.  
Chabanier, E-5.  
Colombet, E-5.  
Coquoin, A-1.  
Couvreur, M-1.  
Cuel, Ap-1.  
Cuzin, Ap-1.  
Delavenne, D-10.  
Desgrez, Q-1.  
Détrois, Ac-1.  
Deval, A-1.  
Dioclès, A-1.  
Dognon, A-1.  
Doubrow, B-1.  
Dubar, Ap-1.  
Duche, Q-1.  
Duchon, D-1.  
Dumas, Ap-1.  
Dupouy, O-1.  
Durand (H.), M-1.  
Eliasscheff (Mlle), Q-1.  
Gallais, G-1.  
Garcin, Ae-1.  
Gauthier (Mlle), B-2.  
Girand, T-1.  
Giraud, G-2.  
Girault, Q-2.  
Goiffon, O-1.  
Guillaumin, D-1.  
Hahn (Mlle), G-8.  
Hinglais, U-1.  
Hudelo, A-7.  
Kogan, E-5.  
Kourilsky, M-1.  
Lafaille, F-1.  
Lannegrace, R-1.  
Lavergne, A-1.  
Lehmann, Ap-1.  
Letulle, G-12.  
Lévy (G.), Q-3 et Q-5.  
Lévy-Bruhl, K-1.  
Lévy-Lebahr, A-14.  
Magrou, Ae-7.  
Martineau, Q-6.  
Mathieu, Ae-1.  
Mayer (Mce), S-1.  
Minvielle, B-10.  
Moricard, R-5.  
Moutier, O-1.  
Nicolas, A-6.  
Olivier, K-1.  
Palmer, R-5.  
Parat, R-5.  
Paris, B-2.  
Perrot, G-9.  
Peyre, Q-1.  
Pretet, F-1.  
Pulvenis, I-12.  
Raffeneau, G-9.  
Reilly, V-1.  
Rocher, A-7.  
Rouche, Ae-7.  
Saint-Girons, F-8.  
Schmite, Ae-1.  
Sureau, T-1.  
Tissier (Mlle), A-1.  
Traverse (de), B-1.  
Tribout, D-1.

Truchot, E-5.  
Villars, B-2.  
Weill, D-1.

#### CHEFS DE CLINIQUE et adjoints

Armingeat, F-8.  
Barnaud (Mlle), V-1.  
Bascouret, B-2.  
Bérard, I-12.  
Bernal, K-1.  
Bertrand, F-8.  
Billet (H.), O-1.  
Blondin, A-6.  
Borel, Ap-1.  
Bouchard, E-5.  
Busson, A-1.  
Busy, G-1.  
Cachera, A-1.  
Caron, Ap-1.  
Contiades, G-9.  
Cord, K-1.  
Cordier, G-9.  
Couvelaire, D-10.  
Degos, Q-1.  
Derot, B-1.  
Desoille, Ae-1.  
Dioclès, A-12.  
Ducas, F-1.  
Dumont (P.), A-7.  
Fayot (Mme), T-1.  
Fouquet, D-1.  
Franco, B-10.  
Garnier, Ac-1.  
Gaucher, D-1.  
Gavois, Ac-1.  
Gérard-Marchant, G-12.  
Goldberg, G-1.  
Gosset, Ae-7.  
Guillaire, Ae-1.  
Heimann (Mlle), D-1.  
Hepp, Ae-7.  
Hermann, A-7.  
Hesse, B-1.  
Jonard, R-5.  
Kourilsky (Mme), U-1.  
Laffitte, A-1.  
Langlois, D-1.  
Lepage, S-1.  
Lenègre, B-2.  
Longuet, Ae-7.  
Lortal-Jacob, Q-1.  
Louvét, G-1.  
Maison, A-1.  
Mamou, M-1.  
Mareschal, Ap-1.  
Mencière, Ae-7.  
Merklen, Q-1.  
Monod (O.), O-1.  
Moricard, M-1.  
Mouchet, G-9.  
Nicolas, Ap-2.  
Odet, Ac-1.  
Padovani, G-12.  
Papaioannou (Mlle), Ac-1.  
Patte, M-1.  
Perard, E-5.  
Petit (Pierre), F-8.  
Pierre, Ac-1.  
Racine, M-1.  
Rubenovitch, Ap-1.  
Rudaux, Ae-1.  
Schwob, B-2.  
Sicard, A-6.  
Sigwald, Ae-1.  
Tailhefer, A-6.  
Thiery, G-1.  
Uhry, G-1.  
Valley-Braun (Mme), A-7.  
Van den Bossche, I-12.

Versini (Mlle), B-10.  
Veslot, F-1.  
Vuillème, D-10.  
Weill (André), U-1.  
Willm (Mlle), V-1.  
Worms, V-1.  
Zadoc-Kahn, B-2.

#### INTERNES

Abadi (Mlle), D-13.  
Abaza, F-15.  
Aboulker (Paul), Q-13.  
Adle, Q-11.  
Adrianopoulos, A-6.  
Alikier, Z-3.  
André (Rob.), Ad-2.  
Arnal, Ac-2.  
Arviset, M-7.  
Aschkenasy, Ah-1.  
Aubrun, J-3.  
Aussaguel (Mlle d'), Aj-1.  
Auzépy, I-6.  
Bachman, R-1.  
Barbier (Léon), B-7.  
Barcat, G-9.  
Bardin, Q-3.  
Bargeton, B-1.  
Barnaud (Mlle), Af-3.  
Barraya, Ae-7.  
Barthélemy, F-10.  
Bastien, Q-11.  
Baudouin, H-17.  
Baumgartner, E-1.  
Beauchef, Q-8.  
Beaufils, S-1.  
Belêtre, K-10.  
Benassy, L-6.  
Bensaude, D-9.  
Bernard (Jean), Ac-1.  
Bidou, A-5.  
Bioy, Ad-1.  
Bloch (Léon), G-9.  
Bloch (dit Bloch-Michel), J-5.  
Blondeau (Mce) (C. spécial), Ao-1.  
Boisseau, Q-8.  
Boissonnet, L-1.  
Bonamy, Q-21.  
Bonhomme, Q-15.  
Bonnenfant (Mlle) (C. spécial), Am-1.  
Bonnet (G.), L-2.  
Bons, A-1.  
Borgida, H-4.  
Boros, J-11.  
Bosquet (Int. lauréat), E-3.  
Botton (de), J-11.  
Boudin, E-3.  
Boudreaux (Jac.), O-1.  
Bouley, Q-4.  
Boulle, I-4.  
Bour, Ae-3.  
Bourdial, H-10.  
Bourée, I-5.  
Bouteau, H-9.  
Boutron, I-11.  
Bouvrain, Ae-4.  
Boyé (Pierre) (C. spécial), Ak-2.  
Brehant, B-7.  
Bridot, J-9.  
Brizard (André), Ae-9.  
Brocard, Q-6.  
Brouet, Q-1.  
Broutman, F-11.  
Brumpl, II-15.  
Brunel, Z-1.

Brunhes, L-3.  
Caby, H-8.  
Cachin (Charles), Q-9.  
Cachin (Marcel), K-1.  
Calvet, F-8.  
Camelot, Q-11.  
Carrez, Y-1.  
Carteret, I-8.  
Catalette, I-7.  
Catinat, A-1.  
Cauchoix, N-4.  
Cernéa, Ab-3.  
Challiol, B-9.  
Chambon, L-5.  
Chapireau, Q-2.  
Chaire, Ak-3.  
Chatain, Ac-3.  
Chenebault, A-8.  
Chevallier (R.), L-6.  
Chigot, Ae-7.  
Chomet, H-18.  
Coen, T-1.  
Coldefy, O-1.  
Commerson (Mlle) (C. spécial), Ak-2.  
Conte, V-1.  
Corcos, Ab-2.  
Cordebar, Q-16.  
Courrier (Mlle), Q-19.  
Courtial, Ac-1.  
Courvoisier, L-6.  
Coussieu, Q-13.  
Daum, V-1.  
Dechaume-Moncharmont, Aj-2.  
Debidour, H-7.  
Delaitre (R.), B-3.  
Delamare, B-2.  
Delinotte, D-10.  
Delorme, D-11.  
Delort (J.), K-9.  
Demaldent, N-8.  
Demartial, Ag-1.  
Derieux, Y-5.  
Desvignes, B-5.  
Domart, H-18.  
Douay, H-19.  
Dreyfus (André), Ae-6.  
Dreyfus (J.), K-11.  
Dugas, J-5.  
Dulot, J-10.  
Duperrat, Q-5.  
Dupuy, D-2.  
Duval (Alain), E-2.  
Eck, F-7.  
Escrivan (d'), B-7.  
Esquirol, Ad-3.  
Fabre (G.), N-1.  
Facquet, A-3.  
Fasquelle, L-4.  
Faugeron, F-9.  
Faulong, M-2.  
Ferroir, Af-1.  
Fiehrer, A-9.  
Filhoulaud, H-9.  
Fischer, Ak-2.  
Flourens, B-9.  
Fontaine, G-12.  
Font-Réaulx (de), B-6.  
Forget, Ae-11.  
Fort, Q-9.  
Fourestier (Max), M-1.  
Franchel, II-2.  
Frenais, J-9.  
Friedmann, 9-3.  
Frumusan, J-2.  
Gabriel, Aa-2.  
Gahinet, K-10.  
Gaube, K-5.  
Gaultier (M.), Ad-2.  
Gautier (J.), G-5.  
Genty (Pli.), K-10.

- Genty (Pierre), D-6  
 Gilbert, Ad-3.  
 Gigon, Y-5.  
 Gillet, H-18.  
 Girard (E.), D-11.  
 Giraud, H-11.  
 Gisselbrecht, D-4.  
 Ghosland, M-7.  
 Gorse, G-8.  
 Goyer, Ad-3.  
 Graciansky (de), M-5.  
 Greene, D-11.  
 Grépinet, B-8.  
 Gross, H-8.  
 Grossiord (André), Ah-1.  
 Grossiord (Gilbert) (C. spécial), Ak-1.  
 Groulier, N-4.  
 Guénin, H-7.  
 Guillaume, A-7.  
 Guilly, Ae-1.  
 Guy (André), Ag-2.  
 Haguénauer (Mlle) (C. spécial), Ak-2.  
 Haguier, I-7.  
 Halbron, I-12.  
 Hamburger, Q-1.  
 Hanaut, Ab-1.  
 Hécart, Q-21.  
 Hector, Aj-1.  
 Herbert, I-14.  
 Herrenschildt, F-4.  
 Hertz, G-2.  
 Huchet, Af-4.  
 Huguet (Mlle), M-1.  
 Huguier, Ad-4.  
 Hutin, E-6.  
 Israël (R.), Q-7.  
 Jaich, K-1.  
 Jammet (Mlle), Ad-6.  
 Janvier, Ag-2.  
 Joly (H.), Q-9.  
 Jomain, A-6.  
 Jomier (Mlle), F-5.  
 Jouanneau (P.), B-8.  
 Jourdan (Mme), J-11.  
 Judet, G-12.  
 Kipfer, Ae-12.  
 Klotz, Ad-1.  
 Kreis, Ae-6.  
 Krug, N-5.  
 Lachmann, A-6.  
 Ladet (Mlle), W-1.  
 Lafon, H-6.  
 Lance, G-9.  
 Landrieu, H-18.  
 Lanthier, Z-3.  
 Laplane, F-6.  
 Lauret, H-12.  
 Lautmann (Mlle), (C. spécial), Ak-3.  
 Lazard, G-9.  
 Le Beau, J-4.  
 Leblanc (M.), M-4.  
 Le Cœur (P.), M-7.  
 Ledoux-Lebard, Ae-10.  
 Lefebvre (Jac.), B-16.  
 Léger (L.), G-11.  
 Lehmann, Af-1.  
 Lejeune, F-8.  
 Lemaitre (Yves), J-12.  
 Lemant, B-5.  
 Lemelletier, Ae-2.  
 Leroux-Robert, I-12.  
 Leroy (André), N-4.  
 Lesobre, Q-7.  
 Leuret, D-10.  
 Levernux (C. spécial), Ak-2.  
 Levvi, Ak-1.  
 Lévy (Jean), U-1.  
 Lichtenberg, Q-20.  
 Livieratos, Q-20.  
 Loiseau (Guy), D-12.  
 Lorain (Mlle), L-1.  
 Lorisnol (Mlle), O-4.  
 Lyon (Mlle), A-2.  
 Macé de Lépinay, K-7.  
 Macretz, H-1.  
 Mahoudeau, L-3.  
 Malinsky, Q-6.  
 Mallet, G-1.  
 Marcy, Q-12.  
 Marre (Ph.), Q-21.  
 Marschak, L-5.  
 Martin (Jean), I-8.  
 Maruelle, B-8.  
 Maspétiol (R.), L-7.  
 Mathey, G-9.  
 Mathivat, D-13.  
 Maulmont (de), J-10.  
 Maury (J.), B-10.  
 Maury (P.), P-3.  
 Maynadier, B-9.  
 Meillaud, P-1.  
 Ménétrel, G-1.  
 Messimy, Ae-1.  
 Meyer (Jean), Ai-1.  
 Mialaret, E-6.  
 Moline, D-8.  
 Morax, G-2.  
 Morel (Mlle), A-4.  
 Moreno, I-10.  
 Morin (Marcel), Ae-4.  
 Morin (Paul), J-14.  
 Mouchotte, F-2.  
 Moulinier, H-19.  
 Nabert, Y-5.  
 Negreanu, K-8.  
 Netter (Albert), L-2.  
 Netter (Henri), H-5.  
 Neyraud, G-11.  
 Nouaille, Af-3.  
 Oehmichen (Mlle), Ad-5.  
 Offret, I-13.  
 Olivier (Cl.), I-8.  
 Olivier (Jean), H-3.  
 Ollier, J-14.  
 Ollivier-Henry, H-12.  
 Orinstein, Q-4.  
 Orsoni, L-8.  
 Ortholan, Ae-8.  
 Osenat, E-7.  
 Parrot, E-4.  
 Patey, F-1.  
 Payet, Ac-3.  
 Pécher, M-6.  
 Pergola, B-4.  
 Perier (Edouard), R-3.  
 Perreau, Y-4.  
 Perret (Rob.), L-7.  
 Perrot, L-4.  
 Pescaloro, J-7.  
 Philippe (Mlle), Ac-2.  
 Picard (Mlle Suz.), Aj-1.  
 Picquart (Alb.), N-5.  
 Picquart, Z-4.  
 Piel, I-11.  
 Poilleux (Int. lauréat), E-5.  
 Poncet, K-4.  
 Pourquoi, L-7.  
 Relier (P.), P-4.  
 Rendu, D-5.  
 Robert (Pierre), N-3.  
 Rodier, D-10.  
 Rouchy, A-8.  
 Rouher, J-13.  
 Rousseau (G.), Ae-7.  
 Rouvillois (Claude) (C. spécial), Al-1.  
 Roux (M.), L-8.  
 Roy (A.), J-8.  
 Roy (L.), D-1.  
 Royer de Véricourt, M-3.  
 Rymer, J-7.  
 Sabourin, Q-8.  
 Saquepée, Aj-2.  
 Saïe, An-1.  
 Salembiez (Mlle), Y-2.  
 Salles (P.), Ae-1.  
 Sallet, D-7.  
 Salomon, J-12.  
 Sambron, Q-5.  
 Sarradin, I-11.  
 Sautter, Ab-3.  
 Sauvain, Y-7.  
 Scemama, J-1.  
 Scheid, G-4.  
 Schwartz, Z-2.  
 Seiffert (Mlle), Q-16.  
 Sergent (And.), E-5.  
 Signier (Mme), Aa-1.  
 Simon (R.), H-8.  
 Simon, H-18.  
 Simonin (Louis), K-12.  
 Smilovici (C. spécial), An-1.  
 Soubrance, I-10.  
 Soyer, Q-12.  
 Stéphani, E-5.  
 Strée, E-7.  
 Streusand, S-2.  
 Suchmann, A-6.  
 Suire, J-10.  
 Tallet, Z-4.  
 Tavenne, I-14.  
 Temerson, I-2.  
 Terrasse, J-6.  
 Thieffry, P-2.  
 Thorel, J-9.  
 Tilitcheff, L-1.  
 Tissot, Af-4.  
 Tran-Quang-Dé, S-1.  
 Trotot, F-12.  
 Turiaf, H-17.  
 Ullmann, G-1.  
 Vaidie, D-12.  
 Van der Bogen, M-6.  
 Varangot, A-6.  
 Varay, D-1.  
 Vauclin, A-6.  
 Vautier (J.), L-8.  
 Velez, P-4.  
 Viala (P.), O-1.  
 Vignalou, H-7.  
 Vincent (Jean), Z-3.  
 Vincent (P.), H-18.  
 Virtz (Mlle) (C. spécial), Ak-2.  
 Voisin, A-7.  
 Weill (Mme), Y-3.  
 Wetterwald, Q-2.  
 Willot, B-3.  
 Yovanovitch, Ag-2.  
 Zhâ, F-11.  
 Grenet, N-6.  
 Grupper, Z-1.  
 Hurez (And.), Ad-11.  
 Jomier (Mlle), F-5.  
 Kaplan, H-13.  
 Lachter-Pachter, D-14.  
 Leconte (André), J-15.  
 Lemoine, G-6.  
 Menetrier, L-12.  
 Meyer, H-1.  
 Mignot, I-15.  
 Philippe (Léon), B-4.  
 Porge, L-3.  
 Rambert, F-3.  
 Rogé, H-5.  
 Sainton (Mlle), B-1.  
 Salleron, B-11.  
 Soullignac, E-8.  
 Sterin, F-10.  
 Steward-Walter, W-1.  
 Vial, P-5.  
 Vildé, M-8.  
 Austerveil (Ch.) Q-6  
 Avenir, Q-20.  
 Avril, D-15.  
 Aygnac, L-3.  
 Azaiz, Ag-2.  
 Azoulay, V-1.  
 Azouli, Y-5.  
 Azuclos, R-2.  
 Babou, B-1.  
 Bacaleinie (Mlle), élève, I-17.  
 Bachellief, A-3.  
 Bachel, H-17.  
 Badinier, F-8.  
 Bailly, H-7.  
 Bailly (P.), A-1.  
 Bakulin, Af-1.  
 Balazuc, H-2.  
 Ballade, I-11.  
 Ballerin, H-18.  
 Balossini, D-7.  
 Bancaud, B-6.  
 Banse, Q-6.  
 Barbier (Jean), I-6.  
 Barbier (Pierre), J-15.  
 Bardon (H.), Ae-1.  
 Bareau, K-8.  
 Bareillier-Fouché (Mlle), A-8.  
 Bargain, A-3.  
 Barnier, H-9.  
 Barré (Yves), I-8.  
 Barré (André), H-8.  
 Barret (Mlle), E-4.  
 Barrie, L-6.  
 Barrillon (Mlle), J-5.  
 Barry (Claude), H-6.  
 Barry (René), H-6.  
 Bartfeld (Mlle), B-7.  
 Baslé-Parton, G-3.  
 Bastain, G-9.  
 Bastard, Q-6.  
 Bataille (Mlle), Ae-4.  
 Bauchard, D-9.  
 Baudoin (J.), Q-9.  
 Baudon, I-5.  
 Baudon (J.-V.), H-12.  
 Bauer (J.-C.), A-7.  
 Bauer (L.), E-2.  
 Baugé, F-4.  
 Baulande, L-5.  
 Baussan (P.), D-9.  
 Bayle, K-5.  
 Beaughon (Mlle), G-5.  
 Beaugrand, J-2.  
 Beauvais (P.), F-6.  
 Becuwe, L-1.  
 Bell, F-4.  
 Bellettoille, P-2.  
 Bellette, Ad-14.  
 Belloy, G-15.  
 Belot (E.), B-2.  
 Bena, H-8.  
 Benaliona, Q-15.  
 Ben Brahim, P-8.  
 Benetad, R-5.  
 Ben Haïm, L-6.  
 Ben-Hamou, F-11.  
 Benoit (Mme), Y-1.  
 Bensimhon, Ag-1.  
 Benthovsky (Mlle), G-1.  
 Berg (de), A-7.  
 Bermi (Mlle), R-5.  
 Bernager, Q-8.  
 Bernard (Jacques), B-16.  
 Bernard (Lucien), L-3.  
 Bernard (Pierre), V-1.  
 Bernier (J.), Y-5.  
 Berrier, D-11.  
 Berthiot, I-7.  
 Bertin (Pierre), B-8.  
 Bertrand (Jean), B-3.  
 Bessière, M-6.  
 Bessil, B-5.  
 Biardau, Q-1.  
 Bieth, H-18.  
 Biaire, H-9.  
 Blairon (Mlle), B-16.  
 Blancard (P.), D-10.  
 Blanchard (A.), N-1.  
 Blanchard (Jac.), G-2.  
 Blanchon, Af-4.  
 Blanquier, L-1.  
 Blechet, D-13.  
 Blestel, Q-17.  
 Bliedum (Mlle), M-7.  
 Blinder, A-4.  
 Bloch (Claude), I-17.  
 Bloch (M.), H-4.  
 Blond (Mlle M.), F-10.  
 Blumenfeld (Mlle), F-2.  
 Boboc, élève, E-11.  
 Boelle, Y-5.  
 Boënnec, Ad-10.  
 Boissonnat, Q-16.  
 Boivin (Jean), Ae-4.  
 Bolivar, Q-4.  
 Bolo, B-4.  
 Boncour, G-13.  
 Bondoux, D-8.  
 Bonduelle, Ae-1.  
 Bonet (J.), F-7.  
 Bonnefis, H-9.  
 Bonvalet, B-9.  
 Bonvarlet, N-4.  
 Borde-Suc, G-13.  
 Boreau, H-18.  
 Borman, M-6.  
 Bosvieux, M-1.  
 Botreau-Roussel, E-5.  
 Boucaud, Q-8.  
 Bouche, I-6.  
 Boudon (Cl.), L-4.  
 Boullié, H-19.  
 Boulay, H-19.  
 Boulenger (Mme), Q-20.  
 Boulenger (P.), G-5.  
 Bourcat (Mlle), Q-21.  
 Bourdeau, Y-1.  
 Bourdin (J.), Ae-1.  
 Bourel, L-9.  
 Bourgin, H-1.  
 Bourguine, Ad-12.  
 Bourhy, Ae-6.  
 Bourrier, I-6.  
 Bourlière, G-4.  
 Bours, L-4.  
 Boutinaud (Mlle), N-5.  
 Boutroy, G-7.  
 Bouvet (Mlle), V-1.  
 Bouvier, U-1.  
 Bouvier (J.-B.), Aa-1.  
 Braconier-Leclerc, Q-7.  
 Brandmark, M-7.  
 Brault, I-8.  
 Breitel, R-1.  
 Bret, I-7.  
 Breton (P.), Ae-1.  
 Bretton, J-12.  
 Bricaire, D-11.  
 Brille (Mlle), Q-6.  
 Brissaud, M-5.  
 Brisset, Ad-1.  
 Brisson (F.), G-1.  
 Broche, Z-4.  
 Brochenin, Ae-11.  
 Broutin, J-1.  
 Brunéau (J.), L-3.

### EXTERNES

### EXTERNES EN PREMIER



- Brusseaux (Mlle),  
A-6.  
 Buchenaud, G-12.  
 Bugaut, D-8.  
 Buît (du), N-8.  
 Bulet (Mlle), A-4.  
 Butei, Ab-3.  
 Butzbach (Jacques)  
V-1.  
 Butzbach (Jean),  
H-10.  
 Buvat (J.), A-3.  
 Buy, Ad-3.  
 Cabrière, A-10.  
 Cagny (de), Aj-1.  
 Cahen (J.), B-5.  
 Cahour (Mlle), Af-3.  
 Caillé, K-6.  
 Callerot, G-1.  
 Calvet (J.), élève,  
A-11.  
 Calvet (Mme), F-4.  
 Campagne, D-1.  
 Campesco, Q-7.  
 Camus (J.), E-4.  
 Camus (Pierre),  
J-17.  
 Cante, U-1.  
 Capron, H-8.  
 Carasso, B-6.  
 Carcopino, M-4.  
 Cariage, L-10.  
 Carle, K-14.  
 Carlet (Mlle), J-16.  
 Carlotti, G-9.  
 Carniol, Ad-13.  
 Carpentier (Mme),  
D-11.  
 Caruana, E-2.  
 Casalis (Mlle),  
Ad-10.  
 Casanova (A.), H-2.  
 Castaigne, F-8.  
 Catalogne, R-5.  
 Caudron, Q-3.  
 Caulliez (Mlle),  
K-10.  
 Cayla, U1.  
 Cayro, H-4.  
 Cayrol, J-7.  
 Celoron de Blainvil-  
le, Q-4.  
 Céara, J-14.  
 Cert, L-11.  
 Chabasseur, J-15.  
 Chalochet, M-5.  
 Chaminades (Mlle),  
Q-15.  
 Champagne (P.),  
Q-20.  
 Champagne, L-5.  
 Chaouli, Ae-11.  
 Chappelart, A-2.  
 Chardin, Y-5.  
 Chardon, H-4.  
 Charollais, A-5.  
 Charpentier, D-8.  
 Chartier, P-5.  
 Chappé, H-17.  
 Chaudouet, élève,  
L-16.  
 Chédru, H-1.  
 Cheikh (Mlle), J-9.  
 Chesseheuf, A-1.  
 Chevallier (Alexis),  
N-1.  
 Chevalier (R.),  
K-6.  
 Chevalier (Henri),  
J-8.  
 Chevreui, I-1.  
 Chiara (di), J-6.  
 Chiche, G-17.  
 Chigot, K-16.  
 Chilot, I-10.  
 Chirac (de), J-10.  
 Choppy, I-7.  
 Chotiau (Mlle),  
D-13.  
 Christophe, Z-3.  
 Ciosi (Mlle), Aj-1.  
 Clamageron, L-8.  
 Claracq, Y-3.  
 Clerc (P.), J-12.  
 Clerfeuille, Ac-2.  
 Clotteau, Ae-1.  
 Cluzeau, J-4.  
 Coblentz, D-10.  
 Cohen (Aaron),  
Ac-6.  
 Cohen (J.), Q-13.  
 Colin (P.), J-11.  
 Colletas, Z-6.  
 Collot, I-7.  
 Combes, F-13.  
 Compagnon, Q-9.  
 Comte (J.), E-1.  
 Congy, L-7.  
 Colsenot, B-7.  
 Coquelin, élève,  
Q-18.  
 Coquet, R-5.  
 Corcelle, H-12.  
 Coriat, Aa-4.  
 Cornaire, G-5.  
 Cornet (A.), D-5.  
 Cornetet, B-7.  
 Cornillon, Ag-2.  
 Corre (Mlle), D-5.  
 Corrier, P-8.  
 Cossart, N-6.  
 Costa (R.), D-6.  
 Coste (B.), J-7.  
 Coste (J.), O-1.  
 Cotillon, Ad-1.  
 Cotton (Mlle), B-10.  
 Coudment, P-1.  
 Coujard, Y-8.  
 Couillet, K-1.  
 Coulombeix, E-5.  
 Coulon, B-8.  
 Coupin, M-1.  
 Courchet, A-7.  
 Courjaret, Ag-2.  
 Coutin (J.), Ab-1.  
 Coville, M-3.  
 Crépin, I-10.  
 Crescenci, I-12.  
 Crevecoeur, J-11.  
 Cuadrado, L-10.  
 Cuvercaux, N-3.  
 Cuzin, I-10.  
 Cypin (Mlle) (élève),  
E-10.  
 Dailly, L-7.  
 Damiens (Mlle),  
Z-1.  
 Danel, D-4.  
 Danion, Q-9.  
 Danon (Mlle), V-1.  
 Danset, B-5.  
 Darkovsky (Mlle),  
A-1.  
 Darmendrail, Q-2.  
 Darricau, O-1.  
 Darris, B-3.  
 Dastugue, Af-4.  
 Daudier, J-5.  
 Daverne, J-6.  
 David, H-3.  
 Davidovici (A.),  
A-5.  
 Davidovici (P.),  
Q-16.  
 Davy, Ab-3.  
 Debain, J-5.  
 Debelut, Aa-2.  
 Debeyre (J.), Ae-7.  
 Debois, K-10.  
 Debuschère, K-10.  
 Decormeille, Ab-3.  
 Deguillaume, D-1.  
 Dehouve, L-5.  
 Delabroise, I-15.  
 Delair, B-2.  
 Delaffond, Q-9.  
 Delhaye, R-4.  
 Delaroche, Z-1.  
 Delatour, J-8.  
 Deliberas, élève,  
Q-18.  
 Delcambre, D-11.  
 Delmas (Mlle), G-6.  
 Delormeau, B-3.  
 Delort (P.), Q-16.  
 Delouche, A-1.  
 Delzant, U-1.  
 Demange, H-12.  
 Demassieux, H-18.  
 Dennewald, Q-7.  
 Demtchenko (Mlle),  
L-12.  
 Denil, N-1.  
 Denizet, E-2.  
 Denoyelle, B-7.  
 Depierre, Q-3.  
 Deprez, W-1.  
 Dervaux, H-12.  
 Deroide, J-1.  
 Deschamps, Q-1.  
 Desclaux (Mlle),  
L-8.  
 Desclaux (Pierre),  
Ad-2.  
 Déséglise, M-6.  
 Desfosses, A-10.  
 Desgeorges, P-3.  
 Desjeux, L-1.  
 Deslandes, H-18.  
 Desmonts (Mlle),  
H-8.  
 Destarac, Q-21.  
 Destouches, Q-5.  
 Devillers (Mlle), J-1.  
 Devilliers, Ad-1.  
 Didier, Ae-7.  
 Diengott, M-6.  
 Dissez, B-11.  
 Doger de Spéville,  
T-1.  
 Dos Ghali, Ae-2.  
 Doudeuil, D-1.  
 Doumic, M-1.  
 Douville, I-8.  
 Dreulle (Mlle), Q-5.  
 Dreux, Ab-2.  
 Drognet, Q-20.  
 Druilhe, J-11.  
 Drylewicz, D-12.  
 Dubarry (Mme),  
B-6.  
 Dubel, H-8.  
 Dubois (Mlle C.),  
T-1.  
 Dubois (Louis),  
N-7.  
 Dubois (Mlle M-  
Th.), H-1.  
 Dubos (P.), A-8.  
 Dubuisson (Mlle),  
F-10.  
 Ducamp, T-1.  
 Ducournau, G-9.  
 Ducros, Ad-1.  
 Dufour (André),  
L-3.  
 Dufour-Lamartine,  
F-2.  
 Dufour (J.), Y-6.  
 Dufourmentel, G-11.  
 Dufresne, P-4.  
 Dugrenot, J-3.  
 Duillin, G-8.  
 Dumont (Mlle),  
Q-3.  
 Durand-Henry  
(Mlle), L-3.  
 Du Pasquier (Mlle),  
L-6.  
 Dupond, Aa-1.  
 Dupont (V.), B-2.  
 Dupuis (R.), J-8.  
 Durand (Mce), L-6.  
 Duret (Mme), Q-1.  
 Durgeat, Ab-3.  
 Durkheim (Mlle),  
H-17.  
 Durrande (Mlle),  
Ae-2.  
 Durup, Ae-7.  
 Duss (Mlle), M-5.  
 Dutheil, Q-1.  
 Dutter, I-4.  
 Duval (René), I-10.  
 Ecklé, D-15.  
 Elbaz, B-11.  
 Elkaïk, A-7.  
 Eliakim (Mlle), F-1.  
 Eman-Zade, G-7.  
 Enel, H-7.  
 Eon, L-1.  
 Erenia (Mlle), J-6.  
 Estevé, A-1.  
 Etienne (R.), I-4.  
 Etienney, Q-5.  
 Eudel, J-3.  
 Eyraud (Mlle M.),  
J-14.  
 Eyraud (Mlle G.),  
Q-5.  
 Fabre (Mlle), Ae-2.  
 Faingold, L-12.  
 Falk, A-4.  
 Faun, Ac-2.  
 Faugereux, G-2.  
 Faulloy, D-13.  
 Faye, F-6.  
 Fayein, G-2.  
 Fayet, P-3.  
 Feder (Mlle), A-1.  
 Feinmann, Z-2.  
 Fekèle, B-13.  
 Feld, Q-20.  
 Feldmann, G-8.  
 Fénélon, Y-3.  
 Fénéou, E-5.  
 Ferrand (Guy),  
K-10.  
 Ferrand (P.), Ag-2.  
 Ferrand (Michel),  
I-5.  
 Ferrari, F-8.  
 Ferrasson, D-9.  
 Ferrieu (Mlle),  
Ah-2.  
 Ferval, Q-21.  
 Feuillet, Ae-12.  
 Feuillet, E-1.  
 Filippi, G-1.  
 Fischgrund, G-1.  
 Fleury, Y-3.  
 Florès (A.), E-7.  
 Flori, Y-7.  
 Foirier, Q-2.  
 Fonteneau, Q-14.  
 Fonteix, Ae-10.  
 Forestier, G-14.  
 Fortin, H-17.  
 Fouassier, D-9.  
 Fourmestiaux (de),  
G-11.  
 Fournier (Marcel),  
Q-17.  
 Fox, K-16.  
 Francheteau, Ae-1.  
 François-André, O-4.  
 François (Mlle),  
E-7.  
 François (P.),  
Ad-10.  
 François-Dainville,  
Ac-1.  
 Fransès, élève, Ab-2.  
 Fraquet, F-7.  
 Fredj, L-6.  
 Fredet, Ae-4.  
 Freret, U-1.  
 Fressinaud-  
Masdefeix, J-6.  
 Friedman (Mlle),  
élève, Z-8.  
 Froidefond, G-4.  
 Froissant, Aa-1.  
 Fronville, H-8.  
 Fruton (Mlle),  
élève, Y-10.  
 Fuzier (Mlle), Ae-6.  
 Gagnier (Mlle),  
Ag-2.  
 Galand, K-9.  
 Galimard, K-4.  
 Gallant, Ac-3.  
 Galle, L-13.  
 Gallimard (Jean),  
L-8.  
 Galmiche, J-11.  
 Gandrille, F-1.  
 Ganget (Mlle),  
N-4.  
 Gaquière, I-1.  
 Garnier (Mlle), H-7.  
 Gasch, Ad-12.  
 Gasne (Mme), E-9.  
 Gatovsky (Mme),  
Q-2.  
 Gatovsky, D-14.  
 Gaudoul, K-7.  
 Gaudin, J-14.  
 Gaudron, H-15.  
 Gauthier, Q-11.  
 Gauthereau (Mlle),  
Ac-12.  
 Gautherot (Mlle),  
N-1.  
 Gauthier, H-3.  
 Gautreau, F-6.  
 Gazel, A-8.  
 Geismar, H-15.  
 Geffriaud, H-13.  
 Geffroy, L-1.  
 Genestoux, J-3.  
 Genevriar, Ae-6.  
 Genthon, W-1.  
 Genthon (Mlle),  
L-2.  
 Georgot, Q-3.  
 Gérard (Rosan),  
G-1.  
 Géré, élève, G-18.  
 Germain (A.), Ae-7.  
 Gertzberg, A-1.  
 Gharib, G-16.  
 Gheorghin, F-1.  
 Ghinsberg, K-7.  
 Gialferri, H-19.  
 Gibert (Louis),  
I-18.  
 Gibert (Michel),  
G-15.  
 Gibon, K-5.  
 Gibrat, Ac-2.  
 Gillet (H.), A-6.  
 Gimault, W-1.  
 Girard (Louis),  
Aa-1.  
 Giraud (Paul), D-7.  
 Girault, G-1.  
 Giret (Mlle), K-14.  
 Giret (A.), J-2.  
 Girod, O-1.  
 Giuli, Ac-2.  
 Glénard, Z-6.  
 Gluck, Q-19.  
 Godenèche, I-14.  
 Godlewsky, N-5.  
 Goerens, L-5.  
 Gold, I-7.  
 Goldenbaum, D-14.  
 Goldman, R-1.  
 Goldstein, G-11.  
 Gomme de Mattos  
(Mlle), Z-5.  
 Gordet, Z-4.  
 Gordowski (André),  
E-8.  
 Gorodetzky (Mlle),  
K-7.  
 Goudot (André),  
A-2.  
 Goudot (Jean),  
J-4.  
 Gouffier, Y-1.  
 Gougerot, G-11.  
 Goulène, M-2.  
 Goulesque, Ab-2.  
 Goupy, Ab-1.  
 Gourion, J-10.  
 Goury-Laffont, P-2.  
 Gout, Z-4.  
 Goutcharoff (Mlle),  
K-9.  
 Grain, Q-19.  
 Grand, T-1.  
 Grange, N-3.  
 Granier (Mlle), Q-9.  
 Granjon, Ad-3.  
 Greif, Q-12.  
 Grel, Ae-11.  
 Grégoire, H-19.  
 Gremont, H-18.  
 Grévin, B-13.  
 Griboval (Mlle),  
F-1.  
 Grindefer, B-3.  
 Grislain, K-8.  
 Gross, I-10.  
 Grould (Mlle), E-7.  
 Grumbach (Mlle),  
Af-1.  
 Grumberg (S.),  
R-3.  
 Grunspan, H-7.  
 Guebel, M-1.  
 Guénard, I-8.  
 Guenon des Mes-  
nards, P-7.  
 Guéret, E-5.  
 Gueron, I-15.  
 Guès, N-10.  
 Guichard, Ae-3.  
 Guillaume, H-7.  
 Guillemain (G.),  
H-13.  
 Guillemin (And.),  
I-14.  
 Guimezanes, Q-21.  
 Guin, Q-14.  
 Guiot, K-10.  
 Guitard, L-7.  
 Guitard, J-4.  
 Guyot (Jac.), Q-8.  
 Habas, Ab-3.  
 Hacker, Ae-2.  
 Hadengue (A.),  
G-9.  
 Haguët, D-7.  
 Haller (Mlle Renée)  
A-1.  
 Haller (Mlle Sylvie)  
F-1.  
 Halley, G-11.  
 Hané, D-13.  
 Hanoune, J-3.  
 Haquin, Y-5.  
 Harel, Q-5.  
 Harel, H-7.  
 Harispe, H-4.  
 Hau, P-7.  
 Hauser, J-5.  
 Haussmann, Q-6.  
 Hebert (And.), Ad-3.  
 Hébert (Paul), J-10.  
 Helman (Mlle),  
K-11.  
 Hemeury, O-1.  
 Henrion, N-8.  
 Henrot, Q-2.  
 Herisse, Ab-2.  
 Hermain, H-10.  
 Herizog, D-4.  
 Heulot (Mlle), F-7.  
 Hewitt, A-6.  
 Hochedel, G-6.  
 Hochfeld, J-4.  
 Hosti, T-1.  
 Homsy, Ad-2.  
 Hornung, K-1.  
 Houdades (Mlle),  
F-2.  
 Houdart (R.), A-7.  
 Huard (Mlle), Ag-1.  
 Huber (Jean), Ab-1

Hufnagel (Mlle), L-6.	Lambert (Léon), J-7.	Lenoir (Pierre), Q-3.	March, P-6.	Montis (de), R-4.	Périer (Rob.), A-1.
Huguenin, V-1.	Lambert (Ray.), F-4.	Lenormant, L-3.	Marchon, H-17.	Mordo, L-7.	Périsois, Z-6.
Hussameddin, K-2.	Lamy (Jean), H-14.	Leon, L-11.	Maraille (Mlle), V-1.	Moreilhon (Mlle), Q-8.	Perol (Et.), K-3.
Iancu, B-9.	Landau, B-7.	Lepintre, B-5.	Margueron (Mlle), Q-5.	Morel (V.), Ab-3.	Perol (Mme), K-3.
Isorni, E-6.	Lanvin, Ae-7.	Lepoivre, L-16.	Mariani, G-14.	Morvan, R-2.	Perrault (Mlle), Ae-2.
Izraël, F-11.	Lamothe (Mlle), L-9.	Leprat, Q-7.	Marinetti, I-11.	Mostini, I-2.	Peschard, Z-4.
Jacquemin (H.), G-13.	Lamotte, J-5.	Leprêtre, Q-5.	Mothon, Y-5.	Motte, Ad-1.	Pestel (M.), A-7.
Jacquet (A.), Ah-1.	Lam-Van-Nghi (Mme), D-13.	Lera, B-9.	Mottez, F-12.	Marmier, H-9.	Petit (Camille), Ab-1.
Jacquet (Mce), G-8.	Lanceau, L-14.	Lerner (Mlle), J-7.	Mouchot, B-1.	Maroger (Marc), L-2.	Petit (Jacques), G-9.
Jacquot, I-5.	Landolt, R-1.	Leroux (P.), B-9.	Mouchotte, I-10.	Martin (Jean), P-3.	Petit (Mce), H-3.
Jalladeau, P-5.	Lalessan (Mlle de), L-7.	Leroux (Mme), I-4.	Moulier (Mme), Z-6.	Martin (Joseph), G-4.	Petit-Norbert, H-1.
Jamain, I-14.	Laneville, A-8.	Leroy (Marc), G-1.	Moullé, Ab-1.	Martin (Paul), B-8.	Petit (Pierre), I-14.
James, Y-7.	Lang (Mlle), L-8.	Lesieur, Aa-2.	Mousseau (Mce), B-12.	Martin (Pierre), B-14.	Petitot, G-9.
Jamme, Y-5.	Lange (R.), Aa-2.	Le Sieur, R-1.	Mousset, L-4.	Martin de Frémont, N-4.	Petron (Mlle), I-11.
Janville, I-12.	Langevin, B-4.	Le Sourd (Mce), B-6.	Mouton (G.), B-7.	Martin de Gimard (Mlle), J-5.	Pevet (Mlle), F-4.
Jardel, H-14.	Lapierre, K-5.	Le Sueur, B-4.	Moyen (Mlle), K-2.	Muller (Fr.), K-10.	Peyron, K-12.
Jaupitre, Q-12.	Laquière (Mlle de), F-9.	Lesure, Q-3.	Mozis, A-9.	Musset, Aa-2.	Peytavin, O-1.
Joly, Y-3.	Larcelet, B-7.	Letouzé, B-15.	Mozziconacci, Ad-2.	Nadiras, G-6.	Pezé, N-7.
Jonas (Mme) (élève), Z-8.	Larminat (Mlle de), W-1.	Leulier, Q-8.	Mselati, Ag-2.	Nafaf, B-8.	Phéline, D-14.
Joos (Mlle), Y-6.	Lartigue, F-8.	Leureth (Mlle), Af-3.	Muller (Jean), Q-11.	Nedelec, J-2.	Philippe (Léon), B-4.
Jorge, Q-11.	Lascaux, J-9.	Leuthreau (Mlle), D-11.	Muller (Fr.), K-10.	Neel, L-6.	Piarrat, Q-11.
Jorrot, I-12.	Lasry, Ae-6.	Levacktevitich (Mme), F-6.	Musset, Aa-2.	Nefussy, I-15.	Picot (Guy), Q-14.
Joublin, D-7.	Lataix, V-1.	Lévy (Michel), Ad-11.	Nadiras, G-6.	Nespoulous, E-5.	Pierre (Mce), Q-17.
Jougounoux (élève) I-17.	Latron (Mlle), Ac-1.	Levy (Mlle), S-1.	Nafaf, B-8.	Neufeld, R-5.	Pierre-François, Z-1.
Jouon, B-12.	Laubry, Aa-2.	L'Hirondel (J.), A-1.	Nedelec, J-2.	Neumann (Arthur), M-6.	Pietroni, A-8.
Joussemet, I-5.	Lauer (Mlle), H-9.	Libert, A-3.	Neel, L-6.	Neumann (Joseph), K-5.	Piguet, L-4.
Jugand, Af-3.	Laumonier, J-6.	Lenoir (J.-P.), B-1.	Nefussy, I-15.	Neveut, J-6.	Pilat, I-9.
Jugnet, L-4.	Laurence, B-4.	Lichniewsky, L-6.	Nespoulous, E-5.	Neyman (Mlle de), A-5.	Pillet, N-5.
Juille, L-9.	Lavedan de Casau- bon (de), H-1.	Liénard, L-2.	Neufeld, R-5.	Nguyen van Vang, Q-5.	Pinard (Mlle), Z-2.
Jullien, Q-11.	Lazerovici, Ae-7.	Liermain, I-4.	Neumann (Arthur), M-6.	Nguyen-Trung-Nam, J-11.	Pinchenzon, H-5.
Jurain (Mlle), L-3.	Lazinier (Mlle), H-9.	Lignières (de), Y-1.	Nick, Ad-2.	Nicolas (Jean), L-2.	Pinchinat, D-16.
Jury (Mlle), H-19.	Léandri, H-13.	Lignon, J-10.	Nobili (de), P-3.	Nobili (de), P-3.	Pineau, I-5.
Juste (Mlle), H-19.	Le Balch, R-1.	Lindoux (Mlle), Ad-12.	Nonique, L-14.	Nonique, L-14.	Pines, K-12.
Kaepelin, F-8.	Le Bayon, Z-1.	Lion (Rob.), O-4.	Nouaille (Mme), Af-3.	Nouaille (Mme), Af-3.	Pinet, H-17.
Kaplan (Mlle), B-8.	Lebetre, G-11.	Livory, F-6.	Oganesoff (Mlle), K-6.	Oganesoff (Mlle), K-6.	Pinon, G-2.
Kartun, L-7.	Lebossé, I-2.	Lobel, Aa-1.	Ordoñez, M-7.	Ordoñez, M-7.	Pinot, F-11.
Kavoussi, A-9.	Lebovici, D-10.	Lobjois, G-9.	Orinstein, Q-8.	Orinstein, Q-8.	Pinoteau, A-13.
Keim (Mlle), H-7.	Le Bozec, Q-7.	Lobrichon, H-11.	Orliac (Jean), P-1.	Orliac (Jean), P-1.	Piot, Af-4.
Kerambrun, K-5.	Le Brun, I-10.	Lodo (Mlle), S-1.	Orliac, N-3.	Orliac, N-3.	Pizon, K-16.
Kletter (Mlle), A-6.	Lebrun (M.), Q-4.	Loeper, B-6.	Oudot, Q-15.	Oudot, Q-15.	Placa, B-5.
Klotz (P.), F-8.	Lecœur (Jac.), G-1.	Logeard, W-1.	Pach, D-12.	Pach, D-12.	Plas, Ae-4.
Kofmann (Mme), P-1.	Lecomte, Ae-12.	Loiseau (André), J-10.	Pahmer, M-5.	Pahmer, M-5.	Plaque, K-11.
Kohen, Q-12.	Lécuyer (Mlle), J-15.	Loiseau (Jacques), I-1.	Painault, I-4.	Painault, I-4.	Plouchart (Mlle), A-2.
Kolpenitzky, H-3.	Lederer, G-3.	Loiseau (James), A-1.	Paley, I-10.	Paley, I-10.	Pochon (Mlle), Y-1.
Korner, Q-13.	Lefebvre (René), R-1.	Loiseau (J.), D-5.	Panthier, E-6.	Panthier, E-6.	Pocoulé, Ah-2.
Kouchner, I-3.	Lefèvre (J.) (Mlle), I-5.	Lolmède, R-1.	Papet (Mlle), Q-9.	Papet (Mlle), Q-9.	Poggioli, B-11.
Koudjy (Mlle), F-10.	Léfer, E-4.	Lotte (Mlle), Ae-1.	Parant, I-8.	Parant, I-8.	Pointeau, J-9.
Kouindjy, L-5.	Lefèvre (J.) (Mlle), I-5.	Loublié, K-4.	Paris, H-5.	Paris, H-5.	Poirier, Q-2.
Krakovski (élève), Aa-5.	Léfer, E-4.	Loubrieu, Y-3.	Parrain, E-9.	Parrain, E-9.	Poissonnet, F-1.
Kraviechi, B-9.	Lefèvre (J.) (Mlle), I-5.	Loze, K-1.	Parrot (Rob.), D-2.	Parrot (Rob.), D-2.	Pollet, I-12.
Kreisler, O-1.	Lefèvre (J.) (Mlle), I-5.	Lucas, Z-2.	Parsy, A-6.	Parsy, A-6.	Poltorak, B-14.
Krenner, Q-13.	Lefèvre (J.) (Mlle), I-5.	Lucquin, T-1.	Pasker, G-4.	Pasker, G-4.	Ponck, G-1.
Kreuer (Bme), B-3.	Lefèvre (J.) (Mlle), I-5.	Luteraan, E-3.	Patey (Mme), M-1.	Patey (Mme), M-1.	Porret, Q-20.
Krewer (Bern.), D-15.	Lefèvre (J.) (Mlle), I-5.	Magallon-Graineau (Mlle), Ad-3.	Patou, H-2.	Patou, H-2.	Postel-Vinay, L-10.
Krilitchevsky, F-10.	Lefèvre (J.) (Mlle), I-5.	Magder, Z-4.	Paul, D-12.	Paul, D-12.	Pouget (Paul), B-3.
Kropff, E-5.	Lefèvre (J.) (Mlle), I-5.	Mage (Mlle), N-6.	Payer, Aa-3.	Payer, Aa-3.	Pouret, Z-3.
Kuss (R.), A-3.	Lefèvre (J.) (Mlle), I-5.	Magne-Rouchaud, J-9.	Pecunia, Y-6.	Pecunia, Y-6.	Poussier, A-4.
Labayle, D-12.	Lefèvre (J.) (Mlle), I-5.	Maignan, B-4.	Pellerat, Q-3.	Pellerat, Q-3.	Pradelle, Y-7.
Labouré (Marc), D-10.	Lefèvre (J.) (Mlle), I-5.	Maigne, A-6.	Penit, Z-3.	Penit, Z-3.	Pradoura, M-7.
Laboureaux, R-5.	Lefèvre (J.) (Mlle), I-5.	Maillard (J.), D-5.	Penit (Mme), G-11.	Penit (Mme), G-11.	Prat (de), I-1.
Lacombe, D-4.	Lefèvre (J.) (Mlle), I-5.	Maillard (Cl.), Ae-7.	Pequignot, A-4.	Pequignot, A-4.	Prestrol, B-9.
Lacorne, K-7.	Lefèvre (J.) (Mlle), I-5.	Maille, A-6.			Prettre (Mlle), H-4.
Lacroix (P.), Ag-1.	Lefèvre (J.) (Mlle), I-5.	Maillez, J-11.			Prin, Ad-12.
Lafont (Louis), Ae-4.	Lefèvre (J.) (Mlle), I-5.	Malan (Mlle), H-2.			Priole, D-7.
Lafontaine (Mlle), H-2.	Lefèvre (J.) (Mlle), I-5.	Malingre, J-12.			Prochiantz, O-1.
Lagarde (R.), N-4.	Lefèvre (J.) (Mlle), I-5.	Malvezin, H-11.			Provendier (Mlle), G-1.
Laik, I-7.	Lefèvre (J.) (Mlle), I-5.	Mamigou (élève), G-18.			Prudhommeaux, K-4.
Laisney (Mlle), J-11.	Lefèvre (J.) (Mlle), I-5.	Mangenot (Mlle), H-7.			Prunel, D-1.
Lajouanine, N-5.	Lefèvre (J.) (Mlle), I-5.	Manillier, Z-5.			Pruvot, Af-3.
Lamartinie, F-2.	Lefèvre (J.) (Mlle), I-5.	Mantoux, K-10.			Pupko, V-1.
Lambert (Mlle), R-3.	Lefèvre (J.) (Mlle), I-5.	Manuel (J.), I-5.			Pyronnet, Ad-3.
Lambert (André), I-12.	Lefèvre (J.) (Mlle), I-5.	Marcault, B-3.			Rab (Mlle), R-5.
	Lefèvre (J.) (Mlle), I-5.	Maréchal (Mlle), Ae-4.			Rabant, L-9.
	Lefèvre (J.) (Mlle), I-5.	Marete (Mlle), Z-3.			Rabinovici, I-7.
	Lefèvre (J.) (Mlle), I-5.				Rabourdin (Jean), A-5.
	Lefèvre (J.) (Mlle), I-5.				Rabourdin (Mar- cel), Z-5.
	Lefèvre (J.) (Mlle), I-5.				Radievsky, Q-8.
	Lefèvre (J.) (Mlle), I-5.				Radzwilky, H-17.
	Lefèvre (J.) (Mlle), I-5.				Rambert (Mme), F-8.



# PANTOPON

“ROCHE”



OPIUM TOTAL INJECTABLE

AMPOULES **3** FORMES COMPRIMÉS

S I R O P

Produits F. HOFFMANN-LA ROCHE & C<sup>IE</sup> 10, Rue Crillon, PARIS

**DIURÉTIQUE** { D'UN POUVOIR REMARQUABLE  
D'UNE FIDELITE CONSTANTE

Pure  
Digitalique  
Strophantique  
Sparléinée  
Scillitique  
Barbiturique

Phosphatée  
Lithinée  
Caféinée

Ne se délivrent  
qu'en cachets



Cachets dosés

0 gramme 15  
et 1/2  
0 gramme 50  
de Théosalvose

DOSE MOYENNE :  
1 à 2 grammes  
par jour.

**THÉOBROMINE FRANÇAISE** garantie chimiquement pure

Artériosclérose — Affections cardiaques et rénales — Albuminuries — Intoxications  
Urémie — Urémie — Goutte — Rhumatismes — Hydropisie — Maladies infectieuses

Laboratoires André GUILLAUMIN  
PARIS — 13, rue du Cherche-Midi, 13 — PARIS

R. G., 2,16. Seine.

---

OPOTHÉRAPIE CARDIAQUE

la

# CRINOCARDINE LALEUF

AMPOULES BUVABLES  
A BASE D'EXTRAITS SPÉCIAUX CONCENTRÉS DE  
MYOCARDE . PANCRÉAS . FOIE . REIN  
MUSCLE STRIÉ

RÉALISE

SANS CONTRE-INDICATIONS

L'ORGANOTHÉRAPIE  
POLYVALENTE ET SYNERGIQUE

DES

**AFFECTIONS CARDIO-VASCULAIRES**

ÉCHANTILLONS . LITTÉRATURE  
LABORATOIRES LALEUF  
20, RUE DU LAOS . PARIS-15<sup>e</sup>

---

Nouvelle adresse : 51, rue Nicolo, PARIS (XVI<sup>e</sup>).



- Ras, Q-14.  
 Raufman, B-7.  
 Rault (André), B-1.  
 Rault (Jean), Q-7.  
 Raust (élève), E-10.  
 Ravet (Mlle), Y-3.  
 Raymond (Jean), G-9.  
 Raymond (Mlle), H-10.  
 Raymondau, L-2.  
 Raynaud (H.), E-8.  
 Reinert, A-2.  
 Remond (Mlle), D-3.  
 Renault, H-17.  
 René-Boisneuf, B-8.  
 Renié (Mlle), K-1.  
 Reverand, I-16.  
 Rey (Jean), E-6.  
 Reynaud (J.-B.), H-9.  
 Reynes, Ad-3.  
 Richard (Jean), I-14.  
 Rie, P-4.  
 Rist (Mlle), K-4.  
 Ristelheuber, H-6.  
 Rivet (Mlle), D-12.  
 Robert (Jean), J-9.  
 Robert (Mlle), Z-2.  
 Robey, M-2.  
 Robin (Jean), L-4.  
 Rocca-Serra, J-2.  
 Roch, L-7.  
 Rochet, Q-2.  
 Rochlin, G-4.  
 Rodde, L-8.  
 Roger, N-4.  
 Rognon, A-6.  
 Rolland, H-3.  
 Rollin, N-3.  
 Rometti, I-1.  
 Rometti (Mlle), P-3.  
 Ronsin, B-2.  
 Rosenstock, F-11.  
 Rosenthal (Mlle), L-6.  
 Rotenberg (élève), Ac-4.  
 Rouault (Ch.), B-2.  
 Rouault (Michel), G-8.  
 Roubinet, N-7.  
 Rougé, F-2.  
 Rougier, Q-7.  
 Roujon, E-2.  
 Roujon (Mme), J-9.  
 Roulland (H.), A-2.  
 Rousseau (Guy), M-5.  
 Rousseau (X.), I-16.  
 Roussel (P.), I-4.  
 Rouveix, T-1.  
 Rouyer (F.), B-13.  
 Rouzeaud, H-19.  
 Rouzeaud, H-18.  
 Roy, Q-9.  
 Royer (Jean), I-6.  
 Rozée-Belle-Isle, Q-3.  
 Rubiana (de), J-7.  
 Rudaux, K-11.  
 Rudelle (de), I-2.  
 Rudnansky, Q-21.  
 Ruel, D-12.  
 Rybinsky, E-5.  
 Ryckebusch, F-12.  
 Saas (Mlle), Aa-4.  
 Sablet, D-6.  
 Sachnine (Mlle), Y-6.  
 Sadre, A-7.  
 Sagaut, H-17.  
 Saïdi, F-8.  
 Saint-Paul (Mlle), Ac-1.  
 Saks (P.), B-12.  
 Salet, O-1.  
 Salinesi, Y-8.  
 Salmon (Mlle), Z-1.  
 Samain, F-1.  
 Samic, Q-15.  
 Saulnier (Mlle France), Ag-1.  
 Saulnier (Mlle Micheline), H-17.  
 Sautel (Mlle), E-1.  
 Sautter (Mme), I-17.  
 Sauvage (H.), E-8.  
 Sauvè (Mlle), I-6.  
 Sauzier, H-5.  
 Schaefer, D-1.  
 Schapira, J-2.  
 Schapira (Mme), J-2.  
 Schermann, I-16.  
 Schilte, D-11.  
 Schmidt, R-3.  
 Schneider (J.), Ae-1.  
 Schtakleff, D-16.  
 Schwartz (L.), I-7.  
 Sckechter, M-1.  
 Schlafer, E-6.  
 Ségal (Mlle), M-3.  
 Sénéchal (André), L-1.  
 Sénéchal (J.-J.), B-6.  
 Sénéchal (Robert), E-3.  
 Serane (A.), F-2.  
 Seror, Ab-3.  
 Sérot (Mlle) (élève), A-11.  
 Serre, G-12.  
 Serreau, I-1.  
 Sevilleano (Eugène), E-6.  
 Sevilleano (Nicolas), J-3.  
 Seyer, Q-11.  
 Seyrig (Mlle), M-4.  
 Sibertin-Blanc (Mlle), H-18.  
 Sicard (Pierre), Q-1.  
 Sicard (Mme), Q-21.  
 Sierra, V-1.  
 Sieurin, N-4.  
 Silberstein, K-9.  
 Simidova (Mlle), Aa-3.  
 Simon (R.), S-2.  
 Simon (Mlle), Y-1.  
 Slama, J-7.  
 Slim y Villejas (Mlle), J-11.  
 Snegaroff (Mlle), K-9.  
 Sobieski, N-8.  
 Sohler, G-12.  
 Solomon (And.), D-6.  
 Soudant, F-10.  
 Soudant (Mlle), Z-5.  
 Soulier, D-10.  
 Souriac, G-4.  
 Striber, A-2.  
 Stakland (Mlle), Q-2.  
 Statlender, M-9.  
 Stefani, I-6.  
 Stein (Mme), L-12.  
 Steinberg (Alexandre), I-1.  
 Steinberg (Henri), I-7.  
 Steinberg (Robert), F-15.  
 Sterboul, A-6.  
 Stevenin (L.), E-1.  
 Stoopon, Q-4.  
 Stora, B-8.  
 Strass, H-17.  
 Stutensky, E-4.  
 Suau, J-16.  
 Sulzer (Mlle), J-8.  
 Szeszniakowski (élève), D-17.  
 Szejn, Y-1.  
 Szytovicz, Q-12.  
 Tahar, D-6.  
 Taieb, J-7.  
 Tardieu, J-5.  
 Tardiveau, M-1.  
 Tarrade (Mlle), Z-3.  
 Taumann (Mlle), V-1.  
 Taveau, Q-7.  
 Tavernier (Mlle), M-6.  
 Temine (Mme), D-2.  
 Temine, Q-6.  
 Téodoresco (Mlle), N-3.  
 Ternois (Mme), F-15.  
 Ternier, J-14.  
 Tetreau, Ac-1.  
 Tetu, G-14.  
 Thamer, P-4.  
 Thaon, Y-5.  
 Theiler, D-8.  
 Thevenot (Mlle), F-7.  
 Thieblot, B-5.  
 Thieffry (Mme), P-2.  
 Thieullen (Mlle), Aa-1.  
 Thiollier (Mlle), Q-11.  
 Thorel, G-8.  
 Thoyer-Rozat, M-5.  
 Tired, G-5.  
 Tiscat, H-5.  
 Tissandé, I-15.  
 Todoskoff, B-9.  
 Tola, H-9.  
 Tolstoi, L-1.  
 Tomachepolsky (Mlle), Q-2.  
 Torlet, G-9.  
 Torre, Ad-2.  
 Tortat, H-1.  
 Tostévin (Mlle), A-6.  
 Toulouse (R.), B-1.  
 Tourneville (Mlle), A-5.  
 Tran-Van-Con, E-5.  
 Tran-Van-Hoa, O-1.  
 Tran-Van-Luong, D-3.  
 Tremblin, E-7.  
 Tremolières, Ae-4.  
 Tricot (Robert), I-12.  
 Trocmé (Mlle), K-4.  
 Trouvé, Ae-4.  
 Truelle (Mme), Aa-3.  
 Tulou, Q-3.  
 Turchini, L-11.  
 Turlotte, M-9.  
 Tzannetis, J-9.  
 Ullmann, O-1.  
 Ulrich (Mlle), H-12.  
 Umdenstock, G-9.  
 Uzan (Henri), G-9.  
 Uzan (Maurice), B-9.  
 Vachez (Mlle), U-1.  
 Vaissé, Q-1.  
 Vakili, E-5.  
 Van den Bulcke, L-4.  
 Van den Plas, Q-4.  
 Van Quaethem, I-14.  
 Vasquez, G-12.  
 Vassal (J.), E-5.  
 Vaugelade du Breuillac (de), J-7.  
 Vault, I-2.  
 Véga (de la), I-2.  
 Verdez, A-4.  
 Verliac, H-8.  
 Vermeuouze, V-1.  
 Vernes, Aa-2.  
 Verriez, H-8.  
 Verroust, Y-7.  
 Verstraete, D-15.  
 Vettier, L-5.  
 Veyrières, D-5.  
 Vialard (Emile), N-2.  
 Vialard (Jean), D-4.  
 Vialard-Goudou, E-7.  
 Violet (Mlle), G-16.  
 Vidal de la Blache, Ac-1.  
 Viers, D-4.  
 Vigneron (Mlle), Z-5.  
 Vigué, L-8.  
 Vila, J-9.  
 Villanovre, Ad-13.  
 Villaret (B.), D-7.  
 Villebrun, E-7.  
 Villey-Desmeserets, Ad-2.  
 Vincent (André), P-1.  
 Vincent (Jules), F-7.  
 Vincent (Max), B-2.  
 Vinour, I-11.  
 Vissian, K-8.  
 Vittrant, A-6.  
 Vivien (P.), E-3.  
 Wagner (J.-J.), A-9.  
 Walther, Z-2.  
 Weichsler, G-1.  
 Weil (J.), P-1.  
 Weill, F-2.  
 Weiller (Mlle), Y-1.  
 Weiss (Théodore), Af-2.  
 Weissbrod (Mlle), A-13.  
 Weissmann, D-14.  
 Wetterwald, I-2.  
 Wetzel (Mlle), M-8.  
 Wetzlar (Mlle), L-8.  
 Weydert, A-10.  
 Weyl, P-6.  
 Wibrotte, G-9.  
 Wiehn, M-1.  
 Willocq (Mlle), G-2.  
 Winter, K-4.  
 Wintrebert, L-2.  
 Wolf, P-6.  
 Wolfram (Mlle), Ad-1.  
 Wolfram, J-5.  
 Worré, F-11.  
 Wuest (Mlle), E-3.  
 Zaepffel, P-4.  
 Zahler (Félix), L-2.  
 Zivy, Ae-6.  
 Zuckermann, Ac-2.  
 Zwilling, M-3.

## SOCIÉTÉS SAVANTES

## SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 29 MARS 1935)

**Kystes hydatiques anciens dans le foie d'un malade présentant un anévrisme syphilitique de l'aorte.** — MM. PINARD, DEBRAY et CORCOS. Malade atteint d'un anévrisme aortique syphilitique, chez laquelle le foie présentait deux grosses tumeurs calcifiées. Traitement antisiphilitique : réduction de volume du foie sans modification des tumeurs. L'intervention sur une tumeur a montré qu'il s'agissait d'un kyste hydatique ancien et calcifié. Réaction de Weinberg positive.

**Maladie de Basedow et dépistage des syphilis familiales.** — M. PINARD, Mlle CORBILLON et M. LEBEAU. Dans ce cas, la maladie de Basedow était la seule manifestation d'une syphilis héréditaire, intercalée entre un tabès typique avec aortite chez le père, et des stigmates d'hérédosyphilis chez le fils de la malade. Pratiquement, il faut connaître la fréquence de la syphilis héréditaire à l'origine de la maladie de Basedow.

**Dissociation de la pression veineuse et de la vitesse circulatoire produisant les compressions de la veine cave supérieure.** — MM. LIAN et ABAZA. Dans les compressions caves supérieures, l'hypertension veineuse brachiale peut coexister avec une vitesse circulatoire normale. Cette dissociation démontre que la grande hypertension veineuse n'est pas due à l'insuffisance cardiaque, mais dépend des compressions caves supérieures.

**Injections intra-cardiaques d'ouabaïne.** — MM. LIAN et ABAZA. Pour les auteurs, dans les cas de mort apparente où l'on est amené à recourir aux injections intra-cardiaques, si un électro-cardiogramme ne permet pas d'écarter la fibrillation ventriculaire, il faut utiliser de préférence l'ouabaïne intra-cardiaque et ne recourir à l'adrénaline qu'après l'échec de l'ouabaïne.

**Syphilis gastrique héréditaire tardive.** — MM. BASCH, KIFFER et LOGEAS. Femme de 25 ans présentant depuis un an des douleurs gastriques avec vomissements aqueux. A la radio, biloculation avec encoche profonde et irrégulière sur la grande courbure. Coïncidence en outre de dents d'Hutchinson et d'une séro-réaction positive. Traitement antisiphilitique énergique ; amélioration rapide. A signaler l'action élective du traitement spécifique par voie digestive.

**Dosage des sels biliaires du sang chez les ictériques.** — MM. CHABROL et COTTET. D'une étude comparative sur la cholémie saline et la cholémie pigmentaire, il ressort que dans toutes les variétés d'ictère il existe une dissociation sanguine au profit des pigments et aux dépens des sels biliaires. Cette dissociation est souvent absolue en ce sens que l'acide cholalique peut disparaître totalement à l'apogée de la bilirubinémie, quels que soient le mécanisme et la cause de la jaunisse. Les dissociations absolues sont précoces au cours des ictères fébriles primitifs.

**Endocardite à marche lente chez un lupique, avec aspects pseudo-tuberculeux de la rate et des reins, coronarite thrombosante et nécrose miliaire du foie.** — MM. OLMER, MOSINGER, BUISSON et AUDIER (Marseille). Cas anatomo-clinique d'une maladie de Osler survenue chez un ancien rhumatisant porteur d'un lupus. Infarctus blancs de la rate et des reins ; névrose miliaire du foie. Une coronarite oblitérante avec infarctus du myocarde ne s'était traduite par aucun signe clinique ou électrocardiographique.

**Recherche des sels biliaires dans le sérum des cirrhotiques.** — MM. CHABROL et COTTET. Chez les cirrhotiques sans ictère, il n'existe aucune proportionnalité entre les données sanguines et les enseignements du tubage duodénal.

Au cours des cirrhoses avec ictère, le syndrome de Nanot excepté, la raréfaction des sels est en accord avec la dissociation qu'on observe chez les malades soumis à une rétention biliaire : l'acide cholalique peut disparaître du sang ; si bien que devant un malade ictérique à gros foie, on peut se baser sur son absence pour trancher entre une hépatomégalie de rétention et une hépatite ictérienne inflammatoire.

**Urticaire et ictère catarrhal.** — MM. CAROLI et FERROIS. Cas d'urticaire interne prolongé durant depuis 6 mois, rebelle, ayant disparu au cours d'un ictère catarrhal. Les prodromes urticariens éclairent l'étiologie de certains ictères qui peuvent être considérés comme des manifestations d'origine toxique affectant des organismes sensibilisés. On peut, sans doute, rapprocher des urticaires pré-ictériques certains rhumatismes prodromiques qui sont de même nature.

**Silicose pulmonaire compliquée d'abcès du poulmon.** — MM. HALBRON, LENORMAND et BARDIN. L'intérêt de ce cas réside dans l'interprétation de l'image radiologique, qui pose le diagnostic de micronodules diffus. Au début on put penser à un hydro-pneumothorax partiel dû à une énorme cavité compliquée de granulie. Examen des crachats, négatif. Dans ce cas, silicose pulmonaire bien tolérée et non tuberculisée, compliquée par hasard d'abcès pulmonaire.

**Tachycardie sinusale persistante par épine irritative chez des blessés de poitrine.** — M. DOUMER (Lille). Observations de tachycardie persistante dans plusieurs cas de blessure de guerre ayant laissé un projectile dans la masse du myocarde ou au voisinage du cœur et de l'aorte. Il s'agit d'une tachycardie banale. Dans un autre cas : tachycardie chez un blessé portant un projectile à la base du cou à gauche, étant apparue 12 ans après la blessure. L'auteur soutient que l'accélération persistante du rythme cardiaque traduit non pas l'hyperexcitabilité, mais une excitation persistante du système accélérateur du cœur attribuable à la présence du projectile. Certains états tachycardiques dépendent d'un trouble réflexe lié à la persistance d'une épine irritative.

**Acanthosis nigricans.** — M. MILIAN montre les photographies et les coupes de deux cas de cette maladie, qui se caractérise par un état rugueux de la peau avec végétations papillomateuses disséminées et par une pigmentation fon-

cée. Presque toujours, concomitance d'un cancer de la cavité abdominale. Pour l'auteur, l'acanthosis nigricans ne représente que de la confluence de papillomes analogues aux condylomes vénériens. Relation avec le cancer non absolue.

**Infarctus du ventricule droit avec embolies dans le domaine de l'artère pulmonaire.** — MM. DONZELOT, MEYER et DELARUE. A propos de cette localisation, les auteurs insistent sur la rareté relative de l'infarctus du ventricule droit, sur le silence clinique complet de cet infarctus et sur la difficulté en pareil cas du diagnostic d'origine des accidents pleuro-pulmonaires.

## LIVRES NOUVEAUX

**Directives pratiques pour l'organisation d'un abri sanitaire contre les agressions aériennes,** par le Pharmacien-Colonel P. BRUÈRE, conseiller technique de la Ville de Paris (1).

Au moment où vont se dérouler, à Paris, les premiers essais de défense contre le péril aérien, il nous paraît utile de signaler à l'attention de nos lecteurs cette plaquette, à tirage très limité, qui résume les exercices pratiques ayant eu lieu aux Invalides les 18 et 25 novembre et 2 et 9 décembre 1934, pour le cours d'Instruction des médecins de réserve.

L'auteur y a mis en relief, avec concision et clarté, les conditions pratiques de réalisation du milieu surpressé avec air filtré à volonté, dont il s'est fait le promoteur, pour la protection dans les postes de secours sous abri et le milieu familial.

On y trouvera en outre des renseignements sur les poly-détecteurs (2) (à écoulement continu et à main), ainsi que sur les consignes à appliquer en cas d'alerte. Les nombreuses publications du Colonel Bruère sur la protection collective et individuelle nous dispensent de tous commentaires sur l'intérêt de cette nouvelle publication.

E. G.

## NOTES POUR L'INTERNAT

— Exceptionnellement, les notes pour l'internat sont remises à la semaine prochaine.

**Conférences de Physiologie médicale sur des sujets d'actualité,** publiées par l'Association des Externes et anciens Externes des Hôpitaux de Strasbourg. Grand in-8° de 239 pages avec figures. — Prix : 30 fr. — Paris, Masson et Cie.

**La diathermie et ses applications médicales,** par le docteur Paul DUHEM. Deuxième édition, revue et augmentée. In-8° de 147 pages, avec 37 figures. — Prix : 20 fr. — Paris, Gauthier-Villars.

(1) Librairies Vigot, 23, rue de l'Ecole-de-Médecine et Le François, boulevard Saint-Germain, contre 1 fr. 75.

(2) Réalisation « Prolabo », 12, rue Pelée, Paris. (11°).

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS : — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSINTE.



# LIPIODOL LAFAY

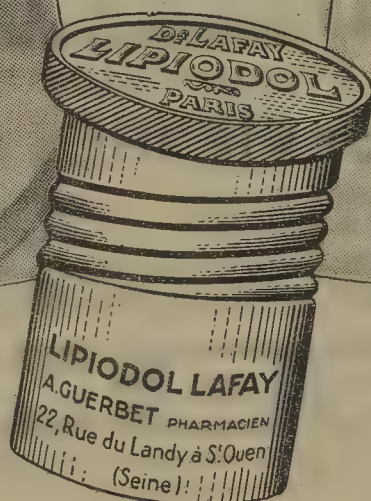
THERAPEUTIQUE IODORGANIQUE ET RADIODIAGNOSTIC

Huile iodée à 40%.

54. centigr. d'iode pur par centi. cube



Injection intra-utérine  
de Lipiodol



Injection intra-fistulaire  
de Lipiodol

## POUR COMBATTRE

ASTHME  
ARTÉRIOSCLÉROSE  
LYMPHATISME  
RHUMATISME  
ALGIES DIVERSES  
SCIATIQUE  
SYPHILIS

## POUR EXPLORER

VOIES RESPIRATOIRES  
UTÉRUS ET TROMPES  
SYSTÈME NERVEUX  
VOIES URINAIRES  
SINUS NASaux  
VOIES LACRYMALES  
ABCÈS ET FISTULES

AMPOULES, CAPSULES,  
EMULSION, COMPRIMÉS

**A. GUERBET & C<sup>ie</sup>**

Pharmacien

Ex-interne des Hôpitaux de Paris

22, Rue du Landy

St-OUEN (près Paris)

### Dosage :

1 cm<sup>3</sup>. = 0 gr. 54 d'iode  
1 capsule  
1 cuiller à café d'émulsion } = 0 gr. 20 d'iode  
1 comprimé = 0. gr. 04 d'iode

LIPIODOL à 20%

LIPIODOL à 10% Ascendant



# FARINES MALTÉES JAMMET

de la Société d'Alimentation diététique

## RÉGIME DES MALADES, CONVALESCENTS, VIEILLARDS

Farines très légères

**RIZINE**

Crème de riz maltée

**ARISTOSE**

à base de farine maltée de blé et d'avoine

**CÉRÉMALTINE**

(Arrow-root, orge, blé, maïs)

Farines légères

**ORGÉOSE**

Crème d'orge maltée

**GRAMENOSE**

(Avoine, blé, orge, maïs)

**BLÉOSE**

Blé préparé et malté

Farines plus substantielles

**AVENOSE**

Farine d'avoine maltée

**CASTANOSE**

à base de farine de châtaignes maltée

**LENTILOSE**

Farine de lentilles maltée

*Alimentation  
des  
Enfants*

**CACAOS, MALTS, SEMOULES, CÉRÉALES** spécialement préparées pour **DÉCOCTIONS**

Usine et Laboratoires à LEVALLOIS-PERRET. — Brochure et Echantillons sur demande.

ETABLISSEMENTS JAMMET, Rue de Miromesnil, 47 Paris



# NUCLÉARSITOL ROBIN

*Granulé - Comprimés - Injectable*

**TUBERCULOSE - FIÈVRES PALUDÉENNES  
LYMPHATISME - SCROFULE**

**LABORATOIRES ROBIN, 13. Rue de Poissy. PARIS**

# UROMIL

ÉTHÉR PHÉNYL CINCHONIQUE — PIPÉRAZINE — HÉXAMÉTHYLÈNE TÉTRAMINE



**MOBILISE — DISSOUT  
ÉLIMINE**

**L'ACIDE URIQUE**

**ARTHRITISME**

DR L. BELIERES - 19, RUE DROUOT - PARIS

**Laboratoires R. HUERRE & Cie**

Docteur ès-sciences

**12, Boulevard Bonne-Nouvelle — Paris**

**Traitement des Amaigrissements  
de la Tuberculose et des Asthénies**

par le

# TRIGANOL VIGIER

**CACHETS DE POUDRE ET D'EXTRAIT DE FENUGREC DÉSODORISÉ**

Littérature et échantillons sur demande



*La Lancette Française***GAZETTE DES HOPITAUX****CIVILS ET MILITAIRES****PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI****ADMINISTRATION ET RÉDACTION :****49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6<sup>e</sup>. Tél. : Danton 48-31.****PUBLICITE : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6<sup>e</sup>) - Téléph. : LITRE 54-93.****PRIX DE L'ABONNEMENT****FRANCE**

3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.

*Etudiants : 25 francs par an.**On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.***ETRANGER**Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.  
Tous les autres pays : 75 francs.**SOMMAIRE****REVUE GÉNÉRALE***Le coma barbiturique. Son traitement, par M. P. SERINGE.***SOCIÉTÉS SAVANTES***Académie des sciences. — Académie de médecine.***CHRONIQUE***La fondation de l'Académie de médecine de Roumanie, par F. L. S.***LIVRES NOUVEAUX***ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS***INFORMATIONS****HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE NOMINATION DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — Epreuve clinique. — Séance du 6 mai. — MM. Layani, 20; Marie et Oumansky, 19,81; Caroli, 20.****— CONCOURS DE STOMATOLOGISTE DES HÔPITAUX. — Epreuve théorique anonyme. — Question donnée : « Kystes parodontaires. Signes, diagnostic et traitement. »****— CONCOURS D'ÉLECTRO-RADIOLOGISTE DES HÔPITAUX (admissibilité). — Note des candidats par ordre de classement :**MM. Penteuil, 70; Codet, 62; Brunet, 59; Dubost, 57, admissibles; M<sup>me</sup> Tedesco, 55; MM. Bernard, 45; Corbier, 44; M<sup>me</sup> Baude, 43.**MAISON DE SANTÉ DÉPARTEMENTALE DE BLOIS. — Deux places d'internes en médecine seront vacantes, l'une au 1<sup>er</sup> juin et l'autre au 1<sup>er</sup> juillet 1935 (réservées aux étudiants de nationalité française).****— S'adresser au directeur-médecin, 34, avenue Maunoury, à Blois (Loir-et-Cher), pour conditions d'admission.****FACULTÉS DE MÉDECINE. — PARIS. — Concours de l'adjuvat. — Séance du 6 mai. — Composition du jury : MM. Gosset, président; Rouvière, Lenormant, Hovelacque, Richet.***Anatomie. — Question donnée : « Artère méningée moyenne. »**Physiologie. — Question donnée : « La régulation de la pression artérielle. »***— Concours du prosectorat. — Séance du 7 mai. — Composition du jury : MM. Gosset, président; P. Duval, Ombredanne, Binet, Hovelacque, Mocquot, Olivier.****Liste des candidats : MM. Beuzard, Mutricy, Lazard, Boudreaux, Barraya, Calvet, Leuret, Poilleux, Lance (Pierre), Monod, Petit (Pierre), Billet, Zagdoun, Bauman, Mialaret.**  
*Anatomie. — Question donnée : « Le colon ilio-pelvien. »*  
*Physiologie. — Question donnée : « Le calcium du sang. Son rôle. Sa régulation. »**Pathologie chirurgicale. — Question donnée : « Les luxations récidivantes de l'épaule. »**Epreuve écrite. — Séance du 8 mai. — MM. Boudreaux, Poilleux et Lance (Pierre), 25; Monod, 24.***MÉDAILLE D'HONNEUR DES ÉPIDÉMIES. — La médaille d'honneur des épidémies en or a été décernée à M. le docteur Pierre Herbland-Morin, médecin adjoint du service d'accouchement de l'hôpital Foch, décédé victime de son dévouement.****MÉDECIN SANITAIRE MARITIME. — Un examen d'aptitude aux fonctions de médecin sanitaire maritime, réservé aux docteurs en médecine français, aura lieu à Paris à la Faculté de médecine (laboratoire d'hygiène) le 24 juin 1935.****Les dossiers des candidats devront être adressés, un mois à l'avance, au ministère de la Marine marchande (service de la flotte du commerce et du travail maritime), 3, place de Fontenoy, Paris (VII<sup>e</sup>). Voir à ce sujet la Gazette des hôpitaux du 20 avril 1935, n° 32 (informations).****ASSOCIATION DES INTERNES ET ANCIENS INTERNES DES HÔPITAUX DE PARIS. — L'assemblée générale et le banquet de l'Association auront lieu le samedi 18 mai 1935, la première à 16 h. 30, à l'Hôtel-Dieu (amphithéâtre Trousseau), le second à 20 h. au Centre Marcelin Berthelot, 28 bis, rue Saint-Dominique.****Suivant le désir exprimé par de nombreux collègues, à la suite du banquet dernier, le Comité a cru devoir continuer la tradition instaurée à cette occasion et prier les femmes des****OUABAÏNE ARNAUD****LABORATOIRE NATIVELLE, 27, Rue de la Procession, PARIS (XV<sup>e</sup>)**

collègues et anciens collègues d'honorer le banquet de leur présence.

**MONUMENT ROUZAUD A ROYAT.** — Un Comité s'est fondé pour élever à Royat un monument à la mémoire de M. Auguste Rouzaud, en souvenir des services rendus à la cause du thermalisme.

Le Comité est présidé par le docteur Moncorgé, président de la Fédération thermale et climatique française. Le trésorier est le docteur Boucomont, à Royat, à qui l'on peut adresser les souscriptions.

**COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.** — [M. le docteur Barbosa Vianna, professeur d'échange de l'Institut franco-brésilien de haute culture, fera une conférence le jeudi 16 mai 1935, à 17 h., au petit amphithéâtre, sur le sujet suivant : « La pathogénie de la luxation congénitale de la hanche. »

— Le professeur Petroff fera, le mardi 14 mai, à 17 h., au siège de l'A. D. R. M., salle Bécclard, Faculté de médecine, une causerie sur : « L'organisation d'un enseignement de perfectionnement pour les médecins en U. R. S. S. »

**CONGRÈS DE LA COLIBACILLOSE.** — Le compte rendu du Congrès de la colibacillose des infections et intoxications d'origine intestinale a été édité en deux volumes qui vont se trouver en librairie au prix de 60 fr. On peut dès maintenant se les procurer en s'adressant à Châtelguyon (Puy-de-Dôme) au secrétariat du Congrès. Le rapport de M. Heitz-Boyer édité à part et épuisé va être réimprimé. Ainsi se trouveront réunis tous les travaux qui ont mis au point la question si difficile de la colibacillose.

**NÉCROLOGIE.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Wetterwald (de Paris).

**Société française d'Orthopédie.** — *Journées orthopédiques de Bordeaux, 7 et 8 juin 1935.* — Le programme des « Journées orthopédiques » de Bordeaux, organisées les 7 et 8 juin prochain, par M. le professeur H.-L. Rocher, Vice-Président de la Société française d'Orthopédie, est définitivement arrêté comme suit :

*Vendredi 7 juin.* — 8 h. 30 : Réunion générale à l'Hôpital des Enfants, 168, cours de l'Argonne, dans le Service de Clinique chirurgicale infantile et Orthopédie (permanence dans le service). — Visite de l'Hôpital des Enfants. — Présentation de malades et de documents. — Séance opératoire (professeur H.-L. Rocher), professeur agrégé Loubat, docteurs Papin, Lasserre et Guérin.

14 heures : Amphithéâtre des nouvelles cliniques chirurgicales de l'Hôpital Saint-André, 3, rue Jean-Burguet ; séance d'ouverture, sous la présidence effective de M. le

Préfet de la Gironde. — Présentation de travaux, de malades, de documents concernant l'orthopédie non sanglante.

17 heures : Visite collective : 1° *Ecole des Mutilés* ; 2° *Hôpital-Maison de santé de Bagatelle* ; 3° *Sanatorium du Haut-Lévêque* ; 4° *Hôpital suburbain du Bouscat*.

21 heures : Réception offerte par le professeur et Mme H.-L. Rocher.

*Samedi 8 juin.* — 8 h. 30 : Réunion générale à l'Hôpital Saint-André. Visite des nouvelles cliniques chirurgicales (professeurs Begouin et Guyot). — Démonstrations opératoires concernant la chirurgie orthopédique de l'adulte et la traumatologie, par MM. les professeurs H.-L. Rocher, Begouin, F. Papin, Jeanneney, les docteurs Charbonnel, Masse, Lefèvre, Parcelier, Chenut, Charrier, Rabère, Magendie, Dubourg.

14 h. 30 : Amphithéâtre des cliniques chirurgicales. Séance de travail consacrée à l'orthopédie sanglante et à la traumatologie.

*Clôture des Journées.* — 17 heures (conjointement avec les dames) : visite de la ville, du vieux Bordeaux, des musées, des monuments, sous la direction de M. le professeur Courteault, professeur à la Faculté des Lettres.

Des excursions sont prévues pour le dimanche et le lundi de la Pentecôte, à Arcachon, dans le Sauternais et le Saint-Emilionnais, à Hossegor. Réduction de prix sur les chemins de fer français (50 %). Demande à effectuer avant le 15 mai.

Secrétaire des Journées : docteur Pouyanne, 103, rue Saint-Genès, Bordeaux.

## RENSEIGNEMENTS

### LUXEMBOURG AUTO-ÉCOLE,

15, rue Gay-Lussac, Paris (V°).

Tél. : Odéon 25-57. Forfait depuis 60 fr.

Permis en 48 heures.

## Le bas médical NESSUS

Contention parfaite. Envoi sur demande à MM. les docteurs des directions pour la prise des mesures, 18, avenue d'Orléans, Paris (XIV<sup>e</sup>).

DEMOIS<sup>lle</sup> bon. éd. tr. cap., sér. réf., d. empl. conf. surv. intér. ou économat pr second. direct. ds clin., mais. santé ou simil. Paris. Recom. par direct. — Laupin, 50, av. Félix Faure.

## LE VENDREDI 7 JUIN 1935

à 14 heures 1/2, il sera procédé publiquement, au chef-lieu de l'administration de l'Assistance publique, 3, avenue Victoria, à Paris, à l'adjudication sur soumissions cachetées, des fournitures d'herboristerie, droguerie, produits chimiques et préparations pharmaceutiques, produits pour laboratoires et matières colorantes, nécessaires au service de la Pharmacie centrale des hôpitaux et hospices civils pendant le deuxième semestre 1935.

S'adresser, pour prendre connaissance du cahier des charges, au Service de l'exploitation, de l'approvisionnement et du matériel, 3, avenue Victoria, tous les jours non fériés, de 10 heures à midi, et de 14 heures à 17 heures.

Dépôt des demandes jusqu'au jeudi 23 mai 1935.

ANÉMIES  
DYSPEPSIES  
ANTITOXIQUE



DOSE: 4 à 6  
TABLETTES  
PAR JOUR

BIOXYDE DE MANGANESE COLLOÏDAL - SELS MANGNÉSIENS  
Laboratoire SCHMIT, 71 Rue Sainte-Anne, PARIS. 2<sup>e</sup>

**Iodarsenic** <sup>DU</sup> **GUIRAUD**  
(Gouttes Iodophiles)  
TOUS ÉTATS CARILLONNAIRES - LYMPHATISME - MALADIES CUTANÉES  
Littérature et Échantillons: 10, Impasse Milord, Paris (18<sup>e</sup>)

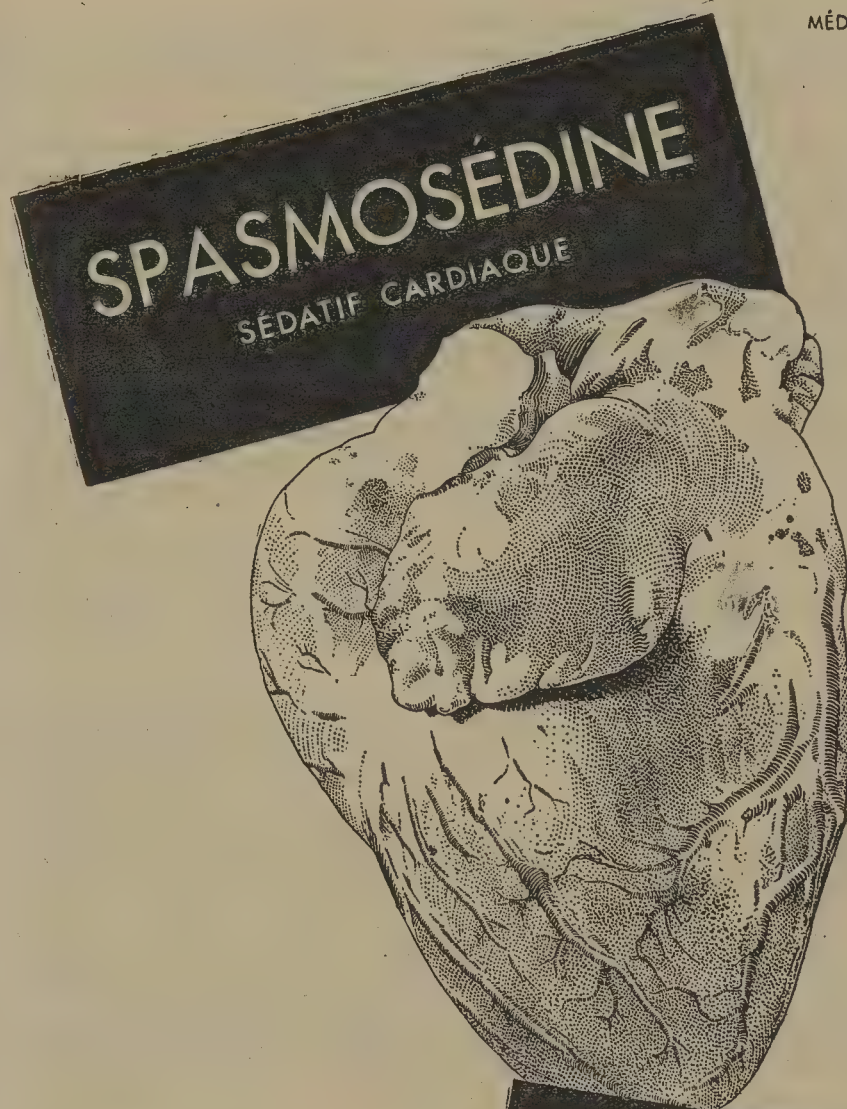
Néuralgies  
Névrites

**BROMÉINE MONTAGU**



LABORATOIRES DEGLAUDE  
15, BOUL<sup>d</sup> PASTEUR, PARIS (XV<sup>e</sup>)

MÉDICAMENTS CARDIAQUES  
SPÉCIALISÉS



**SPASMOSÉDINE**  
SÉDATIF CARDIAQUE

**DIGIBAÏNE**  
TONIQUE CARDIAQUE

*Les 2 médicaments cardiaques essentiels*

## LE TRAITEMENT NEURO-TONIQUE DES TROUBLES DYSPEPTIQUES

On sait que la plupart des troubles dyspeptiques sont purement fonctionnels, indépendants de toute lésion et liés simplement au fonctionnement défectueux du système nerveux vago-sympathique qui commande aux mouvements et aux sécrétions de l'estomac. Un traitement neuro-tonique susceptible de remettre en équilibre le système vago-sympathique donne des résultats rapides et remarquables.

Ce traitement, autrefois difficile à manier parce que les alcaloïdes pourvus d'une action sur le système vago-sympathique, l'ésérine et l'atropine, sont d'une grande toxicité, est devenu très simple et se poursuit toujours sans incident depuis la découverte des gènalcaloïdes de l'ésérine et de l'atropine, aussi efficaces mais infiniment moins toxiques.

Deux grands syndromes s'opposent qui possèdent maintenant leur médicament spécifique.

**1° DYSPEPSIE ATONIQUE ET HYPOACIDE.** — Le syndrome est caractérisé par du manque d'appétit et des digestions lentes et pénibles avec sensation de pesanteur et de ballonnement gastrique, lassitude, somnolence, vague malaise angoissant, bouffées de chaleur, palpitations parfois qui s'installent aussitôt la fin du repas.

L'examen clinique révèle un estomac légèrement ptosé qui clapote assez bas, des battements aortiques perceptibles à la palpation du creux épigastrique et la pression à ce niveau sur le plexus solaire est douloureuse. L'examen clinique montre de l'hypochlorhydrie.

Il s'agit d'insuffisance motrice et sécrétoire de l'estomac, manifestation d'hyperexcitabilité du sympathique gastrique.

**LA GENSÉSÉRINE**, sédatif de l'hyperexcitabilité sympathique, réduit très rapidement l'ensemble des éléments de ce syndrome à la dose de 1 milligramme à 1 milligramme et demi, à chacun des trois repas, soit XX à XXX gouttes de la solution à 1,5 p. 1.000 ou deux à trois granules trois fois par jour.

**2° DYSPEPSIE HYPERSTHÉNIQUE ET HYPERCHLORHYDRIQUE.** — En revanche, d'autres sujets se plaignent de douleurs tardives qui surviennent une à trois heures après les repas et que calme momentanément l'ingestion des aliments. La douleur a les caractères des brûlures ou donne l'impression d'une crampe profonde. Elle est parfois transfixiante, irradiant dans le dos. Elle détermine des nausées, des renvois acides, parfois des vomissements. Ce syndrome trahit de l'hyperchlorhydrie et du spasme gastrique.

**LA GÉNATROPINE**, par son action paralysante sur le pneumogastrique, inhibe la sécrétion chlorhydrique et calme le spasme. Elle se prescrit à distance des repas, soit vers 10 heures du matin, 3 ou 4 heures de l'après-midi et 9 heures du soir, en principe au moment habituel des douleurs, à la dose moyenne de 1 milligramme, soit XX gouttes de la solution à 1,5 p. 1.000 ou deux granules deux ou trois fois par jour. Diminuer légèrement la dose si le médicament donne de la sécheresse accusée de la bouche.

La Génatropine est indiquée non seulement dans l'hyperchlorhydrie purement dyspeptique, mais encore lorsqu'elle est entretenue par un ulcère de l'estomac. Elle donne dans ce cas des résultats fonctionnels tout aussi nets et favorise la cicatrisation de l'ulcère mieux que n'importe quel autre traitement parce qu'elle le met à l'abri de l'action nocive des sécrétions acides de l'estomac.

**3° SYNDROMES COMPLEXES.** — Génésérine et Génatropine peuvent s'associer d'ailleurs lorsque se mêlent sur le même sujet certains des éléments de ces deux syndromes, ce qui n'est pas rare, lorsque s'associent par exemple des douleurs tardives au syndrome de la dyspepsie atonique, l'expérience montre que loin de s'annuler leurs bons effets s'ajoutent.

Il en est de même lorsque l'insuffisance gastrique des atoniques s'accompagne de troubles intestinaux tels que coliques, constipation d'origine spasmodique, signes d'entéro-colite, troubles contre lesquels, de petites doses de Génatropine sont d'une efficacité remarquable.

**GÉNALCALOÏDES — ÉCHANTILLONS SUR DEMANDE**  
POLONOVSKI ET NITZBERG

**LABORATOIRE DES PRODUITS "AMIDO"**

A. BEUGONIN, Pharmacien, 4, Place des Vosges. — PARIS (4<sup>e</sup>)

# S U L F A R S E N O L

## ARSENOS-SOLVANT

ADOPTÉS PAR LES HOPITAUX

## EKTOPHANOL

SELS DE LITHIUM DE L'ACIDE PHENYLQUINOÏNE CARBONIQUE

*Indications :* Rhumatismes musculaires ou articulaires, aigus ou chroniques, Goutte, Sciatique, Lumbago, etc.

LABORATOIRES DE BIOCHIMIE MÉDICALE CH. DESGREZ, Dr en Ph<sup>l</sup>, 19-21, rue Van-Looy, PARIS XVI<sup>e</sup> — Tél. Auteuil 26-62



## REVUE GENERALE

LE COMA BARBITURIQUE  
SON TRAITEMENT

Par M. P. SERINGE,  
Interne des hôpitaux de Paris.

La fréquence accrue du coma barbiturique et la découverte récente de thérapeutiques actives en font essentiellement une question d'actualité.

**Historique.** — En 1903, Fischer et Von Mehring réalisent la synthèse de la malonylurée ou acide barbiturique et de quelques-uns de ses dérivés disubstitués doués d'un pouvoir hypnotique élevé.

Les intoxications apparurent bientôt mais ne prirent une grande extension que ces dernières années.

En 1924, Tardieu met en évidence l'unité de toutes les manifestations cliniques précédemment décrites : quel que soit le dérivé utilisé, l'intoxication revêt l'allure bien spéciale du « barbiturisme ».

En 1932, Haggard et Greenberg, ayant découvert l'action thérapeutique des barbituriques sur les intoxications strychniques fréquentes aux Etats-Unis, vérifient expérimentalement l'antidotisme absolu et réciproque barbituriques-strychnine.

Dès 1920, le principe de la strychnothérapie dans le barbiturisme avait été formulé en France (1).

En 1933, elle est préconisée par Ide, de Louvain, qui fait connaître en Europe les travaux des Américains.

Mme Bertrand-Fontaine publie la première observation française de coma barbiturique guéri par une dose massive de strychnine (2).

De nombreuses autres suivent, publiées par divers auteurs.

Flandin, Bernard et Joly, en un volume paru au début de l'année 1934, exposent les fruits de leur expérience personnelle et font une remarquable mise au point des études antérieures sur les intoxications barbituriques et leurs traitements (3).

**Etiologie.** — Une vingtaine de dérivés barbituriques sont utilisés en thérapeutique. En outre, des spécialités renferment des barbituriques associés soit entre eux, soit à des antispasmodiques végétaux ou des antalgiques simples. On en trouvera une étude comparative détaillée dans une conférence du Professeur Tiffeneau faite le 3 mars 1929 à la Clinique de l'Hôtel-Dieu (4).

Tous ces produits, à doses massives, sont susceptibles de provoquer le coma.

Les plus fréquemment rencontrés en pratique sont : le dial, surtout le véronal, et davantage encore aujourd'hui le gardénal.

Le coma barbiturique, rare chez l'enfant, s'observe chez l'adulte des deux sexes, à tout âge, avec toutefois une grosse prédominance chez la femme jeune, de 20 à 40 ans.

L'intoxication est exceptionnellement accidentelle, rarement criminelle (affaire Nozière), le plus souvent

volontaire dans un but de suicide, chez une psychopathe.

Tantôt le sujet n'a jamais fait usage auparavant de ces toxiques, tantôt c'est un toxicomane ; souvent, il en consommait à titre thérapeutique pour soulager des insomnies, des céphalées, mais rarement il s'agit d'un comitial.

Plutôt que d'une tentative véritable de suicide, il s'agit parfois de mise en scène, qui dénote de la part de l'intoxiquée une volonté de pression sur son entourage.

**Pathogénie.** — Le mode d'action des barbituriques est encore mal élucidé.

Ils seraient des dépresseurs surtout mésodiencephaliques par opposition aux dépresseurs surtout corticaux : chloral, alcools, bromures (4).

Dans le coma barbiturique seraient atteints non seulement le centre paraventriculaire régulateur du sommeil mais aussi les centres voisins :

Centre vaso-constricteur ;

Centre thermo-régulateur ;

Même centre régulateur de la leucopoïèse (3, 5).

De là découle la symptomatologie.

Il s'agirait de dérèglement fonctionnel plutôt que de troubles lésionnels de ces centres.

Quant au mécanisme thérapeutique de la strychnine, il est discuté :

Antagonisme (pour Zunz) ;

Ou antidotisme vrai (pour les Américains), soit dans le sang, soit dans les cellules nerveuses, et peut-être alors par adsorption (14).

On sait que 2 produits antagonistes neutralisent leurs effets physiologiques, tandis que 2 antidotes se neutralisent eux-mêmes.

**Clinique.** — DÉBUT. — Le coma survient de quelques minutes à deux heures après l'ingestion, en moyenne une demi-heure :

— Parfois véritable intervalle libre, le stade précomateux étant absolument asymptomatique ;

— Habituellement ce stade est marqué par l'installation progressive d'un état ébrié et nauséux dont les éléments sont souvent dissociés, isolés : incohérence de paroles, vertiges, titubation, agitation, rarement céphalée. Si les nausées sont très fréquentes, les vomissements ne surviendraient que dans un cas sur cinq tout au plus. Leur teneur en barbituriques est très variable, parfois nulle.

Quelquefois, le malade, vu précocement, raconte lui-même l'ingestion. L'administration immédiate de vomitifs et des médications les plus énergiques ne prévient pas le coma qui apparaît malgré tout.

**COMA.** — Le plus souvent on est appelé auprès d'un sujet sans connaissance.

Le coma, certes, peut revêtir tous les degrés ; il s'agit en général d'un coma profond.

Le malade est inerte dans le décubitus dorsal. La motilité volontaire est abolie. Les membres, en résolution complète, retombent lourdement sur le lit lorsqu'on les soulève.

La sensibilité est abolie.

On obtient rarement un mouvement de défense ou un gémissement par une forte excitation.

Les réflexes tendineux sont tous abolis ; en quelques cas, cependant, conservés.

Le réflexe cornéen est aboli ; ce signe passe pour faire défaut plus souvent que le précédent.

Quant aux modifications de dimensions des pupilles, elles sont sans valeur diagnostique.

Le réflexe photo-moteur est normal ou paresseux.

Le réflexe cutané plantaire est variable :

Tantôt normal ;

Tantôt aboli ;

Parfois — c'est plus rare — il se fait en extension.

La réponse est d'ordinaire la même des deux côtés.

L'existence d'un signe de Babinski ne doit pas induire en erreur : il n'existe ni signes méningés, ni signes de localisation qui feraient penser à une hémorragie cérébro-méningée ou un ramollissement.

Les troubles sphinctériens consistent habituellement en constipation et rétention d'urines. Le sondage ramène une quantité d'urines plus ou moins faible, sans albumine ni glycose.

Cette oligurie ne s'accompagne pas d'un syndrome de déshydratation aiguë, en particulier pas de sécheresse de la langue précocement.

On luttera contre l'oligurie par le sérum, car la déglutition est difficile ou impossible.

Tous ces signes sont d'ordre banal, ils traduisent la perte des fonctions de relation comme cela s'observe en tout coma caractérisé.

Il faut insister sur le fait qu'il n'existe ni convulsions, ni raideurs, ni déviation de la tête et des yeux, ni paralysie faciale, oculaire ou des membres.

Donc : coma flaccide à symptomatologie pauvre.

Cependant, des troubles importants des fonctions végétatives peuvent s'associer :

La respiration est presque toujours perturbée : calme à certains moments, stertoreuse à d'autres, accélérée chez tel malade, ralentie et profonde chez un autre, ou encore irrégulière ; en quelques cas, se produisent des pauses respiratoires, voire un rythme systématisé (à type de Cheynes-Stokes).

La température est variable au début : haute, normale ou basse ; elle présentera presque toujours une élévation vers 39° ou 40° au bout de trente-six heures, de sorte qu'un coma fébrile doit faire penser à une intoxication barbiturique.

Le pouls suit la température ; d'ordinaire, il est bien frappé et régulier.

La tension artérielle est légèrement abaissée.

Les troubles vaso-moteurs sont fréquents :

Faciès vultueux, parfois cyanosé ;

Cyanose généralisée plus rare ;

Erythèmes précoces exceptionnels.

En résumé, « l'empoisonnement barbiturique, a écrit Flandin, réalise essentiellement un coma profond avec abolition de tous les réflexes tendineux et du réflexe cornéen, avec respiration stertoreuse et faciès vultueux, coma souvent hyperthermique sans signes de localisation ».

Cet auteur insiste en outre sur l'absence de troubles circulatoires.

Chavany est frappé par la richesse du tableau en

signes d'ordre neuro-végétatif qui contraste avec la pauvreté séméiotique dans le domaine de la vie de relation.

En pratique, le diagnostic reste difficile, *aucun signe clinique n'est caractéristique.*

Aussi faut-il toujours pratiquer une *enquête* sur les médicaments absorbés habituellement par le malade, et surtout une investigation dans la pièce où il a été trouvé inanimé. La découverte éventuelle de tubes vides de barbituriques, sans entraîner la certitude, ne laisse pas de constituer le meilleur élément de diagnostic.

Au moins dans les cas négatifs à ce point de vue, il est de toute nécessité de porter d'urgence à un laboratoire les urines du malade.

La recherche des barbituriques exige environ une heure. Positive, elle permet d'affirmer le diagnostic. Négative, elle doit être répétée quelques heures plus tard, car un délai de plusieurs heures après l'ingestion est nécessaire pour le passage du barbiturique dans l'urine.

Dans les vomissements spontanés ou provoqués, même précoces, les réponses négatives n'ont aucune valeur.

La recherche est plus souvent positive dans le sang et le liquide céphalo-rachidien.

Celui-ci, par ailleurs, est normal quant à sa tension, sa limpidité, sa formule cytologique et sa teneur en albumine.

A défaut de laboratoire on peut utiliser le *test biologique* proposé par Flandin : l'on prélève 5 à 10 cm<sup>3</sup> de sang et des urines du malade qui sont inoculés respectivement à deux lapins de poids moyen. L'inoculation peut être faite par la voie sous-cutanée ou intrapéritonéale ou — en ce qui concerne les urines — par la voie intra-veineuse.

Si l'échantillon injecté contient un somnifère, l'animal s'endort 1/4 d'heure ou 1 heure plus tard et pour plusieurs heures ; parfois alors survient la mort de l'animal.

Enfin, quand toutes ces recherches sont impossibles, ce n'est qu'après avoir éliminé toutes les autres causes de coma qu'on sera autorisé à tenter avec prudence un traitement d'épreuve.

Non pas qu'il faille s'attendre à une guérison soudaine après une à deux injections de strychnine, mais la tolérance à la strychnine de ces intoxiqués est telle qu'elle en devient un élément de diagnostic.

**Pronostic.** — Si le diagnostic est parfois difficile, le pronostic, il faut l'avouer, est impossible à établir. On cherchera cependant à réunir les éléments d'appréciation :

*La nature du toxique.* — La toxicité des barbituriques en général est extrêmement mal connue.

Nous comptons par cg. et par gr. alors que les sujets qui s'intoxiquent comptent par comprimés et par tubes ; aussi le véronal, bien que moins toxique à poids égal, apparaît-il en pratique comme plus dangereux que le gardénal. C'est d'ailleurs une notion classique (6). L'intoxication par le dial semble la plus grave.



*La dose de toxique ingérée.* — Elle n'a qu'une valeur pronostique très relative car une partie a pu en être rejetée et surtout les sensibilités individuelles sont extraordinairement variables. Les écarts entre la dose minima mortelle et la dose sûrement fatale sont considérables.

*Le terrain.* — Le grand âge, les tares viscérales sont des facteurs de gravité.

*Le temps écoulé depuis l'ingestion,* car le traitement a d'autant plus d'action qu'il est institué plus précocement :

— Avant la 6<sup>e</sup> heure, il comporte de nombreuses chances de guérison ;

— Après la 18<sup>e</sup> heure, il reste inefficace dans la plupart des cas.

*Les renseignements tirés de l'examen clinique :* Le degré de profondeur du coma et sa durée sont trompeurs.

L'état punctiforme des pupilles et le signe de Babinski seraient des indices de haute gravité.

*Des complications* peuvent aggraver le pronostic : essentiellement *respiratoires* et *cardio-vasculaires* :

Soit trouble brutal du rythme respiratoire, d'origine bulbaire ;

Soit foyers pulmonaires caractérisés par :

De la matité et une diminution du murmure vésiculaire ;

Ou bien un souffle tubaire et des râles fins ;

Ou encore de gros râles humides.

La pathogénie de ces troubles, très discutée, n'est certainement pas univoque et l'on a parlé, suivant les cas :

— D'atélectasie pulmonaire ;

— De broncho-pneumonie ;

— D'apoplexie pulmonaire comme Duvoir l'a montré par la radiographie du malade et par l'examen nécroptique ;

— D'œdème pulmonaire parfois ;

— Voire de troubles trophiques dus à l'atteinte du pneumo-gastrique (8, 13).

Ces troubles pulmonaires aggravent le pronostic, mais, en cas de guérison, ils disparaissent remarquablement vite.

■ C'est inopinément que surviennent les *complications cardio-vasculaires* : brusquement s'installe un état de collapsus :

Refroidissement des extrémités ;

Pouls misérable, filant ;

Tension artérielle basse ou imprenable.

La mort subite par syncope est possible.

Plus rares sont les autres complications :

— *Hépatiques* décelées par le subictère, l'hépatomégalie, la présence d'urobiline, de pigments et sels dans les urines ;

— *Rénales* : albuminurie modérée et transitoire ; néphrite aiguë hémorragique (Mac Léod) ; anurie très grave avec hyperazotémie.

Dans la moitié environ des cas de coma barbiturique l'urée sanguine s'élève d'une façon passagère à 0,60 ou 0,75 cg. par litre du 2<sup>e</sup> au 4<sup>e</sup> ou 5<sup>e</sup> jour pour revenir à la normale avant le 8<sup>e</sup> jour.

Le taux de l'urée urinaire restant sensiblement normal et la présence de cylindres granuleux n'ayant été

signalée qu'exceptionnellement, cette azotémie légère ne semble pas relever d'une atteinte rénale, mais plutôt de l'oligurie par inanition, peut-être de la désintégration chimique du radical malonylurée, voire d'un trouble cérébral puisqu'on a décrit un centre de la régulation de l'urée.

Restent deux éléments de pronostic étudiés par Flandin et ses collaborateurs qui leur accordent une grande valeur ; ils sont tirés de la courbe thermique et des variations de la formule leucocytaire.

*Courbe thermique.* — Un clocher à 39° ou 40° est un élément favorable à condition :

Qu'il soit unique ;

Qu'il ne dépasse pas 40° ;

Qu'il débute seulement le 2<sup>e</sup> jour et qu'il n'excède pas un à deux jours.

L'apyrexie est également favorable.

L'hypothermie, rare, se voit au contraire dans les formes graves.

L'hyperthermie précoce en flèche à 40°5 ou 41° dès le 1<sup>er</sup> jour ou persistante en plateau est l'apanage des formes mortelles.

*Formule sanguine.* — Elle évoluerait de la façon suivante :

Dans les cas curables :

Leucocytose à polynucléaires dès le 1<sup>er</sup> jour ;

Eosinophilie vers le 4<sup>e</sup> ;

Retour à la normale du 6<sup>e</sup> au 15<sup>e</sup>.

Dans les cas mortels :

La formule reste normale ;

Ou bien est inversée d'emblée ;

Ou bien indique secondairement une leucocytose à polynucléaires par broncho-pneumonie infectieuse ;

Ceci n'est bien entendu qu'un schéma. Sa valeur pronostique est niée par certains à cause des variations considérables observées (14).

Par ailleurs, la strychnine à elle seule par injection sous-cutanée à un animal sain produit des modifications du nombre des globules blancs (15).

*Terminaison.* — L'évolution aboutit soit à la mort soit à la guérison sans séquelles.

— La mort survient dans le coma, sans jamais reprise de la connaissance, en un temps variant d'une demi-journée à douze jours, en moyenne deux à trois, dans l'hyperthermie avec sueurs profuses, cyanose et souvent râles pulmonaires disséminés ou en foyer, parfois dans le collapsus hypothermique avec pâleur, hypotension.

— La guérison, lorsqu'elle se produit, est progressive ; le coma s'estompe le 2<sup>e</sup> ou 3<sup>e</sup> jour, parfois plus tard ; la température descend rapidement ; les réflexes cornéens et tendineux reparaissent ; les mouvements réflexes de déglutition, les mictions spontanées font retour. Un certain état d'obnubilation avec céphalée, insomnie, souvent courbatures pénibles et parfois troubles délirants persiste quelques jours.

Le retour à la normale est complet en une dizaine de jours, la guérison absolue étant la règle.

Néanmoins, des séquelles psychiques ont été décrites : confusion mentale légère, perte de la mé-

moire et pseudo-paralysie générale, comme dans le barbiturisme chronique.

Par ailleurs, on a signalé la possibilité de réveil d'une infection latente telle qu'une colibacillose.

**Formes cliniques.** — De nombreuses formes cliniques peuvent être décrites suivant la profondeur du coma, suivant la prédominance de tel ou tel signe, suivant le type thermique ou encore l'évolution.

Dans les *formes atypiques*, on a pu observer :

— Des troubles oculaires : nystagmus, paralysies oculaires ;

— Des lésions cutanées qui sont plutôt le propre des intoxications subaiguës ou chroniques : érythèmes, escarres, phlyctènes, de cause inconnue.

Les érythèmes revêtent surtout le type scarlatini-forme, avec desquamation ; ils sont souvent prurigineux. A propos de leur pathogénie on discute les processus d'intolérance et de biotropisme.

Au cours des comas barbituriques, il n'est pas rare de constater une dissociation entre l'abolition du réflexe cornéen et la conservation des réflexes tendineux, fait qui cependant ne semble pas avoir été signalé.

L'étiologie a fait distinguer plus théoriquement que pratiquement :

Le coma véronalique (précédé de troubles digestifs, suivi parfois de diplopie) ;

Le coma gardénalique à début brutal ;

Le coma dû au dial qui provoque plus volontiers de l'anurie et qui s'accompagne quelquefois d'agitation et de contractures allant jusqu'à l'état tétanoïde, avant tout traitement strychné.

La forme associée à l'intoxication par l'oxyde de carbone est absolument fatale.

Dans des cas exceptionnels, certains barbituriques en injection intra-veineuse, dans le traitement du tétanos et de l'éthylisme aigu, ont déclenché des comas mortels.

Au cours de la grossesse, le coma barbiturique ne paraît pas modifié dans son évolution. La strychnothérapie prudente a pu être appliquée sans aggraver le pronostic foetal qui reste assez bon, la mère — lorsqu'elle guérit — pouvant mener à terme sa grossesse.

**Diagnostic.** — Nous avons vu les éléments du diagnostic positif dont les meilleurs sont :

*La présence de barbituriques dans les urines ;*

*La découverte des tubes de toxique ;* dans un cas, celle-ci n'a pu être faite que par le toucher vaginal (7).

Ce sont ces deux signes qui tranchent en définitive le diagnostic différentiel.

Outre l'encéphalite léthargique, tous les comas pourraient prêter à discussion ; cliniquement l'absence des signes propres à chacun d'eux est en faveur du coma barbiturique.

La symptomatologie de celui-ci peut s'enrichir et rendre le diagnostic plus difficile :

La glycosurie est rare ; jointe à l'acidose fréquente elle ferait discuter le coma diabétique mais dans le

barbiturisme il s'agit d'acidose sans cétose contrairement au diabète.

Le coma urémique peut être simulé par le coma barbiturique, mais l'azotémie de ce dernier n'atteint jamais un taux assez élevé pour permettre la confusion.

On discutera surtout les comas exogènes :

De l'intoxication éthylique tout d'abord ;

De l'intoxication par l'oxyde de carbone, précédé souvent de convulsions, accompagné de congestion intense du visage, avec aspect rutilant du sang veineux ;

De l'intoxication par les opiacés, dont la pâleur, le myosis, l'hypothermie, n'ont rien de caractéristique en l'absence de traces d'abcès ou de piqûres ;

De l'intoxication par la belladone avec rougeur des pommettes, mydriase, tachycardie apyrétique ;

De l'intoxication fongique.

Si on ne possède pas les anamnétiques, le diagnostic dans ces cas risque fort d'être d'ordre médico-légal.

Quant à l'intoxication par les hypnotiques ne contenant pas le groupe malonyl, elle est éliminée en raison du diagnostic de fréquence.

Le problème se pose différemment si l'intoxiqué consommait habituellement du gardénal dans un but thérapeutique :

Soit comitial chez qui on pourrait hésiter avec un coma post-épileptique ;

Soit même hypertendu chez qui se discutent hémorragie et ramollissement cérébraux.

Dans les deux cas, le diagnostic n'est pas simplifié par l'existence éventuelle d'un signe de Babinski.

**Traitement.** — 1° Lorsque le malade est vu à la phase précomateuse, l'évacuation de l'estomac s'impose, soit par ingestion d'un vomitif énergique, soit par lavage d'estomac avec de l'eau contenant un peu de permanganate de potassium pour faciliter l'oxydation du barbiturique restant, mais le tube risque de ne pas laisser passer les comprimés qui seraient encore entiers. Si ces deux moyens ne sont pas possibles, on injecte sous la peau du patient un centigramme d'apomorphine. On a proposé de donner du charbon, destiné à adsorber la fraction persistant dans le tube digestif, suivi d'un purgatif.

Au cours du coma, l'évacuation de l'estomac est déconseillée par Flandin en tant que dangereuse, et en règle inefficace.

2° Le malade doit être réchauffé et tenu demi-assis avec application de révulsion thoracique.

3° En goutte à goutte rectal, on lui administre un ou deux litres par 24 h. de *sérum glycosé* isotonique dans lequel on a avantage à jeter le contenu d'une ampoule d'adrénaline à un mg.

4° La saignée, formellement indiquée en cas de cyanose généralisée ou d'œdème aigu du poumon n'est utile dans les autres cas que si elle est suivie de transfusion ou d'injection intra-veineuse de sérum (comme pour toute intoxication).

5° La transfusion, la solution glucosée à 300 p. 1.000 intra-veineuse, sans saignée, ont été préconisées.

6° La strychnine doit être injectée dans tous les



cas et à hautes doses, dès le diagnostic posé, toujours suivant une posologie variable :

Harvier et Antonelli constatent expérimentalement qu'il faut au moins deux doses mortelles pour contrebalancer l'effet d'une dose supposée mortelle de barbiturique. Mais là encore intervient la sensibilité individuelle.

En pratique, on fait dans les cas moyens une injection de un centigramme de sulfate de strychnine répétée toutes les heures.

Dans les cas paraissant graves, Flandin recommande une 1<sup>re</sup> injection de cinq centigrammes d'emblée, suivie de deux centigrammes chaque heure.

On utilise la voie intraveineuse — au moins pour les premières — ou la voie sous-cutanée.

La strychnine doit être continuée jusqu'à apparition des réflexes et éveil de la conscience, soit durant 24 heures souvent, deux à trois jours parfois, la dose totale pouvant dépasser vingt et quarante centigrammes.

On observe rarement des cas aussi favorables que celui de Ide, de brusque résurrection durant l'injection même du second centigramme.

Il faut toujours surveiller l'évolution des symptômes et guetter l'apparition parfois précoce de signes d'intoxication strychnée se superposant alors à ceux de l'intoxication barbiturique :

Raideurs spontanées, soubresauts musculaires provoqués par une excitation cutanée ;

Exagération des réflexes ;

Signe de Chwostek ;

Exceptionnellement grand tétanos strychnique.

Devant la constatation de l'un de ces symptômes et malgré la persistance du coma, on suspendra la strychnothérapie, quitte à la reprendre prudemment (à doses moitié moindres par exemple) lors de leur disparition. Entre temps on fera des injections intra-veineuses de coramine, de solution glycosée hypertonique ou d'alcool.

7° En cas de troubles cardiaques on usera de l'ouabaine en intra-veineuse et de l'adrénaline qui peut faire céder un état de collapsus grave à raison de un à deux milligrammes intra-musculaires chaque heure durant plusieurs heures.

Rappelons à ce propos qu'expérimentalement la strychnine augmente déjà l'adrénalino-sécrétion.

8° Contre les troubles respiratoires on luttera par la caféine sous-cutanée dont on connaît bien l'action élective sur le centre respiratoire depuis les travaux du Professeur Léon Binet, ou par la coramine intra-veineuse dont on fait 3 cm<sup>3</sup> matin et soir ; de grosses doses en peuvent être injectées impunément.

9° L'oxygénothérapie, lorsqu'elle est possible, est un bon adjuvant :

Par voie sous-cutanée ;

Ou bien en inhalation discontinuée, pour laquelle le carbogène doit être préféré.

10° Enfin en cas de mort apparente, on tentera la respiration artificielle combinée aux méthodes précédentes.

**Résultats.** — Dans l'ensemble les résultats de la strychnothérapie sont loin de correspondre aux pro-

phéties enthousiastes de Ide qui déclarait qu'avec cette méthode on ne devait plus mourir d'empoisonnement barbiturique.

Par ailleurs elle n'est pas la seule efficace et des succès isolés ont été obtenus avec :

— La coramine seule ;

— La solution hypersucrée seule ;

— Ou encore le « drainage spinal partiel », consistant en soustractions massives et répétées de liquide céphalo-rachidien, associées à des injections intra-veineuses d'eau distillée pour en favoriser le renouvellement, méthode qui n'est peut-être pas sans danger, aujourd'hui abandonnée.

Enfin l'alcool préconisé tout récemment va peut-être remplacer la strychnine (Carrière et Huriez, 8, 16) : l'alcool à 30 % en injection intra-veineuse à doses élevées et répétées donne expérimentalement des résultats supérieurs à ceux de la strychnine et auxquels seraient comparables ceux de la coramine.

Il reste que la tolérance à la strychnine est dans la majorité des cas impressionnante.

Selon Flandin et divers auteurs, la strychnine a à son actif un pourcentage de succès dépassant légèrement la moitié.

Moreau (6) relève 18 cas traités par la strychnine avec 9 guérisons, 9 morts.

Massière (14), sur 7 cas vus à Bordeaux, accuse 50 % d'échecs.

Nous avons traité personnellement 12 cas inédits de coma barbiturique avec 6 guérisons, 6 morts ; la plupart ont eu des traitements adjuvants ; dix ont reçu une dose totale de strychnine allant de deux à vingt-quatre centigrammes ; un a guéri après trente-quatre centigrammes, un a guéri sans aucun traitement. Nous n'avons guère trouvé de statistique donnant le pourcentage de mortalité avant l'ère de la strychnothérapie (12).

Mais 50 % représentent approximativement la proportion de décès des 8 ou 10 cas que nous avons nous-même observés avant la strychnothérapie.

Est-ce à dire que celle-ci n'a pas amélioré le pronostic, les guérisons devant être attribuées à une simple coïncidence ?

Il nous semble plutôt que les doses de toxique ingérées il y a quelques années étaient plus faibles qu'aujourd'hui en moyenne.

Pour remédier à la fréquence des empoisonnements par les barbituriques, une réglementation de leur vente est actuellement à l'étude.

Les uns réclament leur inscription qui au tableau A, qui au tableau B.

L'inscription au tableau A est inopérante si le médecin mentionne sur son ordonnance « à renouveler ».

Dans le cas contraire, elle présente le même inconvénient que l'inscription au tableau B, à savoir qu'il est inadmissible d'imposer à tous les épileptiques une ordonnance tous les sept jours durant un nombre incalculable d'années car elle entraînerait forcément des interruptions de traitement dont l'effet pourrait être désastreux puisque c'est le traitement le plus efficace de ces malades capable de supprimer totalement les crises et de les rendre à la vie normale.

Par ailleurs, à une époque où l'on n'a déjà que trop tendance à violer le secret professionnel, il faut rejeter toute exception à cette règle qui serait faite en faveur des comitiaux.

D'autres veulent qu'à chaque barbiturique soit incorporée une faible quantité d'ipéca telle que seule l'ingestion massive soit suivie de vomissements.

Etant donnée la sensibilité individuelle très variable vis-à-vis des vomitifs, cette adjonction risquerait de rendre le médicament insupportable à certains malades astreints à de hautes doses.

On voit donc que la réglementation se heurte à des difficultés qui paraissent insurmontables.

Et si celles-ci étaient résolues, il resterait encore quelques autres procédés de suicide...

Ce qu'il nous faut espérer, c'est que la science trouve bientôt un traitement spécifique du barbiturisme.

#### BIBLIOGRAPHIE

1. Albert RENOUF. *Th. de Paris*, 1920.
2. Mme BERTRAND-FONTAINE et CLAAS. *Soc. méd. hôp.*, 27 oct. 1933.
3. Charles FLANDIN, François JOLY, Jean BERNARD. Un vol. Doin, Paris 1934, où l'on trouvera une bibliographie détaillée pour les années antérieures.
4. TIFFENEAU. Conférences cliniques de l'Hôtel-Dieu, 1930.
5. CHAVANY. « Barbiturisme aigu toxicose neuro-végétative », *Presse méd.*, 5 déc. 1934.
6. MOREAU. *Science médicale pratique*, 1-3-34, numéro consacré aux intoxications barbituriques.
7. Pr. DESBUQUOIS. *Gaz. méd. de Bretagne*, N° 7, 1934.
8. CARRIÈRE, HURIEZ et WILLOQUET. Le Barbiturisme aigu, *Revue générale*, *Gaz. des hôp.*, 1934, n° 34 ; strychnothérapie du barbiturisme aigu, *Gaz. des hôp.*, 1934, n° 35 ; traitement actuel du barbiturisme aigu (gardénal-coramine et gardénal-alcool), *Gaz. des Hôp.*, 1934, n° 41.
9. M. RENAUD. *Revue critique de pathol. et de thér.*, sept. 1934.
10. HALBRON. *La Semaine des Hôp. de Paris*, 15 mars 1934.
11. *Journ. des Prat.*, 24 nov. 1934.
12. CARRIÈRE relève 11 guérisons sur 16 cas (sans strychnine).
13. GARIN et GONIN. *Soc. méd. des hôp. de Lyon*, 4 déc. 1934.
14. MASSIÈRE et BEAUMONT. *Presse méd.*, N° 1, 1935.
15. ZUNZ. « *Eléments de pharmacodynamie spéciale* ».
16. CARRIÈRE et HURIEZ rapportent 8 guérisons sur 11 comas traités par strychnine, coramine et alcool intraveineux. *Soc. de méd. du Nord*, 29 janv. 1935.

**Scléroses et réactions tissulaires** (thèse), par Marcel PLANCHU, interne des Hôpitaux de Lyon. Grand in-8° de 272 pages avec 53 figures. — Imprimerie A. Rey, à Lyon, 1933-1934.

**Contribution à l'étude des états sclérodermiques** (thèse), par le docteur J.-R. BEN-NOUN. In-8° de 77 pages. — Editions Argenteratum, à Strasbourg.

**La sternotomie médiane. Voie d'accès au carrefour cervico-médiastinal** (thèse), par le docteur Jean PINOCHE. In-8° de 131 pages. — Presses modernes, 45, rue de Maubeuge, à Paris.

**Le syndrome radiologique indirect de l'appendicite chronique** (thèse), par le docteur Pierre LANGLADE. In-8° de 71 pages. — Carton-Dupont, éditeur, à Saint-Amand-les-Eaux (Nord).

## SOCIÉTÉS SAVANTES

### ACADEMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 29 AVRIL 1935)

**Recherches sur la nature chimique de l'haptène fixateur lipodique des bacilles tuberculeux tués par la chaleur.** — M. Michel-A. MACHEBOEUF, Mmes Georgette LÉVY et Marguerite FAURE.

**De l'immunisation locale de la peau contre le sarcome de la souris.** — MM. Alexandre BESREDKA et Ludwik GROSS.

### ACADEMIE DE MEDECINE

(SÉANCE DU 7 MAI 1935)

**Notice.** — M. Strohl donne lecture d'une notice nécrologique sur M. ZIMMERN, membre titulaire récemment décédé.

**Natalité et mortalité.** — M. Charles RICHET, à propos de la dernière communication de M. Roubakine, apporte des chiffres infirmant l'opinion soutenue par le savant russe.

**Essais contrôlés de vaccination contre la tuberculose par le B C G.** — MM. ARONSON et DANNENBERG (présentation faite par M. C. GUÉRIN.) De décembre 1927 à octobre 1934, les auteurs ont, à l'Institut Phipps de Philadelphie, vacciné au BCG, par voie buccale, 70 enfants nouveau-nés, et ils ont conservé comme témoins 163 enfants de même âge, non vaccinés.

De ces enfants, 41 vaccinés et 84 non vaccinés sont nés et ont été maintenus dans leurs familles, où l'on connaissait des cas de tuberculose ouverte. Des 84 enfants non vaccinés, 10, soit 11,9 %, sont morts de tuberculose à des âges compris entre 4 mois et 30 mois.

Des 41 enfants vaccinés au BCG, un seul, soit 2,4 %, est mort de tuberculose.

15 autres enfants vaccinés et 41 non vaccinés ont vécu dans des familles où l'on avait constaté des cas de tuberculose fermée.

Des 41 enfants non vaccinés, deux sont morts de tuberculose aux âges de 7 et 11 mois. Des 15 enfants vaccinés au BCG, aucun n'a succombé à la maladie.

Aucun des 14 enfants vaccinés et des 38 non vaccinés qui étaient nés et ont été élevés dans des familles sûrement indemnes de tuberculose, n'a succombé.

Tous ces enfants, mis en observation, ont été éprouvés à l'intradermo-réaction tuberculinique au centième et au dixième de milligramme de tuberculine. En milieu tuberculose ouverte, 82 % des vaccinés et 80 % des non vaccinés ont réagi positivement. En milieu tuberculose fermée, 93 % des vaccinés et 24 % des non vaccinés ont donné une réaction positive. Enfin, en milieu indemne, 75 % des enfants vaccinés et 24 % des non vaccinés ont réagi positivement.

Les examens radiographiques effectués par le Dr Maurice Mac Phédran, de l'Institut Henri Phipps, ont montré qu'en milieu tuberculose ouverte, 17 % des vaccinés et 57 % des non vaccinés ont présenté des lésions authentiques. En milieu tuberculose fermée, les images sont restées négatives chez les enfants vaccinés ; 5 % des non vaccinés ont présenté des lésions.

Enfin, dans les milieux indemnes de tuberculose, les images chez les vaccinés et les non vaccinés sont restées négatives.

De nombreuses inoculations de BCG, faites aux cobayes à la dose de 30 milligrammes, n'ont jamais provoqué chez ces animaux de tuberculose évolutive.



Sur les preuves bactériologiques de l'innocuité du BCG chez des enfants, vaccinés par ingestion de ce germe à leur naissance, qui ont présenté des accidents pathologiques.

— MM. NÈGRE et VALTIS. Chez des enfants prémunis par ingestion de BCG à leur naissance et élevés en milieu tuberculeux, qui malgré leur vaccination se sont contaminés, L. Nègre et J. Valtis ont toujours isolé des bacilles de type humain, ce qui exclut l'hypothèse d'une reprise de la virulence du bacille vaccin puisqu'il appartient au type bovin.

Les recherches bactériologiques, effectuées par ces auteurs avec le pus de 21 enfants immunisés de la même façon, qui ont présenté des adénites à allure froide, leur ont montré dans 13 cas l'absence de tout germe pathogène et la présence dans 6 cas de germes des suppurations banales, dans un cas (enfant en contact) d'un bacille tuberculeux virulent, et dans un autre cas de bacilles acido-résistants qui n'ont pas tuberculisé le cobaye.

Chez 18 enfants vaccinés par absorption de BCG à leur naissance qui ont été atteints d'accidents de diverse nature, auxquels ils ont le plus souvent succombé, les auteurs n'ont jamais pu déceler dans le tube digestif, dans les ganglions et les organes la présence d'un bacille tuberculeux virulent auquel ces troubles pathologiques auraient pu être attribués.

Toutes les inoculations au cobaye du pus des nodules qui se forment parfois après injection sous-cutanée de BCG ont été négatives pour la tuberculose.

Ces recherches montrent donc que dans aucun cas les auteurs n'ont pu attribuer à une reprise de la virulence du BCG les accidents qui leur ont été signalés chez des enfants vaccinés avec ce germe.

Valeur diagnostique de la séro-réaction de Widal chez les sujets soumis à la vaccination T. A. B. simple ou associée. — MM. PILOD et JUDE (du Val de Grâce) reprennent

la question de la valeur diagnostique de la séro-réaction de Widal à l'occasion d'une épidémie de 68 cas de fièvre paratyphoïde B survenue récemment et ayant sévi sur de jeunes soldats vaccinés depuis deux mois, soit au T. A. B. seul, soit au T. A. B. associé à l'anatoxine diphtérique.

Ils concluent que la séro-réaction demeure un moyen précieux de diagnostic à la condition de déterminer préalablement le taux limite d'agglutination à l'égard des bacilles typhiques et paratyphiques chez un nombre suffisant de témoins sains vaccinés à la même époque que les malades. On ne doit tenir pour valables que les séro-réactions dont le taux limite dépasse largement celui que l'on aura noté chez les vaccinés témoins.

Les auteurs ont accepté, dans l'épidémie qu'ils ont observée, le taux limite d'agglutination de 1 p. 1600 pour le diagnostic de fièvre paratyphoïde B (les vaccinés témoins ne dépassant pas celui de 1 p. 800), après avoir contrôlé le résultat des séro-réactions avec celui de l'hémoculture chez plusieurs malades et vérifié, dans tous les cas d'agglutinations multiples, la nature non spécifique des coagglutinines par l'épreuve de la saturation des agglutinines.

La décentralisation de la vaccination antirabique. — MM. REMLINGER et BAILLY.

Lyautey et le médecin. — M. COLOMBANI.

Thérapeutique des dermatoses, par R. CAVAILLÈS et Jean DEYRIS. Petit in-8° de 94 pages. — Paris, Vigot frères.

Trois fondateurs de la médecine moderne : Pasteur, Lister, Koch par Elie METCHNIKOFF, préface de M. le docteur E.-T. BURNET. Petit in-8° de 195 pages. — Prix : 15 fr. — Paris, F. Alcan.

STÉ D'APPLICATIONS  
PHARMACODYNAMIQUES  
5&7 RUE CLAUDE-DECAEN · PARIS  
DIDEROT: 37-93

**ROUGEOLE**  
**ERYTHRA**  
EMPLOYÉ DANS  
LES HOPITAUX  
DE PARIS

## CHRONIQUE

### LA FONDATION DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE DE ROUMANIE

Il y a peu de jours, l'Académie de médecine de Paris envoyait ses félicitations à la nouvelle Académie de médecine roumaine.

Le Parlement de Roumanie vient en effet, de voter une loi créant une Académie de médecine. Le projet de loi présenté par le professeur Angelesco, ministre de l'Instruction publique et des Cultes, a été rapporté devant le Sénat par M. le sénateur Danielopolu, professeur à la Faculté de médecine de Bucarest. Le Sénat l'a adopté par 105 voix contre 2 le 3 avril dernier. Il a été voté à l'unanimité le 11 avril par la Chambre des députés. Enfin la loi a été promulguée dans le *Moniteur officiel*, le 17 avril 1935.

Cette création marque une date importante dans l'histoire de la Roumanie.

Jusqu'ici, aucun organisme permanent reconnu officiellement ne devait être consulté par le gouvernement roumain sur les questions relatives à l'hygiène, sur les grandes questions médico-sociales, ou celles relatives à l'Instruction publique.

La grande Académie roumaine — que nous pouvons comparer à l'Institut de France, et qui a été fondée il y a 75 ans — n'a, en effet, aucun rôle médical à jouer. Elle comprend, on le sait, trois sections : la section historique, la section littéraire et la section scientifique. Dans cette dernière siègent seulement quelques médecins. D'autre part, l'Association générale des médecins et les sociétés médicales roumaines n'avaient pas de caractère officiel leur permettant de donner des avis au gouvernement.

La création d'un nouvel organisme s'imposait donc.

C'est ce qui vient d'être fait.

Le projet de loi pour la création de l'Académie de médecine est le résultat de longues études du conseil de la Faculté de médecine de Bucarest, de plusieurs commissions et de l'Association générale des médecins.

C'est le professeur Danielopolu, qui, sous l'impulsion du regretté Vintila Bratiano, proposa cette création au Conseil de la Faculté. Parmi les hommes qui collaborèrent avec M. Danielopolu, il faut citer le regretté Jean Cantacuzène et MM. Proca et Balacesco. En France, les professeurs Achard, Vaquez et Sergent apportèrent à M. Danielopolu le concours de leur expérience. Enfin, ce fut le ministre de l'Instruction publique, le professeur Angelesco, notre ancien collègue d'internat de Paris, qui présenta le projet de loi.

Voici, d'après les documents qu'a bien voulu nous communiquer notre excellent ami le professeur Danielopolu, quelles sont les grandes lignes de l'organisation de l'Académie de médecine de Roumanie :

L'Académie de médecine est une institution scientifique créée dans le but d'assurer le progrès des recherches dans le domaine des sciences médicales et en même temps un organe officiel destiné à établir des directives dans l'organisation sanitaire et dans celle de l'enseignement des spécialités.

Pour atteindre ces deux buts, l'Académie réalise la collaboration des représentants de toutes les spécialités médicales, de la médecine vétérinaire, de la pharmacie, des sciences physico-chimiques et naturelles. Elle comprend une division purement scientifique et une division d'organisation, une partie des membres de cette dernière division, tout en n'appartenant pas aux catégories sus-citées, sont indispensables dans l'étude de toutes les questions de santé publique.

Par la manière de recruter les membres et par leur stabilité, l'Académie de médecine rend possibles des études per-

manentes dans toutes ces questions et assure la continuité dans l'organisation sanitaire.

Par son rôle officiel d'organe consultatif du gouvernement et par l'obligation imposée aux autorités de consulter l'Académie pour toutes les lois et règlements sanitaires, elle imprime à l'organisation de la santé un caractère strictement scientifique et contribue à écarter toute influence étrangère.

Loin de diminuer l'autorité du ministère de la Santé et l'autonomie universitaire, l'Académie de médecine les aidera dans leurs travaux. L'Académie de médecine, qui est un organe permanent d'études, ne fait pas double emploi avec le Conseil supérieur de la Santé et de l'Assistance, qui fonctionne au ministère de la Santé, et qui a toujours été un organe consultatif occasionnel. Elle complète les travaux de ce Conseil, qui se servant des études de l'Académie de médecine, sera en état de se renseigner mieux sur les différents problèmes sanitaires du pays.

On ne manquera pas de remarquer que, d'après le texte de la loi, le gouvernement roumain est *obligé* de consulter l'Académie de médecine pour toutes les lois et règlements sanitaires.

Il n'y a pas d'obligation semblable en France, il n'y a qu'une tradition, encore n'est-elle pas toujours respectée. L'inspiration de notre éminent confrère le professeur Danielopolu a donc été particulièrement heureuse.

En saluant l'Académie de médecine, nous félicitons de tout cœur nos vieux amis roumains et nous leur adressons nos vœux les plus chaleureux.

F. L. S.

## LIVRES NOUVEAUX

**Les acquisitions récentes dans l'étude et le traitement du diabète sucré (1),** par B. LYONNET, médecin honoraire des hôpitaux de Lyon, ancien chef des travaux de clinique médicale (professeur R. LÉPINE).

Le docteur B. Lyonnet vient de publier un excellent volume sur les acquisitions récentes dans l'étude et le traitement du diabète sucré. Notre éminent confrère de Lyon est un clinicien et un thérapeute de grande expérience et de haute sagesse. Il est de plus un des hommes dont le talent honore le plus le journalisme médical français. C'est dire le profit et l'agrément que l'on trouvera dans la lecture de son livre.

M. Lyonnet se défend d'ajouter de nouvelles théories à l'étude de ce sujet si complexe qu'est le diabète. Au milieu des nombreux travaux déjà publiés, il nous donne, et c'est beaucoup mieux, une mise au point claire et raisonnée des progrès réalisés pendant ces dernières années.

L'auteur étudie successivement les grandes étapes historiques dans l'étude et le traitement du diabète ; le diabète expérimental, l'hyperglycémie provoquée, le diabète rénal ; l'acidose diabétique et le coma ; l'ammoniaque urinaire et le coefficient de Maillard ; la réserve alcaline du sang ; les régimes alimentaires ; les médicaments employés dans le diabète ; l'emploi des vitamines B, et enfin l'insuline.

Ainsi l'ouvrage est très complet ; il est aussi pratique et digne en tous points des travaux antérieurs de l'auteur.

F. L. S.

(1) In-8. — Prix : 15 fr. — Librairie scientifique Carnogli, 6, rue de la Charité, Lyon.



**DERMATOSES  
PRURITS**

3 CACHETS PAR JOUR

**EUPHORYL**

CAS AIGUS : INTRAVEINEUSES

**ANAPHYLAXIES**

LABORATOIRES "ANA" 18, AVENUE DAUMESNIL - PARIS - XII<sup>e</sup>

**SIROP DU D<sup>R</sup> REINVILLIER**

(Lauréat de l'Académie de Médecine de Paris)

**au Phosphate de Chaux hydraté**

**TUBERCULOSES - RACHITISME - MALADIES DES OS & DU SYSTÈME NERVEUX  
DENTITION DIFFICILE**

DOSES : 2 à 4 cuillerées à bouche, à dessert ou à café suivant l'âge

**ASSIMILATION  
COMPLÈTE**

PRESCRIRE :

SIROP REINVILLIER, un flacon

**BERTAUT-BLANCARD FRÈRES**  
64, Rue de La Rochefoucauld, PARIS (9<sup>e</sup>)

**°AS D'ACIDE  
LIBRE**

**CINNOZYL**

**SOLUTION HUILEUSE DE  
CINNAMATE DE BENZYLE  
CHOLESTÉRINE, CAMPHRE**

**PRÉTUBERCULOSE,  
TRAITEMENT ADJUVANT  
DES TUBERCULOSES MÉDICALES  
ET CHIRURGICALES**

**AUGMENTE LA CHOLESTÉRINÉMIE**

De 1 à 2 ampoules  
par jour ou  
tous les 2 jours.  
Séries de 15  
à 20 injections.  
Boîte de 8 ampoules  
de 5 cc.

AMÉLIORE L'ÉTAT GÉNÉRAL, AIDE A METTRE L'ORGANISME  
EN ÉTAT DE RÉSISTANCE VIS-A-VIS DE L'INFECTION BACILLAIRE  
INJECTIONS sous-cutanées INDOLORES ou intramusculaires  
Aucune réaction

Pas de contre-indications

: : LABORATOIRES CLIN, COMAR & C<sup>ie</sup>, 20, rue des Fossés-St-Jacques, PARIS : :



### Directives en pratique médicale (Terrains et tendances morbides) (1), par André JACQUELIN.

La médecine, telle que l'étudiant apprend à la connaître dans les traités et les services hospitaliers, paraît tenir toute entière soit dans de grands syndromes soit dans des affections graves ou tout au moins déjà individualisées. La médecine telle que l'exerce le praticien le met au contraire surtout en présence de petits malades, de « souffrants », que l'étudiant ne rencontre guère, même dans les consultations. C'est pour aider le jeune médecin à ses débuts à résoudre des problèmes où les impondérables ont tant de place et déçoivent son inexpérience, que l'auteur a écrit ce traité de « petite médecine », si original d'inspiration.

Il y met en pleine lumière l'importance extrême de ces signes imperceptibles et qu'il faut pourtant saisir pour les interpréter avec un esprit de finesse qu'une sorte de divination doit renforcer et non pas affaiblir. Et c'est pour avoir réussi auprès de ces sujets qui côtoient la médecine que le praticien verra se constituer sa clientèle.

L'auteur montre comment réunir et interpréter ces menus indices dont le médecin de famille d'antan connaissait la valeur. Tempérament, constitution sont difficiles à définir ; ils sont ici confrontés aux constatations des morphologistes et étudiés aussi en relation avec les prédominances endocriniennes, les déviations neuro-végétatives, les constitutions psychiques, les anomalies humorales. Dans l'interprétation de ces composantes, la clinique est en général d'importance première, le laboratoire est le plus souvent un accessoire.

L'auteur étudie ensuite des états pathologiques où le terrain est de particulier intérêt ; c'est de lui en effet que dépend l'allure évolutive d'une tuberculose, ou l'éclosion et le développement d'affections « arthritiques », ainsi que le choix et l'efficacité d'un traitement. Réactions vaso-motrices ou exsudatives, fixations autotoxiques sont étudiées à ce point de vue. C'est ainsi qu'une thérapeutique peut être individuelle.

Pour conclure des études d'un esprit si personnel et si adapté à la pratique, l'auteur ne pouvait moins faire que d'initier le jeune médecin aux difficultés d'ordre psychologique qui peuvent le surprendre dès le début de sa carrière et dont l'importance est si grande dans les relations avec la clientèle privée.

Le présent ouvrage tient donc beaucoup plus que ne semblait promettre un titre volontairement discret.

Le praticien chevronné y trouvera la confirmation de ce que son expérience lui aura appris au hasard des jours ; le débutant franchira grâce à lui sans peine ni dommage bien des étapes que son inexpérience aurait pu lui rendre coûteuses ou décourageantes.

L. BABONNEIX.

## ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

### THESES

*Lundi 13 mai.* — Jury : MM. Clerc, président ; Loeper, Sergent, Et. Bernard. — M. LESGUILLONS. Les injections locales de sang et de novocaïne dans le traitement des eczémas. — M. PENEZ. Rappel de quelques syndromes nerveux dans les affections digestives. — M. BRAWERMAN. De la dyspnée de Cheyne-Stokes, remarques cliniques, pathogéniques et thérapeutiques.

*Mardi 14 mai.* — Jury : MM. Lereboullet, président ; Nobécourt, Boulou, Gastinel. — M. CHAUSSELAT. Etude de la

sécrétion lactée et du traitement de son insuffisance. — M. CARRASCO. La grosse rate dans la première enfance. — M. MARCUS. Les ictères du nouveau-né. — M. VIACTER. La prophylaxie de la diphtérie à l'hospice des Enfants-Assistés. Ses résultats. — M. VIDERMAN. A propos d'un cas de pseudokyste uni périosté du fémur par syphilis osseuse du nourrisson. — M. NOUAÏLE. L'antivirusthérapie locale appliquée au traitement des infections buccales du nouveau-né. — M. NJIRI. L'anémie chez les myxoedémateux.

Jury : MM. Laignel-Lavastine, président ; Rathery, Mouquin, Lévy-Valensi. — M. ENCAUSSE. Sciences occultes et déséquilibre mental. — M. GALLOT. Essai de psychologie à la physiologie des obsédés. — M. TRUELLE. Etude critique de la valeur analgésique du chlorhydrate d'histidine. — M. WILNER. Contribution à l'étude histochemique et pathogénique des artérites chez les diabétiques atteints de gangrène des membres inférieurs.

*Mercredi 15 mai.* — Jury : MM. Tanon, président ; Cathala, Joannon, Moreau. — M. BÜCKLER. Assainissement des eaux potables dans les grandes villes de Hongrie. — M. FRANÇOIS. Le paludisme autochtone à Rochefort-sur-Mer. — M. GIREAUX. Etude des accidents rénaux au cours du traitement aurique. — M. MARCUSOHN. Hygiène du paysan roumain dans la plaine. — M. NEUMAN. L'avortement dans l'histoire.

*Jeudi 16 mai.* — Jury : MM. Roussy, président ; Gougérot, Guillaud, Oberling. — M. GERBET. Etude des gros reins chez l'enfant. — M. MEYNARD. Etude des tumeurs gastriques bénignes. — M. BOISSIER. Sur un signe peu connu de l'hérédosyphilis et son association fréquente à la myopie. — M. DAVID. Les crises nitroïdes localisées. — M. RAYBAUT. Le kala-azar autochtone de l'adulte, diagnostic clinique et biologique.

Jury : MM. Chevassu, président ; Lemaître, Rouvière, Halphen. — M. BARRAULT. Utilisation des radiations dans le traitement du cancer de la prostate. — M. BOULARD. Opération dite de Steinach dans le traitement de l'hypertrophie de la prostate. — Mme BOISSIER. Essai sur les névralgies laryngées supérieures. — M. GUÉRIN. L'ostéothorionécrose tardive des maxillaires. — M. MARTIN. Etude de l'anatomie de l'amygdale palatine et des suppurations péri-amygdaliennes.

*Vendredi 17 mai.* — Jury : MM. Couvelaire, président ; Gosset, Lacomme, Leveuf. — M. BARRÈS. Etude sur l'emploi du calomel dans les troubles gastro-intestinaux du nourrisson. — M. BIGEY. Diagnostic du sexe du fœtus pendant la gestation. — M. CANIZARÈS. L'anesthésie épidurale en obstétrique. — M. GRAUR (Jaucou). Considérations sur l'étiologie de la prophylaxie de l'accouchement prématuré. — M. PFEFFER. Fonctionnement de la consultation de nourrissons annexée à la Maternité de l'hôpital Saint-Antoine en 1934. — M. HAUERT. De la résection du ganglion dans les troubles circulatoires du membre inférieur.

*Samedi 18 mai.* — Jury : MM. Bezançon, président ; Chabrol, Chevallier, Philibert. — M. BRUNET. Etude statistique sur les bacillaires d'un dispensaire. — M. FERNANDEZ-GARCIA. Etude de la distension gazeuse du cul-de-sac pleural antérieur au cours du pneumothorax thérapeutique. — M. HURIAU. Les cavernes pulmonaires géantes par tuberculose ulcéro-fibreuse stationnaire. — M. SCHOFFER. L'action du gluconate de calcium comme adjuvant de la chrysothérapie. — M. VALET-BELLOT. Le lipiodol dans le parenchyme pulmonaire humain. — M. BAKULIN BER. Abcès froid thoracique consécutif à la ponction pleurale et son traitement prophylactique.

Le Directeur-gérant : D<sup>r</sup> François LE SOURD.



# MUTHANOL

TRAITEMENT DE LA SYPHILIS  
PAR  
L'HYDROXYDE DE  
BISMUTH RADIFÈRE  
LABORATOIRE G. FERMÉ  
22, Rue de Turin, PARIS-8<sup>e</sup>

## OLÉTHYLE-BENZYLE

A. GUERBET & C<sup>o</sup> PHAR. etiens

THÉRAPEUTIQUE & RADIOLOGIE

### LIPIODOL LAFAY

Huile iodée à 40%.  
0. gr. 54 d'iode par cm. 3

22, Rue du Landy - St-Ouen près Paris

[R. C., 225.781 B



USAGE ENFANTS  
DES DOCTEURS

SUC D'ORANGE MARRON  
INOFFENSIF - DÉLICIEUX

NÉO-LAXATIF  
CHAPOTOT

Echant.: 56, Boule' Ornano PARIS

DÉSINFECTION  
INTESTINALE = CHLORAMINE  
FREYSSINGE

1 à 3 pilules à chaque repas. - 6, Rue Aber, PARIS - Aucune contrindication

# BELLAFOLINE

## " SANDOZ "

Alcaloïdes totaux de la Belladone, à l'état pur, solubles, stables, exactement dosés, injectables

**GOUTTES**

X à XX, trois fois par jour.

**COMPRIMÉS**

1 à 2, trois fois par jour.

**AMPOULES**

1/2 à 2 par jour.

**SIROP**

2 à 6 cuillerées à café p<sup>r</sup> jour.

PRODUITS " SANDOZ ", 20, rue Vernier. — PARIS-17<sup>e</sup>

B. JOYEUX, pharmacien de 1<sup>re</sup> classe

INFECTIONS  
CHRONIQUES

# IODASEPTINE CORTIAL

7, r. de l'Armorique  
PARIS (XV<sup>e</sup>)

**ESTOMAC**

# **SEL DE HUNT**

**HYPERCHLORHYDRIE  
FERMENTATIONS ACIDES  
GASTRALGIES**

**LABORATOIRES ALPH. BRUNOT  
16, Rue de Boulainvilliers, PARIS**

**LABORATOIRES CARTERET**

**LIQUIDE  
et  
COMPRIMES**

**ANTISEPTIQUE GÉNÉRAL**

*Sans odeur et non toxique*

## **LUSOFORME**

*Formol saponiné*

**DÉSINFECTANT -- DÉSODORISANT**

**S'EMPLOIE EN SOLUTION AQUEUSE à 1/4 ou 1/2 p. 100 en GYNÉCOLOGIE, OBSTÉTRIQUE, CHIRURGIE**

**Échantillon et Littérature : 15, rue d'Argenteuil, PARIS**



*La Lancette Française***GAZETTE DES HOPITAUX****CIVILS ET MILITAIRES****PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI****ADMINISTRATION ET RÉDACTION :****49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6°. Tél. : Danton 48-31.****PUBLICITE : M. A. THIOILLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6°) - Téléph. : LITRÉ 54-93.****PRIX DE L'ABONNEMENT****FRANCE**

3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.

*Etudiants : 25 francs par an.*

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

**ETRANGER**

Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.

Tous les autres pays : 75 francs.

**SOMMAIRE****TRAVAUX ORIGINAUX***L'albumose rénale*, par M. R. MASSIÈRE (de Bordeaux).**DOCUMENTS OFFICIELS***Réorganisation de l'Ecole pratique de la Faculté de médecine de l'Université de Paris.***SOCIÉTÉS SAVANTES***Société médicale des hôpitaux. — Société de chirurgie de Toulouse.***CHRONIQUE***Organisation prochaine de la chirurgie en « artisanat », par M. le professeur Jean FIOLE (de Marseille).***INTÉRÊTS PROFESSIONNELS***Syndicat des médecins de la Seine.***NOTES POUR L'INTERNAT***Maladie d'Addison (fin).***ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS**

**FACULTÉS DE MÉDECINE. — PARIS. — Concours de l'adjuvat.** — Liste des candidats : MM. David, Delinotte, Rodier, Bloch, Roux, Rousseau, Benassy, Chigot, Neyraud, Coldefy, Judet, Suire, Olivier, Caby, Sarradin, Fontaine, Barcat, Léger, Chevallier, Le Cœur.

*Epreuve écrite.* — Séance du 9 mai. — MM. Rousseau et Olivier, 29; Chigot et Judet, 27.

— *Concours du prosectorat.* — *Epreuve écrite.* — Séance du 10 mai. — MM. Bauman, 29; Billet, 27; Zagdoun, 26; Petit (Pierre), 25.

**GUERRE. — Mutations :**

M. le médecin colonel Epaulard, directeur du Service de santé de la 5<sup>e</sup> région, nommé, par intérim, directeur du Service de santé du 19<sup>e</sup> corps d'armée, à Alger.

M. le médecin colonel Couturier, sous-directeur de l'Ecole d'application du Service de santé militaire, médecin chef de l'hôpital militaire d'instruction du Val-de-Grâce, nommé, par intérim, directeur du Service de santé de la 5<sup>e</sup> région, à Orléans.

M. Paitre, professeur agrégé du Val-de-Grâce, membre consultant du Comité consultatif de santé, hôpital militaire d'instruction du Val-de-Grâce, Paris, est affecté comme sous-directeur de l'Ecole d'application du Service de santé militaire, médecin chef de l'hôpital militaire d'instruction du Val-de-Grâce, Paris; maintenu membre consultant du Comité consultatif de santé.

MM. les médecins commandants Forgues, des salles militaires de l'hospice mixte de Nîmes, est maintenu et désigné comme médecin chef de la région de Paris; Janson, de l'état-major et place de Paris, est affecté au musée du Val-de-Grâce, médecin chef, Paris.

M. le médecin général des troupes coloniales Pezet, sous-

**INFORMATIONS**

**HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS D'ÉLECTRO-RADIOLOGISTE DES HÔPITAUX (nomination).** — Jury : MM. Gosset, Delherm, Lobligois, Cottenot, Gally, Boulin, Madier.

**MAISON DE SAINT-LAZARE.** — Un concours pour l'admission à six emplois d'interne titulaire en médecine à la Maison de Saint-Lazare et pour la désignation de six internes provisoires aura lieu le 29 juin 1935, à la Préfecture de police.

Le registre d'inscription des candidats est ouvert dès maintenant à la Préfecture de police (personnel). Il sera clos le 29 mai 1935, à 16 h.

**HÔPITAUX DE PROVINCE. — MARSEILLE.** — Des concours auront lieu à l'Hôtel-Dieu de Marseille le lundi 17 juin 1935 pour une place de médecin adjoint, et le lundi 24 juin 1935 pour une place de chirurgien adjoint.

Pour tous renseignements, inscription et dépôt du dossier (dernier délai : huit jours francs avant le concours), s'adresser au secrétariat de l'administration des hospices civils, rue Lafon, 9, à Marseille.

— **NICE.** — Un concours sera ouvert le lundi 21 octobre 1935, à 8 h. du matin, à Nice (hospices civils), pour six places d'internes en médecine et en chirurgie. — Pour renseignements et inscriptions, s'adresser au secrétariat des hospices, à Nice.

Laboratoire Mialhe - 8 Rue Favart - Paris - 2°

La feuille de digitale se prescrit :

**Digi-LANATINE**Extrait total des glycosides  
du *Digitatis Lanata*



directeur de l'Ecole d'application du Service de santé militaire des troupes coloniales à Marseille, a été nommé directeur de ladite Ecole, à compter du 1<sup>er</sup> août 1935.

M. le médecin colonel Cazanove, détaché au ministère des Colonies, a été nommé par intérim, à compter du 13 mai 1935, adjoint à l'inspecteur général du Service de santé des colonies, en remplacement de M. le médecin général Viala placé, à la même date, dans la section de réserve.

**MARINE.** — Le prix de médecine navale pour 1935 a été attribué à MM. C. Hederer, médecin en chef de 2<sup>e</sup> classe, et M.-F. Istin, pharmacien-chimiste de 1<sup>re</sup> classe, pour leur ouvrage : « L'arme chimique et ses blessures. »

**CONCOURS POUR DES POSTES DE MÉDECINS DIRECTEURS ET DE MÉDECINS ADJOINTS DES SANATORIUMS PUBLICS.** — Le concours ayant été reporté à une date ultérieure, les candidats pourront adresser leur dossier jusqu'au 3 juin 1935 au ministère de la Santé publique et de l'Éducation physique (direction de l'hygiène et de l'assistance, 4<sup>e</sup> bureau), 7, rue de Tilsitt, à Paris.

**BANQUET DU SYNDICAT DES MÉDECINS DE LA SEINE.** — Le quinzième banquet annuel du Syndicat des médecins de la Seine aura lieu le samedi 1<sup>er</sup> juin 1935 (au lieu du 25 mai), à 19 h. 30, au Centre Marcelin Berthelot, 28 bis, rue Saint-Dominique, sous la présidence de M. le docteur Jayle, ancien secrétaire général et ancien président du Syndicat des médecins de la Seine.

Nous rappelons qu'un bal suivra le banquet à partir de 22 h. 30. Les parents et amis des membres du S. M. S. y sont cordialement invités ainsi que les étudiants en médecine, civils et militaires (internes des hôpitaux et médecins stagiaires du Val-de-Grâce).

Pour les cartes d'invitation au bal et tous renseignements, s'adresser au siège du Syndicat des médecins de la Seine, 28, rue Serpente.

**HÔPITAL LAENNEC.** — M. le professeur F. Bezançon a commencé vendredi dernier son cours dans la chaire de clinique de la tuberculose de Laennec. Suivant son désir nous ne rendons pas compte de cette première leçon à laquelle il avait tenu à garder un caractère de stricte intimité. Indiquons seulement que, après avoir rappelé en termes émus l'œuvre de son prédécesseur si regretté Léon Bernard, il a consacré sa leçon à la notion de contagion en tuberculose. En terminant il a insisté sur la nécessité de la spécialisation en phthisiologie.

**COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.** — M. le docteur Barbosa Vianna, professeur d'échange de l'Institut franco-brésilien de haute culture, fera une conférence le jeudi 16 mai 1935, à 17 h., au petit amphithéâtre, sur le sujet suivant : « La pathogénie de la luxation congénitale de la hanche. »

**NÉCROLOGIE.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. le professeur Tarbouriech, de la Faculté de pharmacie de Montpellier; les docteurs Charles Rey (de Marseille); Fernand Beis (de Marsillargues); le médecin colonel en retraite Paul Gilles (de Courbessac); Rancurel (de Vallabrègues); Marcel Boyer, médecin chef du dispensaire municipal à Nîmes; Otto Lanz, professeur de chirurgie à l'Université d'Amsterdam; Antoine Pluzinski, professeur de clinique interne à l'Université de Varsovie; Roger Dufraisse (de Thiers), Louis Gangolphe (de Lyon), il était le frère aîné du regretté Michel Gangolphe, chirurgien des hôpitaux de Lyon; le professeur Charles Nélis, professeur d'anatomie à l'Université de Louvain.

**Réunion médicale de Nancy (2 juin 1935).** — Dans la matinée, à partir de 9 h. 30, auront lieu des démonstrations cliniques et des présentations de malades dans plusieurs services, d'après le programme ci-dessous :

9 h. 30 : clinique de chirurgie infantile et orthopédie. Professeur Froelich (pavillon Virginie-Mauvais). — Clinique d'urologie. Professeur André (pavillon Alfred-Krug).

10 h. 15 : clinique d'oto-rhino-laryngologie. Professeur Jacques. — Clinique médicale infantile. Professeur Caussade (pavillon Alfred-Krug).

11 h. : clinique de chirurgie. Professeur Hamant (technique nouvelle dans le traitement des fractures). — Centre anti-cancéreux. Professeur Hoche (visite du centre).

12 h. 30 : déjeuner. L'endroit où aura lieu le déjeuner sera indiqué ultérieurement.

14 h. 30 : réunion au grand amphithéâtre de l'Institut anatomique. — Conférence avec projections de M. le professeur Levaditi, de l'Institut Pasteur : « Syphilis nerveuse expérimentale ».

16 h. : réunion au centre de malariathérapie, hôpital Sainte-Anne, avenue Paul-Déroulède, Laxou. — Exposé de M. le Dr Aubry, médecin-chef : « Le diagnostic de la paralysie générale et le rôle des centres de malariathérapie ».

Inscriptions au Secrétariat de la Faculté.

## INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

### SYNDICAT DES MÉDECINS DE LA SEINE

*Ordre du jour voté par le Syndicat des Médecins de la Seine à propos du projet de loi sur l'Ordre des Médecins, le 7 mai 1935.*

Le Conseil d'Administration du Syndicat des Médecins de la Seine,

Profondément ému par le projet de loi sur l'Ordre des Médecins attribuant, dans le tribunal d'appel, la majorité à des magistrats, ce qui représente une atteinte à la dignité et à l'indépendance du Corps médical :

Invite tous les organismes médicaux à user de leur énergie et de leur influence pour que, dans tout tribunal professionnel, la majorité de droit et de fait appartienne aux représentants élus des Médecins.

## ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

*Samedi 18 mai.* — Jury : MM. Brindeau, président; Claude, Lemaire, Justin-Besançon. — M. DASSENCOURT. Rôle de l'infirmière sociale dans un service de Maternité. — M. HESKIA-JACOB. Rôle des éliminations d'hormones dans le diagnostic et pronostic des môles hydatiformes et chordeo-épithéliomes. — M. DEMESTIER DU BOURG. De l'hématome vulvo-vaginal d'origine obstétricale. Trombes. — M. DAUMEZON. Considération statistique sur la situation du personnel infirmier des asiles d'aliénés.

Annuaire médical de la Côte d'Azur 1935, in-8 de 174 pages. — Nice, 36, boulevard Dubouchage.

**Iodarsenic de GUIRAUD**  
(Gouttes Faldophiles)  
TOUS ÉTATS GANGLIONNAIRES - LYMPHATISME - MALADIES CUTANÉES  
Literature et Echantillons : 10, Impasse Milord, Paris (18)

Insomnies  
Toux nerveuse.

**BROMÉINE MONTAGU**

**QUATAPLASME** du D<sup>r</sup> L'ANGLEBERT  
PANSEMENT COMPLET.  
Phlegmasies, eczémas, brûlures, etc



**TRAITEMENT BIOCHIMIQUE  
DES  
ULCÈRES GASTRO-DUODÉNAUX**

**LARISTINE  
ROCHE**

Solution à 4%  
Chlorhydrate HISTIDINE  
en Ampoules de 5<sup>cc</sup>

35 F<sup>rs</sup> la boîte de 6 Amp.

**SÉDATION  
RAPIDE  
DE LA  
DOULEUR**

Injection indolore  
intramusculaire ou sous-cutanée

1 Ampoule par jour  
pendant 21 jours

**AUCUNE CONTRE-INDICATION**

Produits F. HOFFMANN - LA ROCHE & C<sup>ie</sup> 10, Rue Crillon - PARIS (IV<sup>e</sup>)

**DIARRHÉES  
DES  
NOURRISSONS**  
Paquets de 0<sup>g</sup> 25

**DIARRHÉES  
SAISONNIÈRES**  
Cachets de 0<sup>g</sup> 50

**DIARRHÉES DES  
TUBERCULEUX**  
Cachets de 0<sup>g</sup> 50

**GÉLOTANIN**  
TANNATE DE  
GÉLATINE

**LABORATOIRE CHOAY** 48 rue Théophile Gautier - PARIS (XVI<sup>e</sup>)

# MALADIE VEINEUSE ET SES COMPLICATIONS

## VEINOTROPE

VEINOTROPE M COMPRIMÉS (masculin)	
POUDRE DE PARATHYROÏDE.....	0.001
POUDRE ORCHITIQUE.....	0.035
POUDRE DE SURRÉNALES.....	0.005
POUDRE D'HYPOPHYSE (lob. post.).....	0.001
POUDRE DE PANCRÉAS.....	0.10
POUDRE DE NOIX VOMIQUE.....	0.005
EXTRAIT DE MARRON D'INDE.....	0.005
EXTRAIT D'HAMAMELIS VIRGINICA.....	0.01
POUR 1 COMPRIMÉ ROUGE	

VEINOTROPE F COMPRIMÉS (féminin)	
POUDRE DE PARATHYROÏDE.....	0.001
POUDRE D'OVAIRES.....	0.035
POUDRE DE SURRÉNALES.....	0.005
POUDRE D'HYPOPHYSE (lob. post.).....	0.001
POUDRE DE PANCRÉAS.....	0.10
POUDRE DE NOIX VOMIQUE.....	0.005
EXTRAIT DE MARRON D'INDE.....	0.005
EXTRAITS D'HAMAMELIS VIRGINICA.....	0.01
POUR 1 COMPRIMÉ VIOLET	

FORMULES

COMPRIMÉS : 2 AU LEVER ET 2 AU COUCHER,  
OU SUIVANT PRESCRIPTION MÉDICALE.  
3 SEMAINES PAR MOIS.

VEINOTROPE POUDRE	
EXTRAIT EMBRYONNAIRE.....	1 gr.
PROTÉOSES HYPOTENSIVES DU PANCRÉAS.....	3 gr.
CALOMEL.....	4 gr.
TALC STÉRILE. Q. S. pour.....	100 gr.

LABORATOIRES LOBICA  
46, AVENUE DES TERNES — PARIS

POUDRE : TRAITEMENT DES ULCÈRES SIMPLES  
ET VARIQUEUX, DES PLAIES EN GÉNÉRAL

POSOMÉTRIE ABSOLUMENT RIGOUREUSE

## CALOMEL VICARIO

PETITS COMPRIMÉS

Un milligramme, quart et demi-centigramme  
un, deux et cinq centigrammes  
DÉSAGRÉGATION RAPIDE

NEURALGIES — GRIPPE — RHUMATISMES

## NOPIRINE VICARIO

ASPIRINE RENFORCÉE

Pharmacie VICARIO, 17, boul. Haussmann, PARIS



## L'ALCALOSE RÉNALE

Par M. R. MASSIÈRE,

Licencié ès sciences, médecin des hôpitaux de Bordeaux.

De nombreux travaux ont démontré le rôle joué par le rein dans le maintien de l'équilibre acido-basique par la mise en jeu de mécanismes physico-chimiques complexes.

La déviation de l'équilibre dans le sens de l'acidose a été étudiée au point de vue chimique et clinique par un grand nombre d'auteurs parmi lesquels on peut citer : von Jaksch, Straub, Schlayer, Peabody, Palmer et Henderson, Rathery et Bordet, Weil et Guillaumin, Desgrez, Jeanbrau, Olivier, Derrien, Cristol, Ambard, Blum, Chabanier, Lenormand.

La contre-partie existe-t-elle ?

Le rein peut-il modifier l'équilibre acido-basique dans le sens de l'alcalose.

Y a-t-il une alcalose rénale ?

Straub et Meier ont signalé quelques cas d'urémie avec alcalose.

Blum a étudié les néphrites alcalosiques par rétention de l'ion Na.

Certains symptômes de l'azotémie comme la tétanie ont été attribués à l'alcalose.

L'examen du mécanisme régulateur de l'équilibre acido-basique montre l'existence et les modalités de l'alcalose rénale.

On sait qu'il existe une relation entre la concentration en ions H, [H] du sang, la concentration du sang en acide carbonique libre et la concentration du sang en bi-carbonates, c'est l'équation d'Hasselbach

$$[H^+] = K \frac{\text{acide carbonique libre}}{\text{bicarbonates}}$$

Puisque l'acide carbonique libre du sang est proportionnel à la tension de l'acide carbonique alvéolaire et que la concentration en bi-carbonates est proportionnelle au gaz carbonique combiné on peut écrire :

$$[H] = K \frac{CO^2 \text{ alvéolaire}}{CO^2 \text{ bicarbonates}}$$

en prenant l'inverse de l'équation on a :

$$\frac{1}{[H]} = \frac{1}{K} \frac{CO^2 \text{ bicarbonates}}{CO^2 \text{ alvéolaire}}$$

en prenant les logarithmes des deux membres :

$$\log \frac{1}{[H]} = \log \frac{1}{K} + \log \frac{CO^2 \text{ bicarbonates}}{CO^2 \text{ alvéolaire}}$$

$$\log \frac{1}{[H]} = \log 1 - \log [H] = 0 - \log [H] = -\log [H] = \text{pH}$$

de la même façon

$$\log \frac{1}{K} = -\log K = \text{pK}$$

finalement on a :

$$\text{pH} = \text{pK} + \log \frac{CO^2 \text{ bicarbonates}}{CO^2 \text{ alvéolaire}}$$

pH sera d'autant plus grand, c'est-à-dire plus dévié vers l'alcalose que le rapport

$$\log \frac{CO^2 \text{ bicarbonates}}{CO^2 \text{ alvéolaire}}$$

sera lui-même plus grand ; ce qui peut se produire dans deux cas :

1° Lorsque  $CO^2$  bicarbonate augmente, alcalose non gazeuse ou non volatile ;

2° Lorsque  $CO^2$  alvéolaire diminue, alcalose gazeuse ou volatile.

1° ALCALOSE RÉNALE NON GAZEUSE. — Cet état d'alcalose non volatile tend à s'établir lorsque les bases, en particulier les bicarbonates, sont retenues en grande quantité, dans ce cas il y a surtout rétention de l'ion  $Na^+$ .

C'est ce qui se produit dans certaines néphrites hydropigènes auxquelles Blum donne le nom de néphrites avec rétention chloruro-sodée hydratante. Dans cette forme la comparaison des bilans du chlore et du sodium montre que le sodium est retenu en plus forte quantité que le chlore.

Il en résulte plusieurs conséquences.

Tout d'abord une rétention d'eau.

Solano Ramos et Garcia Fox ont montré le rôle de l'eau dans le maintien de l'équilibre acido-basique. La déshydratation peut entraîner l'acidose, au contraire la rétention d'eau avec dilution des humeurs tend à produire de l'alcalose.

La rétention du sodium et celle de l'eau augmentent la réserve alcaline.

Le chlore du plasma peut être très abaissé, cette constatation a été faite par Achard, Ribot, Feuillé, Ambard et Chabanier.

Il y a une diminution du taux du chlore des hématies, ce qui est conforme aux résultats expérimentaux de Van Slyke, d'après lesquels lorsque les valences basiques du plasma augmentent le chlore a tendance à quitter les globules rouges et à passer dans le plasma. Ce rapport chloré  $\frac{\text{chlore globulaire}}{\text{chlore plasmatique}}$  est diminué. La tension de  $CO^2$  alvéolaire est normale. Dans les néphrites avec rétention chloruro-sodée-hydratante il y a alcalose avec :

$$\frac{\text{Réserve alcaline} + \text{Chlore globulaire}}{\text{Chlore plasmatique}}$$

Soulignons bien qu'il ne faut pas confondre ces formes de néphrites avec celles où il y a rétention simple de chlorure de sodium, dans ces cas l'excès de sodium sur le chlore est nul, il y a beaucoup moins d'œdème que dans la forme précédente et il y a non pas alcalose mais acidose avec chloropexie globulaire.

L'alcalose non gazeuse peut aussi s'établir dans les néphrites avec troubles digestifs considérables. Il existe des vomissements abondants et de la diarrhée déterminés par des rétentions toxiques dues à l'imperméabilité rénale.

Si Na et Cl sont éliminés dans les mêmes proportions, il n'y a pas de modifications de l'équilibre acido-basique ; si Na est éliminé en plus grande quan-

tité que Cl il y a acidose, enfin si au contraire Cl s'abaisse proportionnellement davantage que Na il y a alcalose avec :

$$\frac{\text{Réserve alcaline} + \text{Chlore globulaire}}{\text{Chlore plasmatique}} -$$

Certaines modifications physico-chimiques du plasma et des tissus peuvent leur faire jouer le rôle de bases et par suite tendent à créer un état d'alcalose. C'est la variation des points iso-électriques des protéines du plasma et des tissus.

Rappelons de quoi il s'agit.

Ces protéines sont des ampholytes, c'est-à-dire des corps possédant à la fois des fonctions acides et des fonctions basiques. Ces corps se ramènent tous à la formule schématique générale  $\text{OH}-\text{R}-\text{H}$  dans laquelle R est un radical quelconque. Mais Loeb a montré que les deux ions  $\text{H}^+$  et  $\text{OH}^-$  ne se dissocient pas en même temps, cela dépend de la réaction du milieu.

Dans un milieu à PH élevé la dissociation de la protéine en ions OH sera faible, la formule sera  $\text{H}^+-\text{ROH}^-$ , la fonction acide  $\text{H}^+$  est libre, la fonction basique  $\text{OH}^-$  est bloquée. Dans un milieu à PH faible la dissociation en ions H est minime, la formule sera  $\text{RH}^+-\text{OH}^-$ , la fonction acide est bloquée, la fonction basique OH est libre.

Pour une certaine valeur de PH du milieu, les dissociations de la fonction basique et acide sont égales, les charges électriques s'annulent, c'est le point iso-électrique PHi.

Dans un milieu dont le PH est supérieur à PHi, la protéine se comporte comme un acide donnant avec des bases des protéinates.

Dans un milieu dont le PH est inférieur à PHi, la protéine se comporte comme une base se combinant aux acides pour donner des sels de protéine, c'est ce deuxième cas qui nous intéresse. Ainsi donc, dans un milieu dont le PH est au-dessous du point iso-électrique de la protéine considérée, celle-ci fonctionne comme une base augmentant la réserve alcaline. Or avec Vlès, Ambard et Schmid, il semble que l'on puisse admettre que des perturbations glandulaires comme celles qui existent dans les altérations rénales soient susceptibles de faire varier la position du point iso-électrique des protéines plasmatiques et tissulaires.

Ces troubles peuvent donc amener les albumines plasmatiques et tissulaires à se trouver dans un milieu dont le PH est inférieur à PHi, dès lors elles fonctionneront comme des bases pouvant ainsi réaliser un état d'alcalose non gazeuse.

**2° ALCALOSE RÉNALE GAZEUSE.** — Cette alcalose volatile peut se produire dans certains cas de néphrite où il y a de l'hyperventilation pulmonaire d'origine toxique. Si l'organisme se met à surventiler en effet la tension de  $\text{CO}_2$  s'abaisse dans les alvéoles pulmonaires, ainsi que dans le plasma et ne fait plus équilibre à la tension de dissociation des bicarbonates. Cette dissociation se produit, les bicarbonates cèdent leur  $\text{CO}_2$  qui s'élimine par le poulmon.

Il y a alcalose gazeuse avec abaissement de la réserve alcaline et diminution du rapport chloré.

Cette alcalose rénale gazeuse a donc les caractéristiques suivantes :

$$\begin{array}{l} \text{Réserve alcaline} - \\ \text{Chlore globulaire} - \\ \text{Chlore plasmatique} - \\ \text{Tension } \text{CO}_2 \text{ alvéolaire} - \end{array}$$

Remarquons tout de suite que dans beaucoup de cas de néphrites avec hyperventilation l'origine de cette surventilation pulmonaire est, comme l'a montré Ambard, la fixation de Cl sur le bulbe, dans ce cas il y a acidose avec

$$\begin{array}{l} \text{Réserve alcaline} - \\ \text{Chlore globulaire} - \\ \text{Chlore plasmatique} + \end{array}$$

Mais en dehors de l'hyperchlorhydrie bulbaire, il y a dans les néphrites d'autres substances toxiques capables d'exciter les centres respiratoires, déterminant ainsi une alcalose gazeuse ; ce sont peut-être les polypeptides.

**VALEUR DES TESTS D'ALCALOSE.** — Il faut bien remarquer que réserve alcaline haute et alcalose ne sont pas des synonymes.

Dans l'acidose gazeuse, la réserve alcaline est élevée.

Dans l'alcalose gazeuse la réserve alcaline est basse.

On ne peut donc faire un diagnostic d'alcalose rénale en se basant uniquement sur la valeur de la réserve alcaline.

Que vaut le rapport  $\frac{\text{chlore globulaire}}{\text{chlore plasmatique}}$  ?

En général, son augmentation signifie acidose et sa diminution alcalose.

Cependant divers travaux comme ceux de Bénard, Laudat, Cristol, Puech, Rathery ont montré qu'il pouvait y avoir acidose sans élévation du rapport

$$\frac{\text{Chlore globulaire}}{\text{Chlore plasmatique}}$$

et que son augmentation pouvait se produire sans qu'il y ait d'acidose.

Pour apprécier la rétention chlorée tissulaire on a proposé le dosage du chlore du liquide céphalo-rachidien. Mais un état d'acidose peut se produire en dehors de la chloropexie.

La diminution de la tension du  $\text{CO}_2$  alvéolaire qui se produit dans l'alcalose gazeuse est simplement un témoin de l'hyperventilation pulmonaire.

Le seul test de certitude pour le diagnostic d'alcalose est l'élévation du PH.

Malheureusement les variations sont de l'ordre des erreurs de mesure, ce qui rend l'appréciation très difficile, il faut attendre le perfectionnement des méthodes qui permettent d'évaluer le PH.

Ainsi donc, si les considérations théoriques permettent d'étudier une alcalose rénale, elles n'enserrent pourtant pas la totalité des faits. Nous ne connaissons pas toutes les données du problème et nous nous souviendrons avec P. Mauriac qu'il faut se défier des explications simplistes en biologie.

Cette imprécision du laboratoire qui fournit pourtant des éléments si précieux nous ramène vers la clinique.

L'alcalose rénale a-t-elle une expression clinique ?



La torpeur est un signe commun aux états d'acidose et d'alcalose.

Pour Ambard, la polyurie des urémiques traduit l'acidose ; la diminution de cette polyurie en dehors de tout fléchissement cardiaque peut être interprétée comme relevant de l'alcalose.

Un signe semble pathognomonique de l'alcalose rénale, c'est la tétanie observée dans certaines néphrites ; il se produit des secousses myocloniques des membres ou de la face avec signe de Chvostek positif.

Diagnostiquer une alcalose rénale entraîne des conclusions pratiques.

On a peut-être trop tendance actuellement et sur le simple chiffre de la réserve alcaline à porter le diagnostic d'état d'acidose dans les néphrites. Il en résulte une thérapeutique alcaline intensive.

Le médecin doit penser qu'à côté de l'acidose il existe une alcalose rénale qui demande une médication acidifiante.

## DOCUMENTS OFFICIELS

### ÉCOLE PRATIQUE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

Le ministre de l'Éducation nationale vient de prendre l'arrêté suivant :

#### TITRE I<sup>er</sup>

##### PERSONNEL DE L'ÉCOLE PRATIQUE

Art. 1<sup>er</sup>. — Le personnel de l'école pratique de la Faculté de médecine de l'Université de Paris se compose : 1° du chef des travaux anatomiques ; 2° des prosecteurs ; 3° des aides d'anatomie.

#### TITRE II

##### DE L'ADJUVAT

Art. 2. — Le nombre des aides d'anatomie est fixé à quinze. Aucun candidat ne pourra s'inscrire au concours de l'adjuvat s'il n'a préalablement déposé un certain nombre de pièces, dont le nombre et la nature seront fixés par la Faculté trois mois avant l'ouverture du concours.

Les aides d'anatomie sont nommés pour un an, après un concours qui a lieu chaque année au mois de mai.

Ils peuvent être maintenus dans leurs fonctions pendant deux autres années consécutives, par voie de renouvellement annuel, sur la proposition du doyen, après avis du chef des travaux anatomiques.

Art. 3. — Les aides d'anatomie en exercice peuvent seuls concourir pour le prosectorat et seulement pendant la durée de leur exercice.

Art. 4. — Le concours de l'adjuvat comprend trois séries d'épreuves :

1° a) Une épreuve écrite d'anatomie ; b) une épreuve écrite de physiologie ; c) une épreuve écrite de pathologie chirurgicale ;

2° Une leçon sur une question d'anatomie descriptive, tirée au sort parmi le nombre de questions égal au double du nombre des candidats.

Quinze minutes sont accordées aux candidats pour répondre à la question et quinze minutes pour la traiter ;

3° Une épreuve de dissection.

Quatre heures sont accordées aux candidats pour la préparation anatomique et dix minutes pour en faire la description.

Art. 5. — Les épreuves écrites ont lieu chacune à un jour différent. Elles sont surveillées pendant toute la durée par un membre du jury. Les places que doivent occuper les candidats sont désignées par voie de tirage au sort.

La durée de chacune des épreuves écrites est de une heure. Il est accordé, en outre, avant la rédaction de la composition, une demi-heure de réflexion, pendant laquelle les candidats ont le droit de faire un plan et de prendre des notes sur papier libre.

Art. 6. — Le programme sur lequel porteront les différentes compositions est arrêté ainsi qu'il suit :

1° *Anatomie*. — Ostéologie, arthrologie, myologie, angiologie, nerfs périphériques.

2° *Physiologie*. — Physiologie circulatoire. — Mécanique cardiaque. Automatisme cardiaque. La pression artérielle. Les nerfs du cœur.

Physiologie respiratoire. — Mécanique respiratoire. Phénomènes chimiques de la respiration. Système nerveux respiratoire.

Physiologie digestive et hépatique. — Déglutition, mouvements de l'estomac et de l'intestin. Les sécrétions salivaires, gastrique, intestinale, pancréatique et biliaire.

Physiologie rénale. — L'uréogénèse. La sécrétion rénale.

Physiologie thermique. — Lutte contre le froid, lutte contre le chaud.

Physiologie musculaire. — La contraction musculaire. La chimie de la contraction musculaire. La fatigue.

3° *Pathologie chirurgicale*. — Pathologie chirurgicale des membres, y compris la pathologie chirurgicale générale dans sa stricte application à cette dernière.

Art. 7. — Toutes les épreuves après chaque séance sont soumises à la discussion. L'épreuve de chaque candidat, après avoir été discutée, est appréciée à l'aide de points et le nombre de points est déterminé à la majorité des voix.

Le maximum des points est fixé :

A 30 pour l'épreuve écrite d'anatomie ;

A 20 pour l'épreuve écrite de physiologie ;

A 20 pour l'épreuve écrite de pathologie chirurgicale ;

A 20 pour l'épreuve orale ;

A 30 pour l'épreuve de dissection.

Pour l'appréciation de chaque épreuve, la parole est donnée successivement à chaque juge, en commençant par la droite du président.

Art. 8. — Après les épreuves écrites, le jury dresse la liste des candidats déclarés admissibles. Cette liste comprend un nombre de noms égal, au maximum, au double du nombre de places à pourvoir. Seuls, les candidats déclarés admissibles sont autorisés à subir l'épreuve orale et l'épreuve pratique.

Art. 9. — Le classement se fait à la majorité des points. S'il y a égalité de points entre deux ou plusieurs candidats, ceux-ci sont soumis à une seconde épreuve orale d'anatomie.

Art. 10. — Le jury est nommé par le recteur de l'Académie de Paris.

Il se compose de sept juges titulaires, savoir :

Deux anatomistes.

• Un physiologiste.

Quatre chirurgiens.

La désignation des juges anatomistes est faite suivant roulement établi à l'avance par le conseil de la Faculté.

Le juge de physiologie est choisi parmi les professeurs de physiologie titulaires et les agrégés de physiologie en exercice.

Les juges de chirurgie sont choisis parmi les professeurs titulaires de chirurgie et les agrégés en exercice.

Les professeurs des chaires d'ophtalmologie et d'otorhinolaryngologie ne font pas partie des jurys d'adjuvat.

Les juges suppléants sont au nombre de trois, savoir :

Un anatomiste.

Un physiologiste.

Un chirurgien.

En cas d'absence ou de tout autre empêchement d'un ou de plusieurs de ses membres, le jury se complète lors de sa première séance par le ou les juges suppléants appartenant aux mêmes spécialités que les juges titulaires.

Cesse de faire partie du jury tout membre qui a été empêché d'assister à une des opérations du concours, quelle que soit cette opération.

Art. 11. — Le nombre des places mises chaque année au concours est fixé par le recteur sur la proposition du doyen.

Les candidats qui ne sont pas nommés sont classés par ordre de mérite et peuvent être appelés, par décision rectoriale, à remplir par délégation, jusqu'à la fin de l'année, les vacances qui pourraient se produire dans le cours de l'année.

Art. 12. — Nul aide d'anatomie n'est admis à concourir pour le prosectorat s'il est constaté que, pendant le cours d'un semestre, il s'est dispensé d'assister à plus de dix séances de travaux pratiques sans aucune excuse reconnue valable.

Les motifs des excuses sont transmis par le chef des travaux à la Commission scolaire qui statue.

### TITRE III

#### DU PROSECTORAT

Art. 13. — Les prosecteurs sont au nombre de huit.

Art. 14. — Les prosecteurs sont nommés pour un an à la suite d'un concours qui a lieu chaque année au mois de mai.

Ils peuvent être maintenus dans leurs fonctions pendant trois autres années consécutives, et par voie de renouvellement annuel, sur la proposition du doyen, et après avis du chef des travaux anatomiques.

Art. 15. — Les prosecteurs sont chargés des fonctions de chef de pavillon.

Art. 16. — Ils ne peuvent être ni agrégés, ni médecins ou chirurgiens des hôpitaux.

Art. 17. — Aucun candidat ne pourra s'inscrire au concours du prosectorat s'il n'a préalablement déposé un certain nombre de pièces dont le nombre et la nature seront fixés par la faculté trois mois avant l'ouverture du concours.

Art. 18. — Le concours du prosectorat comprend :

1° Deux épreuves d'admissibilité (épreuves éliminatoires) ;

2° Des épreuves d'admission.

Art. 19. — Les épreuves d'admissibilité comprennent : 1° des épreuves écrites ; 2° une épreuve orale.

1° Les épreuves écrites comprennent : a) une composition d'anatomie ; b) une composition de pathologie chirurgicale ; c) une composition de biologie.

Les épreuves écrites ont lieu chacune à un jour différent. Elles sont surveillées, pendant toute leur durée, par un membre du jury. Les places que doivent occuper les candidats seront désignées par voie de tirage au sort.

La durée de chacune des épreuves écrites est d'une heure. Il est accordé, en outre, avant la rédaction de la composition, une demi-heure de réflexion pendant laquelle les candidats ont le droit de faire un plan et de prendre des notes sur papier libre.

2° L'épreuve orale comporte une leçon sur une question d'anatomie tirée au sort.

Vingt minutes sont accordées aux candidats pour réfléchir à la question et vingt minutes pour la traiter.

Art. 20. — L'épreuve écrite de biologie porte sur un programme défini d'anatomie pathologique chirurgicale, de bactério-sérologie, de physiologie.

Ce programme est établi ainsi qu'il suit :

Anatomie pathologique générale. — 1° Les processus inflammatoires ;

2° Les aspects des lésions tuberculeuses ;

3° Les aspects des lésions syphilitiques ;

4° Le thrombose et ses conséquences ;

5° Les hémorragies et l'hémostase ;

6° Les cicatrices ;

7° Les réactions inflammatoires des ganglions ;

8° Les tumeurs inflammatoires des séreuses ;

9° Les tumeurs mélaniques ;

10° Le processus cancéreux en général ;

11° Métastases et récidives dans le cancer ;

12° Les tumeurs bénignes, leurs rapports avec l'inflammation et les tumeurs.

Bactério-sérologie. — 1° Processus généraux de l'immunité ;

2° Principes de sérothérapie ;

3° Principes des vaccinations préventives ;

4° Phagocytose ;

5° Toxines, antitoxines, anatoxines ;

6° Propriétés principales des : a) bacille tétanique ; b) bacille tuberculeux ; c) streptocoque ; d) staphylocoque ; e) germes anaérobies des plaies ; f) colibacille.

Physiologie. — Etude physiologique des hémorragies et de la transfusion sanguine.

La coagulation sanguine.

La réanimation du cœur.

L'asphyxie.

Les vitamines.

Le vomissement.

Etude physiopathologique des glandes endocrines :

Foie (F. Glycogénique) ;

Rate ;

Surrénales ;

Thyroïde et parathyroïde ;

Pancréas ;

Hypophyse.

Etude physiologique de la fièvre.

Le problème de la dégénérescence wallérienne et de la restauration nerveuse.

Les voies de la sensibilité et de la motricité.

Les phénomènes réflexes.

Les phénomènes de choc.

L'épilepsie expérimentale.

L'anesthésie.

La reproduction, la croissance et l'hérédité.

L'anaphylaxie.

Pour cette épreuve, la matière sur laquelle portera la question sera tirée au sort entre les trois disciplines (anatomie pathologique, bactério-sérologie, physiologie) avant la constitution du jury.

Art. 21. — Les deux épreuves d'admissibilité terminées, le jury procède à l'élimination.

Il conserve six candidats pour une place et huit pour deux places de prosecteurs titulaires. Pour chaque place en sus de la deuxième, il conserve également deux candidats en sus. Toutefois, dans le cas où il y aurait égalité de points entre deux ou plusieurs candidats placés sur la limite de la liste d'élimination, tous ces candidats seraient conservés.

Art. 22. — Les épreuves d'admission comprennent :

1° Une épreuve orale de chirurgie.

Dix minutes sont accordées à chaque candidat pour réfléchir à la question et dix minutes pour la traiter ;

2° Une épreuve de médecine opératoire ;

3° Une épreuve de dissection.

Cette épreuve est la même pour tous les candidats. La nature et la durée en sont déterminées par le jury.

Art. 23. — Après chaque séance, les épreuves d'admissibilité et les épreuves d'admission sont discutées et appréciées à l'aide des points à la majorité des voix.

Le nombre maximum des points est ainsi établi :

30 pour la composition écrite d'anatomie.



30 pour la composition écrite de pathologie chirurgicale.

20 pour la composition écrites de biologie.

20 pour l'épreuve orale d'anatomie.

20 pour l'épreuve orale de chirurgie.

30 pour l'épreuve de médecine opératoire.

30 pour l'épreuve de dissection.

Pour l'appréciation de chaque épreuve, la parole est donnée successivement à chaque juge, en commençant par la droite du président.

Le classement se fait, comme pour les aides d'anatomie, à la majorité des points. S'il y a égalité entre deux ou plusieurs candidats, ceux-ci sont soumis à une seconde épreuve orale d'anatomie.

Art. 24. — Le jury est nommé par le recteur de l'Académie de Paris.

Il est composé de neuf juges, savoir :

Deux anatomistes,

Un physiologiste,

Cinq chirurgiens.

Un professeur désigné par la matière de biologie tirée au sort (anatomie pathologique ou bactériologie). Si la matière tirée au sort est la physiologie, le juge de biologie sera tiré au sort entre les professeurs d'anatomie pathologique et de bactériologie.

La désignation des juges anatomistes est faite suivant un roulement établi à l'avance par le conseil de la faculté.

Le juge de physiologie est choisi parmi les professeurs de physiologie titulaires et les agrégés de physiologie en exercice.

Les juges de chirurgie sont choisis parmi les professeurs titulaires de chirurgie et les agrégés en exercice. Les professeurs des chaires d'ophtalmologie et d'oto-rhino-laryngologie ne font pas partie des jurys de prosectorat.

Les juges suppléants sont au nombre de trois :

Un anatomiste,

Un physiologiste,

Un chirurgien.

En cas d'absence ou de tout autre empêchement d'un ou de plusieurs de ses membres, le jury se complète lors de sa première séance par le ou les juges suppléants appartenant aux mêmes spécialités que les juges titulaires absents.

Cesse de faire partie du jury tout membre qui a été empêché d'assister à une des opérations du concours, quelle que soit cette opération.

#### TITRE IV

##### DISPOSITIONS COMMUNES AUX PROSECTEURS ET AUX AIDES D'ANATOMIE

Art. 25. — Les prosecteurs et les aides d'anatomie sont tenus de séjourner dans leur pavillon tous les jours, de treize à seize heures.

Leur arrivée et leur départ sont consignés sur un registre spécial.

Tout enseignement privé, théorique ou pratique, est interdit aux prosecteurs et aux aides d'anatomie, dans les pavillons de l'école pratique, sauf autorisation spéciale du doyen.

Art. 26. — Les démonstrations des prosecteurs et des aides d'anatomie auront lieu tous les jours à l'heure fixée par le doyen.

Elles seront faites sur une pièce disséquée.

La durée de chaque démonstration ne peut excéder trente minutes.

Art. 27. — Le présent règlement entrera en vigueur à partir des concours de 1936.

Art. 28. — Sont et demeurent abrogées les dispositions des règlements antérieurs contraires à celles du présent arrêté.

## SOCIÉTÉS SAVANTES

### SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX

(SÉANCE DU 5 AVRIL 1935)

**Hypertension artérielle avec néphrite ayant débuté par des accès de confusion mentale et de la gangrène des doigts. Leucocytose et éosinophilie sanguines à la période d'état.**

— M. COSTEDOAT. Homme jeune. Début de la maladie par deux accès de confusion mentale. Quelques mois après, apparition d'une monoparésie spasmodique, de polyurie, de plaques de sphacèle des doigts, d'une nécrose de la phalange, d'hémorragies de la rétine.

Hypertension artérielle modérée et oscillante, Atteinte rénale tardive et légère. Plus tard, constatation d'une forte leucocytose et d'une énorme éosinophilie. On peut expliquer les troubles mentaux du début par des spasmes vasculaires liés à des crises d'hypertension.

**Un cas de pleurésie à éosinophiles.** — MM. DUVOIR, POLLET, KRÉIS et GREENE discutent l'étiologie et la pathologie de la pleurésie à éosinophiles. Ils estiment que ces faits s'observent surtout au cours de l'insuffisance cardiaque et des pneumopathies aiguës : la tuberculose n'entrant guère parmi ces causes. Ils croient que l'aspect hémorragique du liquide répond à une hémorragie intra-pleurale.

**Infection puerpérale après embryotomie survenue malgré des injections prophylactiques de sérum de Vincent. Prophylacto-transfusion.** — MM. LE LORIER et DALSACE. Observation d'une malade chez laquelle l'injection préventive de 290 cmc. de sérum de Vincent n'a pu empêcher l'apparition d'une septicémie puerpérale à streptocoques, qu'une seule phylacto-transfusion de 150 cmc. a paru guérir.

**Septicémie veineuse streptococcique, réitération septicémique par choc curateur.** — MM. CATHALA et DE FONT-REAUUX. Au cours d'une septicémie veineuse streptococcique sévère, un choc a été déclenché et on constate la présence de streptocoques dans la grande circulation, alors que l'état septicémique était en voie d'extinction. Guérison en 48 heures. En somme, le choc a déclenché une reviviscence active de la diffusion des germes, et cependant arrêta l'infection. On peut dire que la diffusion sanguine des germes n'est pas incompatible avec la guérison.

**Hypercaroténémie d'origine alimentaire.** — M. DE GENNES. Chez un homme entré à l'hôpital avec le diagnostic d'ictère par rétention et présentant seulement des troubles digestifs vulgaires, on a trouvé une hypercaroténémie (12 m. g de carotène dans le sérum), dont l'origine devait être attribuée à une alimentation exclusive par les légumes verts assaisonnés à l'huile.

**Etude expérimentale des lésions du névraxe consécutives aux chocs anaphylactiques répétés et aux injections réitératives espacées d'albumines étrangères. Quelques considérations pathogéniques applicables à la neuro-pathologie humaine.** — MM. GARCIN, BERTRAND, LAPLANE et FRUMUSAN. Les lésions montrent en réactions méningées, nodules microgliaux, figures de neuronophagie, liquéfaction cellulaire. Il apparaît que les variations circulatoires brusques, les perturbations hormonales réitératives peuvent être à même de réaliser au niveau du névraxe des lésions subaiguës, amorce de scléroses ultérieures ou de dégénérescence cellulaire.

**Un cas d'intoxication par le sublimé. Troubles hématologiques et électrocardiographiques.** — MM. MARCHAL, SOU-

LIÉ et GRUPPER. Anurie prolongée après absorption de sublimé. Evolution de l'anurie et augmentation de l'azotémie et de la chlorémie furent ordinaires. Il faut retenir dans ce cas les modifications électrocardiographiques et les troubles hématologiques. Ceux-ci caractérisés par une forte leucocytose, à polynucléaires, par une anémie aplastique avec granulopénie progressive, indice de lésions médullaires. Guérison obtenue par association de la rechloruration, des toni-cardiaques et de la transfusion.

**Cancer du pôle supérieur du rein gauche.** — MM. FLANBIN, POUMEAU-DELILLE et LE MELLETIER. Pièces anatomiques d'un cancer du pôle supérieur du rein gauche. La pyélographie par voie veineuse montra, à côté du rein injecté, une masse opaque, d'aspect cavitaire d'interprétation difficile. La pyélographie par voie urétérale indiquait que l'uretère était indépendant de cette masse. A côté du cancer siégeait un gros kyste hématique.

**Hémiplégie et rhumatisme d'Heberden contro-latéral.** — MM. COSTE et FORESTIER. Femme de 66 ans ayant présenté 20 ans auparavant après une hystérectomie pour fibrome, une arthrose de la racine du pouce droit. La malade est frappée d'une hémiplégie droite par ramollissement à dater de laquelle le pouce droit devient indolore et cesse de se déformer. Un an plus tard apparition d'un rhumatisme d'Heberden à la main gauche. La malade présente actuellement une hémiplégie avec contracture accompagnée de syndrome hypothermique tardif de Perisson. Ce cas démontre que ce dernier syndrome a pour caractère de ne pas se compliquer d'arthropathies et même de préserver le côté atteint de la maladie articulaire qui frappe le côté sain.

**Tachycardies sinuales rebelles, consécutives à un traumatisme.** — M. LANGERON (Lille). Deux observations de sujets qui, à la suite de traumatismes violents, ont vu s'installer une tachycardie sinuale à l'effort avec phénomènes douloureux interdisant tout travail actif. Ces faits demeurent purement cliniques et sont à retenir au point de vue médico-légal.

**Tachycardie sinuale continue, grave et rebelle, traitée par la stellectomie double.** — MM. LANGERON, DESBONNETS et DELVALLER (Lille). Un cas de tachycardie continue de nature sinuale ayant cédé passagèrement à une stellectomie gauche et de façon durable à une stellectomie droite. Résultat maintenu après deux mois.

**Bradycardie sinuale avec crises nerveuses active sur les tracés d'une injection intraveineuse d'atropine.** — MM. OLMER, BUISSON et AUDIER (Marseille), soulignent la rareté des cas de crises nerveuses au cours des bradycardies sinuales et montrent l'action de l'injection intraveineuse d'atropine qui, en ralentissant le rythme cardiaque, a provoqué une crise identique aux crises spontanées et a modifié le tracé électrocardiographique.

## SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE TOULOUSE

(SÉANCE DU 29 MARS 1935)

**Deux cas d'hermaphrodisme.** — MM. MERIEL et RIEUNAU présentent deux observations, dont l'une concernant une femme adressée avec le diagnostic d'hernie étranglée alors qu'il s'agissait d'orchite d'un testicule en ectopie chez un hermaphrodite masculin. Ils précisent la ligne générale de conduite chez de tels sujets. Intervention et adaptation à la fonction génitale chez les jeunes. Grande prudence chez les adultes qui s'accommodent généralement bien de leur état.

MM. MICINIAC, BAUDET, BOULARAN, LEFEBVRE présentent leur ligne de conduite en pareil cas.

**Fistule lombaire.** — M. Raymond DIEULAFÉ présente l'observation d'un malade opéré il y a deux ans pour abcès froid costal avec résection costale, chez laquelle devant la persistance d'une fistule lombaire, un catétérisme urétéral suivi d'uretéro-pyélographie, permit de montrer que le point de départ était rénal. Une néphrectomie pratiquée confirma le diagnostic de pyonéphrose ancienne lithiasique et amena la guérison.

Louis DAMBRIN rapporte à ce sujet une observation personnelle de fistule pyélobronchique et présente des clichés montrant le trajet fistuleux unissant le rein au poumon (lipiodol intra-bronchique et deux pyélographies).

**Présentation d'un tube à drainage hypogastrique pour prostatectomie.** — M. Louis DAMBRIN insiste sur les avantages de ce tube par ailleurs très simple : 1° suppression du coude de verre ; 2° assez grosse tubulure d'admission des eaux de lavages permettant l'introduction d'une quantité suffisante d'eau ; 3° tubulure d'évacuation latérale telle que dans aucun cas, le tube ne peut être bouché par des caillots.

**Méningite traumatique à streptocoques. Lavage spino-ventriculaire suivi d'opération d'Oddy.** — MM. J. VIRENQUE et Paul DAMBRIN (M. Louis DAMBRIN, rapporteur), relatent l'observation d'un enfant de 9 ans renversé par une auto, présentant une otorragie et un liquide céphalo-rachidien « eau de roche », chez lequel se déclara au 4<sup>e</sup> jour une méningite à streptocoques. Ils pratiquèrent sans succès la sérothérapie intra-rachidienne, puis un lavage ventriculo-spinal dont ils rappellent la technique et enfin une trépanation d'Oddy avec injection intraveineuse de 800 cc. à 4 0/000. Ils rappellent les divers traitements des méningites septiques post-traumatiques.

## CHRONIQUE

### ORGANISATION PROCHAINE DE LA CHIRURGIE EN "ARTISANAT"

Ciseler les métaux, hausser les piliers de la cathédrale, tirer du marbre le sourire d'une sainte, faire chatoyer sur les trames de haute lisse la couleur des soies et des laines... autant de métiers perdus ! Les Gobelins agonisent, des consortiums d'entrepreneurs édifient à tempérament des temples garantis sur facture, et nous n'avons plus aucun besoin, pour aller sur le champ de bataille, d'épées damasquinées.

L'artiste anonyme des siècles passés (celui-là qui se donnait par amour à une belle tâche, cet artiste, donc, est-il mort ? — Non, pas tout à fait. Il vit encore, ou bien il va renaître. Seulement, au lieu de tailler la pierre ou de forger le fer, il sculptera la matière vivante : c'est sur l'homme qu'il accomplira l'éternelle œuvre d'art.

\*\*\*

Déjà est révolue l'ère des grandes inventions de la chirurgie ; du moins, ces inventions ne sont-elles plus l'œuvre d'un seul, mais bien plutôt des créations collectives. La technique poursuit ses conquêtes parmi des myriades de bouts d'idées, de théories, de faits épars... Elle progresse, certes, mais non plus à pas de géant ; et de modestes trouvailles lui sont une aubaine. Par-dessus tout, elle incline à l'anonymat. Ayant fixé ses cadres, ses limites, ses lois générales, il lui est permis, dès à présent, d'appeler à elle les



ouvriers capables d'assurer, dans l'oubli de leur gloire personnelle, le service intelligent et régulier des réalisations..

On peut affirmer hardiment qu'une telle œuvre est assez vaste et durable pour employer durant un siècle au moins, et probablement bien davantage, les énergies de ces artisans-nés, qui par ailleurs se trouvent depuis si longtemps privés d'ouvrages à leur goût et à leur mesure, et qui en souffrent cruellement. A l'heure actuelle, de pareils hommes, qui seraient enclins, si les circonstances étaient propices, à donner leurs soins, leur ingéniosité, et il faut oser dire leur tendresse, à quelque entreprise d'art dirigé, versent dans un amateurisme sans portée quand ils ne sont pas soumis à l'horreur de la standardisation. Que de richesses ainsi perdues ! Que de trésors d'ingénuité, de patience, de foi ! Que d'ornements de notre vie dont nous ne jouirons plus ! Que de joies gâchées, joies autant pour l'auteur de l'œuvre que pour son acquéreur possible !

« Métier d'art » ! Assemblage de mots qui ne jure qu'en apparence, et qui répond à une réalité et à un besoin profonds. Le « métier d'art » se meurt. Il reparaitra, n'en doutons point, sous des formes nouvelles, et nulle activité, à cet égard, n'offre plus de possibilités que la chirurgie, telle que nous la voyons en ce moment, sortie de la période héroïque de l'invention, requise enfin de donner ses bénéfices, comme une vigne adulte...

Quelles seront, en ce domaine de la chirurgie, les vertus d'un idéal serviteur ? D'abord, et de toute évidence, ce que les bonnes gens appellent des « dispositions ». N'est pas artisan qui veut ; du moins, voyons-nous d'excellents artisans et de médiocres, ceux qui possèdent le *don*, et les autres... Le don, ici, ce sera un mélange de sang-froid, d'habileté, de

discipline, de passion raisonnable, ne comportant point trop de fougue, ni trop de fantaisie ; il y faudra, en outre, du « goût », c'est-à-dire une sorte d'humble amour ; il y faudra enfin un esprit de soumission volontaire, qui n'empêchera certes pas la recherche de légers effets personnels, mais seulement dans la mesure où le permettra l'ordonnance de l'ensemble : exactement ce qui advint aux artistes qui sculptèrent les saints qu'on voit aux porches et aux tympans des églises médiévales.

La tradition — c'est-à-dire, en l'espèce, la doctrine et la technique établies — dominera le vouloir de l'individu.

\*  
\*\*

Bien des choses nous préparent à cette évolution, dont il serait vain de supputer les dangers possibles et les avantages probables : la socialisation de notre art, tout d'abord, le souci du rendement et des bénéfices pour la collectivité ; puis, l'annihilation des opinions personnelles, absorbées par les dogmes, et l'affaiblissement du sentiment de la responsabilité qui en résulte.

Les « tailleurs » nomades du moyen âge, opérateurs de hernies et de calculs, jouant chaque partie pour leur propre compte, bénéficiaient ou souffraient (à votre choix) d'une liberté totale : aventuriers, coureurs de routes, risque-tout, et certainement peu marqués de l'empreinte de dignité imperceptiblement bourgeoise que je discerne chez le bon artisan....

Leur arrière-petit-fils, installé chirurgien dans une sous-préfecture, jouira, lui, d'une absence de liberté qui sera

## ESTOMAC-INTESTIN

DYSPEPSIE

GASTRALGIE

ENTÉRITE

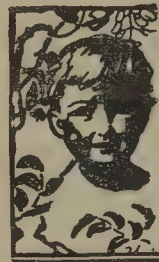
CHEZ L'ENFANT  
CHEZ L'ADULTE

# VALS-SAINT-JEAN

EAU de RÉGIME, FAIBLEMENT MINÉRALISÉE et GAZEUSE

Envoi gratuit d'Echantillons et de Notices à MM. les Docteurs sur demande adressée  
DIRECTION-VALS-GÉNÉRALE: 53, Boule' Haussmann, Paris (9<sup>e</sup>). Téléph. 227-76.

**ANÉMIE PALUDEENNE.** — Source Dominique.  
**VALS-LES-BAINS.** — Saison du 1<sup>er</sup> juin au 1<sup>er</sup> octobre.



**USAGE ENFANTS  
DES DOCTEURS**

SUC D'ORANGE MANNITÉ  
INOFFENSIF — DÉLICIEUX

**NÉO-LAXATIF  
CHAPOTOT**

Echant.: 56, Boule' Ornano, PARIS

## OLÉTHYLE-BENZYLE

BENZOATE DE BENZYLE

LABORATOIRE CENTRAL DE PARIS  
122, rue du Faubourg Saint-Honoré

## THERAPEUTIQUE IODORGANIQUE & RADIODIAGNOSTIC

# LIPIODOL LAFAY

Huile Iodée à 40 %.

### Pour combattre

Asthme  
Artériosclérose  
Lymphatisme  
Rhumatisme  
Algies diverses  
Sciatique  
Syphilis

### Pour Explorer

Système Nerveux  
Voies respiratoires  
Utérus et trompes  
Voies urinaires  
Sinus nasaux  
Voies lacrymales  
Abscesses et fistules

Ampoules, Capsules, Emulsion, Comprimés

**A. GUERBET & C<sup>e</sup>, Pharmacien, 22, Rue du Landy — S<sup>t</sup>-OUEN, près Paris.**



prisée du grand nombre : car la plupart aiment mieux suivre et servir que choisir eux-mêmes leur route. S'il advient que la technique change de style — comme l'édifice, du roman, passe au gothique — eh bien, ils grogneront et balanceront, mais finiront par se soumettre, et suivront derechef. Il n'y a qu'à regarder autour de nous pour juger de la volupté que comporte l'obéissance, avec, bien entendu, un petit bout de longe permettant de tourner autour du piquet et de gambader fièrement. Fort et joyeux de son *orthodoxie*, l'artisan du bistouri coulera des jours relativement paisibles, et qui reconnaîtra en lui le descendant du hâve Franco ?

Il y a une place, une très belle place, pour l'artisan, dans la société qui se forme, et nous ne devons pas sous-estimer le rôle qu'y peuvent jouer les adeptes de tout « art mineur ». Cette place et ce rôle, nous les situons aisément : à mi-chemin entre l'ouvrier — technicien, appelé à un obscur grandissement, mais indifférent au côté plastique de son œuvre, — et le véritable artiste, créateur et novateur, dont la prééminence risque d'être de jour en jour plus contestée dans les sociétés nouvelles.

La force à venir de l'artisan, ce sera l'utilité matérielle et sociale de l'effort qu'il exercera : il sera entouré d'une considération exactement proportionnelle aux résultats, tangibles pour le premier venu, de son travail. Mais là aussi sera sa limitation ; un art qui n'est point *désintéressé* contient en lui un principe de faiblesse, ou plutôt de subordination ; et c'est pour cela que nous nous permettons d'assimiler la chirurgie, sans aucune idée péjorative, et simplement par souci de définition, à un *art mineur*.

Un art mineur n'est pas, marquons-le bien, chose négligeable. Il ne viendra à l'esprit d'aucun homme sensé de mépriser le produit d'une telle activité, que ce soit un beau meuble de la Renaissance, une poterie étrusque, une verdure d'Aubusson, une robe du grand faiseur, une rampe forgée du 17<sup>e</sup>...

La chirurgie actuelle est *soumise* aux conceptions de Pasteur ; elle n'échappera à cette emprise que pour reconnaître une autre domination, qu'il nous est difficile d'imaginer aujourd'hui, mais qui ne saurait faire défaut, car le particulier est absorbé par le général. En d'autres termes, la chirurgie s'apparente étonnamment à ce qu'on nommait autrefois « les arts appliqués ». Elle serait là en très noble compagnie, si les arts appliqués n'étaient précisément menacés et presque totalement anéantis par le « progrès mécanique ». Et c'est à la chirurgie [qui échappe et échappera longtemps encore à l'américanisation], qu'il appartient peut-être de faire revivre les usages, les bienfaits et les joies certaines de « l'artisanat ».

\*\*

A qui jugerait un peu modeste cette fonction, je ferais observer qu'elle est de haute portée sociale et conservatrice. Si la puissance du génie est irrésistible et échappe, en quelque mesure, à la pression des événements, le goût des beaux métiers demande à être soutenu et exalté. L'artisan, différent en cela des grands inspirés qui surgissent n'importe quand et n'importe où, disparaît quand les circonstances ne soutiennent plus son élan naturel. Mais, par contre, il est à la fois plus représentatif de son époque et, le cas échéant, plus apte à la multiplication. Etayé de directives, soutenu par l'esprit supérieur qui souvent l'anime à son insu, il est capable de seconder de grands desseins, de donner plus de charme à notre existence, de parer de dignité le travail. Ce n'est pas son affaire de bouleverser les idées, les mœurs et l'esthétique, mais c'est lui qui les exprime, les fixe, et leur donne une image familière et concrète : il est le colon qui organise et rend productif un pays conquis.

J'ai parlé ailleurs (1) de « l'existence de ces hommes où se compénètrent le travail manuel et le travail de l'esprit, l'effort des muscles et l'éveil tendu de la mémoire, des sens, de la raison..., existence qui n'est ni celle d'un intellectuel, ni celle d'un ouvrier, qui requiert l'accord de facultés dissimilables et presque ennemies, et qui vaut exactement ce que vaut l'homme qui la vit, l'homme complet, original, unique, avec ses défauts sans pareils et ses forces qui n'ont point d'équivalent, l'homme imparfait, l'homme vivant, le faillible, déconcertant et inégalable « humain »... »

Je crois, plus que jamais, qu'un tel mode d'existence représente une nécessité pour les nations soucieuses de maintenir, dans le tréfonds de leur conscience populaire, l'amour ou la nostalgie de la perfection.

\*\*

Sans doute, quelques chirurgiens des temps à venir ne se satisferont-ils pas du rôle que je leur assigne en pensée. Ils auront raison. Je souhaite qu'ils aillent au delà de mes vœux, et ce n'est pas moi qui les blâmerais de nourrir des ambitions plus hautes. A cet égard, un miracle — qui sait ? — est toujours possible : ne voyons-nous pas aux murs de nos basiliques, resplendir çà et là, comme le « Sourire », à Reims, des figures marquées par le génie d'un obscur ouvrier ? Tout artisan peut espérer, a le devoir d'espérer, qu'il sera visité lui aussi, un jour ou l'autre, par la grâce, et qu'il modèlera, alors, un authentique chef-d'œuvre.

JEAN FIOLE.

## NOTES POUR L'INTERNAT

### MALADIE D'ADDISON<sup>2</sup>

Ce qu'il importe de mettre en relief, ce sont les *syndromes génitiaux-surrénaux* : Addison et *insuffisance génitale* sont souvent associées en clinique. Les travaux récents des physiologistes (A. Laporte, 1935) sur les *interactions respectives des glandes génitales, du lobe antérieur de l'hypophyse et de la surrénale* sont quelquefois contradictoires et sont actuellement dans une phase d'attente.

La maladie d'Addison peut s'associer à des troubles sympathiques. Notons que pour Sergent et Bernard, la *mélano-dermie*, impossible à reproduire expérimentalement, est due à des troubles sympathiques. Tout récemment V. Vieter (mars 1935) a invoqué la déficience d'adrénaline donnant un *abaissement du tonus sympathique* pour expliquer cette hyperpigmentation. Certaines crises douloureuses sont des *crises solaires*.

Enfin, on note dans le syndrome addisonien des troubles de certains *métabolismes* (cholestérol, sels minéraux, eau) et la relation de *certaines avitaminoses* avec l'insuffisance corticale.

Tous ces faits sont illustrés, en clinique, par des observations d'*infantilisme* (Variot, Morlot) à la suite de maladie d'Addison chez l'enfant.

Formes suivant l'âge et le terrain. Nous signalerons, brièvement, l'allure aiguë, en 4 à 5 mois, assez fréquente, chez l'enfant, de la maladie.

Chez le vieillard, la mort survient assez lentement dans la cachexie.

Chez la femme enceinte, l'avortement et l'aggravation sont de règle.

(1) *Responsabilité chirurgicale*, Conférence au Collège de France, dans la chaire et sous les auspices de M. Ch. Nicolle.

(2) Fin. — Voir *Gaz. des hôp.*, 1935, n° 31, p. 530; n° 33, p. 566; n° 35, p. 598.



A base  
de  
Trypatlavine

# Pastilles de PANFLAVINE

## TRAITEMENT et PROPHYLAXIE des

**ANGINES**  
rouges, pultacees,  
diphtheriques

**STOMATITES**

**MUGUET**

Innocuité absolue —  
Pas de contre-indications  
EN BOITES DE 30 PASTILLES

Renseignements et demandes d'échantillons  
SOCIÉTÉ PROMÉDIC  
26, Rue Vauquelin • PARIS-5<sup>e</sup>



« DÉPOT GÉNÉRAL: »  
LABORATOIRES LOBRU • PARIS

### De Trouette-Perret

<p><i>1<sup>re</sup></i></p> <h2 style="margin: 0;">Aphloïne</h2> <p style="margin: 5px 0;">Spécifique des Troubles de la Ménopause et du système veineux</p>	<p><i>1<sup>a</sup></i></p> <h2 style="margin: 0;">Nisaméline</h2> <p style="margin: 5px 0;">(Guaco) Prurits - Eczémas - Prurigos Néuralgies</p>	<p><i>1<sup>a</sup></i></p> <h2 style="margin: 0;">Papaine</h2> <p style="margin: 5px 0;">Gastro-Entériques Diarrhées - Vomissements Troubles Dyspeptiques</p>
---	--	--

61, AVENUE PHILIPPE-AUGUSTE — PARIS

# BISMUTHOÏDOL

Bismuth colloïdal à grains fins, solution aqueuse  
*Procédé spécial aux Laboratoires ROBIN*

## Injections sous-cutanées, intra-musculaires ou intra-veineuses

Immédiatement absorbable — Facilement injectable

## COMPLÈTEMENT INDOLORE

1 ampoule de 2 cmo. tous les 2 ou 3 jours.

R. G., 221.839, Seine.

### LABORATOIRES ROBIN, 13, Rue de Poissy PARIS



## DIAGNOSTIC

Lorsque les différents symptômes sont réunis, le diagnostic est évident, mais dans les formes monosymptomatiques on peut parfois hésiter.

La *mélanodermie* addisonienne doit être distinguée :

D'autres pigmentations cutanées : ictères foncés, ictères hémolytiques, teinte des cancéreux.

D'autres *mélanodermies* : médicamenteuses : dans l'intoxication arsenicale on peut avoir une mélanodermie très analogue à celle de la maladie d'Addison. La mélanodermie généralisée, mais non uniforme, donne parfois un aspect moucheté et épargne relativement la face, les organes génitaux, les mains et les pieds ; elle respecte les muqueuses. On a signalé des mélanodermies à la suite d'intoxication argentine, par la quinine, par les hydrocarbures et les goudrons (*mélanose de Riehl*).

*Parasitaires* : la mélanodermie pédiculaire ou phthiriasique s'observe chez les vagabonds, les miséreux. Dans sa forme typique, la *pédiculose* atteint seulement les parties couvertes, prédominant sur le dos, la nuque, les épaules, la ceinture, les cuisses ; elle s'accompagne de lésions de grattage, excoriations, croûtes, cicatrices linéaires... elle respecte les muqueuses. Enfin l'asthénie et l'hypotension disparaissent vite par le repos. Mais il n'en est pas toujours ainsi, et l'extension de la pigmentation, l'atteinte possible des muqueuses, etc., montrent que l'action du venin des poux n'est pas seulement locale.

La mélanodermie des paludéens ne se rencontre guère qu'à une période avancée (cachexie palustre) ; elle a surtout un intérêt pathogénique, car l'existence de grains de mélanine élaborés par l'hématozoaire à l'intérieur des hématies a permis de soutenir l'origine globulaire de la pigmentation addisonienne.

*Mélanodermie des tuberculeux*, connue depuis longtemps, surtout en cas de péritonite ou d'entérite tuberculeuse.

Elle atteint l'abdomen, les organes génitaux et quelquefois le cou.

*Mélanodermie de certaines cirrhoses. Mélanodermies endocriniennes.* — Sézary (P.M., 1921) a montré la fréquence de la mélanodermie dans de nombreux syndromes endocriniens (génitaux, thyroïdiens, hypophysaires...).

Dans le diabète bronzé, dans la cirrhose pigmentaire, dont certaines formes frustes peuvent être difficilement séparées de la maladie d'Addison, il existe une *mélanodermie vraie*, contrastant avec une *sidérose viscérale*.

Enfin, certaines *mélanodermies* rares, faisant suite à des érythèmes (pellagre), à des érythrodermies (intoxications), ou coexistant avec une *sclérodermie*, sont de diagnostic facile.

En somme, la mélanodermie addisonienne est facile à reconnaître par sa diffusion et l'atteinte des muqueuses.

En dehors de toute mélanodermie, on pourra affirmer une insuffisance cortico-surrénale en :

Recherchant cliniquement et par les épreuves dynamométriques l'épuisement neuro-musculaire si caractéristique, facile à différencier des diverses formes d'asthénie.

La valeur de la glycémie,

La sensibilité à l'insuline,

La radiologie des surrénales,

La notion d'une étiologie tuberculeuse,

Les résultats thérapeutiques, enfin,

Ne sont pas à négliger.

## PRONOSTIC

Le pronostic de la maladie d'Addison est toujours réservé.

*Immédiat* : craindre la mort subite ;

*Tardif* : assez variable, suivant les cas, mais surtout suivant l'évolution.

Une poussée peut être vite jugulée, mais on doit redouter les récidives : au fur et à mesure qu'évolue l'affection, les rechutes se rapprochent, durent plus, sont moins sensibles au traitement, et l'on ne peut guère prévoir la survenue exacte d'accidents aigus d'insuffisance cortico-surrénale, résistants au traitement habituel et rapidement mortels.

L'étiologie, enfin, entre en ligne de compte dans l'établissement du pronostic.

**AUTOPSIE.** — A l'autopsie, on trouve le plus souvent une *caséose diffuse des surrénales* (80 p. 100 des cas). Parfois les glandes sont atrophiées (sclérose diffuse tuberculeuse) ou fibreuses avec des calcifications. Dans des cas plus rares, il y a dégénérescence amyloïde ou graisseuse de ces organes, ou des abcès froids bilatéraux.

Les lésions *syphilitiques*, scléro-gommeuses ou l'infiltration néoplasique des surrénales sont exceptionnelles.

Sans insister sur les différentes lésions viscérales associées, nous signalerons que c'est en étudiant, par la dopa-réaction, différents fragments de peau d'addisonien, que Bruno-Bloch put préciser la mélanogénèse cutanée.

## TRAITEMENT

**Classique**, était le suivant : hygiénique (tuberculose) rarement étiologique (syphilis) surtout symptomatique, **OPOTHÉRAPIE SURRÉNALE, TOTALE**, par voie sous-cutanée, quotidienne, prolongée, à des doses variant entre 0 gr. 10 et 0 gr. 30. L'*adrénaline* était la médication d'urgence des accidents brutaux. L'*atropine* était employée contre les crises solaires. On faisait parfois une *opothérapie pluriglandulaire*.

**Moderne.** Rivoire (1932) puis d'autres auteurs (P. M., 14 avril 1934), ont signalé les bons résultats obtenus par les *injections quotidiennes intra-veineuses de cystéine* (0,10 centigramme).

Depuis, les travaux des auteurs américains (Hartmann, 1928 : cortine ; Swingle et Pfiffner, 1929 ; eucortin), on emploie avec de remarquables succès les injections d'*hormones corticales*. Il n'y a pas de limites ni de guide net à la posologie de la cortine en cas d'insuffisance aiguë. Au cours de l'insuffisance chronique, on peut maintenir les petites doses (1 à 2 cc.).

Comme *adjuvants* : un régime riche en calories, injections de *sérum physiologique salé*, *repos absolu* ; on a encore conseillé, contre la pigmentation, l'emploi d'acide hexunorique ou mieux de trois citrons par jour, en limonade (Dionysius Szüle).

Le prix élevé de l'hormone corticale et la nécessité de fortes doses prolongées montrent les difficultés thérapeutiques dans certains cas.

Les essais de *greffes surrénales* (Monier-Vinard et Leriche, Desmarests, S. M. H., 29 juin 1934) ne comptent que peu de succès, que les greffes soient homoplastiques ou hétéroplastiques. Leschke, Reinhardt et quelques autres auteurs ont obtenu des améliorations.

En définitive, seule la cortinothérapie, de date récente, a donné dans la maladie d'Addison des résultats cliniques très encourageants et très suggestifs.

ALBERT FIEHRER.

**Les colites chroniques**, par M. CHIRAY, G. LARDENNOIS et J. BAUMANN. Étude clinique, traitement médical et chirurgical, avec un exposé de bactériothérapie colitique par N. NICOLAS. In-8° de 430 pages, 31 figures et 16 planches. — Prix : 65 fr. Paris, Masson et Cie.

Le Directeur-gérant : D<sup>r</sup> François LE SOURD.



**TONIQUE GÉNÉRAL  
RECALCIFIANT**



*Gaurool*

**CALCIUM ASSIMILABLE**

**AMPOULES  
COMPRIMÉS  
GRANULÉ**

**GAUROL INTRAVEINEUX** (Ampoules de 5 cc.)

**HÉMORRAGIES, TUBERCULOSE**



LABORATOIRES PÉPIN & LÉBOUCQ — 30, Rue Armand-Sylvestre - COURBEVOIE (Seine)

LE DIURÉTIQUE RÉNAL PAR EXCELLENCE

# SANTHÉOSE

LE PLUS FIDÈLE, LE PLUS CONSTANT, LE PLUS INOFFENSIF DES DIURÉTIQUES

SES QUATRE FORMES

**PURE**

Le médicament régulateur par excellence, d'une efficacité sans égale dans l'artério-sclérose, la présclérose; l'albuminurie, l'hydropisie, l'urémie.

**PHOSPHATÉE**

L'adjuvant le plus sûr des cures de déchloruration et de désintoxication de l'organisme, dans la neurasthénie, l'anémie et les convalescences.

**CAFÉINÉE**

Le médicament de choix des cardiopathies, fait disparaître les œdèmes et la dyspnée, renforce la systole, régularise le cours du sang.

**LITHINÉE**

Le traitement rationnel de l'arthritisme et de ses manifestations; jugule les crises, enraye la diathèse urique, solubilise les accidents urinaires.

DOSES : 2 à 4 Cachets par jour. — Ces cachets sont en **FORME DE CŒUR** et se présentent en boîtes de 24.

PRODUIT FRANÇAIS

4, rue du Roi-de-Sicile  
— PARIS —

PRODUIT FRANÇAIS

## L'ASCOLEINE RIVIER

renferme la **Vitamine A** et est à base du lipide phosphoré de la cellule hépatique  
(Seul principe actif de l'huile de foie de morue)

Infiniment plus active que l'huile de foie de morue qu'elle remplace dans tous les cas d'anémie, de lymphatisme, d'adénites, de tumeurs blanches, de pré tuberculose, **avitaminoses**, etc.

**Avantages :** Petit volume, concentration ; Injections indolores possibles ; Prescription par les plus fortes chaleurs.

**4 formes :** Solution huileuse, comprimés, granulés (véritable friandise pour les bébés et les enfants), ampoules injectables.

**H. RIVIER, Ph<sup>ien</sup>, Succ<sup>r</sup> de LANCELOT & C<sup>ie</sup>, 26 et 28, Rue Saint-Claude -- PARIS**



# NESTLÉ

## FARINE LACTÉE

Aliment scientifiquement complet contenant par kilo les éléments utiles de 2 litres du meilleur lait frais, parfaitement homogène, inaltérable, complètement assimilable, soigneusement malté à l'avance.

S<sup>te</sup> NESTLÉ (FRANCE)

6, Av. Portalis,

≡ PARIS (8<sup>e</sup>) ≡



*La Lancette Française*

# GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6°. Tél. : Danton 48-31.

PUBLICITE : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6°) - Téléph. : LITRÉ 54-93.

## PRIX DE L'ABONNEMENT

**FRANCE**

3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.

*Etudiants : 25 francs par an.*

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

**ETRANGER**Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.  
Tous les autres pays : 75 francs.

## SOMMAIRE

**REVUE GÉNÉRALE***Indications et techniques du traitement chirurgical des pleurésies purulentes de la grande cavité (traumatiques et tuberculeuses exceptées), par MM. Ch. CACHIN et R. ISRAËL.***IX<sup>e</sup> CONGRÈS DE L'ASSOCIATION DES GYNÉCOLOGUES ET OBSTÉTRICIENS DE LANGUE FRANÇAISE.**

(Compte rendu, par M. H. ROULLAND.)

**SOCIÉTÉS SAVANTES***Académie des sciences. — Académie de médecine.***PRATIQUE MÉDICALE****DÉFENSE PASSIVE***Une démonstration à la Faculté de médecine de Paris.***ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS****FACULTÉS DE MÉDECINE. — PARIS. — Concours de l'adjuvat. — Epreuve écrite. — Séance du 14 mai. — MM. Fontaine, 28; Chevallier, 27; Caby, 22.****— Concours du prosectorat. — Epreuve orale d'anatomie. Séance du 13 mai. — MM. Bauman, 18; Boudreaux, 17; Billet, 16; Poilleux, 15; Lance (Pierre), 14.****VAL-DE-GRACE. — La chaire de neuro-psychiatrie, médecine légale, législation, administration et service de santé militaire, déontologie, sera vacante à la date du 1<sup>er</sup> novembre 1935 à l'Ecole d'application du Service de santé militaire à Paris. (J. O., 12 mai 1935, p. 5144.)****ASSOCIATION AMICALE DES ANCIENS MÉDECINS DES CORPS COMBATTANTS. — L'assemblée générale des anciens médecins des corps combattants a eu lieu le 4 mai 1935, à 19 h., dans les salons Le Doyen.****L'assemblée générale a voté les modifications à l'article 2 du titre I concernant le siège social de la façon suivante :****Art. 2. — Le siège social est à Paris, 95, rue du Cherche-Midi.****Elle a, d'autre part, voté à l'unanimité l'addendum suivant à l'article 4 du titre III : Le conseil de famille est constitué par le président en exercice et les anciens présidents de l'Association amicale des anciens médecins des corps combattants.****Elle a modifié le bureau comme suit : secrétaire général, docteur Bellanger, 2, rue Pigalle; secrétaire général adjoint, docteur Tournay, 2, rue Dupuytren; trésorier, docteur Sureau, 11, rue Portalis.****Elle a renouvelé les mandats des conseillers sortants et a nommé conseiller le docteur Rémi-Néris, secrétaire général démissionnaire.****L'assemblée générale a approuvé le rapport du trésorier et lui a donné quitus de sa gestion.**

## INFORMATIONS

**HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE NOMINATION DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — Epreuve clinique. — Séance du 9 mai. — MM. de Sèze, 20; Cattan et Kaplan, 19,72; Mollaret, 20.****Séance du 12 mai. — MM. Caroli, 19,90; Mollaret, 19,84; Layani, 19,90; de Sèze, 20.****Total des points obtenus : MM. Caroli et Layani, 39,90; Mollaret, 39,81; de Sèze, 40.****Classement : MM. de Sèze, Layani, Caroli, Mollaret.****— CONCOURS DE NOMINATION DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX. — Séance du 9 mai. — MM. Seillé, 16; Chabrut, 15; Reinhold, 17; Merle d'Aubigné, 18.****Séance du 11 mai. — MM. Blondin, 18; Mouchet, 14; Auroisseau, 20; Sicard, 17.****— CONCOURS D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGISTE DES HÔPITAUX. — Jury : MM. Baldenweck, Chatellier, Bouchet, Rouget, Hautant, Turpin, Auvray.****Censeurs : MM. Lallemand, Aubry.****HÔPITAL FOCH. — Un poste d'assistant du service d'électro-radiologie (docteur Dausset, chef de service) va être créé incessamment à l'hôpital Foch « Des médaillés militaires ».****Pour tous renseignements concernant les obligations professionnelles et les conditions matérielles, s'adresser à l'administration de l'hôpital Foch, 60, rue Vergniaud (XIII<sup>e</sup>).****La liste des candidats sera close le 1<sup>er</sup> juin 1935.**

## DIGITALINE NATIVELLE

LABORATOIRE NATIVELLE, 27, Rue de la Procession, PARIS (XV<sup>e</sup>)

Un diner a fait suite à cette assemblée générale. Le professeur Proust avait bien voulu le présider. Il nous a dit toute son admiration pour le « médecin de bataillon » qu'il a eu l'occasion de voir à l'œuvre, particulièrement dans les personnes de nos camarades le docteur Clovis Vincent et le docteur Hufnagel.

Aussi, contribuera-t-il de tous ses moyens à faire aboutir le projet « de la Légion d'honneur aux facultés de médecine françaises ».

**INSTITUT DE TECHNIQUE SANITAIRE.** — Nous rappelons à nos lecteurs l'existence de l'enseignement de l'Institut de technique sanitaire, enseignement qui existe depuis douze années au Conservatoire national des Arts et Métiers, 292, rue Saint-Martin, Paris (III<sup>e</sup>), et dont les sessions reprennent annuellement à la rentrée scolaire pour se poursuivre jusqu'à fin février.

Le programme général de l'enseignement comprend la technique sanitaire urbaine, la technique sanitaire des constructions, habitations et bâtiments publics, la technique sanitaire des usines et ateliers, la technique sanitaire rurale et la technique sanitaire coloniale.

Les élèves régulièrement inscrits qui satisfont à l'examen final reçoivent un diplôme d'Etat : brevet de technicien sanitaire délivré par le Conservatoire.

**VACANCE.** — La vacance du poste de directeur du bureau municipal d'hygiène de Calais est déclarée ouverte. Traitement : 18.000 fr. Clientèle autorisée. (*J. O.*, 11 mai 1933, p. 5073.)

**ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS.** — Un poste de médecin chef de service (création) à l'asile d'aliénés de Clermont (Oise) est déclaré vacant.

**NÉCROLOGIE.** — Nous avons le profond regret d'apprendre la mort du docteur Victor Morax, ophtalmologiste honoraire des hôpitaux, membre de l'Académie de médecine.

#### A PROPOS DE LA SPÉCIALISATION EN PHTISIOLOGIE

En rendant compte de la première leçon de M. le professeur Bezançon à l'hôpital Laënnec nous avons indiqué qu'il avait parlé de la nécessité de la spécialisation en phtisiologie. Cette phrase pouvant prêter à confusion, nous apportons quelques précisions :

— Tout en reconnaissant la nécessité d'une spécialisation en phtisiologie, en ce qui concerne la collapsothérapie, la pratique du dispensaire, etc., le professeur Bezançon a beaucoup insisté sur le danger des spécialisations précoces. La prophylaxie et le traitement de la tuberculose doivent rester pour une grande part l'apanage du médecin de médecine générale, et en particulier du médecin de famille.

#### ENCARTAGES DE PUBLICITÉ DANS LA GAZETTE DES HOPITAUX

A la requête de nos lecteurs et pour faciliter leur documentation, notre service de publicité (A. Thiollier, 116, boulevard Raspail, Paris VI<sup>e</sup>) est à leur disposition pour recevoir, par envois groupés sous une seule enveloppe, les demandes d'échantillons ou de renseignements et les répartir entre les différents laboratoires intéressés.

Toux  
Oxygène

**IODEINE MONTAGU**

## ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

### THESES

**Mardi 21 mai.** — Jury : MM. Carnot, président ; Gougérot, Lenormant, Mouquin. — M. BAGOT. L'impotence au cours des rhumatismes chroniques. — M. FEIGENBAUM. Etude de l'étiologie et du traitement chimiothérapique des rectites sténosantes et des rétrécissements dits inflammatoires du rectum. — M. SCHWARTZ. Etude des réactions colorées de flocculation. — M. MARTIN. Etude de la limite plastique localisée au pylore.

**Mercredi 22 mai.** — Jury : MM. Loeper, président, Tannon, Et. Bernard, Haguenau. — M. PINCHASOWICZ. Etude du réflexe oculo-cardiaque chez les tabétiques. — M. SMILOVICI. Les accidents mortels dus à la chrysothérapie. — M. BARAS. La prophylaxie actuelle de la lèpre. — M. CARON. Etude sur l'organisation de la prophylaxie des affections bucco-dentaires chez l'enfant à l'âge scolaire. — M. GLUSCHKIN. Organisation de l'hygiène publique en Lettonie. — M. FOURNET. Les intoxications par l'apiol. Ses impuretés et ses falsifications.

**Jeudi 23 mai.** — Jury : MM. Lereboullet, président ; Nobécourt, Gastinel, Boulin. — M. BARON. Etude du spasme de l'œsophage chez l'enfant et le nourrisson. — M. BOURMALO. Etude des sténoses de la 3<sup>e</sup> portion duodénale par le pédicule mésentérique. — M. GUYOT. Les méningites vermineuses. — M. HANOUNE. Les anémies fébriles aiguës de l'enfance.

**Samedi 25 mai.** — Jury : MM. Bezançon, président ; Guillain, Justin-Besançon, Chevallier. — M. COSTE. Etude du tabès hérédosyphilitique apparaissant à l'âge adulte.

**Les fractures à Bourbonne-les-Bains.** — Une brochure sur papier couché in-16 Jésus, illustrée de 27 clichés, dont 26 radiographies osseuses. — Préface du professeur LERICHE. — Prix : 10 fr., Expansion Scientifique Française, 23, rue du Cherche-Midi, Paris (6<sup>e</sup>).

### RENSEIGNEMENTS

## Le bas médical NESSUS

Contention parfaite. Envoi sur demande à MM. les docteurs des directions pour la prise des mesures, 18, avenue d'Orléans, Paris (XIV<sup>e</sup>).

ANÉMIES  
DYSPEPSIES  
ANTITOXIQUE



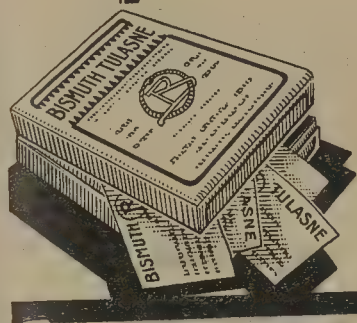
DOSE: 4 à 6  
TABLETTES  
PAR JOUR

**BIOXYDE DE MANGANESE COLLOIDAL SELS MAGNÉSIENS**  
Laboratoire SCHMIT 71 Rue Sainte-Anne. PARIS 2<sup>e</sup>

**Iodarsenic de GUIRAUD**  
(Gouttes Iodarséniques)  
TOUTES ÉTATS SANGUINAIRES - LYMPHATISME - MALADIES CUTANÉES  
Littérature et Échantillons: 10, Impasse Miroir, Paris (14<sup>e</sup>)



# ULCÈRES, GASTRITES, COLITES BISMUTH TULASNE



Boîte : 10 paq. de 10 g.

Pansement gastro-intestinal au sous-nitrate de bismuth kaoliné, préparé suivant la méthode de A. Tulasne, ex-chef de laboratoire à la Pitié. Pouvoir sédatif et cicatrisant incomparable, innocuité absolue, facilité d'absorption, dosage rigoureux en paquets de 10 gr.

*Un paquet (ou deux) dans un verre d'eau le matin à jeun ou par prises fractionnées dans la journée.*

Autres indications :

DYSPEPSIES, AÉROPHAGIE  
VOMISSEMENTS, DIARRHÉES  
FERMENTATIONS, OXYUROSE

LABORATOIRES BOUILLET  
48, Bd des Batignolles, PARIS

## PARFAIT SÉDATIF DE TOUTES LES **TOUX**

ADULTES ET ENFANTS  
DE TOUT AGE

# GOUTTES NICAN

## GRIPPE

### TOUX DES TUBERCULEUX

### COQUELUCHE

ÉCHANTILLONS & LITTÉRATURES, Laboratoires CANTIN A PALAISEAU S.-O. FRANCE



*La combinaison phosphorée  
organique la plus assimilable  
est celle des réserves végétales.*

*Le phosphore organique des plantes  
à chlorophylle se trouve intégralement  
transposé dans la **PHYTINE**  
forme naturelle, assimilable, du  
—— phosphore végétal ——*

# PHYTINE

PHOSPHORE

CALCIUM

MAGNÉSIE

# FERROPHYTINE

PHOSPHORE

FER

# QUININO-PHYTINE

PHOSPHORE

QUININE

Ces médicaments se présentent sous forme de :

**CACHETS**

Phytine

Ferrophytine

**GRANULÉ**

Phytine

Ferrophytine

**COMPRIMÉS**

Phytine

Quinino-phytine

LABORATOIRES CIBA — O. ROLLAND — 109-113, BOUL° DE LA PART-DIEU, LYON



## REVUE GÉNÉRALE

TECHNIQUES ET INDICATIONS  
DU TRAITEMENT CHIRURGICAL  
DES

## PLEURÉSIES PURULENTES DE LA GRANDE CAVITÉ

(traumatiques et tuberculeuses exceptées)

Par MM. CHARLES CACHIN et RENÉ ISRAËL,  
Internes des hôpitaux de Paris.

## TECHNIQUES

Ouvrir la plèvre en temps opportun, en assurer le drainage correct, telles sont les deux indications chirurgicales de base.

Pour les satisfaire, deux types de procédés se proposent : d'une part la pleurotomie large avec résection costale ; d'autre part la pleurotomie à minima avec drainage irréversible s'opposant à la constitution d'un pneumothorax immédiat ou secondaire.

Nous allons les étudier successivement.

**I. La pleurotomie large.** — La pleurotomie large a un avantage : le drainage parfait. Elle a un inconvénient : le pneumothorax opératoire.

Son avantage en effet est d'être large. Elle permet d'évacuer facilement un pus épais et chargé de blocs fibreux. Elle permet aussi l'exploration de la cavité pleurale à chaque pansement. On peut s'assurer de la déclivité parfaite, et d'autre part apprécier la façon dont se comporte le poumon.

Son inconvénient essentiel et considérable est de créer un pneumothorax opératoire. C'est un danger immédiat en raison du shock qu'il provoque et de la dyspnée qu'il détermine, dyspnée qui retentira fâcheusement sur une lésion pulmonaire même en voie de régression.

Le danger secondaire de ce pneumothorax est de favoriser la béance de la poche pleurale, d'empêcher mécaniquement le retour du poumon à la paroi.

Or les tentatives faites pour pallier à ce pneumothorax sont le plus souvent insuffisantes. On devra donc pour choisir ce procédé compter sur ses inconvénients et les prévoir.

**Technique.** — 1° Le choix du siège de la pleurotomie doit viser un objectif unique : réaliser une déclivité parfaite. Il faut inciser là où l'on trouve du pus à la ponction exploratrice. Et, ajoute-t-on classiquement, réséquer la côte sous-jacente.

L'on ne peut donc préciser un siège valable pour tous les cas, étant donné les multiples cloisonnements possibles de ces pleurésies de la grande cavité.

En règle on a affaire à un siège costal postérieur, et c'est là que l'on incisera, sur la ligne scapulaire. Mais toutes les incisions, mêmes antérieures, doivent être envisagées.

L'important est donc de prendre avant d'intervenir une idée approximative du siège et des dimensions de la poche. Il ne faut pas hésiter à voir soi-même à l'écran le malade. Marquer la place au point déclive. L'on conseille même, dans les cas difficiles, d'injecter

un petit index lipiodolé. Puis, en priant le sujet de se pencher latéralement, prendre une idée générale des formes, des limites de la cavité.

Au moment d'intervenir il faut toujours répéter la ponction exploratrice, pour éviter à coup sûr plusieurs ennuis (incisions blanches, blessures du diaphragme, etc...).

2° Le mode opératoire est le suivant :

Le malade est assis sur le bord opposé de la table, soutenu par un aide. Mieux, il peut s'appuyer sur un dispositif étudié spécialement à cet effet (Roux-Berger). L'anesthésie locale sera faite en deux temps. Infiltration dermique et sous-cutanée. Infiltration périostique en piquant aux bords supérieur et inférieur de la côte choisie. Compléter au besoin en cours d'intervention à l'aide d'une solution faible. Il est possible et nécessaire de supprimer complètement la douleur.

3° L'incision sera courte, parallèle à la côte, c'est-à-dire *presque verticale*. On repasse dans l'incision cutanée pour diviser muscle et périoste. Cette incision verticale des parties molles a l'avantage de réaliser par sa rétraction un encapuchonnement favorable des extrémités osseuses sectionnées. L'incision périostée puis le décollement du périoste des faces n'offrent aucune difficulté si l'on utilise la rugine droite, puis courbe spéciale. La section costale est faite au costotome ou à la cisaille, le plus loin possible. Un ou deux points de catgut peuvent, si l'on veut, compléter l'enfouissement osseux. Le plan confondu du périoste profond et de la plèvre pariétale ainsi découverts, il faut s'attacher à *évacuer lentement* la plèvre et surtout à rendre aussi progressive que possible l'ouverture de la cavité pleurale à l'air. On évite ainsi le pneumothorax brutal, les pénibles quintes de toux et la déplaisante expression de pus mélangé d'air.

Donc, tenant de la main gauche un paquet de compresses prêtes à être appliquées sur la plaie, l'on ponctionne à la sonde cannelée. Après notable évacuation l'on substituera à la sonde une pince de Kocher que l'on ouvre doucement. Puis, au doigt et aux ciseaux l'on agrandit l'orifice.

On prie le malade d'exécuter quelques inspirations amples et lentes. On déterge au doigt et à la compresse montée.

On s'assure d'abord de la déclivité. Si elle n'est pas suffisante un simple prolongement inférieur de cette incision verticale y suffira le plus souvent.

Comment alors drainer ? — Le plus souvent l'on se contente d'un drain convenable, c'est-à-dire volumineux, rigide, ne pénétrant qu'à peine dans la cavité et fixé par l'épingle ou le catgut habituels. Quelques points totaux réunissent l'orifice au-dessus de lui.

D'autres procédés de drainage sont employés, retenir : la lame de caoutchouc ondulé, le drain à double collerette où la collerette fixe est pleurale, la partie mobile étant superficielle. Ceci fait, faut-il installer une aspiration dans cette pleurotomie large ? — Il est certain que la suppression du pneumothorax est ici illusoire en raison de la béance de la plaie, du lâchage des sutures. De plus c'est un obstacle au lever précoce. Mais le pansement en sera moins souillé,

les soins plus faciles. Aussi peut-on le conseiller tant que le malade reste au lit.

Des soins post-opératoires dépend en grande partie l'évolution. Le malade installé en position demi-assise, est traité par une médication énergique et un régime reconstituant. Le lever précoce — 2<sup>e</sup> ou 3<sup>e</sup> jour si possible — est recommandable.

Envisageons les éléments des suites opératoires.

*Le pansement* : il sera fait par le chirurgien lui-même. Il est abondamment souillé les premiers jours. On remplace le drain chaque jour.

Auparavant l'on recherche une *rétenction pleurale latente* par la manœuvre suivante : on prie le sujet de se pencher latéralement en avant et en arrière, en inspirant franchement chaque fois. On décèlera ainsi la rétenction résultant d'une insuffisance de déclivité en général. Au doigt, au clamp courbe on explore et l'on n'hésite pas à drainer ce point, soit par une nouvelle incision, soit par un prolongement inférieur de l'incision verticale.

L'on apprécie ensuite du doigt revêtu d'un caoutchouc stérile le *retour du poumon à la paroi*. Parfois il est voisin, ou bien encore quoique éloigné, il se mobilise bien, et s'applique contre la paroi à l'inspiration. Mais parfois il en reste éloigné et sa rigidité atteste de la pachypleurite. Il faut alors pour le moins craindre la lenteur de la guérison et intensifier la gymnastique respiratoire.

Notons que bien souvent une amélioration imprévue survient et que la cavité régresse rapidement.

*La courbe thermique* est suivie de près. Si la température ne descend pas ou réapparaît, il faut tout d'abord éliminer par un pansement minutieux une rétenction pleurale ouverte. En l'absence de cette cause il faut en rechercher plusieurs autres.

Une *rétenction pleurale fermée* est parfois perçue au doigt explorateur. On l'ouvre facilement. En réalité, c'est l'examen radioscopique qui découvrira cette rétenction, chaque fois que le malade est transportable.

On pensera à une *reprise évolutive de la pneumopathie* et le diagnostic se basera moins sur l'auscultation que sur l'évolution et l'expectoration.

En l'absence de ces cas il faut rechercher un *autre foyer* (autre foyer pleural, péricardite, collections sous-phrénique ou périrénale, évolution de la septicémie).

Toutes ces recherches sont parfois infructueuses et rien n'explique la persistance anormale d'une fièvre qui disparaît bientôt.

*La gymnastique respiratoire* est un temps essentiel du traitement post-opératoire.

D'une part elle favorise l'expansion pulmonaire, conserve la souplesse de la corticalité et lutte contre la pachypleurite.

D'autre part, elle favorise, par la mobilisation active des parties, un bon drainage. Enfin elle améliore le standard respiratoire physiologique.

Tous les appareils sont bons, depuis l'appareil de Pescher jusqu'aux moyens de fortune, pourvu qu'ils obligent le sujet à expirer contre un obstacle. Il est bon de faire constater à l'intéressé lui-même les progrès obtenus qui objectivent l'augmentation quotidienne de la capacité pulmonaire.

La question se pose bientôt de la *suppression du drainage*. Et il importe d'éviter les écueils, suppression trop précoce et risque de rechute, suppression tardive et risque de chronicité.

On se basera sur la date, du 8 au 12<sup>e</sup> jour en général. A ce moment en général on est invité à ne plus drainer par les signes suivants : le pansement est souillé d'une façon minime, la température reste normale, le poumon est à la paroi.

Parfois les signes sont moins nets. Il faut alors étudier la cavité à l'écran. Sans les cas limites, aux environs du 15<sup>e</sup> jour, il faut se décider et supprimer le drainage. C'est une chance à courir, en étant averti de la possibilité d'un échec. En ce cas il faut rétablir le trajet et le drainage, quitte à le supprimer bientôt après.

De toutes façons, une fois le drain retiré, on fera quelques lavages quotidiens de la plaie au Dakin, certainement inoffensifs à ce moment.

**II. Pleurotomies à minima.** — La pleurotomie à minima a un avantage, elle ne crée pas de pneumothorax opératoire. Elle a un inconvénient : elle ne draine pas toujours suffisamment.

Ceci posé, il faut faire entrer en ligne de compte plusieurs faits : d'abord le *shock* qu'elle crée étant minime, elle pourra être proposée chez les malades les plus débilisés. Ensuite sa technique est aisée au lit même du malade. La nécessité de la déclivité moins rigoureuse que dans la pleurotomie large. C'est une intervention de petite chirurgie. La surveillance des opérés est facile. Le pansement se borne à quelques soins locaux.

Enfin, la cavité suppurante n'étant pas distendue par le pneumothorax partiel, l'évolution vers la chronicité n'est pas à craindre puisqu'il n'y a pas de cavité.

Toutes ces raisons ont contribué à donner à ce procédé depuis quelques années, une faveur considérable parmi les médecins. Malheureusement cette pleurotomie est parfois insuffisante, et il faut alors se résoudre à faire une pleurotomie large, avec résection costale, pleurotomie qui sera faite dans des conditions médiocres.

Les techniques de cette pleurotomie sont de deux ordres. Il est des procédés qui créent d'abord le pneumothorax par une pleurotomie large, puis proposent de le résorber par un artifice irréversible ? Ces procédés mixtes comprennent :

1° Le siphonnage après pleurotomie large, après pleurotomie avec résection costale on introduit un drain à collerette, puis on resserre la plaie autour du drain et l'on installe un système d'aspiration ;

2° Le procédé de Grégoire : il consiste à inciser la peau et les muscles à deux espaces au-dessous de l'incision pleurale, à doubler le lambeau d'une lame de caoutchouc qui fait office de drain. Ainsi se trouve réalisé un ingénieux clapet.

3° Le procédé de Costantini où on fait une résection limitée grâce à un appareillage spécial (costotome emporte-pièce) et où l'on introduit un drain à double collerette ; la collerette mobile étant serrée entre le plan costal et les téguments suturés au-dessus d'elle.



4° Le procédé de Delagénère où le drain ordinaire est encapuchonné d'un doigtier de baudruche perforé excentriquement d'un coup de ciseaux, et qui fait office de soupape pendant l'inspiration.

Ces procédés mixtes réussissent dans les cas simples. Mais cette pleurotomie ne supprime pas le shock. D'autre part, l'étanchéité du drainage est souvent temporaire, du fait de l'altération des téguments et de la suppuration pariétale. Et l'effet du pneumothorax se trouve supprimé.

La véritable pleurotomie à minima consistera à glisser à frottement dur dans un espace intercostal un drain relié à un quelconque système irréversible ; sans négliger absolument la déclivité, mais sans s'y attarder de trop près, sans évacuer immédiatement tout le contenu pleural, sans faire d'exploration directe.

La technique la plus simple est la suivante :

Après anesthésie locale et incision verticale de 3 à 4 cm. menant sur l'espace intercostal, l'on fait écarter les plans superficiels. L'on ponctionne à l'aiguille, l'on insinue dans le trajet une sonde cannelée, puis une pince de Kocher que l'on écarte faiblement. Après écoulement d'une quantité notable de pus, on introduit à l'aide d'un dilateur à trois branches, un drain de caoutchouc de 15 cm., dont l'autre extrémité est obturée par une pince. Ce drain ne pénètre pas de plus d'un ou deux centimètres dans la cavité pleurale. Ce drain peut être simple ou à collerette. Il est amarré par un crin aux plans pariétaux. L'incision est rétrécie jusqu'à son contact et l'on installe le système de drainage. La fixation du drain peut être assurée par une collerette ou un fixe-drain. Cet artifice de drainage irréversible peut varier infiniment :

— Simple tube de caoutchouc de 80 cm. descendant dans un bocal à demi rempli d'une solution antiseptique faible ;

— Aspirateur du procédé de Delbet avec bocal faisant office de gazomètre et relié à un drain à collerette ;

— Procédé de Delagénère, au doigtier de baudruche, applicable ici, de même que celui de Costantini.

D'autres procédés enfin, ventouses aspiratrices, drain à bille de Tuffier, drain de Coquelet avec fixe-drain, trompe à eau, etc...

Ce drainage une fois installé, la question se pose des lavages de plèvre. Ils sont utiles, assurant un meilleur drainage et fragmentant chimiquement les fausses membranes qui obturent les drains. Ils sont parfois dangereux par réflexe pleural, il faut donc les faire avec une extrême lenteur.

Le liquide employé est tantôt une solution de liqueur de Dakin, parfois de pepsine chlorhydrique. La gymnastique respiratoire est bien entendu activement appliquée.

L'évolution est, dans les bons cas, très heureuse et très simple. Au 7<sup>e</sup> ou 8<sup>e</sup> jour, l'évacuation devenue insignifiante, les signes cliniques et radiologiques autorisent la suppression du drainage. On a obtenu la guérison dans un laps de temps minime et sans séquelles.

Mais les mauvais cas existent. Le drainage est médiocre, la pleurésie persiste, la fièvre ne tombe pas.

Il faut alors, non pas substituer un drainage libre qui offrirait le double inconvénient d'être trop étroit et insuffisamment déclive, mais décider d'une nouvelle pleurotomie, large, avec résection costale cette fois.

Dans ces cas l'on est assez rapidement fixé sur l'insuccès de la méthode ; et il faut savoir se décider rapidement à l'abandonner. Il n'en reste pas moins vrai que, dans les cas douteux, l'on soit à temps de faire une pleurotomie à minima peu shockante, quitte à intervenir largement ultérieurement.

Enfin la simplicité même de la technique et de la surveillance de cette pleurotomie pourrait devenir un danger si, devenue simple intervention de petite chirurgie, elle échappait au contrôle quotidien d'un chirurgien habitué à suivre les suppurations.

## INDICATIONS

Le traitement des pleurésies purulentes de la grande cavité est essentiellement chirurgical. La notion en est bien établie depuis la fin du siècle dernier, depuis Trousseau (1844) et Terrier. On en retrouverait trace, à travers de longues hésitations, jusque chez Hippocrate, qui en avait découvert les deux temps essentiels : l'incision, le drainage.

Depuis Trousseau, l'évolution des idées a porté surtout sur le moment de l'intervention et sur le procédé de pleurotomie.

Sur le premier point, l'expérience de la guerre (camps américains) et celle de l'épidémie de grippe de 1918-1919, nous ont donné un enseignement capital : la nécessité de retarder la pleurotomie dans la majorité des cas, ceux où la pleurésie purulente complique un foyer pulmonaire.

Quant au choix du procédé, il se pose entre les deux types d'intervention : la pleurotomie large, la pleurotomie hermétique avec drainage irréversible. Chacun de ces procédés a des partisans souvent intranquillants. Il nous semble au contraire que dans la grande variété des cas cliniques, l'un ou l'autre de ces procédés trouve ses indications. Ce sont elles que nous allons essayer de préciser.

Tout le problème de l'indication tient donc dans les deux propositions : choix du moment et choix du procédé de la pleurotomie. Pour le résoudre, nous ne pouvons nous adresser à un seul argument, tel le germe en cause dont on fait la base habituelle des classifications didactiques. En fait, trois éléments d'ailleurs intriqués, sont à considérer : l'état du poumon, l'état général, la nature du microbe.

On se basera donc d'abord sur l'observation clinique, puis sur la réponse du laboratoire.

Les indications tirées de l'examen clinique découlent de l'état du poumon sous-jacent à l'épanchement. Disons tout de suite qu'il est très difficile d'en juger. Il y a cependant des cas schématiques et la question est résolue lorsque l'on a assisté à l'évolution d'un foyer pulmonaire.

Tel est le cas de la pleurésie métapneumonique et l'on a dépisté le début de la pleurésie s'inscrivant sur la feuille de température par une reprise de la fièvre, affectant un type nouveau.

Mais souvent la pleurésie survient pendant l'évolution de la pneumopathie et dans ce cas il faut apprécier l'existence et les caractères évolutifs de cette dernière sur des indices cliniques. Ce sont avant tout la *dyspnée* et l'*expectoration*.

Toute dyspnée s'accompagnant de cyanose signifie : foyer en évolution et contre-indique l'intervention. Elle correspond à une insuffisance pulmonaire et souvent aussi cardiaque.

Mais il faut savoir penser à éliminer d'une part la dyspnée causée par un épanchement abondant. En ayant donc repéré un niveau élevé, des déplacements d'organes, il faut ponctionner et évacuer une certaine quantité de liquide. Si la dyspnée diminue, disparaît, c'est que le poumon n'en était pas responsable.

D'autre part, il faut songer à une dyspnée toxique. Elle s'accompagne de pâleur et se rencontre dans les formes sévères, à streptocoques le plus souvent, et souvent accompagnée d'état septicémique. Elle n'est pas en soi une contre-indication opératoire. Elle engagera seulement à une pleurotomie peu choquante.

L'expectoration entre en ligne de compte au même titre que la dyspnée : sa surveillance est un temps essentiel de l'examen médical et sa signification est à interpréter. En effet, le plus souvent, elle est en rapport avec le foyer pulmonaire : elle est alors rouillée ou sanglante, ou franchement muco-purulente. Elle est abondante, la courbe de son poids est stationnaire ou ascendante. Mais parfois elle n'a pas cette signification. Elle peut être en relation avec une bronchite persistant longtemps après l'extinction du foyer pulmonaire. Les crachats sont alors muqueux et blanchâtres, parfois porracés. Il ne faudra pas s'y tromper.

Elle peut traduire une *fistule pleuro-pulmonaire*. En ce cas son aspect purulent est caractéristique. Elle a eu un début rapide ; rarement elle a revêtu l'aspect d'une vomique moyenne ; plus souvent elle s'est manifestée par l'apparition soudaine de crachats purulents ; l'examen clinique et radiologique dans ce cas montre un pneumothorax. On peut confirmer par l'épreuve de l'injection pleurale d'une substance décelable dans l'expectoration (bleu de méthylène).

Cette fistule pleuro-pulmonaire ne contre-indique pas en soi l'intervention. Elle commande seulement une pleurotomie à minima (Coquelet), l'abstention de lavages de plèvre et de gymnastique opératoire. Cette pleurotomie sera tardive. Seule l'existence de vomiques incessantes inviterait à se hâter.

De toutes façons il faut craindre la chronicité et prévoir à peu près à coup sûr une intervention plastique.

L'expectoration enfin peut traduire l'existence d'une *suppuration pulmonaire*. Problème de radiologie uniquement quand elle se complique de pleurésie de la grande cavité, cas particulièrement grave. Dans ce cas, le traitement de l'abcès pulmonaire prend la première ligne : ou bien on n'intervient pas encore, et il faut tenter de gagner du temps à grand renfort de ponctions — ou bien le moment est venu d'intervenir. La pleurésie étant en règle cloisonnée au niveau de l'abcès, la voie d'abord servira pour les deux foyers. Dans le cas de pleurésie généralisée le problème devient très délicat. Il est difficile de conserver le foyer

pulmonaire près de la paroi une fois la plèvre incisée. Plusieurs incisions sont en général nécessaires pour drainer les deux foyers. Il va sans dire que le pronostic de ces cas est très sombre.

Dyspnée et expectorations sont donc les deux bons éléments. L'examen physique est en effet sans valeur nette du côté lésé. Mais il faut rechercher s'il n'existe pas du côté opposé un foyer en évolution, dont la signification est la même quant à l'abstention opératoire provisoire.

Ces points ainsi précisés, quelle est la valeur de la qualité du poumon en cause quant à l'indication thérapeutique ?

S'il s'agit de *pneumocoque*, on est volontiers conduit à opérer tôt et largement. En effet, les pleurésies à pneumocoques sont en général consécutives à des pneumopathies, relativement bénignes, localisées, d'évolution plus ou moins cyclique et courte. Elles surviennent le plus souvent après l'évolution du foyer pulmonaire, à un moment où l'état général du malade n'est pas très amoindri, on peut donc opérer relativement tôt.

Par ailleurs, la pleurésie purulente pneumococcique est constituée par un pus vert, bien lié, de consistance épaisse. On trouve à l'intervention des fausses membranes volumineuses, cohérentes, agglutinées en bouchons fibrineux. Les injections pleurales de Dakin et même de pepsine chlorhydrique fragmentent insuffisamment ces débris. Ceux-ci favorisent la pachypleurite et peuvent gêner le bon drainage. Il est donc conseillé d'ouvrir largement.

En cas de pleurésie *streptococcique*, au contraire, tous les éléments sont contre l'ouverture large et précoce de la plèvre. En effet, les foyers pulmonaires multiples, d'évolution lente et acyclique, indiquent une temporisation prolongée, l'état général des sujets touchés par la toxémie streptococcique et grippale incite au minimum de shock, la fluidité du pus n'exige pas, comme dans la pleurésie pneumococcique, un drainage de grand calibre. Par ailleurs l'existence d'une sérothérapie antistreptococcique efficace serait pour certains un argument de plus pour agir médicalement et attendre ainsi le moment opportun.

Donc, pas de shock, pas de pneumothorax, ni substratum pulmonaire important. Il faut faire une pleurotomie à minima et tardive, sans excès.

Cependant il est une exception : certaines pleurésies streptococciques surviennent en dehors d'une lésion pulmonaire évolutive au cours de l'évolution d'un foyer streptococcique, tel qu'un érysipèle. Elles représentant la localisation à distance d'une streptococcémie. Ici la pleurotomie à minima précoce trouve son indication parfaite.

Il en est de même dans les pleurésies *gangréneuses*. On sait que le simple fait de retirer un liquide putride à la ponction oblige à la pleurotomie immédiate, quel que soit l'état du poumon et l'altération de l'état général. Il faut choisir le procédé le moins shockant, la pleurotomie à minima. L'expérience montre qu'elle ne dispose pas plus que la pleurotomie large au phlegmon diffus pariétal. On sait aussi que les suites en sont souvent simples quand le shock est minime et le foyer pulmonaire peu important. Ce sont ces cas où



sous l'influence des lavages au Dakin, la plaie prend cet aspect rosé et humide de bon augure. Le pronostic repose donc presque uniquement sur l'évolution spontanée du foyer gangréneux pulmonaire aigu sur lequel il est contre-indiqué d'intervenir à cette période.

Dans les cas où la ponction ramène un liquide purulent et où le laboratoire répond : *staphylocoque*, il faut d'abord s'assurer soi-même par une technique impeccable qu'il s'agit bien d'une étiologie staphylococcique, et non pas d'un abcès froid pleural bactériologiquement infecté, ou d'un liquide de pleurésie tuberculeuse ensemencé au cours de manipulations, par le staphylocoque blanc.

Ces faits éliminés, il faut songer à rechercher dans les cas où l'origine pulmonaire n'est pas nette, une cause pariétale ou métastatique sur laquelle il faudrait agir.

Ces cas bien précisés, la conduite à tenir est la temporisation minime et la pleurotomie large. Leur pronostic est constamment bon. Seule l'éventualité rare d'une lésion pulmonaire à évolution incertaine inciterait à la pleurotomie à minima après temporisation notable.

En présence de pleurésies bilatérales enfin, l'indication à la pleurotomie à minima est formelle. Les pleurotomies seraient faites en deux opérations distinctes, et le souci d'éviter le pneumothorax bilatéral est une impérieuse indication à réaliser une ouverture progressive de la plèvre avec drainage strictement irréversible.

Ces conclusions générales ne sont pas valables pour les pleurésies des petits enfants. Réserve faite des cas où la ponction suffit (car le pneumocoque est le germe en cause le plus souvent), il faut faire des pleurotomies économiques dont les résultats sont habituellement très bons.

## IX<sup>e</sup> CONGRÈS DE L'ASSOCIATION DES GYNÉCOLOGUES ET OBSTÉTRICIENS DE LANGUE FRANÇAISE

Alger, 15-16-17 avril (1).

C'est dans la magnifique salle Pierre-Bordes que s'est ouvert, en présence du gouverneur général Jules Carde, sous la présidence du professeur Henrotay (d'Anvers) et du professeur Laffont (d'Alger), le IX<sup>e</sup> Congrès de l'Association des gynécologues et obstétriciens de langue française. Autour des présidents se pressaient : les professeurs Brindeau, J.-L. Faure, Lévy-Solal (de Paris), Andérodias (de Bordeaux), Bocquet (d'Angers), Delmas (de Montpellier), Mayer (de Bruxelles), Villard (de Lyon), Paucot (de Lille), Georgiu (Bucarest), Tomaselli (de Naples), Gneissaz (de Neuchâtel) ; les docteurs Cathala, Douay, Rimey, Lantuéjoul, Roulland, Bouffe de Saint-Blaise, Hinglais (de Paris), Schockaert (de Louvain), professeur Hauch (Copenhague), Brouha (de Liège), Voron, Labry, Pigeaud, Rhenter (Lyon), Hamm, Keller, P. Burger (de Strasbourg), Gellé (Lille), les professeurs agrégés et accoucheurs d'Alger, etc.

Le gouverneur général J. Carde salua les délégués étran-

gers et, faisant allusion au rapport du professeur Laffont sur la protection obstétricale en Afrique française, dit :

« Nous n'ignorons pas, messieurs, que si nous avons fait beaucoup, il nous reste encore davantage à faire. Un service de protection maternelle et infantile fonctionne depuis plusieurs années. Nous travaillons à en accroître l'importance et à en étendre le champ d'action. »

Le professeur Henrotay, président de l'Association, évoque le souvenir de la domination romaine en Algérie et souligne les progrès accomplis depuis l'occupation française. Il adresse enfin un hommage ému aux membres de l'Association décédés depuis le dernier congrès : le professeur Pinard, A. Schwab, Spire, Minin, E. Delaunay et le professeur César Roux (de Lausanne).

Il termine en rappelant les progrès récents de l'obstétrique et de la gynécologie et en adressant au professeur Brindeau la reconnaissance de l'Association pour le dévouement qu'il apporte depuis seize ans comme secrétaire de l'Association.

Dans un éloquent discours, le professeur Laffont, après avoir salué les représentants étrangers, envoie le salut du Congrès au professeur Bar, fondateur de l'Association, retenu à Paris. Il célèbre ensuite l'union plus que jamais nécessaire de l'obstétrique et de la gynécologie. La médecine tend à la spécialisation par organe : désormais, en gynécologie, l'examen au doigt, à la curette, au bistouri s'impose au médecin comme au chirurgien. On ne saurait séparer le médecin du chirurgien en obstétrique comme en gynécologie. Le spécialiste doit être à la fois un médecin, un chirurgien, un biologiste. Rien de ce qui appartient à la sphère génitale de la femme ne peut le laisser indifférent. Enfin, si la gynécologie, ainsi que le constatait le professeur J.-L. Faure dernièrement encore, cède peu à peu à la médecine une partie de son domaine, l'obstétrique devient de plus en plus chirurgicale.

Le professeur Brindeau termina l'ère des discours par un bref rapport sur la marche de l'Association des gynécologues de langue française.

### ANALYSE DES RAPPORTS

#### I<sup>er</sup> RAPPORT

#### Indications et techniques thérapeutiques des Cervicites chroniques

Rapporteurs : MM. VILLARD (Bordeaux), LABRY (Lyon)

Les cervicites comportent un facteur étiologique infectieux et un facteur traumatique. La puerpéralité et la gonococcie apparaissent bien comme les deux facteurs essentiels : le col constitue en effet une barrière relative à l'infection exogène. Les déchirures cervicales post partum ou post abortum sont une cause favorisante du processus infectieux.

*Histologiquement*, Montel (de Lyon) distingue une forme *unflammatoire* avec légère hyperplasie glandulaire ; une forme *hyperplasique glandulaire* accentuée et une forme adénomateuse, véritable adéno-papillome diffus du col.

Ici, l'inflammation au caractère ulcéreux peut faire le lit du néoplasme. En effet, l'érosion simple, comme le fait remarquer Villard, est rare, et le plus souvent il s'agit d'une ulcération vraie avec perte totale de l'épithélium. De nombreux auteurs ont noté des transformations cellulaires précancéreuses dans les examens histologiques des métrites du col.

La cervicite chronique n'a aucune tendance à la guérison spontanée. La ténacité de l'infection est remarquable, surtout la forme glaireuse gonococcique.

Enfin, si la stérilité est souvent causée par une cervicite, il faudra faire le diagnostic avec le néoplasme au début, la syphilis à toutes ses périodes, la tuberculose.

(1) Association de la Presse médicale française.

**Méthodes thérapeutiques.** — Les rapporteurs passent en revue les principales méthodes thérapeutiques actuellement préconisées. Ils les divisent en trois classes :

Les *méthodes simples* de petite gynécologie ;

Les méthodes se proposant la *destruction de la muqueuse cervicale* malade (procédés chimiques et procédés physiopathériques) ;

Les *méthodes chirurgicales*.

\*  
\*\*

Le *traitement gynécologique simple local* est l'emploi des ovules, tampons vaginaux, la colummisation vaginale, les colorants antiseptiques : bleu de méthylène, mercurochrome (Cotte), acide picrique associé au rouge d'acridine (Douay) ; les solutions de nitrate d'argent, les crayons médicamenteux, etc.

Plus modernes sont les procédés de vaccination par la porte d'entrée (Basset, Poincloux), qui ne semblent pas jouir de la sympathie des gynécologues.

L'aspiration cervico-utérine semble plus efficace. M. Villard présente un appareil qu'il a conçu et qui est particulièrement pratique.

Contre-indication : formes hémorragiques et métrites gravidiques.

L'*émanothérapie*, par injection sous-cutanée de gaz thoron ou l'insufflation rectale de radon, a été préconisée par Gasquet. C'est un merveilleux curatif de l'élément douleur.

La *destruction de la muqueuse cervicale* a été obtenue par la thermocautérisation, la galvanocautérisation, le radium.

Mais aujourd'hui deux méthodes surtout se partagent la faveur des gynécologues : le *filhos* (pâte caustique) et l'*électro-coagulation*.

Le *Filhos* semble bien être adopté par la grande majorité des gynécologues, et la discussion des rapports en fait foi. Il réclame une instrumentation plus facile que l'électro-coagulation.

Toutefois, cette dernière méthode, entre des mains expertes, semble bien un traitement rapide, efficace et pratique.

Innombrables sont les travaux publiés sur le *filhos* depuis sa mise en honneur par Richelot. Les rapporteurs les rappellent et recommandent surtout la méthode de Siredey et Villemin et celle de Pouliot qu'ils décrivent longuement.

Le point le plus important de la technique est la durée du contact du *filhos*. Douay le fixe à 10 ou 15 secondes ; il faut, dit-il, compter jusqu'à 50. De toute façon, il ne faut pas dépasser trente secondes. On évitera que la bouillie caustique atteigne le cul-de-sac postérieur du vagin, où elle pourrait causer des escharres.

Pouliot badigeonne toutes les surfaces cautérisées avec de l'acide acétique à 10 p. 100.

On termine par un lavage copieux du col.

Si le col est fermé, on le dilate aux lamineires (Douay) ou aux bougies d'Hégar (Mouchotte). Pouliot proscrit toute manœuvre de dilatation. Douay a préconisé une pâte caustique, *filhosa*, qui est d'un emploi plus facile quand le conduit cervical est étroit. Les cautérisations seront au nombre de une, deux ou trois, séparées d'un temps variant entre quinze jours à six semaines suivant l'intensité de l'application.

Les *complications* sont les hémorragies et l'infection. Les accidents éloignés sont les atrésies, la plupart du temps dues à une faute de technique.

Les *contre-indications* sont la grossesse, les métrites banales des jeunes mariées, des vierges, des femmes âgées (Siredey), les inflammations aiguës puerpérales ou gonococciques, les métrites cervicales compliquées d'annexites. Lorsqu'il y a métrite du corps et endocervicite, on commencera par un curetage utérin.

Les *échecs* sont très rares, et, les fautes de technique mises à part, il faut alors penser aux infections colibacillaires d'origine intestinale.

\*  
\*\*

Les *méthodes électriques* consistent :

1° En *effluviations* de haute fréquence surtout applicables aux petits cols étroits atrétiques de nullipares ;

2° L'*ionisation* réglée surtout par Laquerrière, qui consiste en irradiations de haute fréquence allant de trois minutes à vingt minutes à raison de deux séances par semaine ;

3° Les *rayons ultra-violet*s, méthode sans danger, mais souvent insuffisante ;

4° Enfin l'*électrocoagulation*. C'est la méthode vraiment nouvelle, efficace et sans doute destinée à détrôner les autres.

Plus encore que les autres, elle doit rester entre les mains des gynécologues spécialisés et réclame une technique parfaite et une expérience consommée.

La coagulation *monopolaire*, une seule électrode reliée par un seul fil à l'un des pôles de l'appareil, donnera une coagulation légère, superficielle.

La coagulation *bipolaire* sera *bi-active*, où l'on utilise deux électrodes actives jumelées, ou *bi-polaire mono-active* ; dans ce cas, on utilise bien deux électrodes, mais l'une est large et indifférente, l'autre est seule active, coagulante.

L'instrumentation a été bien mise au point par Marcel, dont les rapporteurs décrivent les électrodes.

Dans l'application de la coagulation, il faut toujours mettre l'électrode en contact avec le point à coaguler avant de faire passer le courant ; couper le courant avant de détacher l'électrode.

Il se forme une escharre dont on surveille l'élimination.

C'est un procédé rapide, peu douloureux, sans hémorragie, donnant des cicatrices nettes, souples et peu visibles. Les infections étendues sont exceptionnelles, les sténoses secondaires très rares. L'électro-coagulation semble avoir sur le *filhos* l'avantage de supprimer les risques dystoxiques futurs.

Que reste-t-il aujourd'hui du *traitement chirurgical des cervicites chroniques* ?

Enmet avait préconisé la trachélorraphie, Pozzi la stomatoplastie ; mais c'est surtout l'amputation du col à la Schröder, heureusement modifiée par Doléris, Simon, Hégar, Marckwald, qui se partagea la faveur des gynécologues. Pouey, Paul Petit-Dutaillis, Forgue recommandèrent l'amputation conoïde, pour laquelle Villard fit construire un tracteur hélicoïdal vissé dans le col, qui l'amarre solidement et facilite l'ablation du cône cervical.

Le traitement chirurgical des cervicites mérite de rester pour les formes invétérées, à forme tumorale, gros cols hypertrophiés, pour lesquels les autres méthodes sont inactives.

(A suivre.)

H. ROULLAND.

**Directives en pratique médicale ; terrains et tendances morbides**, par le docteur André JACQUELIN, avec une préface du professeur F. BEZANÇON. In-8° de 208 pages. — Prix : 35 fr. Paris, Masson et Cie.

**Soins de la peau et traitement des dermatoses inesthétiques**, par le professeur Louis TÖRÖK, traduit du hongrois par les docteurs Gajdos-Török et Appell-Duclaux. In-8° de 192 pages avec 50 figures. — Prix : 20 fr. Paris, Vigot frères.

**L'âge critique, étude pathogénique et clinique**, par le professeur G. MARANON, in-8° de 333 pages, relié toile. — Paris, Alcan.



## SOCIÉTÉS SAVANTES

## ACADEMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 6 MAI 1935)

Emission de rayonnement par l'excitation nerveuse. — MM. René AUDUBERT et Robert LÉVY.

Diagnostic photométrique du bacille d'Eberth, du para A et du colibacille. — M. Michel FAGUET.

Sur le renforcement de l'action immunisante des toxines et des antitoxines. — MM. G. RAMON et E. LEMÉTAYER. Dès 1925, M. Ramon a établi que l'addition de substances non spécifiques, telles que la poudre de tapioca, à l'antigène (anatoxine diphtérique, tétanique, etc...) permet d'obtenir une production abondante d'antitoxine chez les chevaux soumis à l'injection d'un tel mélange. Depuis, MM. Ramon et Richon ont montré que l'immunité obtenue chez les petits animaux de laboratoire, grâce aux anatoxines diphtérique ou tétanique peut être fortement accrue en ajoutant à ces antigènes d'autres substances que le tapioca, comme la cholestérine, la lanoline, etc... Les auteurs rapportent les résultats de leurs expériences, appliquant les mêmes principes (lanoline) à l'immunisation antitétanique des animaux domestiques. Notons seulement aujourd'hui l'intérêt pratique d'un tel procédé d'immunisation.

(SÉANCE DU 13 MAI 1935)

Les virus neurotropes. — MM. LEVADITI et VIEUCHANGE montrent, dans une note présentée par M. MESNIL, qu'il

est possible de conférer l'encéphalite herpétique au lapin et la poliomyélite au singe en déposant le virus herpétique et le virus poliomyélitique dans le conduit auditif externe. Les conditions expérimentales ont été telles que toute contamination par une autre voie que celle-ci est pratiquement exclue.

Le parallélisme céphalo-hématique. — M. CHARCOT présente une note de M. MARTIAL, lequel a mis en évidence une constante qui démontre un parallélisme exact entre l'indice céphalique et les groupements sanguins. L'auteur en tire comme conséquences la possibilité : d'un contrôle mathématique de l'exactitude des recherches anthropométriques et sérologiques, de l'appréciation de l'homogénéité d'une race donnée et de fournir des directives à la greffe interrassiale pour aboutir à un métissage harmonique.

## ACADEMIE DE MEDECINE

(SÉANCE DU 14 MAI 1935)

La natalité. — L'Académie adopte les conclusions de M. BRINDEAU telles qu'il les a apportées le 12 mars avec l'addition d'un paragraphe final proposé par la commission d'accord avec M. Barrier. En voici le texte :

« Il est difficile d'établir le degré de fréquence des accidents consécutifs aux avortements provoqués clandestins. Certaines complications immédiates comme les hémorragies, les perforations, les péritonites sont très graves, mais rares. D'autres beaucoup plus fréquentes sont des infections locales comme la métrite, la salpingite, les pelvipéritonites chroniques qui rendent souvent les femmes infirmes et nécessitent parfois l'ablation des organes génitaux internes. Ajoutons qu'un certain nombre de cas de stérilité sont dus aux lésions consécutives à un avortement mal soigné.

Tout Déprimé  
» Surmené

Tout Cérébral  
» Intellectuel

Tout Convalescent  
» Neurasthénique

est justiciable  
de la :

6, Rue Abel  
PARIS (12<sup>e</sup>)

NEVROSTHENINE FREYSSINGE

Gouttes de glycérophosphates alcalins (0.40 par XX gouttes).  
XV à XX gouttes à chaque repas. - **Ni sucre, ni alcool.**



## RHIZOTANIN CHAPOTOT

Tanin de Fraisier - Sels de chaux et de magnésie

**Tonique -- Reconstituant -- Recalcifiant**

Anémies -- Bronchites chroniques -- Prétubercules.  
Amélioration rapide des Accidents Diarrhéiques  
et des Néphrites Albuminuriques.

Cachets pour adultes -- Poudre pour enfants  
Granulé pour adultes et enfants

Éch. Méd. grat. P. AUERLOT, Ph. 56, bd Ornano, PARIS-18<sup>e</sup>

TOUTES les Affections du **FOIE** et du **REIN** :

1 à 2 capsules à chacun des deux principaux repas de :

# CAPARLEM

HUILE DE HAARLEM (au Juniperus Oxycedrus)

QUALITÉ INCOMPARABLE ET ACTIVITÉ INSOUÇONNÉE

Laboratoire Lorrain de Produits Synthétiques purs

— **ETAIN** (Meuse)

Les résultats pratiques de l'avortement tels qu'ils nous sont donnés par le congrès panukrainien de 1927 ne peuvent à aucun titre constituer un argument en faveur de cette législation. »

**Influence thérapeutique du pneumothorax sur la tuberculose pulmonaire des femmes enceintes. Etude statistique.** — MM. RIST et JOTTRAS. Les grossesses et l'accouchement sont des causes bien connues de tuberculose pulmonaire. L'institution d'un pneumothorax artificiel permet dans un grand nombre de cas de parer à ce danger et d'amorcer la guérison de la tuberculose, tout en préservant la vie de l'enfant. Lorsque le pneumothorax a été établi durant les derniers mois de la grossesse, la proportion des résultats heureux est de 38 p. 100. Elle est de 55 p. 100 si le traitement est intervenu durant les quatre premiers mois chez les femmes tuberculeuses porteuses d'un pneumothorax qui a rendu inactives leurs lésions. Une grossesse intercurrente est supportée sans incident dans 87 p. 100 des cas. Si la grossesse survient avant que la guérison des lésions pulmonaires ne soit acquise, cette proportion s'abaisse à 58 p. 100. Les résultats qui s'amélioreront encore au fur et à mesure que le pneumothorax thérapeutique entrera davantage dans la pratique courante, sont encourageants.

**Les angio-cholécystites infectieuses à bacilles dysentériques, type Flexner.** — MM. H. SURMONT, R. BUTTIAUX et A. SEVIN (Lille). L'existence de cette variété d'infection biliaire — encore niée par beaucoup d'auteurs — est établie de façon indiscutable par deux observations des auteurs, ils précisent les données techniques bactériologiques et sérologiques qui ne laissent aucune place au doute. Ils ont obtenu des résultats thérapeutiques excellents de l'emploi d'un autobactériophage utilisé : dans un cas, par voie buccale ; dans l'autre, par injection intra-duodénale.

La vésicule biliaire peut donc être un réservoir de B. dysentériques type Flexner, notion aussi importante en pathologie qu'en hygiène.

Les auteurs profitent de ce travail pour appeler à nouveau l'attention des médecins sur la technique de prélèvement aseptique de la bile qu'ils préconisent. Utilisée par eux depuis cinq ans, elle a été présentée à la Réunion biologique de Lille et à la Société de Gastroentérologie de Paris, en avril 1931 ; à l'Académie de médecine le 10 mai 1932.

**La sympathectomie inter-lombo-sacrée dans les artérites oblitérantes et certaines affections chroniques des membres inférieurs.** — M. le prof. DANIELOPOLU et M. A. ASLAN (de Bucarest) rapportent les résultats obtenus avec la méthode de M. Danielopolu (préconisée en 1932) dans 11 cas d'artérite oblitérante et plusieurs cas d'ulcère et d'eczéma variqueux, et d'autres affections trophiques des membres inférieurs. Ils rappellent les recherches physiologiques qui ont établi le trajet des vaso-moteurs des membres. Ces recherches ont démontré que l'extirpation de la chaîne lombaire est inutile et qu'une simple section ou petite résection du cordon au niveau du promontoire doit suffire. Les résultats confirment les prévisions de M. Danielopolu. Sa méthode possède la même efficacité que la sympathectomie lombaire, sans en avoir les inconvénients. La sympathectomie lombaire produit des délabrements des plexus abdominaux qui sont cause de phénomènes de péritonisme aigu très désagréables. Cette méthode est longue et laborieuse et nécessite deux opérations pour être pratiquée à droite et à gauche. La sympathectomie inter-lombo-sacrée ne sectionne que les nerfs qu'il est nécessaire de supprimer, ne donne jamais de péritonisme, est une opération très facile et de courte durée qui peut être exécutée des deux côtés dans la même séance.

**Diagnostic et traitement des péritonites puerpérales généralisées.** — M. le professeur CYRILLE JEANNIN et M. CHOME relatent leur statistique de péritonites puerpérales généra-

lisées. Cette statistique porte sur un nombre total de 70 cas. L'hystérectomie a donné une mortalité de 93,3 p. 100 (29 morts sur 31 opérations). La laparotomie simple a donné une mortalité de 81,8 p. 100. Les auteurs ont obtenu un meilleur résultat par la simple colpotomie suivie de l'injection de sérum de Vincent dans le péritoine par le drain de la colpotomie (50 p. 100 de guérisons).

De ces faits, les auteurs tirent les conclusions suivantes :

1° Que dans les cas où la péritonite semble être consécutive à un accident aigu (rupture ou perforation de l'utérus, fibrome infecté, rupture d'un abcès de l'utérus, d'un thrombus pelvien, d'un pyosalpinx, etc...), il faut faire une laparotomie médiane suivie de l'ablation de l'utérus et des annexes ;

2° Que dans les cas où la péritonite apparaît d'emblée, sans l'intervention d'un de ces accidents aigus, il faut se contenter d'une intervention réduite. Dans ces cas, la colpotomie suivie de drainage par voie vaginale et injections de sérum de Vincent intrapéritonéales leur semble le traitement de choix.

**Individualité des insulinoïdes végétaux et des vitamines B.** — MM. LABBÉ et DONARD.

**Sur une nouvelle manœuvre de respiration artificielle combinée avec la méthode de Schaefer (avec projections).** — M. HEDERER.

## PRATIQUE MÉDICALE

### LE SÉRUM DE JOUSSET PAR VOIE RECTALE DANS LES PLEURÉSIES SÉRO-FIBRINEUSES, LES SPLÉNO-PNEUMONIES ET LES FIÈVRES D'INVASION TUBERCULEUSE DE L'ENFANT (1).

Par MM. le professeur R. PIERRET  
et les docteurs LEFEBVRE et BOCHEREL.

Depuis un certain nombre d'années, un grand nombre d'auteurs ont insisté sur les heureux résultats fournis par l'emploi de ce sérum chez les enfants atteints de fièvre d'invasion bacillaire, de tuberculose hilare, de pleurésie séro-fibrineuse, de spléno-pneumonie, de polysérite.

La voie d'introduction habituelle est la voie sous-cutanée ; la voie rectale est d'un emploi plus récent et jusqu'ici encore peu répandu.

Il semble cependant que les résultats obtenus puissent tenir la comparaison avec ceux donnés par la voie sous-cutanée.

Evitant des réactions sériques parfois brutales, l'introduction du sérum de Jousset par voie rectale, n'est suivie que dans quelques cas isolés d'une poussée thermique passagère vers le dixième jour, d'une durée de 24 à 48 heures, sans urticaire ni arthralgies. Jusqu'ici, la voie rectale n'avait été considérée par tous — et par Jousset lui-même — que comme un pis-aller.

Tout récemment, Blechmann, Berthet et Bohn se sont élevés contre cette opinion, et ont montré qu'au même titre que le sérum anti-pneumococcique, par exemple, le sérum de Jousset méritait d'être administré par voie rectale de façon quasi systématique, tout au moins chez l'enfant. Ils se sont appuyés sur une centaine d'observations qui, toutes, avaient reçu bénéfice de la méthode.

Administré de cette façon, le sérum perd ainsi les risques de choc ou d'accidents sériques qui pouvaient contre-balancer son action heureuse lors de son administra-

(1) *Echo méd. du Nord.*





Le premier produit spécialisé à base d'Extrait de Sangsues.

Créé et expérimenté dans les Hôpitaux de Paris.

**INSUFFISANCES VEINEUSES**  
**INFECTIONS**  
**VASCULO-SANGUINES**  
**PHLÉBITES - SEPTICÉMIES**  
**AMÉNORRÉES**

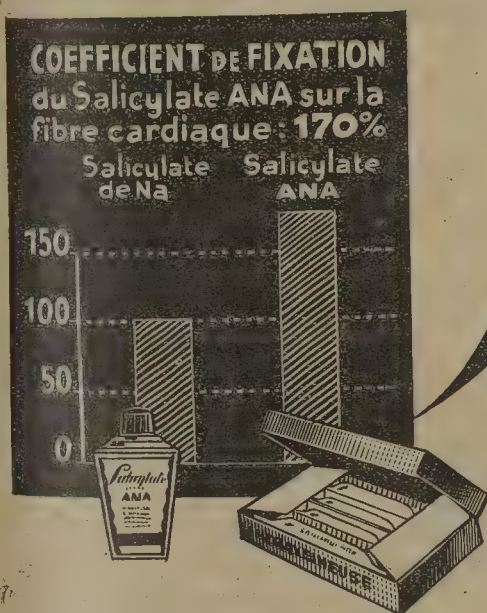
# Hirudinase

(DRAGÉES)

DOSE MOYENNE : 4 A 6 DRAGÉES PAR JOUR

LABORATOIRES "ANA", 18, AVENUE DAUMESNIL — PARIS (XII<sup>e</sup>)

**ANA**



# Salicylate

SURACTIVÉ  
**"ANA"**

SALICYLATE DE SODIUM  
en combinaison  
CALCO-MAGNÉSIENNE  
THIOSULFATÉE

**RHUMATISME**  
**articulaire aigu**  
**et ses COMPLICATIONS**  
**ALGIES**  
**Infections - Septicémies**  
**Troubles hépatiques**

GOÛT TRÈS AGRÉABLE - TOLÉRANCE PARFAITE  
24 grammes de Salicylate de Na suractivé : 15 frs

**SOLUTION**

1/2 cuil. à café } = 1 gr. de Salicylate  
ou 70 gouttes } de Na suractivé

**AMPOULES (INTRAVEINEUSES)**

10 cc. = 1 gr. de Salicylate de Na suractivé

LABORATOIRES "ANA", 18, AVENUE DAUMESNIL — PARIS (XII<sup>e</sup>)



tion par la voie sous-cutanée. Il n'a rien perdu de son pouvoir, il n'a perdu que sa brutalité.

L'essentiel est d'avoir affaire à l'une des formes de tuberculose déjà définies plus haut signées par l'apparition d'une cuti-réaction positive.

*Jousset attache une grande importance à l'intensité et à la précocité de la cuti-réaction.*

Ces deux caractères annoncent des formes jeunes, fluxionnaires, non destructives. C'est contre elles que la sérothérapie s'impose.

Le lavement est à donner de préférence le soir, après un repas léger, et en l'ayant fait précéder d'un lavement évacuateur. La dose journalière est mélangée à un demi-verre d'eau tiède et injectée à la poire.

Les doses à employer peuvent être tenues pour constantes. Dans la première enfance, nous utilisons des doses journalières de 20 cc.; au delà de cet âge, nous nous en tenons à la dose de 40 cc. pro die.

D'une façon assez générale, il est rare de devoir prolonger la sérothérapie au delà de cinq à huit jours consécutifs. Parfois, on sera amené à pratiquer un ou deux lavements de rappel si la fièvre semble se réveiller.

Les auteurs présentent plusieurs observations :

OBS. I. — Pleurésie séro-fibrineuse traitée avec succès par un lavement quotidien, six jours de suite, de 20 cc. de sérum de Jousset, chez une fillette de six ans.

OBS. II. — Pleurésie séro-fibrineuse chez une fillette de 5 ans, guérie par 7 lavements de sérum de Jousset.

OBS. III. — Pleurésie séro-fibrineuse traitée par le sérum de Jousset, chez un enfant de 14 ans, à antécédents familiaux chargés.

OBS. IV. — Pleurésie séro-fibrineuse chez un enfant de 4 ans, guérison rapide par le sérum de Jousset en lavements.

OBS. V. — Enfant de 6 ans. Abondante pleurésie séro-fibrineuse après épisode pseudo-méningitique. Cuti-réaction +++ phlycténulaire. Inoculation au cobaye +. Guérison en 20 jours après 11 lavements de sérum.

OBS. VI. — Spléno-pneumonie chez un enfant de 5 ans : 7 lavements ramènent la température de 39° à 37°.

OBS. VII. — Tuberculose hilaire. Fièvre d'imprégnation bacillaire chez une fillette de 12 ans. 5 lavements quotidiens de 40 cc. et la température tombe de 39°4 à 37, le poids passe de 36 kgs à 43 kgs en 2 mois.

OBS. VIII. — Fièvre de nature tuberculeuse (38°5-39) chez un enfant de 2 ans, sans signe d'auscultation avec cuti positive : 6 lavements de 20 cc. et la température est stabilisée vers 37°.

## DÉFENSE PASSIVE

### UNE DÉMONSTRATION A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Mardi dernier a eu lieu à Paris dans le 6<sup>e</sup> arrondissement le premier exercice public de défense passive. Il a servi d'inauguration au poste de secours installé à l'Ecole pratique par M. le professeur Tanon qui, depuis dix-huit mois, aux côtés de M. Paul Guichard, se dévoue à l'organisation de la défense passive de Paris et de la banlieue.

Dès 9 h. 45, la circulation a été interdite autour de la Faculté. A 10 heures, l'alerte est annoncée par les sirènes, quelques minutes après, une bombe incendiaire (simulée par un feu de Bengale) éclate rue Antoine-Dubois, près de la statue de Vulpian. Les pompiers sont alertés et arrivent au bout de trois minutes en side-car et en taxis réquisitionnés, bientôt suivis par les pompes et échelles. Une voi-

ture d'ambulance ramène au poste 3 blessés. Pompiers, agents et infirmières portent le masque. Dix minutes après, une bombe asphyxiante tombe rue Dupuytren, une remorque de secours (type Versailles) part aussitôt et une ambulance recueille quelques blessés. Enfin une bombe vésicante (ypérite) fait explosion rue Hautefeuille, au coin de la rue Pierre-Sarrazin. Une remorque part encore et les ypérités sont rapportés au poste par des brancardiers. A 10 h. 45, la fin de l'alerte est annoncée par les sirènes.

Le poste de secours de l'Ecole pratique a été installé sur le modèle parfait réalisé à Versailles à l'hôpital militaire, par le médecin colonel Anglade. Il occupe les très vastes sous-sols des bâtiments longeant la rue Monsieur-le-Prince. On y accède par une rampe en pente douce signalée par des plaques peintes au sulfure de strontium qui restent lumineuses dans l'obscurité.

A l'entrée se trouve après un sas, le poste de triage. A gauche, les blessés et la salle d'opération, à droite les asphyxiés et les ypérités.

Plus loin les annexes, lingerie, pharmacie, dortoirs, douches, w.-c. L'éclairage et le chauffage sont autonomes. Il existe trois sorties de secours.

L'installation, grâce aux facilités données par M. le doyen Roussy, a été réalisée en très peu de jours, sous la direction de M. Tanon, par l'architecte de la Faculté, M. Colard, qui a fait un vrai tour de force et a droit ainsi que ses collaborateurs et ses ouvriers à des félicitations très vives. Toute la partie technique a été dirigée par le pharmacien colonel Bruère (installation de la surpression, de la poly-détection, etc.), et par M. le médecin colonel Cot (appareils respiratoires) ; M. Pillut, délégué de M. Mourier, directeur général de l'Assistance publique ; M. François, chef des services d'hygiène à la Préfecture de police, se sont multipliés.

Le poste était placé sous l'autorité de notre collègue Vaudremer, médecin chef, assisté des docteurs Labruyère (asphyxiés) ; Funck-Hellet (ypérités, vésiqués) ; Dessoille (blessés et brûlés) ; Feignoux (pharmacie) ; Boy et Peytel (désinfection) ; Bellon, Simon et Moleski (triage).

Le personnel était fourni par les Sociétés de la Croix Rouge et les Assistantes du devoir national. Enfin, pour le premier essai, les infirmiers du régiment des sapeurs-pompiers ont prêté le concours le plus intelligent et le plus dévoué.

M. Langeron, préfet de police, était présent, ainsi que M. le général Niessel, M. Liard, secrétaire général ; M. Paul Guichard, directeur général de la police municipale, le colonel Islet et les officiers du régiment de sapeurs-pompiers, le colonel Pessel, de l'état-major de la D. P. ; M. Contencin représentait le Préfet de la Seine. Dans l'assistance se trouvaient : Mme la maréchale Lyautey, Mme H. Rodillon, le médecin général inspecteur Sieur, le médecin général Bailby, le médecin colonel Anglade, le colonel Carville et un grand nombre de confrères de Paris et de Versailles.

A la fin de la manœuvre a eu lieu la critique de l'exercice faite par MM. Tanon et Vaudremer. Cette très utile causerie a permis d'envisager un certain nombre d'améliorations facilement réalisables. Elle a permis aussi de souligner la méthode et l'ordre parfaits avec lesquels ont été menées les opérations, malgré l'affluence considérable qui par moments embouteillait un peu trop le poste de triage. Le mérite du D<sup>r</sup> Vaudremer et de tous ses collaborateurs n'en est que plus grand.

Il est bien que la Faculté de médecine ait donné l'exemple en créant un des premiers postes de secours de Paris. Ce beau poste restera comme un centre d'instruction et de perfectionnement. Nous voulons espérer qu'il n'aura jamais d'autre utilisation.

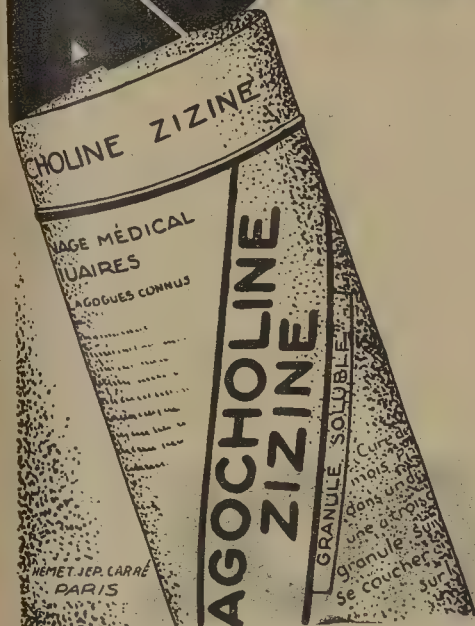
F. L. S.

Le Directeur-gérant : D<sup>r</sup> François LE SOURD.



# AGOLINE

(GRANULÉ SOLUBLE)



## CHOLECYSTITES CHRONIQUES CONGESTION DU FOIE

Lithiase biliaire - Ictère et Cholémie

Dyspepsies réflexes - Constipation { d'origine  
Migraines, Vertiges, Eczéma, Prurit { hépato biliaire

**Posologie :** 1 à 3 cuillerées à café le matin à jeun, dans un demi verre d'eau chaude.

**LABORATOIRES DU D<sup>r</sup> ZIZINE**  
24, 26, Rue de Fécamp - Paris (XII<sup>e</sup>)

## ASSOCIATION PLURIGLANDULAIRE

# COLLOÏDINE LALEUF

DRAGÉES

# OBÉSITÉ

ET MALADIES PAR  
CARENCE DIASTASIQUE

DE 2 A 8 DRAGÉES PAR JOUR  
SUIVANT PRESCRIPTION MÉDICALE

ÉCHANTILLONS - LITTÉRATURE  
LABORATOIRES LALEUF  
20, RUE DU LAOS — PARIS - 15<sup>e</sup>

Nouvelle adresse : 51, rue Nicolo, PARIS (XVI<sup>e</sup>).

**ASTHÉNIE GÉNÉRALE**  
**Action Élective sur les Centres Génito-Spinaux**

# **YO-ANDROL**

(Antero-Hypophysine - Vitamine E - Orchilipoïde, etc.)

**NOUVELLE FORME:**

**Ampoules injectables**



**HOMOLOGUE**

**FÉMININ :**

**YO-GYNINE**

**POSOLOGIE :** 1 injection hypodermique tri-hebdomadaire ou 6 à 9 pilules par jour

---

**LABORATOIRE ISCOVESCO**

**107, Rue des Dames, PARIS**



*La Lancette Française***GAZETTE DES HOPITAUX****CIVILS ET MILITAIRES****PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI****ADMINISTRATION ET RÉDACTION :****49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6°. Tél. : Danton 48-31.****PUBLICITE : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6°) - Téléph. : LITRE 54-93.****PRIX DE L'ABONNEMENT****FRANCE**

3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.

*Etudiants : 25 francs par an.*

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

**ETRANGER**

Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.

Tous les autres pays : 75 francs.

**SOMMAIRE****TRAVAUX ORIGINAUX***Thérapeutique hydrominérale chez les enfants. Cure de Vichy, par MM. Paul et Max VAUTHEY (de Vichy).***IX<sup>e</sup> CONGRÈS DE L'ASSOCIATION DES GYNÉCOLOGUES ET****OBSTÉTRICIENS DE LANGUE FRANÇAISE.***(Compte rendu (fin), par M. H. ROULLAND.)***SOCIÉTÉS SAVANTES***Société médicale des hôpitaux.***INTÉRÊTS PROFESSIONNELS***Encore la circulaire Marquet, par M. A. HERPIN.***LIVRES NOUVEAUX****NOTES POUR L'INTERNAT***Hépatites amibiennes. Signes et diagnostic.***INFORMATIONS**

**HÔPITAUX DE PARIS.** — M. le président de la République, accompagné de M. Queuille, ministre de la Santé publique, et de M. Mourier, directeur général de l'Assistance publique, a fait samedi sa première visite au nouvel hôpital Beaujon de Clichy.

— **CONCOURS DE NOMINATION DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX.** — *Médecine opératoire.* — Séance du 13 mai. — Questions données : « Ligature de l'artère iliaque externe. — Désarticulation de l'épaule. »

MM. Sicard et Merle d'Aubigné, 28; Chabrut, 26; Mouchet, 25; Reinhold, 28; Arousseau, 23; Blondin, 27; Seillé, 28.

*Deuxième épreuve clinique.* — Séance du 14 mai. — MM. Blondin, 19; Seillé, 16; Reinhold et Sicard, 17.

**FACULTÉS DE MÉDECINE.** — PARIS. — *Concours de l'adjuvat.* — *Epreuve orale.* — Séance du 16 mai. — MM. Chigot, 19; Chevallier, Judet, Olivier et Rousseau, 18; Fontaine et Roux, 17.

— *Concours du prosectorat.* — *Epreuve de physiologie.* — Question donnée : « Etude physiologique du nerf carotidien. »

MM. Bauman, 18; Boudreaux, 14; Billet et Poilleux, 12.

**MÉDAILLE D'HONNEUR DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE.** — *Médaille d'or (à titre posthume).* — M. le docteur Peiller,

directeur du sanatorium Léon Bourgeois, à Châlons-sur-Marne.

*Médaille d'argent.* — MM. les docteurs Petitjean, médecin chef de l'hôpital Paul Morel, à Vesoul; Audy (de Senlis).

**COMMISSION SUPÉRIEURE DES MALADIES PROFESSIONNELLES.** — Ont été nommés ou maintenus membres de la Commission supérieure des maladies professionnelles pour une période de quatre années à compter du 25 avril 1935 :

MM. Auribault, le professeur Heim de Balsac, les docteurs Duvoir, Piédelièvre et Bordas, Lambert-Ribot, de Lavergne, Leredu, Parent, Panisset, Fleurent.

**UNION DES MÉDECINS MUTILÉS DE GUERRE.** — Ce groupement de médecins blessés ou mutilés de guerre, fondé en 1926 dans une intention de mutuelle assistance et de camaraderie bienfaisante, vient de renouveler son bureau pour deux ans. C'est le docteur G. de Parrel qui a été élu président en remplacement du docteur Jean Schneider, nommé président de la Fédération nationale des médecins du front. Le docteur O'Followell et le docteur Ménétrel ont été maintenus dans leurs fonctions respectives de secrétaire général et de trésorier de la Société.

Le but principal de l'U. M. M. G. est de se porter au secours des médecins mutilés de guerre qui se trouvent en difficultés, et il y en a malheureusement beaucoup. Sa sollicitude active s'étend aussi aux veuves et aux orphelins des médecins morts au champ d'honneur.

L'Union des médecins mutilés de guerre accueille dans son sein, au titre de membres titulaires, tous les médecins blessés de guerre; au titre de membres adhérents, les confrères mobilisés en 1914-1918; au titre de membres bienfaiteurs, les personnes qui prêtent une aide efficace à la réalisation de ses buts.

Laboratoire Mialhe - 8 Rue Favart - Paris - 2°

La feuille de digitale se prescrit:

**Digi-LANATINE**Extrait total des glycosides  
du Digitalis Lanata

S'adresser pour tous renseignements en écrivant au secrétaire général, 9, rue d'Argenteuil, Paris (1<sup>er</sup>) (joindre un timbre pour la réponse) ou en téléphonant vers 13 heures Opéra 18-87.

**DÉFENSE PASSIVE.** — La Préfecture de police communale :

« La Préfecture de police, répondant aux nombreuses lettres qu'elle reçoit à ce sujet, fait connaître que les personnes désirant être employées éventuellement comme volontaires par les services de la défense passive peuvent adresser leurs demandes à ces services en mentionnant l'emploi qu'elles préféreraient se voir réserver.

Les fonctions sont les suivantes : médecins, infirmières diplômées, infirmières assistantes, brancardiers, surveillants d'immeubles (abris et incendie), gardiens de la paix auxiliaires, services divers, chefs de convois automobiles, conducteurs de poids lourds, conducteurs de voitures de tourisme, mécaniciens (entretien du matériel automobile), magasiniers, surveillants de travaux de désinfection ou de débaillement.

Les six derniers emplois relevant de la Préfecture de la Seine, les demandes qui s'y rapportent peuvent être adressées, soit directement à cette direction, 48, quai de la Rapée, soit à la Préfecture de police qui en assurera la transmission.

Un statut, qui sera promulgué par un prochain décret, réglera la situation des volontaires inscrits.

Enfin, il est rappelé qu'en ce qui concerne le personnel masculin, peuvent être seules retenues les demandes émanant de personnes non soumises aux obligations militaires. »

**L'UMFIA EN ESPAGNE.** — A l'occasion des vacances de Pâques, l'Umfia a organisé un voyage en Espagne dirigé par le docteur Molinéry et auquel ont participé le professeur Andronesco (de Bucarest), le professeur Binet (de Nancy), le docteur Top (de Loon Plage), le docteur Nordmann (de Strasbourg), les doctresses Queyrat, Mircouche (de Paris), etc.

Des réceptions chaleureuses ont été faites aux voyageurs tant à Madrid, Saragosse, Barcelone, etc., où ils furent reçus dans les facultés.

La maison Astier a bien voulu faciliter le séjour de nos membres en Espagne et avait organisé une merveilleuse journée à Monserrat que se rappelleront avec reconnaissance tous les membres du voyage.

**La Croisière médicale franco-belge des Grandes Vacances 1935.** — Continuant une tradition établie depuis douze ans, le Comité a décidé, donnant suite à des suggestions parvenues de différents points d'Europe, de réaliser une nouvelle croisière nordique, durant l'été prochain. Cette XXI<sup>e</sup> croisière sera organisée à bord du paquebot de grand luxe *Foucauld* (15.000 tonnes), qui a déjà effectué les XVI<sup>e</sup> et XVIII<sup>e</sup> Croisières médicales franco-belges, et dont la réputation n'est plus à faire dans les milieux médicaux.

Le voyage aura lieu du 4 au 27 août, vers les *Fjords de Norvège*, le *Cap Nord*, l'*Océan Glacial Arctique*, le *Spitzberg*, et retour par les *Capitales scandinaves*. Itinéraire : Dunkerque, Kopervik, Molde, Andalsnes, Tromsø, Baies du Spitzberg, Ile aux Ours, Cap Nord, Hamarfest, Lyngseidet, Narvik, Oyé, Merok, Bergen, Oslo, Copenhague, Dunkerque. Prix depuis 2.000 francs français pour 24 jours de navigation. Réduction de 5 p. 100 aux médecins et à leurs familles qui en feront la demande de notre part, directement, à la Section des Croisières de Bruxelles-Médical, 29, boulevard Adolphe Max, Bruxelles.

## INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

### ENCORE LA CIRCULAIRE MARQUET

Bien qu'on ait pu dire, que, dans cette affaire, le corps médical avait toute satisfaction, que l'incident était clos, cette circulaire n'en poursuit pas moins ses ravages.

C'est ainsi que la question du relèvement du tarif de responsabilité de la caisse de la Banque Adam n'est pas encore réglée, puisqu'elle figure à l'ordre du jour de la réunion du 22 mai de la Commission interdépartementale des assurances sociales de Seine et Seine-et-Oise.

Elle apparaît encore dans les déclarations de M. Heller, lors de la signature des conventions dans la région parisienne, reproduites dans le rapport établi par le D<sup>r</sup> Dournel, Président de la Fédération des Syndicats médicaux de la Seine :

« Après les présentations d'usage, M. le président de l'Union des Caisses prend le premier la parole, me priant de ne pas l'interrompre, et s'exprime ainsi :

« Docteur, c'est la dernière fois que j'accepte de signer une pareille convention, si, d'ici son expiration, les médecins n'ont pas ajusté leurs tarifs syndicaux minima aux tarifs de responsabilité des caisses ». Comme j'interromps M. Heller pour lui demander de bien vouloir préciser ce qu'il entend par « ajuster », j'obtiens cette réponse complétée par le signe de deux doigts bout à bout : « Si les tarifs médicaux n'ont pas rejoint les tarifs de responsabilité ». M. le Président de l'Union des Caisses s'étend alors longuement sur « les prélèvements importants faits sur le salaire des travailleurs » ; sur « l'état précaire de certaines caisses », aussi bien à Paris qu'en province d'où il revient, qui « ne pourront bientôt plus faire face aux règlements légaux » ; sur les prescriptions de « spécialités qui ruinent les caisses ». Il souligne que le législateur avait toujours pensé que « l'Assuré social n'aurait à payer ni médecin, ni pharmacien » ; que « l'intéressé lui-même y comptait bien, avait été déçu et n'était pas content ».

« Il conclut en estimant que « la seule médecine d'assurance sociale possible » et qu'il faudra obtenir du législateur, c'est « la médecine de caisse qui existe partout ailleurs qu'en France et ce, à la satisfaction de tous. »

Il n'est pas inutile que les médecins sachent où les Caisses veulent les conduire, et où elles les conduiront certainement s'ils ne se décident pas à changer leur politique professionnelle.

A. HERPIN.

### ENCARTAGES DE PUBLICITÉ DANS LA GAZETTE DES HOPITAUX

A la requête de nos lecteurs et pour faciliter leur documentation, notre service de publicité (A. Thiollier, 116, boulevard Raspail, Paris VI<sup>e</sup>) est à leur disposition pour recevoir, par envois groupés sous une seule enveloppe, les demandes d'**ÉCHANTILLONS** ou de renseignements et les répartir entre les différents laboratoires intéressés.

Néuralgies  
Névrites

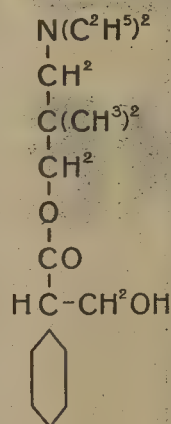
**BROMÉINE MONTAGU**

**QUATAPLASME**

du D<sup>r</sup> L'YGLEBERT  
PANSEMENT COMPLET  
Phlegmasie, eczémas, brûlures, etc



# Syntropan



ester-3-  
diéthylamino-  
2,2-diméthyl-  
propylique de  
l'acide tropique.


## Spasmolytique

## "ROCHE"

Comprimés: 1 à 3 pro die  
Ampoules: 1 à 3 pro die  
Suppositoires: 1 à 2 pro die

Réalisation synthétique de la médication atropinique  
sans mydriase, sécheresse de la bouche etc...

Produits F. HOFFMANN - LA ROCHE & C<sup>IE</sup>, 10, Rue Crillon - PARIS (IV<sup>e</sup>)



**LA BASE BIOLOGIQUE  
DE LA RÉSISTANCE AUX**

**TUBERCULOSES**

# Biocholine

CHLORHYDRATE DE CHOLINE R. & C. POUR INJECTIONS SOUS CUTANÉES

D'après les travaux du Professeur J. CARLES et  
du Docteur F. LEURET. (Communication à l'Académie de  
Médecine - 18 Février 1930.)

Une injection tous les 2 jours. Produit chimiquement  
pur; Aucune toxicité; Injections indolores.

SEULE PRÉPARATION SOUS LE CONTRÔLE  
PHYSIOLOGIQUE ET CLINIQUE DES AUTEURS.

**LABORATOIRES ROBERT & CARRIÈRE, 37, Rue de Bourgogne, PARIS (7<sup>e</sup>)**

LA FÉDÉRATION, PARIS

AFFECTIONS  
SAISONNIÈRES  
DES VOIES  
RESPIRATOIRES  
SUPÉRIEURES

CORYZA  
RHUME DES FOINS  
TRACHÉO-BRONCHITE

SYNERGIE MÉDICAMENTEUSE  
ANTIDYSPNÉIQUE & DÉCONGESTIVE

# CORYPHÉDRINE

ASPIRINE + SANÉDRINE

*Acide acétylsalicylique - Chlorhydrate d'Ephédrine lévogyre*

SOUS FORME DE COMPRIMÉS RENFERMANT

ASPIRINE : 0. GR 50 - SANÉDRINE : 0. GR 015

*Tube de 20 comprimés*

*1 à 4 comprimés par 24 heures  
en prises espacées*

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE

**SPECIA**

MARQUES POULENC FRÈRES & USINES DU RHÔNE

21. RUE JEAN GOUJON - PARIS - 8<sup>ème</sup>

## LABORATOIRES CARTERET

Pas d'accoutumance - Agit vite - Pas d'accumulation

**DIURÈNE**

"Extrait total" d'ADONIS VERNALIS

CARDIOPATHIES - ARTÉRIO-SCLÉROSE  
NÉPHRITES & CIRRHOSES  
OEDÈMES &  
ASCITES

LIQUIDE

PILULES

Posologie : 2 à 6 cuillerées à café  
ou 4 à 12 pilules par jour.

CONTIENT TOUS LES PRINCIPES ACTIFS DE L'ADONIS VERNALIS

Echantillon et Littérature : 15, rue d'Argenteuil, PARIS



## THÉRAPEUTIQUE HYDROMINÉRALE CHEZ LES ENFANTS - CURE DE VICHY

PAR MM.

PAUL VAUTHEY,

et

MAX VAUTHEY,

Ancien interne des hôpitaux  
de Lyon, ancien Médecin  
Hôpital thermal de Vichy,Ex-assistant Institut Hydrologie  
de Lyon, Lauréat  
de l'Académie de médecine,  
Médecins consultants à Vichy.

« L'enfant est le premier, le principal client des stations hydro-minérales, car, très jeune, l'enfant réagit admirablement aux cures thermales. »

« L'enfant doit être justiciable de nos stations thermales, car l'eau minérale est, par excellence, avec le climat, la médication en profondeur de la diathèse, du terrain, de la constitution héréditaire. »

Ces aphorismes, tirés du grand enseignement crénotherapique du Professeur Landouzy, justifient pleinement tout l'intérêt, à la fois scientifique et pratique, que les médecins hydrologues portent aux cures thermales chez les enfants ; ils justifient également tous leurs efforts pour en préciser les indications et faire connaître, par les remarquables résultats obtenus, l'incontestable valeur de cette arme thérapeutique, appliquée à la médecine infantile.

Ces indications, ces résultats ont toujours été nettement exposés et bien mis en évidence, sur place, au cours des V.E.M. aux eaux minérales, par Landouzy et Carron de la Carrière, par leurs élèves et continuateurs, Carnot, Loeper, Rathery, Villaret, Et. Chabrol, etc... Ils ont en particulier montré que de nombreuses stations ont d'excellentes raisons de se prévaloir d'une spécialisation dans la thérapeutique hydro-minérale infantile. D'ailleurs, auprès de plusieurs d'entre elles, ont été déjà installés des colonies scolaires, des parcs de jeux d'enfants, des camps thermo-climatiques, dont Molinéry s'est fait le principal champion, et que l'on a tendance à développer et à étendre de plus en plus, afin de faire bénéficier du climat et de la cure hydro-minérale le plus grand nombre d'enfants possible.

Cependant, malgré les indications spéciales de certaines stations thermales chez l'enfant au même titre que chez l'adulte, aucune d'entre elles n'est spécialisée exclusivement dans le traitement des maladies de l'enfance ; on retrouve, en effet, chez l'enfant comme chez l'adulte, des affections dont les indications thermales sont les mêmes ; les thérapeutiques des eaux minérales sont parallèles chez les uns et chez les autres. Il est à remarquer qu'elles sont même, habituellement, plus accentuées, et que leurs heureuses conséquences sont plus profondes et de plus longue portée chez les premiers, car, comme l'a écrit Castaigne : « On peut dire, sans être taxé d'exagération, que les cures de Salies, La Bourboule, Luchon, Cauterets, Saint-Honoré, Châtelguyon, Vichy, Saint-Nectaire, et tant d'autres eaux françaises qui s'adressent particulièrement aux enfants, et où fort heureusement vont se soigner chaque année un grand nombre de petits Français, ont contribué grandement à la diminution de la mortalité infantile, et surtout à

rendre les enfants plus robustes et à régénérer la race. »

Telle est aussi l'opinion de tous les médecins des stations thermales, opinion basée sur les constatations faites habituellement au cours de chaque saison. En effet, comme le dit A. Ollivier, « c'est à eux (aux enfants) que doit s'adresser le principal rôle de la médecine, qui est de prévoir, à eux qui, n'étant pas toujours, en fait, atteints par la maladie, le sont très souvent en puissance du fait d'une lourde hérédité ». C'est pourquoi, plus encore que les adultes, les enfants doivent être soumis aux cures thermales appropriées aussi précocement que possible, dès que sont découverts les premiers symptômes, — ou mieux à cette étape intermédiaire entre l'état de santé et l'état de maladie où l'on peut dépister ces symptômes « que l'on pourrait appeler pré-morbides » suivant l'expression de Castaigne, — ou mieux à la période où ces enfants ne sont encore que des prédisposés chargés d'une lourde hérédité ancestrale, — dans tous les cas assez tôt pour que le traitement hydro-minéral puisse lutter contre les effets de ces hérédités, redresser les viciations fonctionnelles, et empêcher l'installation de lésions organiques. Et la conclusion qui résume très bien l'opinion générale sur ce point est donnée par R. Pierret dans la phrase suivante : « Nos cures thermales constituent l'un des plus puissants moyens thérapeutiques connus pour la récupération de la valeur fonctionnelle des jeunes organismes ; il s'agit seulement de vouloir et de savoir les utiliser. »

Il s'agit de vouloir et de savoir ! Mais ici on se heurte à une difficulté, au fait que précisément l'on ne sait pas et l'on ne veut pas. Si beaucoup de parents songent à conduire leurs enfants, pendant les vacances, à la mer ou à la montagne, c'est-à-dire à les soumettre à une cure marine ou à une cure climatique, souvent sans l'avis de leur médecin, bien peu pensent à la possibilité et croient à l'efficacité d'une cure thermale pour leurs enfants. Pour eux-mêmes, la cure est acceptée, de nos jours, comme une chose courante ; parfois même ils vont aux eaux de leur propre initiative et leur médecin n'en est informé qu'après leur retour. Mais pour les enfants, l'idée ne leur en vient pas, parce qu'ils ne savent pas ; et c'est le rôle du médecin de famille de les instruire sur ce point afin qu'ils sachent et qu'ils veuillent. « Il s'agit seulement de savoir et de vouloir. »

\*\*\*

Parmi les stations thermales qui reçoivent actuellement le plus grand nombre d'enfants en vue de la cure, Vichy est certainement une des plus importantes. Les enfants y sont nombreux parce que, d'une part, les affections justiciables de ses eaux sont multiples, et que, d'autre part, celles-ci sont capables de redresser des hérédités chargées, d'enrayer le développement et l'évolution d'une diathèse qui, dans sa marche progressive, est susceptible de déterminer des manifestations multiples, récidivantes ou successives, au cours de toute l'existence des individus.

Le mot « Vichy » éveille malheureusement l'idée d'eau minérale forte. Ne dit-on pas en effet que « Vi-

chy est le type des eaux alcalines fortes » ? Dans ces conditions, l'organisme délicat de l'enfant en voie de développement supportera-t-il une médication aussi énergique ? N'en éprouvera-t-il pas des malaises, des troubles nouveaux, et, en fin de compte, sinon une aggravation de la maladie, tout au moins un résultat nul, la cure ayant été faite en pure perte ? Une telle croyance est une erreur profonde, que l'expérience de tous les jours dément formellement.

L'eau de Vichy est dénommée « type des eaux alcalines fortes » en raison de sa teneur relativement élevée en éléments alcalins, et cette dénomination ne préjuge en rien de l'intensité de son action.

Il est vrai, du reste, que la cure de Vichy constitue manifestement une thérapeutique active ; et, comme toute thérapeutique active, pharmaceutique ou physiothérapique, elle doit être posologuée judicieusement, proportionnée et adaptée à l'état de chaque sujet (âge, poids, état général, nature, stade et degré de la maladie, etc...). La valeur thérapeutique et curative de la cure dépend, avant tout, des modalités de prescription et d'exécution ; aucun détail ne peut en être négligé, une surveillance attentive doit être instituée du début jusqu'à la fin, d'autant plus que l'organisme de l'enfant est particulièrement sensible à toutes les influences extérieures, qu'il est susceptible parfois de réactions plus énergiques que l'organisme de l'adulte.

Du reste, l'enfant, quel que soit son âge (et dans cette étude nous comprenons l'enfant et l'adolescent depuis les premiers mois jusque vers la 16<sup>e</sup> ou 18<sup>e</sup> année), supporte admirablement l'eau de Vichy ; il réagit merveilleusement, et dans le sens favorable, à cette thérapeutique hydro-minérale, et il en tire de grands bénéfices. Cet organisme jeune a en effet des organes assez neufs pour faciliter et activer, au niveau des éléments cellulaires, l'absorption, le travail intérieur, l'élimination du médicament complexe eau minérale, et, en outre, des appareils correcteurs qui, en cas de besoin, interviennent rapidement sous l'influence des eaux. C'est pourquoi l'enfant tolère l'eau minérale mieux encore que l'adulte ; et même il est capable, s'il y a nécessité, d'ingérer des doses d'eau qui, par rapport à son poids, sont relativement plus élevées que celles prises habituellement par l'adulte ; et, en particulier, l'eau de la source Grande Grille, dont le nom seul effraie, à tort il est vrai, tant de malades et aussi tant de médecins, est nettement mieux supportée par l'enfant. Enfin, chez celui-ci on ne constate, si la cure est correctement conduite, ni crise thermale, ni accidents sérieux quelconques, comme on en voit parfois chez l'adulte.

\*\*\*

Trois grandes classes de maladies constituent les indications primordiales de Vichy :

- L'arthritisme infantile,
- Les affections hépatiques,
- Les affections digestives.

Déviation de la nutrition qui se transmet de génération en génération, suivant la définition de Lésage, l'arthritisme est donc manifestement héréditaire.

Les fils de lithiasiques, de migraineux, d'asthmatiques, d'obèses, d'uricémiques lithiasiques ou goutteux, de diabétiques, etc..., en un mot d'arthritiques, sont touchés par la diathèse, et tôt ou tard, souvent dès l'enfance, d'après l'hygiène générale, le régime alimentaire, le genre de vie auxquels ils sont soumis, ils présentent une prédisposition ou des manifestations de même nature que leurs ascendants. Frantz Glénard a montré qu'une grande partie de ces affections arthritiques sont sous la dépendance de troubles fonctionnels du foie ; or la plupart des auteurs sont actuellement d'accord pour admettre que le dysfonctionnement hépatique est à l'origine de toute une série d'affections de l'enfance liées par la chaîne arthritique. Aussi le Professeur Mouriquand a-t-il pu, à juste titre, les grouper sous le nom d'*hépatarthritisme infantile*. La diathèse arthritique et la diathèse hépatique marchent de pair et sont très souvent intriquées en clinique ; il en est de même de l'hérédité arthritique et de l'hérédité hépatique. Et à ce titre, l'arthritisme infantile relève, comme les affections hépatiques, de l'équation d'Albert Robin : « Vichy = Foie », dont la réciproque est vraie : « Foie = Vichy ». Le foie étant le lien commun entre elles, il n'est pas surprenant de voir toutes ces manifestations parfois coïncider, ou se succéder, ou alterner chez le même sujet. Car nous pensons comme Petiteau, qui concluait ainsi un important travail sur le traitement hydro-minéral de l'insuffisance hépatique : « Plus précoce sera notre action, plus nous aurons de chances d'éviter au malade la longue suite des misères, et parfois les souffrances, vers lesquelles le conduit la déchéance progressive de vitalité de l'organe (foie) essentiel à la vie de nutrition. »

\*\*\*

**A. Cures préventives.** — Les parents, ayant présenté ou présentant des manifestations arthritiques avérées, rendraient grand service à leurs enfants, héréditairement touchés, s'ils leur faisaient suivre à Vichy une cure préventive, lorsque les circonstances s'y prêteraient, par exemple en même temps qu'ils suivent eux-mêmes le traitement thermal. Le médecin de famille doit appeler l'attention des parents sur l'intérêt d'une telle cure, capable de corriger une diathèse en puissance avant qu'elle n'ait amorcé quelque manifestation.

\*\*\*

**B. Manifestations hépatarthritiques héréditaires.** — L'observation clinique et les heureux effets des médications hépatiques montrent que ces manifestations sont nettement sous la dépendance de troubles fonctionnels du foie, provenant d'une hérédité, soit hépatarthritique, soit hépatique pure, aggravée souvent par des écarts d'hygiène générale, surtout alimentaire. Le foie, en état de dysfonctionnement, de déficience, permet le passage d'albumines hétérogènes ou de toxines, et le déclenchement de ces manifestations. Il est curieux, en effet, de noter que, dans presque toutes ces affections, s'ajoute un élément humoral, avec sensibilisation à modalités très diverses, donnant



naissance, précisément par le fait de l'insuffisance hépatique, à des accidents comparables aux manifestations d'anaphylaxie alimentaire. Il en résulte une double indication de la cure de Vichy dans ces affections, en raison de son action primordiale sur le foie et de son action anti-anaphylactique manifeste. Aussi, pour chacune d'elles, le traitement classique, préconisé par tous les auteurs, comprend, en dehors du régime, les stimulants hépatiques, les traitements de désensibilisation, et la cure de Vichy, celle-ci réunissant les médications hépatique et désensibilisatrice.

**I. VOMISSEMENTS PÉRIODIQUES AVEC ACÉTONÉMIE.** — Ils constituent une des plus importantes de ces manifestations. De cette affection, bien connue actuellement, nous ne voulons retenir que les symptômes hépatiques : décoloration des selles, vomissements parfois bilieux, foie gros, ferme et douloureux, léger subictère. Le traitement de base est le traitement alcalin, et tous les auteurs ont reconnu que l'alcalinisation par le bicarbonate de soude est celle qui donne le plus de succès. Aussi la cure bicarbonatée sodique de Vichy a-t-elle une action remarquable sur cette affection par des modes d'action multiples : action hépatique générale (surtout action cétohydrique), — action désensibilisatrice, — amélioration des fonctions gastro-intestinales réduisant au minimum les fermentations et putréfactions intestinales, — et surtout augmentation de la réserve alcaline, cette affection paraissant bien résulter d'un état acidosique révélé par l'acétonémie.

**II. DERMATOSES.** — Diverses dermatoses, chez certains enfants manifestement hérédito-arthritiques, dépendent assez directement d'un état d'insuffisance hépatique évident. Les principales sont l'urticaire, l'eczéma, les érythèmes, les prurigos, les prurits, l'acné, etc... Le prurigo strophulus, ce prurigo mélangé d'urticaire, spécial aux premières années de la vie, évoluant sous forme d'accès de durée variable, avec des récurrences assez fréquentes après des périodes de calme plus ou moins longues, « ne survient, d'après Saint-Girons, que chez les enfants d'hérédité arthritique, et est lié à une insuffisance hépatique ». L'indication de la cure alcaline se pose nettement dans ces cas. Dinkin traite avec succès l'urticaire par les alcalins à haute dose ; trois fois par jour, après les repas, 8 à 10 gr. de bicarbonate de soude. Pour Gaucher, le groupe des eaux minérales qui doit être mis en première ligne pour la cure de ces dermatoses est celui des eaux alcalines ; d'après lui, « Vichy, par son action directe sur les affections hépato-digestives, est indiqué pour les eczémas des arthritiques, et surtout pour l'urticaire, les affections séborrhéiques et les acnés, toujours en rapport avec un mauvais fonctionnement du foie et du tube digestif ». Il recommande également Vichy pour les prurits des hépatiques, des diabétiques, indication classique par le fait de l'affection causale.

**III. MIGRAINES.** — Chez les enfants, la plupart des auteurs mentionnent la participation plus ou moins importante du foie dans certains types de migraines. Fréquemment les attaques de migraines coïncident dans leur apparition avec des troubles hépatiques. Sédillot estime que le foie est touché neuf fois sur dix

chez les migraineux. Faroy insiste sur cette dépendance, ainsi que sur l'hérédité, un petit migraineux étant souvent fils de migraineux. Il existe aussi des migraines anaphylactiques, ou migraines colloïdo-clasiques (Pasteur-Vallery-Radot), et Faroy incrimine encore dans ces cas le facteur hépatique : elles ne peuvent prendre naissance, dit-il, que si le foie est lésé. Il en résulte que les mêmes traitements indiqués précédemment, y compris la cure de Vichy, doivent leur être appliqués.

**IV. ASTHME INFANTILE.** — Dans cette affection, le terrain joue un rôle considérable, d'après Lesné, Combet, Péhu et Grivet, etc... Pour Lesné, les fonctions gastro-intestinales et hépatiques sont généralement troublées ; en effet, ces petits asthmatiques sont des arthritiques héréditaires ; ils présentent fréquemment une augmentation de volume du foie ; les médecins du Mont-Dore, notamment Moncorgé, ont insisté sur l'insuffisance hépatique, qu'ils ont reconnue dans 85 % des cas. Il faut diriger la thérapeutique dans cette voie, dit Nobécourt, car ces troubles permettent le passage en nature de la substance qui joue le rôle déchaînant. « Toute thérapeutique générale s'adressant au terrain hépatique hâtera la guérison » (Jumon), à laquelle peut s'ajouter toute thérapeutique désensibilisatrice. La cure de Vichy, à laquelle sera associée parfois celle du Mont-Dore ou de la Bourboule, apporte aux petits asthmatiques une amélioration profonde.

**V. PETITS HÉPATIQUES INASSIMILATEURS.** — Le Professeur Mouriquand appelle ainsi les enfants qui, en dehors de toute cause infectieuse ou toxique, tout en recevant une alimentation normale en qualité et en quantité, et en la digérant bien, ne prennent pas de poids, ou en perdent, ou encore ne fixent pas ou ne retiennent pas telle ou telle substance. « Tout se passe en somme comme si l'aliment chez de tels enfants était mal assimilé, mal utilisé. »

Ils présentent habituellement des signes nets de petit hépatisme : intolérance pour les œufs, le lait, les graisses ; épistaxis, poussées de vomissements, décoloration intermittente des selles, faciès et téguments jaunâtres, hypertrophie moyenne du foie. Cette insuffisance hépatique est souvent héréditaire ; dans d'autres cas, elle peut être rattachée à une intoxication alimentaire, ou encore à une intoxication spécifique atténuée. Parfois, ces petits malades présentent des poussées d'urticaire, des crises d'asthme.

Quoi qu'il en soit, « c'est surtout en attaquant cette dystrophie par le foie qu'on obtient, dans un grand nombre de cas, des résultats thérapeutiques intéressants », dit le Professeur Mouriquand, qui ajoute : « une cure de Vichy sera souvent le complément utile de la diététique et de la médication ».

**VI. PETITS INADAPTÉS URBAINS.** — Chez ces petits malades, le Professeur Mouriquand a recherché quel est le terrain sur lequel agissent défavorablement certains milieux urbains. Ses observations lui ont montré que très fréquemment les sujets en cause sont de petits hépatiques à hérédité chargée ; d'autre part, en même temps que s'atténuent les symptômes de leur hépatisme, ces inadaptés urbains s'adaptent plus ou

moins au climat de la ville. « Une cure à Vichy peut favoriser cette adaptation » (Prof. Mouriquand).

VII. INTOLÉRANTS ALIMENTAIRES. — L'intolérance alimentaire est un état, le plus souvent héréditaire et qui existe déjà à la naissance, parfois acquis, à la suite d'un régime alimentaire défectueux prolongé ; elle peut être totale, ou plus souvent relative ; elle peut être continue, ou bien évoluer par crises récidivantes. Elle se manifeste tantôt par des symptômes à prédominance gastro-intestinale (inappétence, vomissements, diarrhée, coliques, météorisme, foie un peu gros et douloureux), tantôt par des symptômes à distance (cutanés, respiratoires, nerveux). Elle peut être attribuée, dans certains cas, à un état d'hypersensibilité digestive, ou à des phénomènes d'anaphylaxie alimentaire ; mais la cause principale en est habituellement un état de déficience hépatique, héréditaire ou acquise par fautes alimentaires. Dans l'un et l'autre cas, la cure de Vichy a une action palliative d'abord, curative ensuite.

VIII. CHOLÉMIE FAMILIALE. — Le plus habituellement héréditaire, elle est la manifestation de ce que l'on appelait autrefois le tempérament bilieux par analogie avec le tempérament arthritique. Or tempérament bilieux et tempérament arthritique, diathèse bilieuse et diathèse arthritique, et leurs manifestations respectives, cholémie familiale d'une part, maladies arthritiques d'autre part, sont réunis par un lien commun, le foie, qui joue un rôle de premier plan dans toutes ces affections. Gilbert et son école ont nettement montré l'intervention de la cellule hépatique dans la cholémie familiale, comme Fr. Glénard avait reconnu le rôle du foie dans toutes les manifestations arthritiques. Ces deux tempéraments ou diathèses peuvent évoluer isolément ; d'autres fois, ils sont intriqués, ce qui est le cas le plus fréquent ; on voit en effet ces jeunes cholémiques commencer parfois par un ictère du nouveau-né, présenter au cours de leur première et deuxième enfance des vomissements bilieux, des débâcles intestinales bilieuses, des migraines, des éruptions cutanées, etc., et plus tard un ictère, émotif ou catarrhal, qui vient renforcer le teint cholémique. La cure thermique alcaline forte est particulièrement indiquée à une époque aussi précoce que possible.

IX. LITHIASÉ URINAIRE ACIDE. — Comprise dans la diathèse arthritique, — les petits lithiasiques étant en effet fils de goutteux, de calculeux, d'obèses, d'hépatiques, de diabétiques, etc... — la lithiasé urinaire acide peut s'observer à tous les âges. Elle est loin d'être rare pendant l'enfance ; et le plus souvent ces petits arthritiques se contentent d'éliminer, par leurs urines, des sables uriques ou uratiques ; mais il est certain que des concrétions uratiques peuvent se former pendant la première enfance dans le bassin et les calices, même dans les tubes de Bellini. On en a même signalé chez le nouveau-né et chez le fœtus. Certaines statistiques donnent la proportion de 50 % de calculeux âgés de moins de 15 ans. D'après Widal, Lemaire et Vallery-Radot, « pendant les deux premières années de l'enfance, on trouve surtout des concrétions d'acide urique ou d'urates ; ensuite pendant la

première et la seconde enfance, ce sont les calculs oxaliques qui sont les plus fréquents ». Pour ces auteurs, « les sujets atteints de lithiasé rénale sont ceux qui bénéficient le plus grandement des cures hydro-minérales », et ils citent en premier lieu les eaux bicarbonatées sodiques fortes. Nous-mêmes, dans des études antérieures, avons montré la part du foie dans cette affection, son rôle dans le métabolisme de l'acide urique, et analysé les nombreux facteurs qui interviennent dans l'action favorable de l'eau de Vichy chez ces malades.

(A suivre.)

## IX<sup>e</sup> CONGRÈS DE L'ASSOCIATION DES GYNÉCOLOGUES ET OBSTÉTRICIENS DE LANGUE FRANÇAISE

Alger, 15-16-17 avril (1).

### II<sup>e</sup> RAPPORT

Les œdèmes de la gestation. Etude physiopathologique

Rapporteur : M. Edmond LÉVY-SOLAL

L'œdème est une augmentation considérable du liquide interstitiel ; il résulte d'une perturbation dans les échanges entre le sang et les espaces interstitiels.

La répartition de l'eau se fait par capillarité dans le système lacunaire, tissu conjonctif sous-cutané, tissus de soutien des organes, tissus interparenchymateux, intermusculaire, cavités séreuses. Widal en 1903 a édifié la théorie des œdèmes et plus tard Vallery-Radot a mis en lumière les variations physiologiques de l'hydratation et de la chloruration.

D'autres théories firent intervenir les protéines du sérum et les lipoides. Dans le déséquilibre protéidique, les protéines du sérum développeraient une force d'attraction sur les liquides interstitiels, indépendamment des lois de l'isotonie. Dans la théorie du déséquilibre lipidique, le mélange acides gras-cholestérine présente un pouvoir d'absorption de l'eau d'autant plus grand que la cholestérine est plus abondante.

Le rapport  $\frac{\text{cholestérine}}{\text{acides gras}}$  constitue le coefficient lipémique.

Chez un sujet normal, il varierait entre 0,35 et 0,50 ; chez les brightiques, entre 0,50 et 0,75. Le déséquilibre lipodique vient s'ajouter au déséquilibre protéidique. Deux forces antagonistes, la pression hydrostatique liée à la pression artérielle et à la vaso-constriction capillaire, et la pression onkotique liée aux protéines, associées ou non aux lipoides, dont la résultante règle les phénomènes d'extravasation et de résorption du liquide plasmatique.

Pathologiquement, on peut concevoir un œdème mécanique, par augmentation de la pression hydrostatique, et un œdème physico-chimique par baisse de la pression onkotique ou variation de la pression osmotique.

Après ces généralités sur les œdèmes, l'auteur aborde l'étude des œdèmes de la grossesse proprement dits.

Il y a d'abord un œdème latent ou pré-œdème révélé par l'étude de la rétention hydrochlorurée.

L'œdème apparent existe dans 49 p. 100 des cas pour certains auteurs, 47 p. 100 pour Lévy-Solal. A la fin de la

(1) Association de la Presse médicale française.

Fin. — Voir Gaz. des hôp., 1935, n° 40, p. 681.



grossesse, il y a une diminution nette des chlorures urinaires (Barr, Daunay) et rétention chlorurée.

Le rapporteur a étudié expérimentalement l'épreuve de déchloruration et de rechloruration chez des sujets normaux et chez les femmes enceintes. Il a recherché la chlorurémie plasmatique chez les femmes enceintes normales et chez les femmes enceintes pathologiques au cours de l'accouchement et des suites de couches.

De ses recherches il conclut : l'œdème latent ou apparent est donc la règle à la fin de la grossesse. Il persiste chez la femme récemment accouchée. Sa disparition est annoncée par une crise polyurique qui ne survient qu'après la montée laiteuse, entre le quatrième et le sixième jour. L'équilibre chloruré normal est alors rétabli.

Au déséquilibre minéral s'ajoute un déséquilibre protidolipidique et des troubles vasculaires. Ces facteurs classiques se trouvent groupés au cours de la gestation. Ce ne sont d'ailleurs là sans doute que les témoins d'une cause plus générale.

L'œdème et toutes les perturbations métaboliques qui peuvent l'accompagner semblent dériver de la suractivité fonctionnelle du lobe postérieur de l'hypophyse ou du complexe tubéro-pituitaire.

La théorie hypophysaire explique en effet la règle et l'exception. Grâce à son pouvoir antidiurétique, le lobe postérieur de l'hypophyse retarde l'élimination de l'eau. Ainsi se trouve amorcée une rétention qui ne peut être durable que si cette eau contient des chlorures.

Si les réserves chlorurées sont insuffisantes (régime déchloruré), l'hypophyse est capable de mobiliser les chlorures organiques. Cette extraction tissulaire a pu être réalisée expérimentalement ; on a pu l'observer à l'excès dans certains syndromes tubériens ; elle peut enfin réaliser le syndrome de rétention chlorurée sèche.

### III<sup>e</sup> RAPPORT

#### Etude clinique sur les œdèmes de la grossesse

Rapporteur : M. Ernest GUEISSAZ, de Neuchâtel (Suisse)

Après un cours historique des œdèmes de la grossesse, le rapporteur pose la question suivante : *Existe-t-il des œdèmes essentiels de la grossesse ?* A l'aide de quelques observations, il conclut que la grossesse peut, par elle-même, causer des œdèmes.

Entre les œdèmes légers qui sont en quelque sorte la règle chez la femme enceinte, et les œdèmes importants, qui sont rares, on observe tous les degrés.

Cet œdème peut aussi se présenter sous forme d'un état œdémateux généralisé à tous les tissus, muscles, viscères, etc., créant ce qu'on a appelé l'état de *pré-œdème* ou d'*œdème latent*. La femme enceinte aurait une « soif tissulaire » qui crée cet état de pré-œdème. C'est par la courbe de poids que l'on s'aperçoit de la rétention d'eau dans les tissus pendant la grossesse.

Toutefois d'autres méthodes plus rapides ont été imaginées : 1° l'épreuve d'Aldrich et Mac Clure ou test cutané d'hydrophilie ;

2° Le test de transsudation de Fiessinger ;

3° L'épreuve du déplacement des œdèmes par la balance de Mosso.

Cette rétention d'eau dans l'organisme est mise en évidence par l'augmentation de la diurèse fréquemment observée dans les suites de couches. On admet que l'accouchée normale perd dans les dix premiers jours du post-partum 1,6 à 2 kilogrammes. Cette perte de poids est proportionnelle à l'intensité du pré-œdème ou de l'œdème de la grossesse. Dans les œdèmes graves, elle peut atteindre 10 à 15 kilogrammes.

La fréquence des œdèmes est très grande pendant la grossesse : l'état normal ne se rencontrerait que chez 3 p. 100 des femmes enceintes. Les 97 p. 100 des autres fem-

mes auraient soit des œdèmes de stase, soit de l'hydropisie physiologique ou pathologique avec œdèmes.

Cet œdème se reconnaît non seulement à l'augmentation du poids, mais à l'augmentation du périmètre des jambes qui peut se produire sans qu'il existe d'œdème dépressible. Dans 95 p. 100 des cas, on note une diminution du périmètre du mollet d'un centimètre, quatre heures après l'accouchement.

On peut admettre que, dans les derniers mois de la grossesse :

Environ 1 à 3 p. 100 des femmes enceintes n'ont aucun œdème ;

Environ un quart des femmes enceintes ont un œdème de stase ;

Environ trois quarts des femmes enceintes ont de l'hydropisie gravidique.

La localisation des œdèmes se fait le plus souvent aux malléoles, remontant plus ou moins haut sur la jambe. Les doigts et les mains peuvent également présenter des enflures ; on note aussi une légère bouffissure de la face le matin, un œdème des organes génitaux externes.

Les *antécédents*, pas plus que les *facteurs constitutionnels* ou le *genre de vie*, ne semblent jouer aucun rôle dans les œdèmes de la grossesse.

Comme particularités cliniques, on a noté la diminution de la transpiration, parfois de l'hyperthyroïdie.

La *diurèse*, dans l'hydropisie, dépend de l'évolution progressive ou régressive du processus. Les fonctions rénales restent donc normales dans la grossesse avec hydropisie. La rétention d'eau semblerait due à des facteurs extrarénaux. Le cœur reste également apparemment sain. Dans les œdèmes purs, l'hypertension fait défaut ; dans les œdèmes avec albuminurie, l'hypertension est conservée et parfois notablement augmentée.

L'hydropisie physiologique peut apparaître à toute époque de la grossesse ; sa disparition est rapide après l'accouchement.

Les œdèmes graves de la grossesse sont ceux qui atteignent une telle extension que les malades ne peuvent plus se mouvoir qu'avec peine et doivent garder le lit. Ils peuvent même nécessiter une intervention (césarienne pour les gros œdèmes vulvaires).

C'est ce qu'on a classé à tort parmi les toxicoses gravidiques : éclampsie, néphropathie et hydropisie ; affections hépatiques toxiques, atrophie jaune aiguë du foie. Enfin il faut y rattacher les affections nerveuses et cérébrales. Le caractère commun de ces affections serait un trouble fonctionnel vasculaire, atteignant spécialement les capillaires.

Les œdèmes graves de la grossesse sont rares : ils atteignent toutes les parties du corps, les viscères et les cavités séreuses.

Comme particularités cliniques, on relève l'absence de transpiration, l'hyperthyroïdie ; les fonctions cardiaques et circulatoires restent apparemment normales ; la diurèse est troublée comme dans l'hydropisie physiologique ; on a noté des signes de blocage du système réticulo-endothélial.

*Evolution.* — L'hydropisie grave de la grossesse guérit spontanément, complètement et rapidement après l'accouchement, ou avant l'accouchement en cas de mort du fœtus *in utero*.

Le *pronostic* est favorable pour la mère, ainsi que celui de l'accouchement. Il est généralement bon pour l'enfant.

Les œdèmes peuvent s'accompagner d'autres symptômes pathologiques. Quand il y a albuminurie, hypertension, œdème, on a le syndrome d'*éclampsie* (Bar). L'hydropisie serait la cause fondamentale des symptômes pré-éclampsiques et de la crise convulsive, cette dernière serait une manifestation d'œdème cérébral.

La grossesse peut donc produire par un mécanisme encore obscur des modifications pathologiques dans l'orga-



nisme tout entier. Ces altérations se manifestent par un trouble dans les échanges aqueux tissulaires : l'énorme éponge que présente le tissu cellulaire se laisse plus ou moins envahir par l'œdème, et cet état est propre à la grossesse, puisqu'il disparaît après l'accouchement. On peut voir apparaître d'autres symptômes pathologiques, comme l'albuminurie et l'hypertension, sans qu'il soit possible d'établir de relation certaine entre ces différents symptômes.

Le rapporteur passe ensuite en revue les œdèmes dans l'anémie pernicieuse de la grossesse, dans l'hydramnios, dans les cas d'hydropisie généralisée du fœtus, dans les affections cardiaques, dans les affections rénales.

Ce remarquable rapport se termine par le *Traitement des œdèmes de la gestation*.

La thérapeutique de l'hydropisie conduit à un résultat d'autant plus certain qu'elle est prescrite de bonne heure.

Dans l'hydropisie pure, on prescrira le régime hypochloruré, la médication thyroïdienne ou anti-hypophysaire.

Dans les œdèmes graves, diététique et hygiène plus sévère, traitement thyroïdien intensif.

Dans l'hydropisie associée à d'autres symptômes pathologiques, en plus du traitement des œdèmes, on associera toutes mesures thérapeutiques spéciales : ponction lombaire, saignée, décapsulation des reins, interruption de grossesse, que commanderont les symptômes associés.

#### IV<sup>e</sup> RAPPORT

##### L'Assistance obstétricale au Congo belge

Rapporteurs : MM. V. COCQ, professeur à la Faculté de Bruxelles, et Fr. MERCKEN, membre du Comité directeur de l'Aide médicale aux Missions.

Dans un très volumineux rapport qui ne compte pas moins de 116 pages, le professeur Cocq et le docteur Mercken apportent le résultat d'une vaste enquête près des médecins, accoucheuses, infirmières, missions religieuses, qui est venue compléter les documents officiels mis à leur disposition.

Du point de vue assistance obstétricale, le gouvernement belge et les institutions privées ont fait un effort considérable au cours de ces dernières années, et il a porté ses fruits. Les habitudes, les superstitions, le développement différent de ces peuplades du Congo belge, l'étendue de ce pays 82 fois plus grand que la mère-patrie, rendent la tâche très difficile.

Dans le Bas-Congo, la mortalité générale est de 23 p. 100 pour 1933, une natalité de 44,6 p. 100, soit un excédent de 21,4 p. 100, une mortalité maternelle obstétricale de 3,1 p. 100.

Un chiffre d'avortement, de 0,69 à 19,8 p. 100 naissances vivantes que l'on ne peut comparer à un chiffre homologe recueilli en Belgique, car celui-ci serait tout à fait sujet à caution.

Enfin l'index « sexe million » marque une déficience masculine plus marquée que dans les pays européens.

Avant toute assistance obstétricale, il faut bien connaître les mœurs et les besoins de la population. Les résultats déjà obtenus se manifestent dans la diminution du taux de la prostitution avec toutes ses conséquences, ainsi que celui de la mortalité fœtale. Dans les camps de travailleurs, populations qui vivent dans l'orbite des Blancs, on a constaté une chute de la mortalité féminine générale, de la mortalité au cours de l'accouchement et du post-partum, en rapport avec l'assistance obstétricale proprement dite qu'y reçoivent les femmes. On est donc autorisé à penser que l'assistance obstétricale, associée aux autres modes d'assistance médico-sociale, notamment à la lutte anti-infectieuse, au développement de l'hygiène générale et individuelle, ainsi qu'au respect de la quiétude eugénique né-

cessaire à l'épanouissement de la race indigène, exercerait, si elle était étendue dans les mêmes conditions aux populations qui n'en bénéficient pas encore, l'influence bien-faisante que l'on enregistre dans les camps de travailleurs. L'assistance obstétricale est non seulement une nécessité d'ordre médical, mais un instrument efficace de la transformation rationnelle de la vie indigène ; toutefois on se heurte à de sérieux obstacles : raison budgétaire, distance qui sépare ces populations de l'hôpital ou du dispensaire le plus proche ; mentalité de la femme indigène, son apathie et sa répugnance à recourir au Blanc.

L'accouchement est pour elle un acte mystérieux et sacré, qui relève plus du sorcier que du médecin. Il faut donc se garder de lui imposer de force l'assistance obstétricale.

Il faudra réglementer l'âge auquel la jeune fille est apte au mariage, et préparer doucement ces populations à l'assistance obstétricale.

L'assistance prénatale est la plus difficile à faire accepter à la femme indigène. Dans les hôpitaux des villes, dans les camps militaires, dans les formations de la Croix-Rouge ou des Missions, des centres obstétricaux fonctionnent normalement. Les accoucheuses noires qui visitent les villages y envoient régulièrement les femmes enceintes. On y dépiste la malaria, la syphilis, le pian et on y institue le traitement.

Ces centres possèdent une maternité ou un hôpital outillé pour les cas de dystocie.

Le service obstétrical est assuré par un médecin résident aidé d'un personnel blanc ou indigène spécialement préparé au rôle qu'il doit remplir.

Dans les régions éloignées des centres, tout est encore à organiser.

Pour inciter les femmes à venir dans les centres obstétricaux, on multiplie l'octroi de primes, la distribution de fiches ou d'avantages en nature.

On est arrivé ainsi à obtenir que 60 p. 100 des femmes entrent à l'hôpital ou à la maternité pour y faire leurs couches.

Le rapporteur, dans d'éloquents tableaux, montre les résultats remarquables déjà obtenus dans les centres obstétricaux qu'il fixe sur une carte du Congo Belge.

Le gouvernement belge incite par de sérieux avantages les jeunes médecins à aller au Congo : allocation d'une indemnité de 50.000 francs à ceux qui justifient d'un séjour de cinq ans au Congo.

Il résulte de cette remarquable étude que les centres seuls ont jusqu'ici bénéficié de l'assistance obstétricale : ce n'est qu'exceptionnellement que son action s'est étendue aux villages de la brousse qui échappent encore à l'intervention européenne.

#### V<sup>e</sup> RAPPORT

##### La protection obstétricale en Afrique française

Rapporteurs : MM. le professeur LAFFONT et H. FULCONIS

Dans une première partie, les rapporteurs étudient l'œuvre accomplie, les lois et règlements en vigueur en Algérie, en Tunisie et au Maroc. Dans la seconde partie, ils tracent les résultats obtenus en Afrique occidentale française : Sénégal, Dakar, Mauritanie, Soudan, Haute-Volta, Niger, Guinée, Côte d'Ivoire, Dahomey, Cameroun, Togo.

Enfin, en terminant, ils passent en revue ce qui a été organisé en Afrique équatoriale française, à la Côte des Somalis, à Madagascar, à la Réunion.

Cette simple énumération montre l'ampleur du travail mis au point par le professeur Laffont et son collaborateur, le Dr Fulconis.

On ne saurait résumer en quelques lignes ces documents de haute valeur.

Ils montrent le magnifique effort poursuivi par la France depuis 1830, année de la conquête de l'Algérie. Par une



statistique impressionnante, le professeur Laffont apporte les résultats obtenus tant en Algérie que dans toute l'Afrique française.

Si l'on considère que les populations soumises (40 millions environ) augmentent de 100.000 unités environ par an, pour l'Algérie seule, l'augmentation est passée de 2 millions à environ 6 millions 500.000 en cent ans.

La protection obstétricale se trouve en grande partie réalisée dans une région dès que l'hygiène, le travail, source de bien-être, de sécurité et de paix sociale y sont organisés. Elle est la résultante des efforts combinés de l'administrateur avec le médecin, l'hygiéniste, l'accoucheur et le puériculteur.

Chaque région pose un problème spécial : ici, c'est la stérilité ; là, la dystocie consécutive au rachitisme et à l'ostéomalacie ; ailleurs, l'extension des pratiques abortives avec leurs dangers ; ce sont enfin les fléaux sociaux et les épidémies qu'il faut combattre sans trêve.

Au stade initial de l'influence personnelle du médecin a fait suite l'action organisée, systématique et directe des sages-femmes, infirmières-visiteuses, des infirmières-accoucheuses, des assistantes à domicile, de la consultation gratuite, contrôlée, encouragée et poursuivie avec persistance. L'utilisation de l'institutrice et l'éducation des matrones sont aussi des moyens d'action à mettre au premier plan dans certaines contrées.

\*\*\*

Il nous faut mentionner le sympathique et chaleureux accueil des Algériens pour les congressistes. Par un magni-

fique soleil d'été, de très belles promenades, tant à Alger qu'aux environs, furent organisées ; un magnifique banquet permit au délégué de l'Italie, le professeur Tomaselli, de dire les vœux de Mussolini ; au professeur Gueissaz (de Suisse) d'inviter le Congrès à tenir ses assises en 1939 dans son beau pays ; au professeur Georgiu (de Bucarest), de dire son affection pour la France ; au Dr Karnichi, d'affirmer la sympathie des gynécologues polonais pour la France.

Le professeur Laffont remercia les orateurs et les convives ; le maire d'Alger, M. Brunel, souhaita la bienvenue aux congressistes, et le professeur J.-L. Faure, toujours éloquent, fit acclamer l'Italie et Mussolini.

Les très nombreux congressistes reçus par le professeur Laffont avec une si cordiale amabilité conserveront de ce voyage et de ces assises scientifiques le meilleur et reconnaissant souvenir.

Pourquoi faut-il regretter que les gynécologues parisiens et les représentants officiels de l'Obstétricie de l'Ecole de Paris soient venus si peu nombreux à ce Congrès ?

Le prochain Congrès aura lieu à Paris en 1937 et celui de 1939 se tiendra à Lausanne.

H. ROULLAND.

L'arme chimique et ses blessures ; étude générale sur les gaz de guerre, par le professeur Ch. HEDERER et Marc ISTIN. In-8° de 125 pages avec 110 figures. — Prix : 125 fr. Paris, J.-B. Baillière et Fils.

Le grand problème, par Georges LAKHOVSKY, in-16 de 159 pages. — Prix : 12 fr. Paris, Félix Alcan.

# UROMIL

ETHER PHÉNYL CINCHONIQUE — PIPÉRAZINE — HÉXAMÉTHYLÈNE TÉTRAMINE



MOBILISE — DISSOUT  
ÉLIMINE

L'ACIDE URIQUE

ARTHRITISME

DE L. BELIERES - 19, RUE DROUOT - PARIS

DÉSINFECTION = CHLORAMINE  
INTESTINALE = FREYSSINGE

1 à 3 pilules à chaque repas. - 6, Rue Aber, PARIS - Aucune contrindication

MEDICATION CHLORHYDRO-PEPSIQUE

DYSPEPSIES  
Anorexie  
Vomissements  
LIÉNTÉRIE

ELIXIR GREZ  
ET PILULES

CHLORHYDRO-  
PEPSIQUES  
Amers et Ferments  
digestifs

DOSES : 1 verre à liqueur ou 2 à 3 pilules par repas. Enfants : 1 à 2 cuillerées à dessert  
Dépôt : 49, Rue de Maubeuge, PARIS — Envoi franco Echantillons.

Épilepsie!!

dans l'état actuel  
de la Science, les

Dragées Gelineau

(Bromure de potassium arsenical et Picrotoxine)

demeurent toujours

le remède le plus actif,  
le plus puissant  
à combattre l'Épilepsie  
J. Mousnier, Sceaux (Seine) près Paris.

CHARBON DE PEUPLIER sous forme de GRAINS ANISÉS de CHARBON TISSOT  
Humectent, divisent, aseptisent, expulsent.  
et conséquences : MAUVAISES DIGESTIONS, MIGRAINES, LOURDEURS de TÊTE  
DIVISION du BOL ALIMENTAIRE HÉMORROIDES, etc. — Une cuillerée à café avalée comme des graines de lin, après chaque repas.  
CONSTIPATION Toutes Pharmacies. — Echantillons : PARIS 34, BOULEVARD DE CLICHY (Service 2)



## SOCIÉTÉS SAVANTES

### SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 12 AVRIL 1935)

**Syndrome ostéo-musculaire amélioré par la parathyroïdectomie.** — MM. CH. RICHET, SOURDEL, PERGOLA et JAROUSSE. Malade présentant le syndrome suivant : modifications osseuses rappelant l'ostéite fibro-géodique, phénomènes musculaires à type de myosite scléreuse, signes de la série parathyroïdienne. Le malade, cloué au lit, souffrait cruellement à chaque tentative de mobilisation. Les auteurs ont cru devoir faire enlever une des parathyroïdes dont l'aspect rappelait l'adénome. Disparition brusque des douleurs, réapparition de la souplesse des muscles, retour à la normale du bilan calcémique et de la calcémie.

**Considérations étiologiques et pathogéniques sur la chorée fibrillaire de Morvan.** — MM. ROGER (Marseille), LONGCHAMPT (Toulon) et ALLIEZ. Contractions fibrillaires généralisées avec algies diffuses, sueurs profuses, troubles psychiques à base d'anxiété et insomnie, érythème des extrémités.

Les auteurs mettent en évidence avant l'apparition du syndrome clinique, une infection locale (orchite) qui est peut-être le facteur mobilisant du virus neurotrope de la chorée fibrillaire de Morvan.

**Ostéoporose circonscrite du crâne (maladie de Schuller).** — MM. GUILLAIN, LEDOUX-LEBARD, LEREBoullet. Malade atteinte d'un syndrome douloureux cranien accentué avec crises paroxystiques aiguës, paroxysmes spontanés ou provoqués par les mouvements de la tête ou les efforts physiques. Examen radiographique montra des lésions osseuses consistant en d'énormes lacunes bilatérales des os pariétaux et de l'occipital, lésions limitées au crâne, rappelant anatomiquement l'ostéite de Recklinghausen. Les radios sont semblables à celles publiées par Schuller dans l'ostéoporose circonscrite.

**Poliomyélite antérieure aiguë à débat méningé, diagnostiquée tardivement par l'apparition d'une paralysie des muscles abdominaux.** — MM. ALAJOUANINE, TUREL et Boudin. Poliomyélite antérieure aiguë avec paralysie localisée aux muscles de la paroi abdominale, cette paralysie n'ayant été reconnue que tardivement, la réaction méningée du début faisant songer à la tuberculose, chez un adolescent avec passé pulmonaire. On doit, lorsque la question de l'origine poliomyélitique d'une réaction méningée se pose, explorer la motilité des muscles abdominaux et les réflexes cutanés abdominaux.

**Urticaire, œdème de Quincke, arthralgie et ictère.** — MM. TERRABOUX et JUDE pensent qu'il y a un ictère catarrhal peut relever de l'anaphylaxie.

**Acrorhumatisme chronique parkinsonien (rhumatismes d'origine vasculo-sympathique).** — MM. G. DREYFUS, FAULON, LAURENCE et AUDRY. Trois cas de rhumatisme chronique de la main apparu au cours de syndromes parkinsoniens. Du point de vue morphologique : déformation de la main selon le type de flexion de Charcot, avec hyperextension et luxation palmaire des articulations phalangophalanginiennes. Du point de vue radiologique (décalcification diffuse). Du point de vue vasculo-sympathique (causalgie, chaleur et moiteur de la main, élévation du rapport oscillométrique).

**Recherches sur le système vasculaire périphérique des parkinsoniens.** — MM. G. DREYFUS, LAURENCE, AUDRY ont pratiqué l'épreuve conjuguée des bains froids et chauds

successifs, avec calcul du rapport oscillométrique, chez 10 parkinsoniens. Les réactions anormales au bain chaud sont caractéristiques. Marchant de pair avec une élévation relative du rapport oscillométrique, l'hyporéaction au bain chaud apparaît comme le témoin obligatoire d'une perturbation vasculo-sympathique qui se manifeste par des troubles vaso-moteurs, des douleurs à type causalgique favorisant la constitution d'un acrorhumatisme.

**Ombre triangulaire basilaire droite juxta-médiastinale avec bronchectasie chez une jeune fille présentant des expectorations bacillifères.** — M. JACOB. Observation d'une jeune fille hospitalisée pour une poussée de tuberculose récente, avec expectoration positive, chez laquelle l'examen radiologique ne révélait qu'une ombre opaque en forme de triangle à hypoténuse rectiligne allant du hilum milieu de l'hémidiaphragme droit. L'auteur pense à une ombre de sclérose pulmonaire ancienne avec pachypleurite et dilatation des bronches. Une injection de lipiodol confirma ce diagnostic en montrant que l'ombre triangulaire est occupée par un faisceau de bronches dilatées, bronchectasies datant de l'enfance, peut-être d'origine hérédo-syphilitique.

**Modification de l'angle d'impédance sous l'influence de la thyroxine.** — MM. SAINTON et LAMY. Chez les sujets soumis à l'injection de thyroxine, on constate une élévation de l'angle d'impédance qui ne se manifeste qu'après une période de latence de 4 à 5 jours. Si l'injection est renouvelée au bout de 5 jours, l'angle d'impédance se relève, pour retomber ensuite à un chiffre voisin de la normale. Il y a donc modification de la thyroxine par la glande, qui s'effectue lentement.

**Deux cas de septico-pyohémie à bacilles funduliformis, dont un terminé par la guérison spontanée.** — MM. LEMIERRE et MEYER. Deux cas de septicémie à *B. funduliformis* ayant eu pour point de départ une angine ; caractérisés par fièvre irrégulière avec grands frissons intermittents et par des déterminations secondaires pulmonaires et pleurales. Chez les deux malades, poussée d'adénites cervicales avec périadénite. Chez le premier malade : arthralgies et arthrites non suppurées et abcès de la fesse contenant le germe. Malgré l'apparente amélioration, le malade succomba à une vomique.

Le deuxième malade, après un tableau clinique grave, guérit spontanément. Un épanchement pleural s'est développé, qui a fini par se résorber. C'est le premier cas avec hémoculture positive terminé par la guérison.

## LIVRES NOUVEAUX

**Visions rouges (1),** par le professeur SARTORY et M. G. BAILLY.

Voici un livre de toute actualité. MM. Sartory et Bailly ont réuni en un important volume leurs impressions de voyage en U. R. S. S., en Allemagne, dans les provinces baltiques et en Pologne. C'est l'U. R. S. S. qui retient le plus longtemps les auteurs. Ils ont beaucoup vu, beaucoup entendu, ils rapportent une très nombreuse documentation et nous exposent leurs souvenirs d'une façon très objective et très impartiale.

L'œuvre du gouvernement soviétique dans beaucoup de domaines apparaît énorme, parfois démesurée, non sans quelques contradictions qui ont frappé très justement les auteurs. On peut en conclure qu'il existe entre les peuples slaves et nous des différences de compréhension parfois considérables. Ce qui apparaît comme acceptable en U. R.

(1) In-16 Jésus avec de nombreuses illustrations. — Prix : 15 fr. — J. Peyronnet et Cie, éditeurs, 7, rue de Valois, Paris.



<b>AÉROCID</b> AIR TUE	nouveau traitement DE L'AÉROPHAGIE PAR L'OPOTHÉRAPIE	un cachet ou deux comprimés au lever et au coucher
	LABORATOIRE DE L'AÉROCID, 71, RUE SAINTE-ANNE, PARIS	

# OLÉTHYLE-BENZYLE

## TRAITEMENT DE L'ENTÉRITE ET DE L'ENTÉRO-COLITE

La plupart des entérites et des entéro-colites sont dues au développement dans l'intestin des germes pathogènes protéolytiques dont les sécrétions irritent les parois intestinales, d'où les spasmes, l'hypersécrétion, les coliques, la diarrhée dans la plupart des cas, notamment dans les entérites aiguës, la constipation dans certains cas d'entéro-colite, quand le spasme domine l'hypersécrétion.

On sait depuis les travaux de METCHNIKOFF que le vrai traitement de l'infection intestinale consiste à favoriser le développement du bacille lactique, l'antagoniste des microbes protéolytiques.

Le traitement lactique pourtant n'a pas tenu ses promesses; parce qu'on s'est contenté jusqu'ici de faire absorber du bacille lactique. Trouvant dans l'intestin des conditions de développement défavorables, il ne peut profiter et reste sans effet. Pour réaliser un traitement lactique efficace, il faut lui fournir un aliment. C'est là le secret du succès de l'AMIDAL.

L'AMIDAL associe aux ferments lactiques de l'amidon paraffiné, préparé suivant la technique du professeur DOUMER, qui parvient non digéré jusque dans les parties les plus éloignées de l'intestin et y fournit au bacille lactique l'aliment qui permet sa prolifération. Dès lors, l'infection putride anaérobie ne résiste pas à son ennemi naturel.

Les entérites aiguës guérissent d'habitude en moins de quarante-huit heures, même dans les cas les plus graves, dans la diarrhée infantile par exemple. Toutes les diarrhées sont rapidement enrayées, même la diarrhée des tuberculeux si tenace; l'entéro-colite chronique que les antiseptiques intestinaux, toujours irritants, ne parviennent pas à améliorer, cède au seul bon traitement physiologique des infections intestinales que représente l'AMIDAL. Ce médicament agit non seulement sur les formes qui donnent de la diarrhée, mais aussi sur la constipation d'origine spasmodique des entéro-colitiques.

L'AMIDAL s'ordonne, soit en poudre à la dose d'une cuillerée à soupe à la fin de chacun des deux repas principaux, mêlée à de la confiture ou à une demi-banane bien écrasée, soit en cachets, comprimés ou dragées à la dose de 6 à 8 par vingt-quatre heures.

Il est utile dans certains cas d'entéro-colite d'associer au traitement de l'infection un traitement symptomatique dirigé contre le spasme et l'hypersécrétion qui favorisent dans une certaine mesure la persistance de l'infection protéolytique. A ce point de vue, la GENATROPINE est d'une efficacité remarquable. A petite dose (x à xx gouttes ou 1 ou 2 granules 2 ou 3 fois par jour) elle fait disparaître les coliques douloureuses, lève le spasme, tarit la diarrhée.

Laboratoires des Produits AMIDO,

4, Place des Vosges, PARIS

Echantillons médicaux sur demande.

AMIDAL

GÉNATROPINE

S. S. ne serait peut-être pas supportable chez nous. Mais je m'en voudrais de conclure. Lisez ce que MM. Sartory et Bailly nous apprennent sur l'éducation, l'instruction publique, la protection du travail, les assurances sociales, le logement, etc..., vous ne manquerez pas d'être intéressés comme je l'ai été moi-même.

F. L. S.

## NOTES POUR L'INTERNAT

## HÉPATITES AMIBIENNES

### SIGNES ET DIAGNOSTIC

Complication majeure de l'amibiase, dont l'évolution est dominée par le traitement par l'émétine.

**Conditions d'apparition.** — Elles peuvent survenir :

— A toutes les périodes de la dysenterie amibienne : au cours des poussées, dans leur intervalle et parfois tardivement ;

— Dans toutes ses formes, et les dysenteries même les plus larvées n'en sont pas exemptes ;

— Sous toutes les latitudes : dysenterie coloniale, dysenterie autochtone.

On conçoit la difficulté qu'il y ait parfois à rattacher l'hépatite à sa véritable cause.

**En clinique.** — Son polymorphisme est extrême, et nous distinguerons deux ordres de formes :

— Des *formes suppurées*, qui réalisent les abcès amibiens ;

— Des *formes non suppurées*, sur lesquelles on a insisté.

**I. — Hépatites suppurées.** — Elles peuvent être : aiguës, subaiguës ou chroniques.

**A.** — Nous étudierons d'abord : la *forme subaiguë*, la plus communément observée en France.

**DÉBUT.** — Très variable, et souvent trompeur.

— En effet, à côté des cas où l'attention est attirée vers le foie par : du subictère ; une douleur dans l'hypocondre droit, douleur vive avec paroxysme ou simple pesanteur ;

— Il en est d'autres, où le début est imprécis, marqué par :

Soit des troubles digestifs avec état fébrile ;

Soit de simples troubles généraux : fièvre irrégulière ou rémittente qui peut faire penser au paludisme ; asthénie et amaigrissement ;

Soit des troubles pleuro-pulmonaires, avec dyspnée, toux sèche, point de côté qui, avec la fièvre, peut en imposer pour un début de tuberculose.

On voit combien le diagnostic peut être difficile à cette période de début, où cependant l'examen révélerait déjà un foie augmenté de volume et douloureux.

Si le **diagnostic** est posé, le **traitement** éméтинien institué, tout peut rentrer dans l'ordre : *hépatite abortive*.

Non-traité, au contraire, l'abcès va se constituer progressivement.

**ETAT.** — *Abcès constitué.* — Période à laquelle le malade est vu le plus souvent.

**S. G.** — L'aspect du malade fait penser à une *suppuration profonde* :

— Aspect d'infecté, avec faciès terreux et subictérique ;

— La fièvre est variable dans ses modalités : le plus souvent rémittente ou intermittente à type pseudo-palustre avec frissons, sueurs abondantes. Un caractère important en effet de cette fièvre est son irrégularité. Notons cependant qu'elle peut s'atténuer ou même disparaître lorsque l'abcès est constitué ;

— Les urines sont rares ;

— L'amaigrissement rapide ;

— Il existe un état saburral des voies digestives : anorexie, nausées, constipation ou diarrhée rebelle.

**S. F.** — *La douleur hépatique* :

— Siège dans l'hypocondre droit ;

— D'intensité variable : soit vive, continue, avec paroxysmes lors de la toux, de la mobilisation, entraînant parfois une légère dyspnée.

Soit plus sourde :

— Irradiant souvent vers l'épaule droite, réalisant la classique *douleur en bretelle*.

**S. Ph.** — L'examen révèle le *gros foie douloureux*.

**Inspection.** — A jour frisant, chez un malade amaigri, on peut trouver une voussure siégeant au niveau de l'hypocondre droit avec distension et immobilité des derniers espaces intercostaux droits.

**Palpation et percussion.** — Gênées parfois par une défense musculaire de la partie supérieure du grand droit. Montrent surtout deux signes :

**L'hépatomégalie.** — Le bord supérieur du foie est élevé, le bord inférieur largement abaissé. La surface en est habituellement lisse, parfois légèrement bosselée par une masse résistante.

**La douleur.** — Caractère primordial de ce gros foie. Douleur :

a) *Localisée* en un point précis, retrouvée par la pression du doigt ;

b) *Fixe* à plusieurs examens et en rapport avec le siège de l'abcès. C'est dire qu'il faut la rechercher méthodiquement :

Au niveau de l'hypocondre droit et du creux épigastrique ;

Au niveau des derniers espaces intercostaux ;

Dans la région lombaire.

Par ailleurs, l'examen montre en outre :

a) Très souvent, une *réaction pleuro-pulmonaire* de la base droite avec submatité, diminutions des vibrations, frottements et parfois signes d'épanchement.

b) Et surtout l'absence d'ascite, de grosse rate, de circulation collatérale, d'insuffisance hépatique.

En somme, on est en présence, chez un malade infecté, d'un *foie gros, douloureux et fébrile* ; il faut penser à l'abcès du foie, d'autant que :

a) La *formule sanguine* révèle une hyperleucocytose avec polynucléose marquée, alors que l'éosinophilie est disparue.

b) L'*examen radiologique* peut montrer :

Parfois une image en brioche à convexité supérieure en cas d'abcès supérieur ;

Parfois l'image arrondie, plus sombre, d'un abcès central, qui se détache dans le fond opaque de l'ombre hépatique.

D'ailleurs, le plus souvent, la radio ne révèle qu'une augmentation de l'ombre hépatique avec parésie et ascension de l'hémi-diaphragme droit — et souvent une lame pleurale qui comble le sinus costo-diaphragmatique.

(A suivre.)

J.-CH. GIRAUD.

**L'arthritisme, ses misères, ses dangers, son traitement**, par le docteur Jacques SÉDILLOT. Grand in-8° de 439 pages. — Prix : 30 fr. Paris, Louis Arnette.

**Les peurs pathologiques. Genèse. Mécanisme. Signification. Principes de traitement**, par le docteur Henri ARTHUS. Grand in-8° de 186 pages. — Prix : 28 fr. Paris, J.-B. Baillière et Fils.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.



---

# NÉVROSES INSOMNIES

---

# LOBÉLIANE LALEUF

ANTISPASMODIQUE PUISSANT  
EXCLUSIVEMENT VÉGÉTAL  
GOÛT ET ODEUR AGRÉABLES

ATOXIQUE

---

DOSE CALMANTE : 2 à 5 cuillerées à café par jour

DOSE HYPNOTIQUE : 1 à 3 cuillerées à café le soir

---

ÉCHANTILLONS ET LITTÉRATURE  
LABORATOIRES LALEUF  
20, RUE DU LAOS — PARIS (XV<sup>e</sup>)

---

Nouvelle adresse : 51, rue Nicolo, PARIS (XVI<sup>e</sup>).

# FARINES MALTÉES JAMMET

de la Société d'Alimentation diététique

## RÉGIME DES MALADES, CONVALESCENTS, VIEILLARDS

Farines très légères

### RIZINE

Crème de riz maltée

### ARISTOSE

à base de farine maltée de blé et d'avoine

### CÉRÉMALTINE

(Arrow-root, orge, blé, maïs)

Farines légères

### ORGÉOSE

Crème d'orge maltée

### GRAMENOSE

(Avoine, blé, orge, maïs)

### BLÉOSE

Blé préparé et malté

Farines plus substantielles

### AVENOSE

Farine d'avoine maltée

### CASTANOSE

à base de farine de châtaignes maltée

### LENTILOSE

Farine de lentilles maltée

*Alimentation  
des Enfants*

**CACAOS, MALTS, SEMOULES, CÉRÉALES** spécialement préparées pour **DÉCOCTIONS**

Usine et Laboratoires à LEVALLOIS-PERRET. — Brochure et Échantillons sur demande.

**ETABLISSEMENTS JAMMET, Rue de Miromesnil 47, Paris**



# SIROP GUILLIERMOND

**iodo-tannique**

**AFFECTIONS CARDIO-VASCULAIRES, AFFECTIONS PULMONAIRES CHRONIQUES  
LYMPHATISME, GOITRE, DERMATOSES, ALBUMINURIE**

**DOSES : 2 à 4 cuillerées à bouche, à dessert ou à café suivant l'âge**

**PRESCRIRE :**

**SIROP GUILLIERMOND, un flacon**

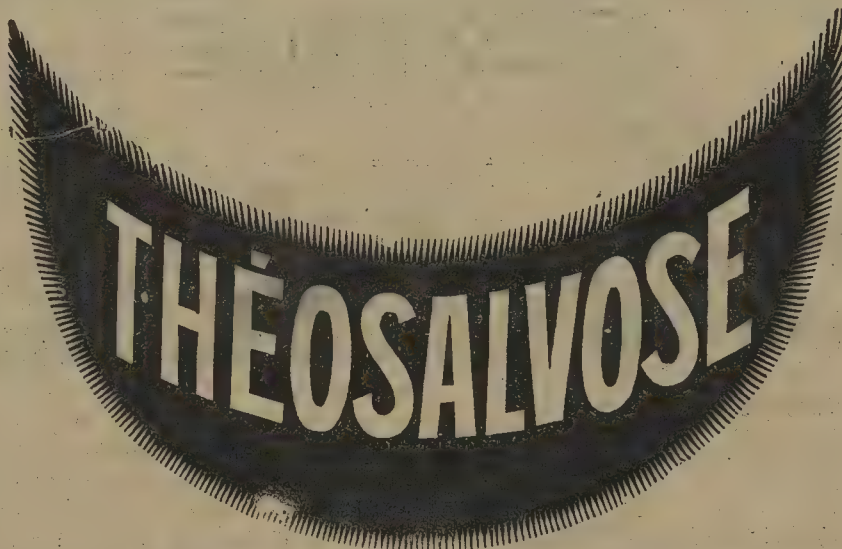
**BERTAUT-BLANCARD FRÈRES  
64, Rue de La Rochefoucauld, PARIS (9<sup>e</sup>)**

**DIURÉTIQUE** { D'UN POUVOIR REMARQUABLE  
D'UNE FIDÉLITÉ CONSTANTE

**Pure  
Digitalique  
Strophantique  
Sparléinée  
Scillitique  
Barbiturique**

**Phosphatée  
Lithinée  
Caféinée**

**Ne se délivrent  
qu'en cachets**



**Cachets dosés**

**0 gramme 25  
et à 50**

**0 gramme 50  
de Théosalvose**

**DOSE MOYENNE :**

**1 à 2 grammes  
par jour.**

**THÉOBROMINE FRANÇAISE** garantie chimiquement pure

**Artériosclérose — Affections cardiaques et rénales — Albuminuries — Intoxications  
Urémie — Uricémie — Goutte — Rhumatismes — Hydropisie — Maladies infectieuses**

**Laboratoires André GUILLAUMIN  
PARIS — 13, rue du Cherche-Midi, 13 — PARIS**

**R. G., 2,14. Seine.**



*La Lancette Française*

# GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6°. Tél. : Danton 48-31.

PUBLICITE : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6°) - Téléph. : LITtré 54-93.

## PRIX DE L'ABONNEMENT

## FRANCE

3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.

*Etudiants* : 25 francs par an.

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

## ETRANGER

Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.

Tous les autres pays : 75 francs.

## SOMMAIRE

## TRAVAUX ORIGINAUX

*Les syndromes neuro-anémiques*, par M. J. LHERMITTE.*De la splénectomie dans le traitement de l'ictère hémolytique infantile* (avec 2 fig.), par M. L. BABONNEIX.*Arthropathies hémophiliques* (avec 2 fig.), par M. LANCE.

## ACTUALITÉS

*Anémies et transfusion*, par M. R. LEVENT.

## CHRONIQUE

*Une conférence du docteur Dartigues : Mussolini et la latinité. Les adieux à la Charité.*

## PRATIQUE MÉDICALE

*Notions nouvelles sur la thérapeutique biochimique des anémies*, par M. FAGUET.

## CONGRÈS

## LIVRES NOUVEAUX

# tonique "roche"

**élixir**2 cuillerées à café  
2 fois par jour.phosphore • strychnine  
arsylène • manganèse**toni-stimulant  
complet**Produits F. HOFFMANN-LA ROCHE & C<sup>ie</sup> 10, Rue Crillon - PARIS

## INFORMATIONS

**MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE.** — M. René Fabre, professeur à la Faculté de pharmacie de Paris, pharmacien en chef des hôpitaux, conseiller sanitaire technique, est chargé de la direction des laboratoires du contrôle de l'Académie de médecine et du ministère de la Santé publique.

**LIGUE FRANÇAISE CONTRE LE RHUMATISME.** (Secrétariat : 2, rue Guynemer; trésorerie : 3, avenue du Président-Wilson, Paris.) — La dernière réunion clinique de la Ligue française contre le rhumatisme a eu lieu le samedi 11 mai 1935, à l'hospice de la Salpêtrière, service de M. Crouzon.

Les questions qui y ont été traitées par M. Gaucher (avec présentation de malades) sont les suivantes :

**Ostéoarthropathies du rachis.** — I. Les spondyloses rhizoméliques : *a.* spondylose rhizomélique gonococcique; spondylose rhizomélique d'origine indéterminée; spondylose rhizomélique et traumatisme; spondylose rhizomélique et cyphose hérédito-traumatique; — *b.* communication de M. Laignel-Lavastine.

2. L'ostéo-arthrite hypertrophique du rachis (rhumatisme chronique vertébral ostéophytique) : *a.* généralisée; localisée; — *b.* communication de MM. Teulon et Dufour.

3. Spondylites infectieuses : *a.* typhique; tuberculeuse : spondylite tuberculeuse et mal de Pott.

4. Rachis et maladies osseuses : *a.* ostéomalacie; Paget; ostéoporose sénile; — *b.* communications de MM. Guillain et Sigwald, Guillain et Ledoux-Lebart.

5. Malformations du rachis : congénitales : spina bifida, etc; acquises : scolioses, cyphoses, etc.

Ont pris part aux discussions : MM. Jausion, Roederer, Justin-Besançon, Garcin, Christophe, etc.

Le compte rendu détaillé de cette réunion sera publié dans la *Revue du rhumatisme*.

Le président, M. le professeur Bezançon, a proposé que la prochaine réunion ait lieu chez M. Guillain et soit consacrée à l'étude de la maladie de Paget. La date en sera fixée ultérieurement.

## RENSEIGNEMENTS

### Le bas médical NESSUS

Contention parfaite. Envoi sur demande à MM. les docteurs des directions pour la prise des mesures, 18, avenue d'Orléans, Paris (XIV<sup>e</sup>).

### ENCARTAGES DE PUBLICITÉ DANS LA GAZETTE DES HOPITAUX

A la requête de nos lecteurs et pour faciliter leur documentation, notre service de publicité (A. Thiollier, 116, boulevard Raspail, Paris VI<sup>e</sup>) est à leur disposition pour recevoir, par envois groupés sous une seule enveloppe, les demandes D'ÉCHANTILLONS ou de renseignements et les répartir entre les différents laboratoires intéressés.

Insomnies  
Toux nerveuse.

**BROMÉINE MONTAGU**

**COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.** — **CLINIQUE MÉDICALE PROPÉDEUTIQUE.** (Hôpital Broussais. Professeur : M. Emile SERGENT.) — *Cours de perfectionnement sur les suppurations bronchiques, pulmonaires et pleurales*, du mardi 11 juin au samedi 15 juin inclus, par MM. Sergent, Baumgartner, Francis Bordet, Cottenot, Couvreur, Henri Durand, Kourilsky, Marc Iselin, Mignot, Robert Monod, Poumeau-Delille, Rouget.

Ce cours comprendra des leçons théoriques et des exercices pratiques qui auront lieu tous les matins et tous les après-midi. — Les exercices pratiques seront réservés aux assistants qui auront versé un droit d'inscription de 250 fr.

**FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX.** — **CLINIQUE OTORHINO-LARYNGOLOGIQUE.** — Cours de perfectionnement du professeur Portmann, avec la collaboration de MM. les professeurs Dupérié, Jeanneney, Leuret, Papin, Petges, Réchou, Teulières, de MM. les professeurs agrégés Delmas Marsalet et Despons, et de MM. les docteurs Berger, oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux, Barraud, chef de clinique, et Junca, ancien aide de clinique, du 15 juillet au 27 juillet 1935.

Essentiellement pratique, ce cours comprend l'exposé des questions de pathologie ou de thérapeutique à l'ordre du jour, l'examen fonctionnel complet de l'audition et de l'appareil vestibulaire, des séances de médecine opératoire, de laboratoire, de broncho-œsophagoscopie, d'anesthésie locale. Les assistants reçoivent une description particulière de chaque intervention. La voient en projection ou en cinéma, l'exécutent eux-mêmes sur le cadavre, la suivent enfin pendant l'exécution sur le vivant.

Les malades sont groupés par affection, de façon à pouvoir examiner la même maladie à des stades différents et en cours de traitement.

Le service comprend des salles d'adultes hommes et femmes et des salles d'enfants : la pathologie et la chirurgie spéciale infantile y sont développées avec un soin particulier.

Chaque assistant est initié individuellement aux diverses méthodes d'examen et de traitement et reçoit à la fin du cours un diplôme délivré par la Faculté.

Prière de s'inscrire au secrétariat de la Faculté de médecine, à Bordeaux. — Droit d'inscription : 300 fr.

## DORMIR AU MILIEU DES BRUITS BOULES QUIES

éviter les OTITES en nageant

LABORATOIRE QUIES, 2, RUE AUGUSTE-CHABRIÈRES, PARIS

ANÉMIES  
DYSPEPSIES  
ANTITOXIQUE



DOSE: 4 à 6  
TABLETTES  
PAR JOUR

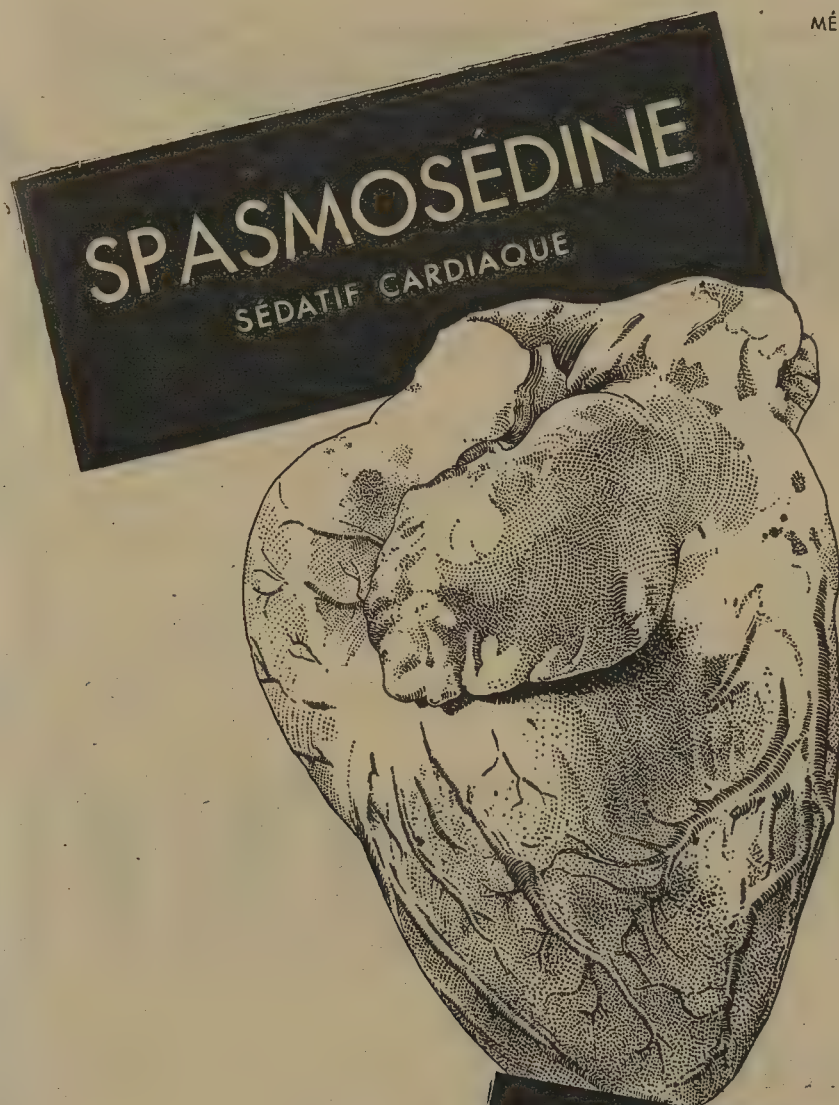
**BIOXYDE DE MANGANESE COLLOÏDAL SELS MAGNÉSIENS**  
Laboratoire SCHMIT, 71 Rue Sainte-Anne, PARIS. 2<sup>e</sup>

**Iodarsenic DU GUIRAUD**  
Gouttes Iodophiles  
Tous états sanguinaires - LYMPHATISME - MALADIES CUTANÉES  
Literature et Echantillons : 10, Impasse Milord, Paris (4<sup>e</sup>)



LABORATOIRES DEGLAUDE  
15, BOUL<sup>g</sup> PASTEUR, PARIS (XV<sup>e</sup>)

MÉDICAMENTS CARDIAQUES  
SPÉCIALISÉS



**SPASMOSEDINE**  
SÉDATIF CARDIAQUE

**DIGIBAÏNE**  
TONIQUE CARDIAQUE

*Les 2 médicaments cardiaques essentiels*

**LES ENDOCRISINES**  
TOUTE L'OPOTHERAPIE

UN COMPLEXE DES "GLANDES DE L'ÉNERGIE"

**LE.  
CRINO-STHÉNYL**

• COMPRIMÉS •  
• AMPOULES •  
• SIROP •

*Elève le potentiel vital*

3 FORMES

COMPRIMÉS	SIROP	AMPOULES
6 comprimés par jour	1 à 2 cuillerées à dessert par jour 1 cuillerée = 3 comprimés	1 ampoule par jour

ECHANTILLONS SUR DEMANDE  
AUX  
LABORATOIRES FOURNIER F<sup>ms</sup>  
7 RUE BISCORNET  
PARIS



## CHRONIQUE

### UNE CONFÉRENCE DU DOCTEUR DARTIGUES : MUSSOLINI ET LA LATINITÉ

Sur l'initiative des *Amitiés de France* que préside Mme Rivière, et sous les auspices du Comité *France-Italie* et de l'*Union médicale latine* (UMFIA), notre confrère Dartigues a parlé la semaine dernière de Mussolini et la Latinité.

La conférence avait lieu au Cercle militaire, sous la présidence d'honneur de S. E. le comte Pignatti Morano di Custoza. Dans l'assistance très brillante, on remarquait les médecins généraux inspecteurs Rouillois, Léon Boyé, le professeur J.-L. Faure, les D<sup>rs</sup> Bandelac de Pariente, Rivière, Molinéry, Dausset, Gudín, Vaccaro, Martiny, Chauvois, les professeurs Lutiario, Gabriel Petit, Laignel-Lavastine, Roule, les D<sup>rs</sup> Crouzon, Jayle, de Parrel, etc. La salle était décorée aux couleurs italiennes et françaises, et derrière le buste de Mussolini, l'arbre généalogique de la Latinité dressé par Dartigues étalait ses nombreuses branches issues de Rome.

C'est par un portrait de Mussolini, de son masque superbe qui marque la réflexion, la volonté et le don de l'action que débute l'orateur. Il insiste sur la personnalité physique du Duce qui lui donne tant de prestige.

Dartigues s'étend ensuite longuement sur l'esprit et l'idéal latins qui ont dirigé l'œuvre prodigieuse de Mussolini.

Les événements actuels permettent de comparer la civilisation latine à une autre civilisation et d'opposer les peuples de stabilité : les latins aux peuples « dits agresseurs ».

Dartigues n'hésite pas à faire cette comparaison, elle lui permet de mettre ensuite mieux en valeur l'œuvre constructive du Duce.

En médecin, Dartigues s'arrête plus volontiers sur l'œuvre sociale et hygiénique réalisée en Italie.

« Mussolini, dit-il, s'est conduit en vrai médecin et même en chirurgien, car il a fait la plus belle transfusion de sang vermeil qui soit au peuple de l'Italie. Son traitement a été réalisé à la faveur de la discipline et de l'ordre, et c'est ce qui fait sa grandeur.

L'orateur ne craint pas de se demander quel sera l'avenir de l'œuvre de Mussolini. « Qu'advient-il quand Mussolini ne sera plus là ? Le fascisme peut disparaître et ses successeurs se faire une guerre acharnée comme les généraux d'Alexandre au partage de son empire. Mais le fascisme n'est pas un empire, ni un gâteau de rois à se partager pour des ambitions ou des bénéfices personnels : c'est un flambeau d'ordre et de clarté, qui doit passer, comme dans la course antique, aux mains les plus aptes à le recevoir pour le transmettre ! Le fascisme disparaîtra, qui sait ! Mais l'œuvre féconde de Mussolini restera, imprégnée de flamme immortelle et dans cette œuvre fasciste surtout, la partie socio-médicale et hygiénique, la lutte contre les fléaux, la maladie et la mort, et aussi la leçon magnifique de la valeur, de la discipline et de l'ordre. D'ailleurs, quand un homme a sauvé un pays qui se mourait comme l'Italie, et dont l'âme et l'esprit sont partie essentielle du domaine universel, quand il l'a recréé de toutes pièces dans l'ordre et par l'ordre au service du progrès, il a fait là deux actes ineffaçables dans la fresque de l'Histoire, et il est à jamais désigné pour la reconnaissance et la durable gloire. J'ai eu confiance en Mussolini malgré les apparences polymorphes de la diplomatie ; j'ai confiance toujours en lui parce que, par son œuvre, il m'apparaît comme un constructeur qui bâtit au lieu de démolir, parce que c'est un homme qui agit au lieu de discuter ».

En faisant ressortir une fois de plus la grandeur de l'œuvre de Mussolini, notre ami Dartigues a bien travaillé pour l'union latine. Il en fut récompensé par l'ovation qui lui fut faite à l'issue de la conférence.

F. L. S.

### LES ADIEUX A LA CHARITÉ

L'hôpital de la Charité disparaît. Pour un dernier adieu aux vénérables murs, notre confrère, le D<sup>r</sup> Godlewski avait eu l'heureuse pensée de réunir dimanche dernier les membres des Assises françaises de médecine générale en un déjeuner intime. Ce repas a eu lieu sous la présidence de M. le professeur Carnot, dans une salle de l'ancien service de Corvisart.

Ensuite on admira une dernière fois les peintures célèbres de la salle de garde des internes en médecine. Puis, dans la vieille chapelle, qui abrita l'Académie de médecine et qui sert toujours aux concours de l'Assistance publique, MM. les professeurs Achard, J.-L. Faure, Sergent, le D<sup>r</sup> Godlewski, retracèrent l'histoire de la Charité. Dans l'assistance se trouvaient trois Frères de Saint-Jean de Dieu représentant les Frères de la Charité qui occupèrent jadis le vieil hôpital.

Enfin M. le doyen Roussy exposa les plans des nouveaux bâtiments que la Faculté de médecine va faire élever sur l'emplacement de la Charité.

## LIVRES NOUVEAUX

*Traité de gastroscopie et de pathologie endoscopique de l'estomac* (1), par François MOUTIER, Chef de Laboratoire de la Faculté de Médecine. Préface du professeur P. DUVAL.

Si dans les maladies de l'estomac, comme dans toute pathologie, la clinique reste la base inébranlable de nos recherches, il faut reconnaître que les méthodes actuelles d'examen de l'estomac ont apporté aux hésitations inévitables de la clinique une singulière précision.

De toutes ces méthodes, la vue directe des lésions apparaît *a priori* comme la plus sûre ; encore faut-il qu'elle soit devenue pratique. Ce livre, écrit par un spécialiste connu de la gastro-entérologie qui est en même temps un anatomopathologiste, nous l'apprend : la gastroscopie s'inscrit aujourd'hui comme un procédé régulier d'examen clinique de l'estomac.

Elle se place sur le même rang que la radiologie : elle en est le complément indispensable. La réalisation des modèles nouveaux de gastroscopes flexibles la rend pratiquement sans danger.

Certes, il est des spectacles gastroscopiques impressionnants : voir sur la petite courbure de l'estomac un ulcère cavitaire et qui saigne goutte à goutte est une vision que l'on aurait qualifiée hier de chimérique. De telles découvertes ne sont pourtant pas les plus utiles, car le diagnostic d'un ulcère hémorragique, en général, est chose facile. Mais là où la gastroscopie se montre une méthode révélatrice, dans les lésions soupçonnables, mais non certifiables par d'autres procédés d'examen, c'est dans le chapitre immense des gastrites.

Seule la gastroscopie permet dans les gastrites d'établir la forme, l'étendue, le degré, l'évolution de la maladie, toutes choses que la clinique est impuissante à préciser. Elle seule ouvre le chapitre des lésions de l'estomac associées aux désordres les plus divers : anémies, glossites, pru-

(1) 1h-8 de 348 pages avec 89 figures et 24 planches hors texte en couleurs. — Prix : 120 fr. — Paris, Masson et C<sup>ie</sup>.

rits, réactions cutanées, accidents généralement dépourvus de toute expression gastrique.

Ce traité de gastroscopie, le premier qui ait été publié en France, va donc devenir le guide indispensable de tous les spécialistes de l'appareil digestif, qui, de plus en plus, auront à recourir à cette méthode d'examen.

On y trouvera non seulement la technique la plus détaillée d'introduction et d'orientation des appareils gastriques, mais encore une étude endoscopique très poussée des lésions, de leur diagnostic et tout spécialement de leur évolution.

L. G.

**Le traitement de la fièvre typhoïde**(1), par le Professeur F. RATHERY, professeur de Clinique thérapeutique à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine, médecin de l'hôpital de la Pitié.

Le professeur Rathery a été l'interne du professeur Chantemesse alors qu'il avait le service des typhoïdiques. Pendant la guerre de 1914, il a dirigé pendant un certain temps l'hôpital de Zuydcoote à la frontière belge, hôpital réservé aux typhoïdiques et aux blessés. Il a pu ainsi, avec la collaboration d'un certain nombre de médecins mobilisés, examiner et soigner plus de 5.000 typhoïdiques. Le professeur Rathery expose ici surtout le résultat de son expérience personnelle, tout en ne négligeant pas de parler des traitements nouveaux qui ont pu être proposés depuis cette époque.

L. G.

**Souffrances de Frédéric Chopin. Essai de médecine et de psychologie** (2), par Edouard GANCHE, Président de la Société Frédéric Chopin. Avec quatre illustrations hors texte.

La vie de douleurs de Frédéric Chopin est révélée dans ce quatrième et dernier livre que lui consacre M. Edouard Ganche. Il a observé l'homme de génie et son œuvre sous les lumières de la médecine, pour juger l'influence de la maladie sur la création du musicien, pour découvrir des situations dramatiques insoupçonnées et une existence d'artiste qui dissimula son martyr physique et moral, et le supporta stoïquement. Tous les documents indispensables à cette démonstration ont été fournis par Chopin lui-même, par ses amis et par George Sand. M. Edouard Ganche n'a fait que les coordonner et les interpréter avec tact, en écrivain et en homme de science. Il élucide définitivement le problème des relations de Chopin avec George Sand, resté obscur et incompréhensible, et qui suscita injustement tant de considérations fausses et insultantes pour la romancière. M. Edouard Ganche place en pleine clarté un grand drame de l'âme et du corps qui inspirera un sentiment d'amour attendri pour la douloureuse et sublime figure de Frédéric Chopin.

L. G.

(1) Collection « Les Thérapeutiques nouvelles ». In-8 de 54 pages. — Prix : 8 fr. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

(2) In-8 écu. — Prix : 20 fr. — Mercure de France, 26, rue de Condé, Paris.

**Les septicémies à bacille perfringens, étude clinique, anatomique et expérimentale**, par le docteur Henri PONS. Gr. in-8° de 196 pages avec 12 figures. — Prix : 40 fr. Paris, J.-B. Baillière et Fils.

**L'eczéma, l'urticaire et les dermatoses prurigineuses, leur pathogénie, leur traitement**, par le docteur Jacques SÉDILLOT. In-8° de 153 pages. — Prix : 15 fr. Paris, Louis Arnette.

## CONGRÈS

**PREMIER CONGRÈS DE L'ASSOCIATION POUR L'ÉTUDE DES RADIATIONS SOLAIRES, TERRESTRES ET COSMIQUES ET DE LEURS EFFETS BIOLOGIQUES ET PATHOLOGIQUES.** (La Malou, 15 juillet 1935.)

A la fin du siècle dernier, on envoyait l'enfant à la mer pendant les vacances scolaires (et même au delà si sa santé rendait nécessaire un séjour prolongé). Puis vinrent des notions nouvelles sur la montagne, l'héliothérapie dans la haute altitude, les sports dans la neige, etc. Récemment, la mode est revenue de l'héliothérapie sur les plages.

Ainsi, le temps, l'expérience, les connaissances acquises ont posé des questions complexes, et le choix a été rendu difficile. La mer et l'altitude, avec leur richesse en rayons chimiques, ont fait naître le problème de la pigmentation et de la défense organique contre l'excès des radiations. Le snobisme d'une peau hâlée par une exposition sans mesure au soleil a même fait apparaître des accidents graves. Avec l'altitude, s'est aussi posée la question du bain d'air accompagnant la nudité. Le bord de la mer, sur un sable jaune, réfléchissant bien la partie calorifique du spectre solaire, a posé la question du bain d'air chaud. Après la défense contre l'excès des rayons ultra-violet, il a fallu se préoccuper de la défense contre le défaut ou l'excès des rayons infra-rouges.

Les aiguilles des sapins, des mélèzes et des pins maritimes, les feuilles vernies et opaques des chênes-verts bordant les plages, réalisent, à l'égard des radiations, une protection bien différente de celle du filtrage des mêmes radiations par les feuilles transparentes des arbres de moyenne altitude. La réflexion du rayonnement solaire sur la neige, la mer, le sable et les espaces clairs, s'oppose à l'absorption et à la transformation des radiations par les prairies et les feuillages verts.

Il paraît donc acquis que les rayons du soleil ont des actions biologiques différentes selon leur incidence et la rencontre de réflecteurs, de filtreurs, de réfracteurs, de diffuseurs aussi divers que ceux que nous avons énumérés. Est-il possible de tirer aujourd'hui, d'applications si variées et d'expériences si nombreuses, un code d'indications et de contre-indications précis, à la portée des praticiens qui sont dans l'impossibilité de suivre des enseignements multiples et parfois contradictoires ?

C'est ce que va tenter ce premier Congrès, qui sera tenu le 15 juillet à La Malou (Hérault), en un point géographiquement neutre et facilement accessible, c'est-à-dire entre la Méditerranée, les Alpes, les Pyrénées et le Plateau Central de la France. Toutes les opinions pourront y être exposées. On s'efforcera d'y réunir toute la documentation nécessaire.

Tous ceux que ces questions intéressent (médecins, physiciens, sociologues, pédagogues, directeurs de maisons de cure, rédacteurs de la presse médicale, chroniqueurs scientifiques, etc...) sont priés d'y assister. Les demandes de renseignements et les offres de collaboration devront être adressées au Secrétariat de l'Association : 24, rue Verdi, à Nice.

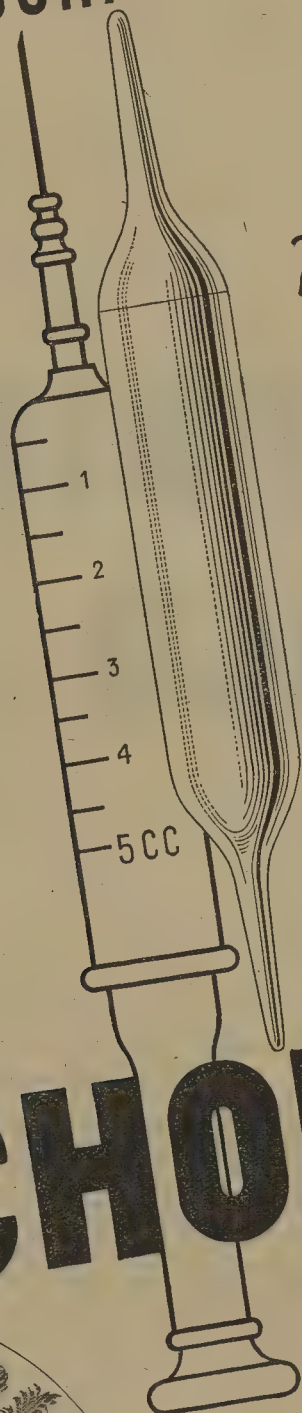
**La colibacillose. Etude clinique et thérapeutique**, par R. STROMINGER, avec une préface du professeur LEGUEU. In-8° de 248 pages. — Prix : 45 fr. Paris, Masson et Cie.

**Le nodule de la corde vocale**, par le docteur Jean TARNEAUD, avec une préface du professeur SEBILEAU. In-8° de 150 pages avec 24 figures. — Paris, Maloine.

**Psychiatrie et civilisation**, par Henri DAMAYE. Petit in-8° de 212 pages. — Paris, F. Alcan.



**AZOTÉMIE  
SCLÉROSE  
OLIGURIE**



*Métabolisme  
de l'azote  
de la cholestérine  
et de l'eau*

# **CHOPHYTOL**

**CRISTALLISÉ  
INJECTABLE**



(PRINCIPE ACTIF CRISTALLISÉ DE CYNARA)  
TRAITEMENT DE DOUZE INJECTIONS DE 5 cc.  
INTRAVEINEUSES, INTRAMUSCULAIRES OU HYPODERMIQUES  
UNE TOUS LES JOURS OU TOUS LES 2 JOURS  
CURE INTERCALAIRE PER OS DE DRAGÉES  
de **CHOPHYTOL** ou de **CYNUROL**

**Laboratoires ROSA, 1, place Porte-Champerret, Paris 17<sup>e</sup>**

**Les Laboratoires de la  
CARNINE LEFRANCQ**

(M. FIQUET : Ex-Interne des Hôpitaux de Paris)

# **HÉPATOCARNINE LEFRANCQ**

(Ampoules injectables de 10 cc)

**Romainville**

(Seine)

Échantillons sur demande



## LES SYNDROMES NEURO-ANÉMIQUES

Par M. J. LHERMITTE,

Professeur agrégé à la Faculté de médecine,  
Médecin chef à l'hospice Paul Brousse.

Sommes-nous en présence d'une évolution de certaines maladies, et la pathologie suit-elle, comme toutes les expressions de la vie, des perspectives fuyantes ? Bien des faits portent à le penser. La chlorose si commune autrefois, la cirrhose hypertrophique de Hanot, apparaissent aujourd'hui des raretés ; le cancer du poumon, l'endocardite lente maligne de Jaccoud-Osler hier encore mal connus et exceptionnels sont d'observation presque journalière. Il en va de même pour ce qui est de l'anémie pernicieuse, nommée en Angleterre maladie ou anémie d'Addison (ne pas confondre avec la tuberculose des surrénales) et en Allemagne maladie de Biermer.

Incontestablement, cette affection dont le pronostic est si redoutable semble en progrès, non seulement en France, mais dans le monde entier. Woltmann en rapporte 120 cas, Ungley et Suzman 30, Needles 25, Garven, Lewis et Guller 47, Deml 28 cas, Curschmann 230, Sturgis et R. Isaac 22, Beny, Baker, Bordley et Longcope 44, Richard Ahrens 189 cas, Ch. Davison 17 cas, Wilkinson 108, Meulengracht 136, Arthur Young 515, et je n'ai en vue ici que les statistiques récentes.

Devant cette augmentation de fréquence de la maladie d'Addison-Biermer, l'opinion médicale s'est inquiétée légitimement, et cela d'autant plus que se multipliaient en France de singuliers troubles nerveux, fort connus depuis longtemps en Angleterre, mais qui demeuraient dans notre pays des curiosités pathologiques ; nous voulons parler des scléroses combinées chroniques ou subaiguës. La fréquence de ces manifestations nerveuses est telle, l'avenir des malades qui en sont atteints ou mieux qui sont susceptibles d'en être frappés, se montre sous une dépendance tellement étroite d'un diagnostic précoce que le problème que nous voulons envisager ne peut pour aucun médecin être sans intérêt.

Les manifestations que nous avons en vue ont été décrites sous des termes très variés, mais qu'il faut connaître, car ils sont encore souvent employés, à l'étranger surtout : myélite funiculaire (Lichteim), paraplégies ataxiques (Gowers), lésions systématiques combinées de la moelle (Nonne), dégénération combinée subaiguë (Riesen, Russel, Batten et Collier), sclérose combinée subaiguë (Taylor), sclérose funiculaire (Dejerine et Thomas), affection spinale systématique (Spielmeyer) ; enfin myélose funiculaire (Henneberg).

Toutes ces dénominations qui attestent l'importance des altérations des faisceaux blancs de la moelle présentent, toutes, deux lacunes fondamentales : la première consiste à ne pas mentionner un élément essentiel du syndrome : l'anémie, la seconde à méconnaître que les altérations ne sont pas toujours strictement limitées à la moelle épinière. Aussi l'étiquette de syndrome neuro-anémique retenue par Pierre Mathieu, dont la thèse inaugurale marque une date dans

l'histoire de la maladie, apparaît-elle, tout ensemble, plus compréhensive et plus exacte.

### I

**Etude clinique.** — Dégénération combinée subaiguë de la moelle avec anémie. On pourrait donner à ce type de dégénération la dénomination de Syndrome de Lichteim, car c'est cet auteur qui le premier a démontré les rapports étiologiques et pathogéniques par lesquels se relient les modifications hématologiques et l'altération spinale.

Ainsi que Meulengracht le rappelait récemment, ce syndrome augmente de fréquence d'une manière inquiétante. Woltmann constate l'existence d'une myélose funiculaire dans 80 % des cas d'anémie dite pernicieuse. Hamilton et Nixon dans 75 % à 80 %. Cette proportion considérable est due sans doute à une investigation neurologique plus poussée qu'autrefois, mais très probablement aussi à ce fait que la thérapeutique a modifié notablement le pronostic de l'anémie de Biermer et, en augmentant la survie des malades, permis aux altérations cérébro-spinales de s'affirmer.

**Début.** — L'affection n'apparaît guère chez les sujets robustes et sains, mais se manifeste plutôt comme une complication d'un état de dénutrition, de cachexie ou d'anémie dont la cause demeure latente. Parfois les premiers symptômes d'ordre neurologique surprennent, car on considérerait jusque-là le malade comme atteint d'une affection bien déterminée : maladie d'Addison surrénale, diabète sucré, néphrite, artério-sclérose, cancer du tube digestif, tuberculose, syphilis, lèpre, alcoolisme, etc... Et voici que plus ou moins soudainement apparaissent des manifestations traductrices d'une altération spinale.

Les premiers symptômes subjectifs qui donnent l'éveil sont d'ordre sensitif. Ce sont des dysesthésies variées, mais localisées à l'extrémité distale des membres : fourmillements, engourdissements, sensation de glace, d'onglée, de doigt mort, de pesanteur. Parfois, ainsi que l'ont montré M. Olkon et M. George Hassin, les patients éprouvent lors de l'inclinaison en avant du tronc ou de la tête, l'impression brutale d'une décharge électrique qui court de la nuque jusqu'à l'extrémité des pieds (signe de Lhermitte). Dans des cas plus rares, la phase initiale se marque par des douleurs à type tabétique ou radiculaire, lesquelles peuvent atteindre un tel degré d'intensité que ces algies ont été attribuées à des lésions viscérales (cholécystite) et ont conduit à des interventions chirurgicales (Wil. Needles). Plus exceptionnellement encore, l'attention du malade est attirée par une diminution progressive de la sensibilité tactile des pieds et des mains avec astéréognosie ou encore par une faiblesse des extrémités inférieures. Les modes de début par une atteinte d'une paire crânienne ou par des accidents bulbaires méritent à peine d'être mentionnés.

Mais déjà à cette phase initiale de l'affection, les phénomènes subjectifs ne sont pas les seuls et un examen objectif permet d'appréhender des perturbations de la motricité, de la réflexivité et de la sensibilité. Ce qui a frappé tous les observateurs depuis



Lichteim, c'est l'atteinte rapide de la sensibilité profonde caractérisée par la diminution du sens des attitudes segmentaires (sensibilité arthrocinétique), la perception des vibrations du diapason (pallesthésie), de la discrimination tactile caractérisée par l'élargissement des cercles de Weber, parfois par l'émoussement des sensations fines qui permettent de reconnaître la texture d'un objet, d'une étoffe. Bien que fort discrètes, les perturbations motrices font rarement défaut à un examen attentif. Du fait même de la lésion des sensibilités ostéo-articulaires et musculaires, on observe que les mouvements délicats ou au commandement sont moins précis, moins assurés (doigt sur le nez, talon sur le genou), surtout pendant l'occlusion des yeux ; la démarche apparaît légèrement incertaine, malgré l'intégrité de la force musculaire. Le signe de Romberg peut être aussi net que dans le tabès.

Quant aux réflexes tendineux, ils apparaissent, dans la règle, exagérés aux membres inférieurs, mais sans clonus de la rotule ni trépidation épileptoïde du pied. A l'opposé, les réflexes superficiels cutanés ne sont guère affectés ; chez quelques sujets, cependant, le réflexe plantaire s'effectue en extension ; tout signe de Babinski observé chez un malade anémique ou cachectique doit rendre extrêmement prudent et faire penser à l'imminence d'une sclérose combinée subaiguë.

En général, on n'observe pendant cette période ni perturbation des sphincters, ni trouble trophique. Il convient de mettre à part de ceux-ci, l'œdème des membres inférieurs et l'émaciation diffuse, car ce sont là des manifestations non pas de l'atteinte médullaire, mais de la maladie causale, l'anémie. En effet, dès ce stade, les phénomènes neurologiques s'intriquent avec les expressions de la maladie sanguine et c'est ce mélange qui donne une couleur si spéciale au tableau clinique du syndrome de Lichteim. La physionomie du malade a revêtu un masque dont l'extrême pâleur ressemble, selon Hayem, à la pâleur de la mort. Toutes les muqueuses sont décolorées et les téguments infiltrés d'œdème semblent bouffis. Fatigué, essoufflé au moindre effort, le patient se plaint d'une fatigue persistante dont il cherche la cause parfois dans un désordre gastrique.

En effet, les digestions sont pénibles, accompagnées de ballonnement du ventre, de nausées, quelquefois même de vomissements et de diarrhée. Fait capital, dès ce stade où les modifications sanguines peuvent être très discrètes ou même n'exister pas, l'examen du suc gastrique décèle une anachlorhydrie absolue (Knud Faber, Noegeli, Hurst). Cette achylie gastrique doit être considérée aujourd'hui, à la suite des travaux de Castle, comme beaucoup plus significative que l'anémie elle-même, qu'elle semble d'ailleurs commander.

**PÉRIODE D'ÉTAT.**— Cette période se caractérise moins par l'apparition de nouveaux symptômes que par l'accentuation des signes qui marquaient déjà la précédente étape. Les perturbations de la sensibilité tant subjective qu'objective, se sont intensifiées. L'abolition des sensibilités profondes peut être complète aux membres inférieurs et très marquée sur les mains avec

son corollaire l'astéréognosie. La légère titubation est devenue une démarche ataxo-cérébelleuse avec oscillations, festonnement, lancement des jambes en dehors de la ligne de but, comme chez le tabétique.

Aux membres supérieurs, la dysmétrie, l'ataxie se révèlent dans les mouvements d'épreuve et dans l'écriture et le dessin. Ainsi que nous l'écrivions par avance, ces troubles de la coordination ont une double composante ataxique et cérébelleuse, aussi l'occlusion des yeux augmente-t-elle sensiblement l'ataxie.

Conservée intacte jusque là, la force musculaire montre une diminution appréciable ; quant au tonus, il est le plus souvent diminué. De même que dans la myélite chronique d'Erb, la diminution de la force apparaît surtout sur les membres inférieurs et singulièrement dans les fléchisseurs.

L'état des réflexes tendineux est variable, selon la forme de la paralysie : spastique ou flasque. Cependant, même si leur exagération a été marquée pendant la période initiale, leur diminution est alors la règle, du moins pour ceux des membres inférieurs. La réflexivité profonde des membres supérieurs ne s'éteint que plus tard.

Les réflexes superficiels ou cutanés persistent beaucoup plus longtemps, mais le signe de Babinski témoigne de l'atteinte pyramidale est d'une grande fréquence.

Ainsi que l'a indiqué Pierre Mathieu, les réflexes dits de défense ou d'automatisme médullaire peuvent être très apparents et facilement libérables soit par le pincement de la peau du dos du pied, soit par la flexion forcée des orteils. Ces réflexes de défense sont d'autant plus accusés que les lésions sont plus concentrées sur un segment de la moelle dorsale.

Bien que la symptomatologie apparaisse en rapport avec des troubles de la moelle épinière, chez certains malades l'encéphale et les nerfs craniens ne sont pas indemnes. Et l'on observe, par exemple, la dysarthrie, la dysphagie, des paralysies pharyngo-laryngées même dont la signification bulbaire est trop claire pour être discutée.

L'atteinte des nerfs craniens est peut-être moins fréquente, elle se marque surtout par des bourdonnements d'oreille et l'hypo-acousie, des vertiges, tous symptômes qui témoignent du retentissement du processus morbide sur les branches cochléaire et vestibulaire de la VIII<sup>e</sup> paire.

Pour être complet, nous signalerons l'atteinte possible du facial (Russell Batten et Collier), du spinal, de l'abducens, de l'olfactif. Les perturbations de la vision sont d'un tout autre intérêt clinique et pathogénique. Depuis Bostranelli, Bramwell, Russell, Batten et Collier, Putmann et F. Fay, on sait que l'atrophie du nerf optique a été assez souvent observée avec ses conséquences irréparables. Ajoutons que, outre une pâleur anormale, la papille peut présenter quelques hémorragies.

Les troubles trophiques ne présentent pas dans les syndromes que nous visons, une grande originalité, l'infiltration séreuse qui distend les malléoles est moins en rapport avec la lésion spinale qu'avec l'anémie, et les amyotrophies des mains et des jambes sont beaucoup moins marquées que dans les affections



# CHLOROFOLINE

TOUTES ANÉMIES  
ASTHÉNIE ET ALGIES DES CANCÉREUX  
ANÉMIES DES RAYONS

**1. INJECTABLE :** Solution de Chlorophyllinate de sodium à 5%  
2cc intraveineux tous les 2 jours  
action préventive: avant chaque séance de rayons

(COMMUNIC. ASSOC. CANCER-JANVIER 35)

**2. COMPRIMÉS :** chlorophylle extraite, Fer activé par traces de Cu.  
2 comprimés 3 fois par jour avant les repas

(LE SANG - DÉCEMBRE 34)

ÉCHANTILLONS, LITTÉRATURE: LABORATOIRE DE THÉRAPEUTIQUE MODERNE  
J. BRINGER, DOCTEUR EN MÉDECINE, PHARMACIEN - 21, Rue de Picpus, PARIS (12<sup>e</sup>) TÉL: DIDEROT 21-12



## BRIANÇON

1350 m.

d'Altitude

125 Chambres pour Dames  
et Jeunes Filles.

Organisation sanatoriale  
et médicale moderne

Galeries de Cure privées

Train rapide & direct: PARIS-LYON  
Briançon • Autocars: GRENOBLE  
MARSEILLE

Médecins Présidents: D<sup>rs</sup> M. & O. PIN

# Sanatorium Hôtel des NEIGES.

## NOTES

### de

## PRATIQUE GYNÉCOLOGIQUE

Il est aujourd'hui reconnu que les organes génitaux externes de toute femme saine renferment de nombreux germes pathogènes, saprophytes, sarcines, diplocoques, colibacilles ou autres. La virulence de ces microbes qui, à l'état normal, est très atténuée, peut acquérir une violence particulière sous l'influence de causes étrangères.

A l'état de santé, la nécessité des injections ou lavages antiseptiques du conduit vulvo-vaginal s'impose donc. A l'état pathologique (lésions utérines, annexielles ou vaginales), on ne peut concevoir aucune thérapeutique sans injections ou lavages gynécologiques désinfectants et décongestifs. Question de grande importance pratique, parce que les injections quotidiennes sont faites par les malades elles-mêmes, il est indispensable donc de ne pas laisser entre leurs mains un agent désinfectant toxique ou caustique par crainte d'erreurs possibles ou d'effets fâcheux.

Il ne paraît pas possible d'utiliser le sublimé ou les sels mercuriels qui, en dehors de leur toxicité considérable, irritent la muqueuse, sont absorbés par elle et déterminent des troubles cutanés ; le permanganate est un excellent désinfectant gynécologique, mais mal accepté par la clientèle, il tache le linge, les bassins et la peau : dans plusieurs cas, des doses trop élevées de permanganate ont amené de l'atrophie vaginale ou vulvaire par causticité. Le formol serait un bon antiseptique s'il n'émettait pas des vapeurs irritantes. On utilise à sa place aujourd'hui le Lusoforme, savon liquide renfermant 20 0/0 de formol et complètement sans inconvénients. De plus, grâce à son alcalinité, les mucosités sont dissoutes, le milieu humoral acide est transformé et l'action germicide

devient plus pénétrante. Les effets désodorisants du formol se développent ainsi sur toute l'étendue de la muqueuse vulvo-vaginale et l'absence de causticité et de toxicité le rendent utilisable dans tous les cas et dans tous les milieux.

Les gynécologues utilisent une solution de Lusoforme de 1/4 à 1/2 0/0 et lui reconnaissent des effets antiseptiques égaux à ceux du sublimé, mais plus nettement désodorisants, et dans les leucorrhées, les vaginites, les vulvites, bartholinites, métrites, avec des résultats sérieux. La désodorisation des leucorrhées fétides n'est possible qu'à l'aide des injections vaginales ; cette fétidité est un symptôme courant de l'épithélioma utérin. La métrite sénile, l'emploi du pessaire s'accompagnent aussi d'un écoulement nauséabond. Après les hystérectomies, après les amputations du col, les pertes fétides viennent alors des débris sphacelés. Dans tous ces cas particuliers, la désodorisation est plus complète avec le Lusoforme qu'avec l'eau oxygénée ou la liqueur de Labarraque.

En général, les malades ne savent pas prendre les injections vaginales, presque toujours le liquide n'a pas une température assez élevée ; or, il faut obtenir au moins 45 degrés pour que la décongestion des organes s'opère. Voici le moyen d'obtenir une injection à la chaleur voulue : on verse dans le bock un litre d'eau fraîche, une à deux cuillères à café de Lusoforme, on agite avec la canule puis on verse un litre d'eau *bouillante*, le mélange ainsi obtenu a environ 45 degrés et donne une solution de 1/4 à 1/2 0/0 en Lusoforme.

Il faut aussi indiquer aux malades de prendre les injections dans la position couchée, de mettre le bock à faible hauteur, et la nécessité de déprimer la fourchette périméale. Ainsi pratiquée, la désinfection du vagin est complète, ses effets se font rapidement sentir sur les organes profonds, les douleurs lombaires ou pelviennes disparaissent, les pertes leucorrhéiques se raréfient et une amélioration s'observe presque toujours.

M. LORTAL.

# LUSOFORME

**Antiseptique - Désinfectant - Désodorisant**

### LIQUIDE ET COMPRIMÉS

UNE CUILLÉRÉE A CAFÉ OU 1 COMPRIMÉ  
DONNENT AVEC UN LITRE D'EAU UNE  
SOLUTION A 1/2 POUR CENT

**LABORATOIRES CARTERET**

15, rue d'Argenteuil, 15, - PARIS (1<sup>er</sup>)



diffuses de la moelle telles que la sclérose latérale (maladie de Charcot), la maladie d'Aran Duchenne, la syringomyélie, la poliomyélie aiguë.

A la période d'état, le sphincter vésical traduit l'insuffisance de son innervation par des mictions impérieuses, irrésistibles et déjà par l'écoulement involontaire de quelques gouttes d'urine.

3<sup>e</sup> PÉRIODE OU DE CACHEXIE. — Celle-ci fait suite à la précédente sans ligne de démarcation nette. Tous les symptômes déficitaires se sont accusés fortement. En particulier la parésie est devenue une véritable paralysie rendant la station et la marche impossibles ; les muscles du tronc eux-mêmes ne sont pas épargnés et le malade ne peut qu'avec peine s'asseoir sur son lit, les membres supérieurs sont également frappés à leur extrémité distale surtout. Les sensibilités profondes sont complètement abolies aux membres inférieurs et très accusées sur le tronc et même parfois sur les membres supérieurs. Bien plus, les sensibilités superficielles sont fortement compromises surtout dans le segment inférieur du corps, sans qu'il y ait une ligne nette de coupure entre le territoire sain et le domaine anesthésié, hormis certains cas que nous envisagerons plus loin. Les réflexes tendineux se montrent abolis aux quatre membres, seul persiste le réflexe plantaire inversé (signe de Babinski). Il en est de même des mouvements dits de défense ou d'automatisme. De spasmodique qu'elle était, la paralysie est donc devenue flasque.

Quant aux troubles sphinctériens et trophiques dont nous n'avions observé que l'ébauche au stade précédent, ils se montrent très accusés : incontinence ou rétention des réservoirs, amyotrophie des quatre membres masquée souvent par le développement d'une infiltration œdémateuse.

Parallèlement aux progrès de la paraplégie, l'état général s'affaïsse, les troubles digestifs, les vomissements et la diarrhée empêchent le malade de s'alimenter, l'amaigrissement, la dénutrition font de rapides progrès ; le malade, cachectique, est maintenant la trop facile victime d'infections surajoutées buccales, intestinales, vésicales et cutanées du fait des escarres fessières et sacrées, très fidèles annonciatrices d'une terminaison fatale.

\*\*\*

**Formes cliniques.** — Le tableau que nous venons de donner de la sclérose combinée de l'anémie perniciieuse n'épuise pas, loin de là, les modalités diverses de l'aspect clinique de la neuro-anémie, il n'en est qu'une des faces les plus fréquentes et par là peut-être, la plus expressive. A côté de la forme spasmodique, il est un type *flasque*, presque d'emblée « *tabétique* ».

Dans cette forme, la phase d'hypertonie avec surréléctivité tendino-osseuse, exagération des mouvements dits de défense, fait défaut. La paraplégie apparaît, autant qu'on peut en juger, d'emblée hypotonique avec aréflexie tendineuse. Seul le signe de Babinski témoigne d'une atteinte des voies pyramidales. Mais ce qui confère surtout au syndrome une physiologie spéciale, c'est l'association aux signes de la série tabétique : ataxie et hypotonie musculaire, de l'at-

teinte quasi exclusive des sensibilités profondes. Contrairement à ce que l'on observe dans la maladie de Duchenne, la vieille ataxie locomotrice, les sensations superficielles cutanées ne sont pas lésées tandis que les sensibilités au diapason, aux pressions, aux changements d'attitude segmentaire sont diminuées ou abolies.

Ainsi que nous le verrons, une telle électivité dans l'atteinte des sensibilités implique une discrimination pareillement élective des lésions, lesquelles, à l'opposé du tabès vulgaire, ne frappent pas les racines sensibles mais les fibres longues des cordons postérieurs (syndrome des fibres longues de Déjerine).

**FORMES FRUSTES OU LARVÉES.** — Ces aspects anormaux des scléroses combinées sont des plus communs surtout à la période initiale de l'affection, alors qu'aucun symptôme n'attire l'attention du côté de l'anémie, laquelle, d'ailleurs, peut parfaitement faire défaut (Russell, Batten et Collier). La description de ces formes cliniques apparaît toujours quelque peu artificielle et schématique, cependant, il n'est pas sans intérêt, croyons-nous, de faire remarquer que, selon l'incidence du processus spinal, tel malade présente surtout une symptomatologie en rapport avec l'altération des faisceaux pyramidaux : hypertonie, surréléctivité tendineuse, signe de Babinski, tel autre des symptômes indiquant plus spécialement la dégénération des faisceaux postéro-latéraux (cordons postérieurs et f. de Flechsig). La démarche et les mouvements seront marqués d'un cachet ataxo-cérébelleux facile à identifier.

Dans d'autres faits plus exceptionnels, la paralysie ressemble à celle qui traduit une lésion transverse incomplète de la moelle avec libération des automatismes moteurs et sphinctériens, l'hypertonie, l'attitude des jambes en flexion, la diminution ou l'abolition des sensibilités superficielle et profonde, les algies en ceinture, enfin les escarres. La distinction de cette paraplégie d'avec celle qui traduit l'évolution d'une néoplasie juxta et intra-médullaire est souvent loin d'être aisée.

**FORMES SELON LE DEGRÉ D'ANÉMIE.** — Tous les auteurs contemporains s'accordent à reconnaître que si l'anémie constitue un élément capital dans le tableau clinique des scléroses combinées que nous avons en vue, puisqu'on a recouvert ce syndrome de l'étiquette « neuro-anémique », la modification sanguine ne présente aucune proportionnalité avec l'intensité et l'étendue des lésions nerveuses et partant, des syndromes cliniques observés. Assez souvent même, le malade vient consulter non pas pour des phénomènes généraux de la maladie de Biermer, mais pour des phénomènes directement liés à la dégénération spinale. Ce sont des fourmillements dans les jambes (Deml), un engourdissement des membres inférieurs (Needles), une maladresse et une incertitude de la marche, des sensations douloureuses parfois étendues à des territoires radiculaires thoraciques ou abdominaux, une amyotrophie avec spasmodicité comme dans la maladie de Charcot (sclérose latérale amyotrophique); ainsi qu'en fait foi une observation publiée par Silverstein et Soloff.



L'anémie apparaît seulement lorsque les phénomènes nerveux ont atteint presque leur acmé. Mais déjà à cette phase pré-anémique un symptôme majeur peut être décelé qui donne la clef de l'origine de la myélopathie : l'achylie gastrique. L'achlorhydrie, nous le répétons, ne fait défaut que dans 5 % des cas.

**FORMES SELON L'ÉVOLUTION.** — Il est fort difficile d'établir une règle relative à la durée de la myélose funiculaire anémique car il est particulièrement malaisé de préciser la date d'apparition des premières manifestations morbides. Abandonnée à elle-même, la maladie dure de six mois à deux ans ; traitée, l'évolution en est tout autre et s'étend sur plusieurs années. Certains cas apparaissent remarquables par leur longue durée ou par les rémissions prolongées qui en accidentent le cours (Nonne, Henneberg). H. Patrick a rapporté deux observations curieuses où la survie a été respectivement de 6 et 9 ans.

A ces formes que l'on pourrait appeler chroniques, s'opposent les cas où la maladie brûle les étapes soit que l'anémie et la dénutrition emportent le malade, alors que les symptômes d'ordre neurologique ne sont encore qu'ébauchés, soit que la myélose par les complications infectieuses qu'elle prépare précipite le dénouement.

**SCLÉROSES COMBINÉES SUBAIGUËS SANS ANÉMIE.** — Nous avons insisté déjà sur le défaut de parallélisme de l'anémie et de la myélose ; mais il y a plus, il est des observations dans lesquelles les accidents médullaires ont évolué sans que l'anémie soit apparue. C'est en partie à ces faits que R. Russell, Batten et Collier ont consacré leur important travail (1901). La sclérose combinée subaiguë des auteurs anglais, plus fréquente chez les femmes, atteint les sujets qui ont dépassé la quarantaine et compte parmi ses facteurs étiologiques apparents bien des causes : syphilis, grossesse, alcoolisme, et l'anémie.

Mais celle-ci n'est point obligée et c'est pourquoi R. Russell, Batten et Collier pensèrent que les faits qu'ils avaient observés ne rentraient pas dans le groupe des myéloses anémiques. En réalité, ainsi que le fait remarquer justement Pierre Mathieu, suivi d'ailleurs par nombre d'auteurs plus récents, il est impossible de considérer les scléroses combinées des auteurs anglais comme une maladie autonome et tout nous indique, au contraire, que celle-ci ne se différencie qu'en partie des myéloses des anémiques.

A l'exemple de ces dernières, la maladie de Russell, Batten et Collier poursuit son évolution en deux étapes, et après s'être exprimée par une paraplégie spasmodique, elle s'accuse par une paralysie flasque compliquée de troubles trophiques et sphinctériens. Ce qui donne à cette maladie un cachet un peu particulier, c'est l'apparition de la fièvre qui est constante et l'intensité, dès la phase initiale, des perturbations d'ordre pyramidal.

**FORMES SELON LA DISPOSITION TOPOGRAPHIQUE DES LÉSIONS SPINALES.** — Nous avons déjà fait allusion, au cours de cet article, à l'influence qu'exerce sur les manifestations cliniques la prédominance des lésions sur tels ou tels faisceaux spinaux. Lorsque les cordons

postérieurs subissent l'atteinte majeure du processus, on est en présence du syndrome pseudo-tabétique ou syndrome des fibres longues de Déjerine ; quand les faisceaux latéraux, au contraire, sont atteints presque exclusivement, le tableau clinique est celui d'une paraplégie spastique et cérébelleuse, enfin lorsque faisceaux latéraux et postérieurs sont conjointement lésés, les mouvements deviennent ataxo-cérébello-spasmodiques, à l'exemple de la sclérose multiple.

**FORMES POLYNÉVRITIQUES.** — L'altération des nerfs périphériques n'est pas une exceptionnelle rareté dans l'anémie perniciose et cette lésion peut s'associer avec la dégénération médullaire de manière à former un complexe spino-névritique caractérisé par des douleurs dans les masses musculaires, des crampes, l'amyotrophie, les modifications des réactions électriques des muscles et des nerfs, enfin les troubles de la sensibilité objective à disposition segmentaire distale. Parfois, tel ou tel nerf isolé est atteint : médian, cubital, sciatique ou l'une de ses branches (Urdapilla, Marniez, Diaz et Morales). Cette polynévrite ou mieux cette nervo-dégénération périphérique, semble, au moins dans certains cas, aisément curable par le traitement hépatothérapique ; de telle sorte que l'on peut, par erreur, attribuer à l'hépatothérapie une action heureuse sur la moelle alors que, en réalité, cette influence s'est exercée uniquement sur la dégénération périphérique.

**FORMES PSYCHIQUES.** — La fréquence des perturbations de la sphère psychique est diversement appréciée par les auteurs. Selon Young Arthur, les troubles mentaux pourraient être saisis dans 4,5 % des cas d'anémie de Biermer. Le fait est à retenir car la statistique de cet auteur est considérable et porte sur 515 cas dont 103 compliqués de myélose funiculaire. La statistique de Woltmann comporte un pourcentage beaucoup plus élevé : 35 %.

Parmi les malades dont les observations figurent dans le travail de P. Mathieu, 3 présentaient des perturbations psychiques très diverses d'ailleurs : délire de persécution, confusion, dysmnésie, troubles du langage.

Bien d'autres phénomènes psychiques ont été signalés depuis la dépression mélancolique simple ou l'excitation maniaque jusqu'à l'affaiblissement dementiel. Mais si la symptomatologie psychique apparaît assez diverse, il n'en reste pas moins que certains phénomènes se montrent avec une particulière fréquence : le délire paranoïde de persécution, les hallucinations, la confusion avec parfois impulsion criminelle, ainsi que l'on rapporté Hubner et Muller-Hess.

Selon Vermeylen, les troubles psychopathiques ne sont pas communs dans les anémies graves ; dans la plupart des cas, les modifications de la sphère mentale s'apparentent de fort près aux désordres qui se développent au cours des maladies chroniques cachectisantes. Bien souvent, aussi, selon quelques auteurs, l'anémie se borne à faire apparaître un état constitutionnel sous-jacent.

Il est assez difficile de se faire une idée exacte de la fréquence des troubles psychiques graves dans la maladie de Biermer, cependant il ne semble pas que



l'anémie détermine souvent des perturbations qui mènent à l'internement.

Ainsi Schou a pu étudier du point de vue sanguin et gastrique 780 sujets, chez 180 d'entre eux, l'achylie fut observée, 10 seulement étaient aliénés.

Ce qui nous semble digne de remarque c'est que chez certains malades le syndrome mental est apparu très longtemps avant le développement de l'anémie. C'est ainsi que dans une observation publiée par Schou, le syndrome neurasthénique se manifesta 22 ans avant les premières manifestations de l'anémie ; la précession des troubles mentaux sur l'anémie a été également observée par Hutter-Muller. Aussi, ces auteurs attirent-ils l'attention sur l'intérêt que présente l'examen du sang et du contenu gastrique chez les déprimés et les anxieux.

\*  
\*  
\*

**Anatomie pathologique.** — Les lésions spinales de l'anémie pernicieuse ne se laissent pas reconnaître à l'œil nu, car elles n'atteignent pas les méninges et sont caractérisées exclusivement par la dégénérescence des faisceaux spinaux.

Du point de vue topographique, les dégénération spinales peuvent, d'après les auteurs classiques, se grouper sous trois formes : focale, systématisée et mixte. En réalité, ainsi que le dit très justement M. Mathieu, cette division ne peut être tenue pour rigoureuse, car le plus souvent, sinon toujours, les dégénération n'affectent pas exclusivement un seul système de fibres, elles ne sont pas strictement systématiques et prédominent seulement sur tel ou tel faisceau sensitif ou moteur.

En fait, la dégénération frappe avec une prédilection spéciale tout le complexe cordonal situé sur un plan postérieur à une ligne idéale transversale passant par le canal épendymaire. Tantôt les cordons postérieurs présentent la dégénération maxima, tantôt ce sont les cordons latéraux. Dans leur territoire sont dégénérées les fibres pyramidales croisées, les fibres conductrices des sensations douloureuses et thermiques (ou prépyramidales) ; enfin les fibres des faisceaux de Flechsig. Mais, ainsi que nous ne saurions trop le redire, une étude attentive montre à côté de ces lésions fasciculaires, des dégénération plus limitées, plus discrètes qui, elles, n'épargnent aucun faisceau et apparaissent en plages irrégulièrement circonscrites surtout autour des axes vasculaires. Ces îlots de dégénération en flammèches périvasculaires sont très significatifs bien que nullement pathognomoniques.

Ces dégénération pseudo-systématiques sont primitives, en ce sens qu'elles sont liées directement à la cause même de l'anémie, mais elles se doublent de dégénération secondaires qui, elles, sont systématiques, dégénération d'autant plus importantes que les premières sont plus profondes et plus étendues. Ces deux types de dégénération primitive et secondaire présentent, outre une topographie différente, une structure particulière.

Ainsi que Lichteim, Minnich, Déjerine et Thomas, Henneberg les premiers l'ont fait voir, les dégénéra-

tions primitives s'accusent par un état aréolaire particulier, lié en partie au gonflement hydropique des gaines myéliniques, et par une faible réaction névroglique ; les dégénération secondaires, à l'opposé, déterminent rapidement la multiplication des astrocytes et la formation d'un tissu de gliose assez dense.

A côté de ces lésions que l'on peut appeler classiques, il en est d'autres plus exceptionnelles : l'œdème grossier de la moelle signalé par Wohlwill et les foyers d'infiltration cellulaire périvasculaire de nature inflammatoire formés par des leucocytes surtout.

Quelle est la lésion essentielle de la myélopathie ? Tel est le problème qui a passionné les histopathologistes et que nous devons résoudre. Le premier fait important et universellement reconnu tient dans l'intensité majeure de la dégénération de la myéline et dans la rareté des modifications vasculaires primitives, car l'on pense bien que la destruction des fibres nerveuses entraîne dans la myélose anémique les mêmes réactions biologiques que les autres processus destructifs. Les déchets sont éliminés par la voie des gaines périvasculaires de Virchow-Robin, après avoir provoqué l'apparition de nombreux éléments hystiocytaires et névrogliques, grâce auxquels les lipoides sont transformés et transportés vers les voies d'élimination qui entourent les vaisseaux. La lésion dégénérative des fibres longues s'affirme donc comme primitive, ainsi que le remarquent Winkelmann et Davison qui ont étudié 25 cas anatomiques de la maladie. Dans 5 seulement il existait une légère infiltration lymphocytaire des F postérieurs et latéraux.

Contrairement donc à bien des myélopathies aiguës ou chroniques dans lesquelles la lésion des fibres nerveuses apparaît secondaire à une lésion vasculaire ou à un trouble circulatoire local, la myélose funiculaire présente ce caractère d'être une myélo-dégénération et non pas une myélite. C'est pourquoi Davison et Kerschner ont proposé le terme de myélopathie toxique (toxic myelopathy) pour spécifier la myélose de l'anémie pernicieuse. C'est à une conclusion de ce genre qu'aboutit Austregesilo dans son étude récente sur les myéloses funiculaires.

Pierre Mathieu, dans son remarquable ouvrage, se montre plus pénétrant encore et se demande quelle est dans la fibre nerveuse elle-même, la partie la plus sensible au processus anémique, la myéline ou le cylindre-axe ?

Dans la plupart des faits, la myéline semble être la première lésée (Wuite). Démesurément gonflée, elle se morcelle, se recouvre de granulations tandis que l'axone assure encore une continuité physiologique.

Toutefois, Shimazono pense que dans des cas plus nombreux qu'on ne le pense, le cylindre-axe subit le premier l'atteinte du processus anémique ; sa coloration se modifie et de basophile devient acidophile ; bientôt, il se fond avec sa gaine enveloppante, se morcelle et dégénère complètement. La dégénération de l'axone peut revêtir deux types : la transformation lipoidique et la désintégration protéique (P. Mathieu). Pour majeures que soient les lésions fasciculaires, elles ne sont pas exclusives des altérations de la substance grise, des ganglions rachidiens et des racines spinales. Rothmann, Russel, Batten et Collier, et tout



récemment encore Minciotti, ont observé d'importantes modifications des cellules radiculaires antérieures et P. Mathieu signale l'existence de lésions des cellules des ganglions.

Nous ne pouvons que mentionner ici les lésions de l'encéphale, mais elles sont, cependant, à retenir : proliférations des cellules névrogliques amiboïdes, cytolyse des éléments corticaux et plus spécialement ceux des 3<sup>e</sup> et 5<sup>e</sup> couches, dégénération de la partie interne du globus pallidus (Dechaume) et modifications de l'infundibulum (Lhermitte, Worms et Ajurriaguerra).

Ajoutons enfin que les dégénération plus ou moins accusées des fibres des nerfs périphériques sont assez communes (Von Noorden, Eisenlohr, Medea) et qu'ici encore il s'agit non pas de névrite mais de nervo-dégénération.

\*  
\*  
\*

**Pathogénie.** — Le cadre de ce travail ne nous permet pas d'exposer le problème pathogénique de la myélose funiculaire de l'anémie de Biermer et nous voulons seulement consigner quelques données fondamentales. Tout d'abord, bien que des myélodégénération analogues à celles que nous étudions puissent se développer à la suite d'anémie de causes diverses et même d'anémie post-hémorragique, il ne demeure pas moins que l'anémie pernicieuse est le plus souvent le facteur déterminant de la myélopathie.

Quelle est donc la relation pathogénique entre l'anémie et la myélopathie ? Cette relation, assurément, n'est pas directe car l'expérience nous apprend que si les traitements modernes de la maladie de Biermer font disparaître la lésion sanguine, ceux-ci sont fort loin d'exercer une influence aussi heureuse sur les altérations du système nerveux. Force est donc d'admettre que lésions spinales et modifications sanguines ne sont liées entre elles que parce que toutes deux dépendent d'un facteur commun. Ce facteur, quel est-il ?

L'hypothèse, ancienne déjà, de poisons hémolytiques n'est plus guère défendue aujourd'hui où l'attention des médecins et des expérimentateurs s'est, au contraire, concentrée sur l'influence du facteur gastrique sur l'anémie et les dégénération nerveuses. L'idée d'un trouble digestif à l'origine de l'anémie pernicieuse commune n'est pas nouvelle, mais c'est aux recherches de Castle que nous devons de connaître le rôle fondamental de l'estomac dans la régulation de l'hémopoïèse. Le suc gastrique humain inactif par lui-même confère au muscle de bœuf un pouvoir antipernicieux (Castle, Wilkinson).

Dans quelle mesure la carence de ces deux substances ou de l'une d'entre elles exerce-t-elle une action dans le déterminisme des dégénération qui caractérisent les myéloses funiculaires anémiques ? Tel est le problème que bien des observateurs se sont posé.

Sans doute, nous sommes encore assez éloignés de la réponse à cette question, cependant il est un fait capital qui a frappé tous les médecins, la constance de l'achylie gastrique chez les patients affectés de myélose funiculaire. Castle, le premier, semble-t-il, pensa à rapporter la myélopathie de la maladie de Bier-

mer à l'achylie gastrique, et Hurst soutint que tout sujet atteint d'achylie gastrique devrait être tenu d'ingérer pendant toute sa vie du suc gastrique ou de l'acide chlorhydrique pour éviter l'apparition d'une myélose anémique. Cette vue semble d'autant plus justifiée que, comme y ont insisté Bremer et Trommer, assez souvent la paraplégie se développe alors que la « figure du sang » n'apparaît pas altérée. Toutefois les dernières recherches expérimentales doivent apporter à cette doctrine quelque tempérament.

Bien que les lésions spinales de l'anémie pernicieuse soient très caractéristiques, elles ne sauraient être tenues pour spécifiques ; et Urko et Duesberg montrèrent leur ressemblance avec les altérations dues à l'intoxication par la saponine.

N'y aurait-il point à l'origine des myéloses un principe toxique non pas exogène mais endogène, et ce principe ne serait-il pas engendré par le manque de certaines vitamines ? La fréquence des nervo-dégénération périphériques analogues du béri-béri, dans l'anémie de Biermer appuie cette hypothèse. Et c'est guidés par elle que s'engagèrent plusieurs expérimentateurs. Déjà en 1916, Start Miller et Mac Collum avaient observé des lésions des cellules radiculaires antérieures de la moelle chez les animaux carencés ; plus tard, Hughes, Lienhardt et Anhelson mettant de jeunes porcs à un régime privé de vitamine A, constatèrent l'apparition de troubles nerveux graves : cécité, spasticité, incoordination, que firent disparaître l'adjonction au régime : de beurre, de blé jaune ou non décortiqué.

Mellanby en 1926 reprit une série d'expériences de même ordre et constata que les jeunes chiens soumis à un régime très pauvre en vitamine A présentent des dégénération des fibres de la moelle visibles par la méthode de Marchi. Ces dégénération ne se produisent pas quand on ajoute aux aliments du beurre, des œufs ou tout autre produit riche en carotène. Mais, fait curieux, cette myélo-dégénération expérimentale se produit seulement lorsque le foie a épuisé ses réserves en vitamines A, ce qui explique que les animaux peuvent résister pendant longtemps à ce régime carencé. Deux faits viennent à l'appui de cette conception : l'absence de vitamine A dans le foie de certains sujets morts au cours d'une anémie de Biermer (Mellanby) et l'apparition de lésions dégénératives analogues à celle de l'anémie au cours de maladies telles que le cancer et la maladie d'Addison où l'on peut supposer une insuffisance de vitamine A.

La carence de vitamine A ne semble pas, cependant, devoir seule être en cause, si l'on en croit les travaux plus récents de E. Gildea et Katwinkel.

Expérimentant sur les chiens, Cowgwill constata que le régime pauvre en vitamine B produit non seulement des troubles gastro-intestinaux mais une paraplégie spastique. Celle-ci reconnaissait comme origine une dégénération des fibres myéliniques apparaissant en aires limitées, tantôt en plages diffuses ; les gaines périvasculaires étaient infarctées de dépôts lipoidiques comme dans la myélose humaine.

Chez les animaux qui reçoivent en même temps que le régime carencé de petites doses de vitamines B, les altérations se montraient beaucoup moins prononcées.



Fait curieux, chez leurs sujets en expérience, Gildea et Katwinkel ne constatèrent nullement l'existence de l'achylie gastrique. Il est donc possible que l'absence de sécrétion gastrique active ne soit, à l'exemple de la dégénération spinale et de l'anémie, qu'une expression très apparente du processus causal occulte de la maladie de Biermer.

## IV

**Traitement.** — Ce que nous savons de la pathogénie des myéloses anémiques doit nous orienter vers une thérapeutique rationnelle de cette affection. Persuadés que l'anémie est le facteur essentiel de la myélopathie, bien des médecins ont fondé de grands espoirs sur la thérapeutique de Wipple par le foie. Il est indéniable que l'hépatothérapie réduit souvent l'anémie et même, ainsi que nous l'avons observé avec Ch. Aubertin, transforme l'oligoglobulie en polyglobulie. Mais cette guérison de la lésion sanguine s'accompagne-t-elle d'une disparition parallèle des symptômes nerveux ? Assurément non. Ainsi que l'ont remarqué Mac Alpine, Cohen, Sturgis et Isaac, Ch. Aubertin et Lhermitte, la myélose poursuit souvent son évolution tandis que l'anémie est apparemment guérie depuis longtemps. Bremer, Curschmann ont même noté une aggravation de la myélopathie par l'hépatothérapie.

La thérapeutique par le foie a pour conséquence l'allongement considérable de la survie des anémiques, et l'on peut se demander si, précisément, l'hépatothérapie n'est pas un facteur de l'apparente augmentation de fréquence des myéloses anémiques, en ce sens que bien des malades qui auraient succombé à leur anémie, en poursuivant leur carrière, permettent au processus dégénératif spinal de s'extérioriser.

Certes, nous n'ignorons pas que de nombreux auteurs tels que Deml, Minot et Murphy, Masson, Silverstein et Soloff, B. Baker et Bordley, Hulst, Schlichting, Camauer et Campiglia ont observé une atténuation du syndrome nerveux à la suite de l'hépatothérapie, mais il faut remarquer que ce qui disparaît ce sont presque exclusivement les troubles sensitifs et que ceux-ci sont liés, pour une part, aux dégénéractions des nerfs périphériques, et que l'on connaît des rémissions spontanées (Oppenheim). C'est pourquoi l'on a tenté de renforcer l'action heureuse sur le sang de l'ingestion ou de l'injection d'extrait de foie par l'adjonction d'extrait de paroi totale d'estomac de porc ou encore de fer. Meulengracht insiste sur la nécessité de faire ingérer aux malades des quantités d'extrait de muqueuse gastrique (ventriculine) correspondant à 30 ou 40 grammes d'estomac frais par jour.

Sturgis et Isaac ont observé dans 22 cas une amélioration considérable de la myélose en associant l'ingestion de muqueuse d'estomac de porc avec la prise de fortes quantités de fer.

De son côté, Sargent a publié une observation curieuse qui témoigne d'une amélioration par la médication martiale après échec de l'hépatothérapie. Il semble donc désirable de ne pas se limiter à l'hépatothérapie même très prolongée, comme le conseillent Ungley et Suzmann, mais d'associer à l'ingestion de foie celle de fer et d'extrait gastrique. Cependant,

chez un malade, Martinico a vu se poursuivre l'évolution d'une paraplégie spastique malgré un traitement combiné de foie et d'extrait de muqueuse gastrique.

Les heureux effets sur l'anémie des préparations composées d'extrait de suc musculaire et de foie, doivent être dus en grande partie à leur teneur en fer.

En présence d'un syndrome neuro-anémique nous ne sommes donc plus désarmés comme autrefois, mais il faut reconnaître que les armes que nous possédons, si elles font parfois merveille contre l'anémie, ne possèdent qu'une action infiniment plus réduite contre la myélose funiculaire anémique.

Aussi devons-nous ici, comme pour la plupart des affections chroniques, moins viser à guérir la lésion, en l'espèce à restaurer des faisceaux spinaux dégénérés, qu'à chercher à empêcher le processus morbide de s'attaquer au système nerveux et pour cela traiter vigoureusement tous les sujets atteints d'achylie gastrique, facteur essentiel de la maladie. Ce faisant, nous pouvons espérer voir, sinon disparaître, du moins se réduire, le nombre de ces malheureux malades dont l'anémie est guérie et qu'une paraplégie confine au lit jusqu'à ce que la mort mette fin à une existence de misère.

## BIBLIOGRAPHIE

- R. AHRENS. *Arch. of neurol.*, vol. 28, p. 92.  
 AUSTREGESILLO. *Myélose funiculaire*, Encéphale, juin 1934.  
 P. BAKER et BORDLEY. *Am. journ. of Ment. science*, juillet 1932.  
 BRAUN. *Polsk. gaz. Lek.*, 1934, p. 835.  
 BREMER. *Fortsch. d. Neurol. Psych. und Grenzgeb.*, 1931, p. 1.  
 CAMAUER et CAMPIGLIA. *Rev. an. Med. argent.*, 1932, page 1139.  
 CURSCHMANN. *Deut. zeit. f. Nerv. heilk.*, déc. 1929.  
 CH. DAVISON. *Brit. med. journ.*, fév. 1932 ; *arch. of neurol.*, vol. 25, p. 1394.  
 DEJERINE. Syndrome des fibres longues, *Soc. de biol.*, 1913, p. 554.  
 H. DELM. *Arch. f. psychiat.*, fév. 1933 ; *Editorid du J. A. med. Associat.*, 26 août 1931.  
 B. FLAMENT. *Journ. belge de neurol.*, vol. 1933, p. 363.  
 GARVEN, LEVIN et ERASTUS GULLEN. *Amer. int. med.*, 1933, p. 1441.  
 E. GILDEA et KATWINKEL. *Arch. of neurol.*, vol. 24, p. 639, 1930.  
 HALL et HUSCH. *Arch. of neurol.*, vol. 23, p. 257.  
 SAMUEL HARDEN. *Arch. of neurol.*, vol. 31, p. 460.  
 HARSTRA. *Ned. Tidsch. geneesk.*, 1933, p. 988.  
 HENNEBERG. *Klin. Wochen.*, 1924, p. 970.  
 HOLST. *Norsk. meg. Loeg.*, 1933, p. 953.  
 HUBNER, MULLER et HESS. *Arch. f. psychiat.*, 1933, p. 325.  
 HURST. *Brain*, vol. 48, 1925, juin.  
 HURST. *Brain.*, vol. 48, p. 218.  
 HUTTER. *Med. Tijdsch. geneesk.*, 1932.  
 KESCHNER et DAVISON. *Arch. of neurol. and psych.*, 1933.  
 LAFORA et BUSTAMANTE. *Arch. de neurobiologia*, 1932.  
 LANGEWORTHY. *Brain.*, 1931, p. 291.  
 LARUELLE. *Rev. neurol.*, 1935.  
 LHERMITTE, WORMS, AJURRIAGUERRA. Réunion neurologique, juin 1934, *Rev. neurol.*, 1934, p. 2.  
 P. MATHIEU. Les syndromes neuro-anémiques, *Th. de Paris*, 1925.  
 MARTINICO. *Bull. ass. med. Trieste*, 1933, p. 547.  
 MELLANBY. *Brain.*, vol. 54, 1931, sept.

- MEULENGRACHT. *Klin. Wochenschr.*, 1933, p. 1163.  
 MURPHY. *Journ. of med. ass.*, mars 1932.  
 MINCIOTTI. *Hoematologia*, 1933, p. 197.  
 MOSCHWITZ. *Arch. fur med.*, 1931.  
 NEEDLES. *Arch. of neurolg. and psych.*, vol. 26.  
 PINEN. *Journ. of neurol. and psych.*, oct. 1932.  
 POCHOWICZ. *Polsk. gaz. Lek.*, 1934, p. 838.  
 REDLICH. *Deut. Zeit. f. Nervenheilk.*, déc. 1929.  
 RIDDLE, STURGIS. *Am. journ. of ment. science*, juill. 1930.  
 SCHLICHTING. *Med. klin.*, 1933, p. 1401.  
 SCHOU. *Acta psychiatrica*, 1933.  
 SILVERSTEIN et SOLOFF. *Soc. neurol. Philadelphie, Arch. of neurol.*, vol. 31, p. 1347.  
 SMITHBURNS et ZERFAS. *Arch. of neurol.*, vol. 25, p. 1101.  
 STURGIS et ISAAC. *Am. journ. of ment. science*, nov. 1930.  
 URDAPILLETA, M. DIAZ, MORALES. *An. med. int.*, 1933, p. 579.  
 VAMPRE et TOLOSA. *S. Paulo Medico*, vol. 15, p. 337.  
 WEST. *Ann. int. med.*, août 1929.  
 WINKELMANN et DAVISON. *Arch. of neurol. and psych.*, 1933, n° 3 et 4.  
 WINKINSON. *Brit. med. journ.*, janv. 1931.  
 WOHLWILL. *Deut. Zeit. f. Nervenheilk.*, 1931.  
 WUITE. *Neder. Tijdsch. geneesk.*, 1933, p. 4687.  
 A. YOUNG. *Journ. ass. med. Assoc.*, 1932, p. 612.

## DE LA SPLÉNECTOMIE DANS LE TRAITEMENT DE L'ICTÈRE HÉMOLYTIQUE INFANTILE

Par M. L. BABONNEIX,

Médecin de l'hôpital Saint-Louis (Annexe Grancher).

Un petit garçon de 10 ans entre dans notre service, le 14 avril 1934, pour un ictère ayant, dès l'abord, toutes les apparences d'un ictère catarrhal bénin.

L'interrogatoire nous apprend cependant que cet ictère a été noté un mois après la naissance, qu'il n'a jamais cessé depuis lors et qu'il est sujet à des aggravations brusques, survenant sans cause apparente. On aurait constaté, à diverses reprises, l'existence de spléno et d'hépatomégalie.

La poussée actuelle a débuté il y a une dizaine de jours et ne s'est accompagnée d'aucun trouble digestif, d'aucune élévation thermique.

L'enfant, d'apparence normale pour son âge, à peine amaigri, est atteint d'ictère franc, mais peu foncé, intéressant à la fois téguments et muqueuses.

On est frappé d'emblée par la pâleur des mains, des conjonctives, de la muqueuse buccale.

La splénomégalie est évidente. La rate descend jusqu'à l'ombilic. Elle est mobile avec les mouvements respiratoires, indolore à la palpation, non déformée, de consistance normale (fig. 1).

Le foie lui-même, légèrement augmenté de volume, déborde d'un travers de doigt les fausses-côtes.

Les selles sont légèrement décolorées.

Il n'y a pas de prurit, pas de bradycardie.

Le reste de l'examen est négatif, abstraction faite :

1° D'un petit état subfébrile ;

2° D'une anémie importante : 2.572.00 H, avec légère anisocytose et, surtout,

3° D'une diminution de la résistance globulaire, l'hémolyse commençant au tube 0,65 et étant complète au tube 0,50.

En présence de ces symptômes, et bien que le caractère familial n'ait pu être mis en évidence, nous portons, avec MM. Maurice Lévy et Laurent Golé, le diagnostic d'ictère hémolytique familial et nous demandons à M. le Prof. Grégoire de procéder à la splénectomie. Celle-ci est effectuée, en mai 1934, sans le moindre incident ; depuis lors, l'enfant se trouve infiniment mieux : son teint est redevenu normal, son foie ne déborde plus le bord des fausses-côtes, il n'a plus de fièvre et a repris toutes les apparences de la santé.

Un autre enfant de 11 ans et demi entre dans notre service, le 24 octobre 1934, pour anémie grave, fébrile, remontant à une dizaine de jours. Un antécédent héréditaire d'une importance capitale : le père a été soigné, en 1927, par M. Brûlé, pour ictère hémolytique. De ses antécédents personnels, un seul à noter ; chaque maladie est suivie, chez lui, d'une crise de déglobulisation très marquée.

À l'entrée, l'anémie est telle qu'on doit aussitôt procéder à une transfusion sanguine. Lorsqu'on peut procéder à l'examen, on fait les constatations suivantes :

Enorme splénomégalie, avec discrète hépatomégalie (fig. 2) ;

Chute du nombre des globules rouges à 746.660 ;

Diminution légère de la résistance globulaire, l'hémolyse débutant dans des tubes contenant 0,50 de NaCl p. 1.000, et rendue plus sensible par la méthode des hématies déplasmatisées, avec laquelle l'hémolyse commence à 0,70 et se prolonge jusqu'à 0,50 ;

Présence dans les urines de pigments et de sels biliaires ;

Augmentation de la bilirubine dans le sang.

À la suite de plusieurs transfusions, l'amélioration s'amorce, mais elle reste, malgré tout, très limitée. Aussi, dans les premiers jours de décembre, le Prof. Grégoire pratique-t-il la splénectomie.

Les suites opératoires sont excellentes. L'enfant revient dans le service en parfait état. Une nouvelle numération globulaire montre qu'il a 4.200.000 h. ; quant à la résistance globulaire, elle se rapproche de la normale : avec les hématies non déplasmatisées, elle s'étend, en effet, de 0,50 à 0,40 ; avec les hématies déplasmatisées, elle va de 0,40 à 0,35.

\*\*\*

Voilà donc deux cas d'ictère hémolytique observés chez des enfants d'une dizaine d'années et grandement améliorés, l'un et l'autre, par la splénectomie. Sur quelles données théoriques se fonde cette intervention, quelle doit en être la technique, quels en sont les résultats ? C'est ce qu'il nous reste à étudier (1).

La donnée théorique essentielle, c'est la constatation faite par tous les auteurs que, dans l'ictère hémolytique, la rate est le siège de la destruction sanguine, ainsi qu'en témoignent les lésions observées : congestion anormale de la pulpe, prédominant sur

(1) N. FIESSINGER et P. BRODIN. Les indications et les résultats de la splénectomie dans les ictères hémolytiques, la maladie de Banti et le purpura hémorragique chronique. Rapport au Congrès français de médecine, XIX<sup>e</sup> session, Paris 1927, p. 1-87.



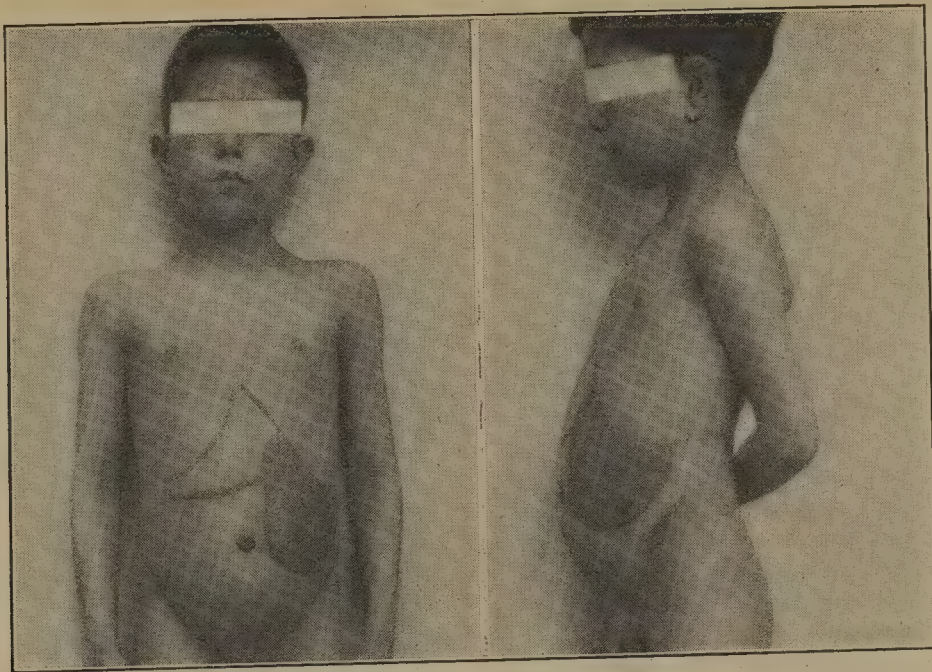


FIG. 1.

les cordons de Billroth, macrophagie hématique et pigmentaire (Vaquez et Giroux, 1907). Le rôle de cet organe est-il passif ? Hypothèse bien peu probable !

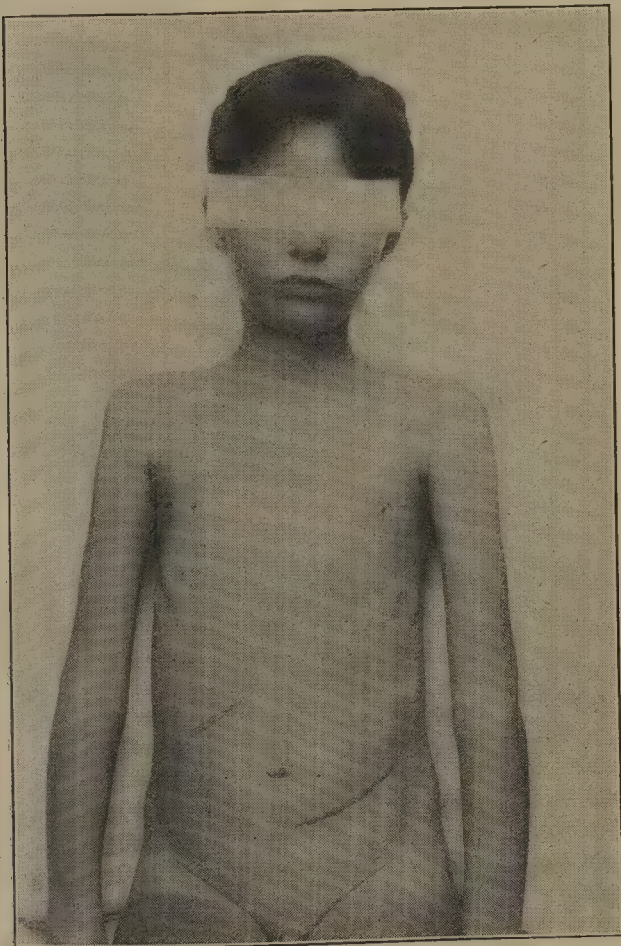


FIG. 2.

Il est infiniment plus vraisemblable que, dans l'hémolyse, la rate intervient activement, sans doute par son système réticulo-endothélial. « L'élément de la phago-

cytose cellulaire ou pigmentaire est la cellule du système réticulo-endothélial. L'ictère hémolytique est « une maladie due à l'hyperactivité de cette cellule. « C'est la cellule réticulaire qui détruit le globule « rouge » (N. Fiessinger et P. Brodin), le phénomène d'hémolyse étant dû à l'activité, non des autres cellules du même système : cellules de Kupfer, cellules réticulaires ganglionnaires, moyens mononucléaires, mais uniquement du macrophage splénique. C'est ce que prouvent les expériences de Guido Banti (1911) : elles établissent, en effet : 1° que la splénectomie sur l'animal augmente la résistance globulaire ; 2° que dans les processus expérimentaux d'hémolyse, l'influence nocive est, avant tout, exercée par la rate.

S'il est vrai que la splénectomie guérit l'ictère hémolytique en agissant sur la cause même de l'hémolyse, comment n'est-elle pas entrée plus tôt dans la pratique courante ? C'est parce que la technique n'en était pas réglée, et que l'ablation d'une rate gorgée de sang, adhérente aux organes voisins, appendue à des vaisseaux volumineux, provoquait des hémorragies dont le malade, déjà affaibli par son anémie, ne pouvait faire les frais. Pour éviter cet accident, MM. P. Lecène et M. Deniker (1924) ont conseillé de procéder à la ligature préalable des vaisseaux spléniques sur le bord supérieur du pancréas. Dans ces conditions, l'opération a les plus grandes chances de réussir. Nous l'avons fait pratiquer trois fois, l'une par M. A. Mouchet, pour une anémie pseudo-leucémique du nourrisson, les deux autres, par M. Grégoire, pour les ictères hémolytiques dont nous venons de relater l'histoire, et jamais nous n'avons eu d'incidents : dans aucun de ces trois cas, il n'y a eu d'hémorragie pendant l'intervention et les suites opératoires ont été parfaites. Quant aux résultats lointains, ils n'ont pas été moins satisfaisants.

Avec MM. Noël Fiessinger et P. Brodin, on peut donc conclure « que, seul de tous les traitements pro-



« posés pour l'ictère hémolytique, la splénectomie « donne des résultats complets et définitifs ». Vraie pour l'adulte, cette formule vaut encore pour l'enfant. Dès 1924, M. le Prof. Nobécourt et M. R. Mathieu présentaient à la Société de pédiatrie (1) un garçon de 11 ans et demi, atteint d'un ictère remontant à la première enfance, dont les téguments avaient une teinte jaune pâle, mélange d'ictère et d'anémie, dont le sérum et le sang contenaient des pigments biliaires, et chez lequel on notait encore de la splénomégalie, une anémie accentuée et surtout une grosse diminution de la résistance globulaire: début de l'hémolyse dans une solution de NaCl à 0,72 % : hémolyse complète dans une solution de NaCl à 0,36 %. L'opération, effectuée sans incidents par le Prof. Ombredanne, a « amené une amélioration très marquée de l'état « général, la disparition complète de l'ictère et de l'anémie, une augmentation de la résistance globulaire « et de la cholestérine du sang ».

Un cas analogue a été rapporté par MM. J. Cathala, M. Armingeat et E. Gouyen, qui se plaisent, eux aussi, à « souligner la simplicité et la bénignité d'une intervention à laquelle ils ne s'étaient pas résignés sans les plus fortes appréhensions » (2).

On peut donc conclure qu'étant donné, d'une part, l'insuffisance notoire des traitements médicaux, et, de l'autre, les perfectionnements de la technique, la splénectomie reste, chez l'enfant comme chez l'adulte, la médication héroïque de l'ictère hémolytique.

**Introduction à l'étude du début des maladies** (3), par René PORAK, ancien interne des hôpitaux de Paris, ancien Professeur à l'Ecole de Médecine de Shang-Haï, de l'Institut Pasteur.

Les traités de médecine exposent la pathologie telle qu'elle s'observe à l'hôpital ; ils n'apprennent aux étudiants que des syndromes tardifs. La physiologie humaine n'a jamais été spécialement étudiée : les plus grands cliniciens s'en réfèrent naïvement aux documents qui sortent des laboratoires de physiologie qui utilisent chiens, chats, lapins et cobayes.

Pour la première fois une base plus sérieuse est offerte aux médecins qui voudraient essayer de faire des diagnostics plus précoces que ceux de la médecine actuelle. La brève esquisse livrée au public est une amorce qui comporterait de nombreux développements. L'exposé de principes nouveaux suffira cependant à chaque spécialiste pour changer sa manière d'examiner les malades et faire lui-même de nombreuses découvertes. La seule besogne urgente qui s'impose à tous les médecins est de rompre avec des méthodes surannées et de faire des diagnostics, 10 ou 20 ans plus tôt que les vieilles écoles médicales.

L. G.

(1) P. NOBÉCOURT, René MATHIEU et RICCI. Un cas d'ictère hémolytique congénital chez un garçon de onze ans et demi. *Bull. de la Soc. de pédiatrie de Paris*, 17 juin 1924, p. 24, et P. NOBÉCOURT et R. MATHIEU. Un cas d'ictère hémolytique congénital traité par la splénectomie, *IV<sup>e</sup> Congrès de pédiatrie de langue française*, 29 sept.-1<sup>er</sup> oct. 1924, p. 75 du C. R.

(2) J. CATHALA, ARMINGEAT et E. GOUYEN. Ictère hémolytique et bronchiectasie. Splénectomie. Guérison, *Bull. de la Soc. de Pédiatrie*, 20 fév. 1934, p. 123-129.

(3) In-8 de 120 pages avec courbes dans le texte. — Prix : 22 fr. — Paris, G. Doin et Cie.

## ARTHROPATHIES HÉMOPHIQUES

Par M. LANCE.

Assistant d'orthopédie à la Clinique chirurgicale infantile.

Les arthropathies hémophiliques constituent une affection rare. En vingt années à la consultation d'orthopédie de Bretonneau, puis à celle des Enfants-Malades, nous n'en avons observé que 5 cas ; à l'Institut Rizzoli, de 1899 à 1933, on put en réunir 19 observations (O. Scaglietti) (1). Cependant, depuis que l'on sait dépister les cas légers on a établi que l'hémophilie était relativement assez fréquente. Mais les arthropathies ne surviennent que chez les grands hémophiles, chez lesquels le temps de coagulation est très retardé (1/2 heure, 1 heure). On les constate aussi bien dans l'hémophilie héréditaire, forme habituelle, que dans l'hémophilie sporadique, l'hémophilo-hémogénie.

Les arthropathies constituent une des manifestations les plus fréquentes de cette grande hémophilie.

Elles présentent un caractère de gravité certaine tant localement pour l'avenir de la fonction articulaire, que pour la vie du malade puisqu'elles révèlent une hémophilie grave.

Jusqu'à ces dernières années on en était resté au travail classique de Koenig (2) qui considérait que, après des rechutes successives, l'hémarthrose conduisait à l'arthrite déformante et à l'ankylose. Depuis lors des travaux ont permis de fixer l'anatomie pathologique de ces lésions et leur évolution. L'étude des aspects radiologiques a pu fixer certains points du diagnostic, en particulier du diagnostic précoce, qui est d'une importance capitale. Enfin, le traitement de l'hémophilie en général a été l'objet de nombreux travaux de P. E. Weil en particulier, qui ont transformé le pronostic de cette affection. La formule de Koenig est entièrement à réviser.

**Étiologie.** — L'épanchement de sang dans les articulations, l'hémarthrose hémophilique est observée surtout dans l'hémophilie héréditaire, forme habituelle de l'hémophilie, mais on peut l'observer dans l'hémophilie sporadique.

L'hémophilie héréditaire, transmise par les femmes, est presque exclusive au sexe masculin. Elle peut cependant s'observer dans le sexe féminin dans la proportion de 1/10.

Ses premières manifestations se font en général dans l'enfance, entre 3 et 10 ans.

Les cas dans lesquels les premiers signes sont apparus à l'âge adulte sont exceptionnels.

Toutes les articulations peuvent être atteintes mais le genou est de beaucoup l'articulation le plus souvent touchée, ensuite le deuxième genou, puis le coude, l'épaule. Les 5 cas que nous avons observés comportaient 3 genoux, 1 coude, et un cou-de-pied. Ce sont les articulations superficielles ou exposées le plus souvent aux traumatismes qui seraient le plus atteintes, tandis que les articulations profondes, bien protégées comme la hanche, le seraient rarement. Ceci n'est pas toujours exact : les 19 cas observés à l'Institut Rizzoli comportent 13 genoux et 6 hanches. Dans les cas



graves il peut y avoir plusieurs articulations atteintes. Dans ces cas l'articulation du genou est toujours intéressée.

Le rôle du traumatisme dans l'apparition de l'hémarthrose est parfois très douteux. Le traumatisme invoqué est le plus souvent insignifiant. Il a souvent précédé l'hémorragie de plusieurs jours (Cruet).

La cause locale de l'hémorragie des hémophiles reste inconnue souvent. Dans une très intéressante observation de MM. Nobécourt, Liège et Grodnitzky (3) on voit que chez un enfant atteint d'épistaxis rebelle et qui n'a échappé à la mort que grâce à une splénectomie, il a été impossible aux examens les plus minutieux de trouver dans les fosses nasales et le cavum une lésion quelconque de la muqueuse.

**Anatomie pathologique.** — Les lésions anatomiques ont pu être étudiées par Freund (4) et par Reinecke Wohlwill (5) sur des pièces d'autopsie.

On peut schématiquement les diviser en 3 périodes correspondant aux divisions cliniques : stade de l'hémarthrose, stade de réaction articulaire ou arthrite, et après une longue période de poussées successives d'hémarthroses à répétition et d'arthrites réactionnelles, le stade ultime d'arthropathie déformante et ankylosante.

Lors de l'hémarthrose le sang épanché dans l'articulation ne se coagule pas, il est résorbé lentement. La présence de ce sang produit dans l'articulation deux modifications capitales :

1° Une réaction à la synoviale ; elle prolifère, se couvre de villosités très vasculaires, ce qui explique la fréquence des hémorragies ultérieures et pourquoi, lorsqu'une articulation a saigné, elle a de plus en plus tendance à saigner à nouveau.

2° La synoviale articulaire et les villosités sont imprégnées de pigment résultant de l'hémolyse des hématies, pigment qui les rend opaques à la radiographie.

Ces modifications vont en s'accroissant pendant plusieurs mois, la synoviale hypertrophiée est bourrée de villosités contenant des proportions considérables de fer (71,16 % dans les cendres), et absolument opaques aux rayons.

Ces réactions articulaires ne tardent pas à entraîner des lésions du cartilage : nécrose et pertes de substances superficielles d'abord puis finissant à la longue par mettre l'os à nu.

D'autre part l'os a pu être atteint primitivement par des hémorragies intraspongieuses ou sous-périostiques visibles à la radiographie. Leur résorption amène la formation de zones lacunaires puis des érosions osseuses. La plus caractéristique est au genou l'élargissement et l'approfondissement de la gorge intercondylienne.

A la période ultime, les pertes de substances cartilagineuses et osseuses se cicatrisent, le tissu fibreux envahit l'articulation, la conduisant progressivement à l'ankylose. En même temps, sous l'influence de la sclérose sous-chondrale, les os se déforment, s'atrophient, tandis que les réactions sous-périostiques peuvent donner naissance à des exostoses marginales.

**Etude clinique.** — Depuis Koenig on divise l'évolution des arthropathies en 3 stades :

1° **HÉMARTHROSE.** — L'hémarthrose est facile à reconnaître quand l'hémophilie s'est déjà manifestée par des signes antérieurs (hémorragies lors de l'avulsion d'une dent, épistaxis, ecchymoses sous-cutanées ou intramusculaires). Mais elle est assez souvent le premier symptôme de l'affection. Elle doit être reconnue d'après ses particularités.

L'épanchement se fait à l'occasion d'un très léger choc ou même spontanément, pendant la nuit, c'est la douleur qui réveille l'enfant.

L'épanchement est brusque, il se fait en quelques secondes. La distension est considérable, anormale. Elle fixe le genou en demi-flexion et s'accompagne d'une douleur violente qui enlève l'appétit, le sommeil. La peau est chaude. Rapidement le quadriceps s'atrophie.

Au bout de 24, 48 heures, la douleur commence à s'atténuer. La résorption débute et s'accompagne pendant 8 jours et plus d'une élévation thermique à 38°, 38° 5.

A cette période de l'hémarthrose la radiographie met en évidence un signe sur lequel a insisté particulièrement Scaglietti. L'infiltration de la synoviale par le pigment hématique montre ses contours, en particulier au niveau des culs-de-sac, de manière frappante. Nous avons, dans un article paru en 1932 dans la *Gazette des Hôpitaux* (6), insisté sur un signe analogue dans la tumeur blanche du genou du petit enfant : la synoviale bourrée de fongosités forme sur des épreuves faites avec des rayons mous une masse désinçant tous les culs-de-sac. Dans la tuberculose il ne s'agit que d'une ombre grise. Dans l'hémarthrose hémophilique, l'ombre est bien plus foncée. Nous avons sous les yeux la radiographie d'un enfant de 4 ans atteint d'une hémarthrose hémophilique du cou-de-pied datant de 3 semaines, l'aspect est vraiment caractéristique (fig. 1).



FIG. 1. — Hémarthrose hémophilique du cou-de-pied chez un enfant de quatre ans. — Synoviale injectée de sang et colorée par le pigment hématique.

Le diagnostic de la nature hémophilique de l'hémarthrose est capital, car si le malade n'a subi aucun traitement préparatoire, la ponction de l'hémarthrose entraîne une hémorragie grave qui peut être mortelle, il y en a des exemples. En tout cas elle est suivie de la reproduction de l'hémorragie intra-articulaire. La ponction donne issue à un liquide hématique, sérum



contenant des globules rouges sédimentés, mêlé à de la synovie filante.

Abandonnée à elle-même l'hémarthrose commence à se résorber au bout d'une huitaine de jours. Les mouvements reviennent peu à peu, mais il persiste une atrophie musculaire marquée.

Le diagnostic de l'hémarthrose hémophilique est parfois difficile, dans certains cas complexes. C'est ainsi que nous avons observé en 1919 chez un enfant de 3 ans manifestement hérédosyphilitique, puisque la mère avait eu avant lui 2 enfants mort-nés, et un autre mort-né après lui, qui a présenté des épanchements liquides dans les 2 genoux. Or, le père était un hémophile, et l'enfant avait eu un épistaxis rebelle et des hématomes superficiels. Le traitement spécifique fit disparaître l'épanchement. Il s'agissait en l'occasion d'hyarthroses chez un hémophile.

**2° STADE D'ARTHRITE.** — A l'hémarthrose succède une réaction articulaire qui prédispose aux hémorragies ultérieures. Pendant plusieurs années, 5 ans, 10 ans, les hémorragies se répètent à intervalles irréguliers. On en a compté 30, 50 chez certains enfants.

Le genou est en demi-flexion : il ne peut être étendu complètement et l'augmentation de la flexion se restreint de plus en plus.

L'articulation reste tuméfiée, chaude entre les poussées d'hémarthrose. Le genou est globuleux, les cul-de-sac remplis.

La mensuration montre d'une manière habituelle un allongement du membre, de 1 à 3 centimètres. Ce signe est noté par Tregubow (7), Peracchia (8), Brachmann (9) et Scaglietti y insiste. Il est dû comme dans la tumeur blanche, à l'excitation des régions bulbaires du fémur et tibia et se traduit à la radiographie par l'augmentation de hauteur des épiphyses tibiales et fémorales par comparaison avec le côté sain.

On ne trouve jamais d'adénopathie iliaque, caractère différentiel très important avec l'ostéo-arthrite tuberculeuse, mais qui lui est commun avec la fausse tumeur blanche syphilitique.

La radiographie est d'une grande utilité pour le diagnostic. Elle montre en effet 2 lésions caractéristiques :

1° L'infiltration par le pigment hématique de la synoviale qui persiste ou s'est fragmentée en îlots sombres ;

2° Les contours des os deviennent irréguliers. En particulier on note un agrandissement considérable de la gorge intercondylienne : elle est plus large et les condyles plus étroits, elle est plus profonde et son bord vient presque au contact du cartilage de conjugaison. C'est un aspect typique sur lequel insistent de nombreux auteurs (fig. 2).

**3° ARTHRITE DÉFORMANTE ET ANKYLOSANTE.** — Au bout de nombreuses années, 10, 15 ans et plus, une ankylose fibreuse plus ou moins serrée finit par se constituer en position de semi-flexion.

La radiographie montre alors des déformations osseuses importantes résultant du ramollissement osseux, véritable malacie hémophilique, et de l'attitude vicieuse en flexion : aplatissement des condyles, bords articulaires irréguliers, présentant des exostoses mar-

ginales, subluxation du tibia en arrière des condyles fémoraux.

**Formes cliniques.** — Telle est l'évolution au genou, articulation le plus souvent atteinte.

A la hanche, l'affection est souvent méconnue.

Le début se fait par une douleur violente. On note de la parésie des muscles innervés par le nerf crural et des troubles de la sensibilité dans son territoire.

Au point de vue radiographique elle a été étudiée par Petersen (10), Löhr (11), Freund (12), Scaglietti, qui ont montré que l'aspect était celui de l'ostéo-chondrite. On observe en effet 3 phases : 1° une période d'aplatissement et de raréfaction de l'épiphyse ; 2° une période de fragmentation ; 3° une période de reconstitution de la tête fémorale qui demeure aplatie.



FIG. 2. — Arthrite hémophilique, montre l'agrandissement de la gorge intercondylienne. — Erosions osseuses par hémorragies sous-chondrales et intra-osseuses. (D'après Scaglietti.)

Au coude l'évolution est la même qu'au genou. L'extrémité supérieure de l'humérus, aplatie et déformée, est encastrée dans l'échancrure sigmoïde très approfondie et élargie.

**Complications.** — Dans l'hémophilie familiale l'arthropathie est souvent un phénomène isolé (P.-E. Weil). Dans l'hémogénie la résorption du sang hémolysé détermine souvent à distance d'autres hémorragies, soit des hématomes intra-musculaires, soit souvent une hématurie qui apparaît dans les quelques heures qui suivent l'hémarthrose. C'est l'hémotripsie hémorragipare de Chevalier.

D'autres complications ont été signalées : d'énormes décollements sous-périostiques remontant à la racine de la cuisse, des décollements épiphysaires, des fractures (Génévrier, Le Marc-hadour et A. Breton) (13).

Il peut se produire des accidents classés sous le nom de rhumatisme hémophilique.

Avant que Koenig eut démontré que les arthropathies hémophiliques étaient dues à des épanchements sanguins intra-articulaires, on pensait qu'il s'agissait de manifestations rhumatismales.

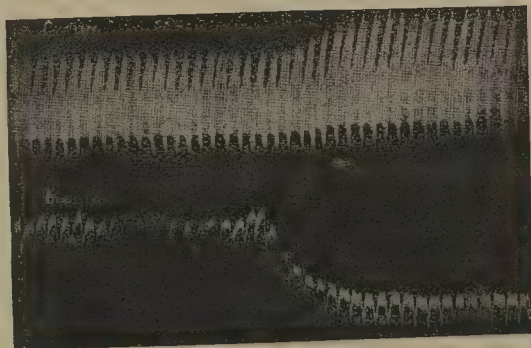
P. E. Weil a montré qu'à côté de l'hémarthrose hémophilique il existait chez l'hémophile des arthropathies protéiniques à distance par résorption de sang épanché dans l'articulation : 24, 48 heures après la production de l'épanchement on voit une poussée fluxionnaire avec douleur, fièvre, gonflement sur une



# Le SEDO-HYPOTENSEUR DAUSSE

Phényléthylbarbiturate de Yohimbine  
Phényléthylbarbiturate de Quinine.

**HYPOTENSEUR — TONICARDIAQUE — SÉDATIF**



**Augmente l'amplitude  
des contractions ventriculaires**

**Fait baisser  
la pression artérielle**

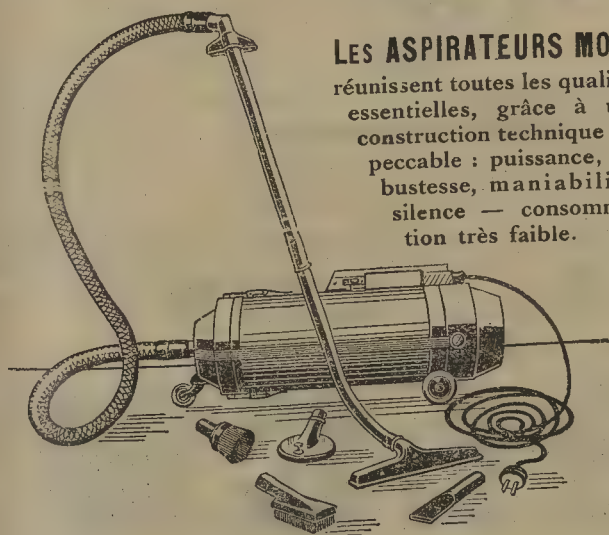
**2 à 3 comprimés** par jour, un avant chacun des principaux repas

**ECHANTILLONS ET LITTÉRATURE : 4, RUE AUBRIOT, PARIS - IV<sup>e</sup>**

# ASPIRATEURS ET CIREUSES MORS

**16, rue Lafayette, PARIS**

**11, rue Petit, CLICHY (S.)**

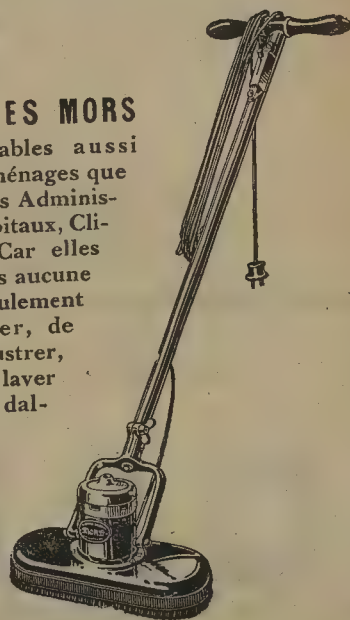


**LES ASPIRATEURS MORS**  
réunissent toutes les qualités  
essentielles, grâce à une  
construction technique im-  
peccable : puissance, ro-  
bustesse, maniabilité,  
silence — consomma-  
tion très faible.

**A votre santé l'Aspirateur MORS boit la poussière !**

Son emploi est des plus indiqués dans les hôpitaux, il  
assainit et purifie l'air, tout en absorbant la poussière.

**LES CIREUSES MORS**  
sont indispensables aussi  
bien dans les ménages que  
dans les grandes Adminis-  
trations, les Hôpitaux, Cli-  
niques, etc... Car elles  
permettent, sans aucune  
fatigue, non seulement  
d'encaustiquer, de  
brosser, et lustrer,  
mais aussi de laver  
les carrelages, dal-  
lages, etc...



Tous nos appareils sont garantis  
deux ans, et munis de l'estampille AP-EL, marque de qualité.

Demandez des renseignements, une démonstration gratuite.

# PROSTHÉNASE

## GALBRUN

SOLUTION ORGANIQUE TITRÉE DE FER ET DE MANGANÈSE  
*Combinés à la Peptone et à la Glycérine et entièrement assimilables*

**NE DONNE PAS DE CONSTIPATION**

**ANÉMIE — CHLOROSE — DÉBILITÉ — CONVALESCENCE**

DOSES QUOTIDIENNES : 5 à 20 gouttes pour les enfants ; 20 à 40 gouttes pour les adultes

*Échantillons et Littérature : Laboratoire GALBRUN, 8 et 10, rue du Petit-Musc, PARIS*

## ESTOMAC — INTESTIN

DYSPEPSIE

GASTRALGIE

ENTÉRITE

CHEZ L'ENFANT

CHEZ L'ADULTE

## VALS-SAINT-JEAN

EAU de RÉGIME, FAIBLEMENT MINÉRALISÉE et GAZEUSE

*Envoi gratuit d'Échantillons et de Notices à MM. les Docteurs sur demande adressée*

DIRECTION-VALS-GÉNÉRALE : 53, Boul<sup>e</sup> Haussmann, Paris (9<sup>e</sup>). Téléph. 227-78.

ANÉMIE PALUDEENNE

— Source Dominique —

VALS-LES-BAINS

Saison du 1<sup>er</sup> Juin au 1<sup>er</sup> Octobre

Tout Déprimé  
 » Surmené

Tout Cérébral  
 » Intellectuel

Tout Convalescent  
 » Neurasthénique

est justiciable  
 de la :

6, Rue Abel  
 PARIS (12<sup>e</sup>)

**NEVROSTHENINE FREYSSINGE**

Gouttes de glycérophosphates alcalins (0.40 par XX gouttes).  
 XV à XX gouttes à chaque repas. — *Ni sucre, ni alcool.*



TOUTES les Affections du **FOIE** et du **REIN** :

1 à 2 capsules à chacun des deux principaux repas de :

# CAPARLEM

HUILE DE HAARLEM (au Juniperus Oxycedrus)

QUALITÉ INCOMPARABLE ET ACTIVITÉ INSOUÇONNÉE

Laboratoire Lorrain de Produits Synthétiques purs — **ETAIN** (Meuse)



ou plusieurs autres articulations : ces phénomènes disparaissent au bout de 3 ou 4 jours.

**Diagnostic.**— Nous avons insisté chemin faisant sur les caractères cliniques et radiographiques qui différencient les arthropathies hémophiliques des autres affections. Le diagnostic doit toujours être complété par l'examen du sang.

Comme il s'agit toujours d'une hémophilie grave, les caractères hématologiques sont très accusés : coagulation très lente (au moins une heure pour P. E. Weil), coagulation selon le type plasmatique. Ce sont là les caractères essentiels.

On note des différences entre l'hémophilie familiale et l'hémophilie sporadique. C'est ainsi que dans le premier cas le sang qui s'écoule par l'aiguille est fluide et s'écoule rapidement ; dans le deuxième il est visqueux, s'écoule lentement et cet écoulement s'arrête rapidement.

**Traitement.** — C'est le traitement général, celui de l'hémophilie qui constitue la base de la thérapeutique. On sait que les remarquables travaux de P. E. Weil ont démontré que les injections de sérums frais d'animaux, de cheval en particulier (hémostyl, sérum antidiphthérique, antitétanique) supprime au bout de quelques heures les troubles de la coagulation sanguine qui se maintient normale pendant 4 à 5 semaines. L'effet est plus net et plus complet dans l'hémophilie sporadique que dans l'hémophilie familiale. Une difficulté réside dans ce fait qu'il convient que le sérum employé soit aussi frais que possible, son efficacité s'atténuant avec le temps.

Mais cette action ne se fait sentir qu'au bout de quelques heures, au contraire une transfusion sanguine de 100 à 200 centimètres cubes augmente instantanément la coagulabilité du sang. Il faut aussi citer comme traitement de base la méthode de Nolf. L'injection de 5 à 10 centimètres cubes d'une solution au 1/20 de peptone de Witte tous les 3 jours un mois sur deux donne une amélioration considérable de la coagulation sanguine.

Il en est de même de la méthode de Whipple.

M. Pickering (cité par le Marc'Hadour et Breton) obtint dans 3 cas un abaissement du temps de coagulation de 60 à 10 minutes, qui persista tant que le régime fut continué.

Voyons les applications de ces données générales du traitement de l'hémophilie à celui des arthropathies, tel que l'ont établi P. E. Weil et R. Massart (14).

**A la période d'hémarthrose.** — Le repos absolu du membre s'impose pour calmer la douleur et éviter de provoquer de nouvelles hémorragies. C'est l'immobilisation dans une gouttière plâtrée strictement modelée, avec une vessie de glace sur le genou. On n'évacuera pas par ponction, cela ne sert à rien, l'épanchement se reproduisant aussitôt.

On pratiquera une transfusion ou une injection de sérum animal aussi frais que possible. Malgré l'atrophie considérable du quadriceps dans les jours suivants on proscriera absolument la mobilisation et le massage.

**A la période d'arthrite,** on instituera le traitement de l'hémophilie : injection de 10 centimètres cubes de sérum de cheval par mois. S'il est nécessaire de faire un redressement du genou, on instituera comme traitement préparatoire une transfusion. Il en sera de même en cas d'hémorragie grave.

**A la période d'arthrite déformante ankylosante,** on pourra être obligé de pratiquer un redressement sous anesthésie générale. Dans ce cas il faut éviter l'emploi du protoxyde d'azote qui retarde la coagulation et employer l'éther peu nocif pour le foie. On pratiquera une transfusion préparatoire, et, après le redressement, si le gonflement est considérable et que l'on craigne des accidents, une deuxième transfusion sera prescrite.

Après le redressement, un plâtre sera appliqué, puis un appareil de soutien léger et souple.

La récupération des mouvements se fait spontanément et on ne doit employer ni mécanothérapie ni massage.

Mais il faut savoir que malgré le traitement général et local des récidives sont toujours à craindre.

Cependant on peut dire à l'heure actuelle que, grâce aux progrès de la médication de l'hémophilie, le pronostic de ces arthropathies est singulièrement modifié. L'opinion de Koenig qui considérait la terminaison par ankylose comme inévitable n'est plus exacte. Si l'affection est prise au début la guérison avec récupération fonctionnelle complète est possible. Plus tard, une récupération sera toujours possible, assurant au malade une mobilité articulaire plus ou moins étendue.

#### TRAVAUX CITÉS

- (1) O. SCAGLIETTI. *La chirurgia degli organi di mov.*, 1934, Livre d'or en l'honneur de Galeazzi, pp. 329-343, 12 fig.
- (2) KOENIG. *Volkmanns Sammlg., Klin. vortrage*, 1892, fasc. 36.
- (3) NOBÉCOURT, LIÈGE et GRODNITZKY. *Bull. et mém. de la Soc. de Pédiatrie de Paris*, 15 mars 1932, pp. 186-194.
- (4) FREUND. *Voichow's arch.*, 1925, vol. CCLVI, f. 1, pp. 158-188.
- (5) REINECKE-WOHLWILL. *Archiv. für Klin. chir.*, 1929, vol. CLIV, f. 3, pp. 425-479.
- (6) LANCE. *Gaz. des Hôpit.*, N° 38, 11 mai 1932, pp. 716-718, 2 fig.
- (7) TREGUBOW. *Zeitschr. für orth. chir.*, 1929, vol. LI, pp. 282-295.
- (8) G. PERACCHIA. *Archivio di ortopedia*, 1932, vol. XLVII, pp. 433-482.
- (9) BACHMANN. *Röntgenpraxis*, anno I, f. 16, pp. 724-731.
- (10) O. H. PETERSEN. *Archiv. für Klin. chir.*, 1923, vol. CXVII, pp. 456-472.
- (11) LÖHR. *Deutsch. Zeit. chir.*, 1930, vol. CCXXVIII, pp. 234-248.
- (12) E. FREUND. *Fortschr. a. d. Geb. Röntgenstrahl.*, vol. XLII, f. 4, pp. 435-464.
- (13) LE MARC'HADOUR et A. BRETON. *Echo méd. du Nord*, 17 décembre 1932, pp. 603-610.
- (14) P.-E. WEIL et R. MASSART. *Revue de chir.*, 1931, pp. 199-212, 10 fig.

(Edèmes et congestions pulmonaires, par G. CAUSSADE et André TARDIEU. Petit in-8° de 266 pages avec 8 figures. — Prix : 25 fr. Paris, Alcan.

## ACTUALITÉS

### ANÉMIES ET TRANSFUSION

Les transfusions sanguines sont de plus en plus couramment employées ; les indications se sont peu à peu multipliées et précisées, et la technique s'est perfectionnée. D'abord utilisées contre les anémies aiguës suites d'hémorragies, elles n'ont pas tardé à l'être contre des anémies relevant de destructions sanguines et où l'hémorragie n'est pas la seule cause de déperdition sanguine, anémies pouvant être elles-mêmes idiopathiques ou symptomatiques.

**Mode d'action de la transfusion.** — Il est toujours complexe. Dans certains cas, c'est le rétablissement de la masse sanguine que l'on veut obtenir en donnant mieux qu'un liquide sans propriétés vivantes. C'est alors un rôle quantitatif que remplit le sang injecté en particulier dans les transfusions après grande hémorragie, médicale ou chirurgicale, ayant engendré une anémie aiguë.

Cependant même dans ce cas, la transfusion n'a pas un rôle purement quantitatif ainsi que le montre l'étude récente de Fontès et Thivolle (1934) basée sur des expériences au moyen de sang citraté mais qui ne perdait sans doute pas toute valeur en ce qui concerne le sang pur.

Il est en effet acquis que la survie des globules d'emprunt n'est que temporaire ; les auteurs classiques et Michon l'évaluent à 80 jours environ. Fontès et Thivolle ont observé des faits dont la thérapeutique devra sans doute tenir compte.

D'une part l'augmentation du nombre des hématies chez le receveur et du taux de son hémoglobine ne correspond nullement à la quantité de sang reçue ; elle la dépasse sensiblement ; il faut donc en conclure qu'une mobilisation des globules jeunes du receveur s'opère sous l'influence du sang neuf transfusé.

D'autre part, la survie des globules d'emprunt ne dépasserait pas pour Fontès et Thivolle 3 à 4 jours. Ils sont détruits à ce moment mais leur hémoglobine loin d'être éliminée est utilisée par le receveur : pour une part elle est mise en réserve sous une forme encore inconnue ; pour une autre part elle serait directement utilisée par les globules rouges nouvellement libérés. L'action stimulante et eutrophique du sang transfusé classiquement admise trouve donc ici sa confirmation.

Mais cette action n'est pas seule en jeu. Les auteurs, répétant les transfusions, ont vu comme il fallait s'y attendre que les réserves de globules jeunes s'épuisaient et que les décharges d'hématies autochtones dès la 3<sup>e</sup> transfusion faiblissaient ou même cessaient. La répétition des transfusions n'arriverait plus désormais qu'à hâter la destruction des globules transfusés et même à provoquer celle d'une partie des globules du receveur.

Si de telles constatations se vérifient, il faudra sans doute en tenir compte en clinique ; peut-être est-ce une explication de l'épuisement dans certains cas de l'activité des transfusions.

Il n'en reste pas moins qu'en pratique l'action stimulante existe à laquelle se joignent une action hémostatique et même sans qu'il s'agisse d'immuno-transfusion, une action anti-infectieuse parfois précieuse.

**Contre-indications de la transfusion.** — Elles sont évidemment peu nombreuses et d'autant moins à considérer que le danger couru est plus pressant et à plus courte échéance. Si le danger d'une grande hémorragie peut tout primer il est cependant des circonstances, imputables non pas au donneur ni à la transfusion dans son principe, mais à l'état du receveur lui-même, qui méritent attention.

C'est ainsi que Jacobson, que Michon, considèrent la transfusion comme contre-indiquée chez les hypertendus, et les artérioscléreux, chez les insuffisants rénaux et chez les insuffisants hépatiques, exposés aux accidents que nous mentionnerons ci-dessous ; contre-indiqués aussi chez les sténosés du pylore même victimes d'une grande hémorragie s'il existe des accidents urémiques ou tétaniques menaçants. Michon considère également la transfusion comme contre-indiquée chez les hémogéniques.

Certains faits récents ont montré aussi les dangers d'une instabilité sanguine trop grande (Benda) ou de la prédisposition aux accidents dits colloïdoclasiques (asthme, urticaire, etc...).

En ce qui concerne les *accidents anaphylactiques*, la transfusion bien supportée dans un cas de Sureau et Polacco, mais suivie à 48 h. d'une injection d'antheme, puis d'accidents anaphylactiques dramatiques, fit découvrir chez le donneur une injection d'antheme datant de 2 ans et provocatrice des accidents. Ce sont là des faits exceptionnels mais les injections sérothérapiques de diverses natures sont assez fréquentes tant chez les donneurs que chez les receveurs pour qu'une enquête serrée sur l'état humoral des uns et des autres ait un intérêt pratique incontestable.

**Indications de la transfusion.** — Elles sont d'autant plus certaines au cours des anémies qu'elles se rapprochent davantage de l'indication la plus élémentaire : la grande hémorragie, d'autant plus sujettes à réserve qu'on met davantage en jeu un rôle qualitatif que nous connaissons mal.

D'une manière générale on se guidera d'après l'état général, la lenteur de l'évolution favorable absolue ou relative, la résistance à d'autres traitements (foie) ; on se guidera aussi d'après la formule sanguine, en particulier le grand déficit en hémoglobine.

On peut, comme le fait Clavel (1934), grouper les indications particulières selon leur degré de certitude.

Il est des transfusions *nécessaires*, urgentes même, dans les grands shocks et les grandes hémorragies, sans doute plus fréquentes en pratique chirurgicale. Ce sont des *anémies* aiguës où la transfusion doit se compléter d'un traitement causal et de traitements adjuvants ; le plus souvent, transfusion unique et abondante.

Si l'on recense les transfusions utiles, la pathologie médicale prend le pas, encore que les transfusions



# ETABLISSEMENT HYDROTHERAPIQUE & MAISON DE CONVALESCENCE du Docteur BUVAT

Docteurs BUVAT et VILLEY-DESMESERETS  
Anciens Internes des Asiles de la Seine, Médecins-Directeurs

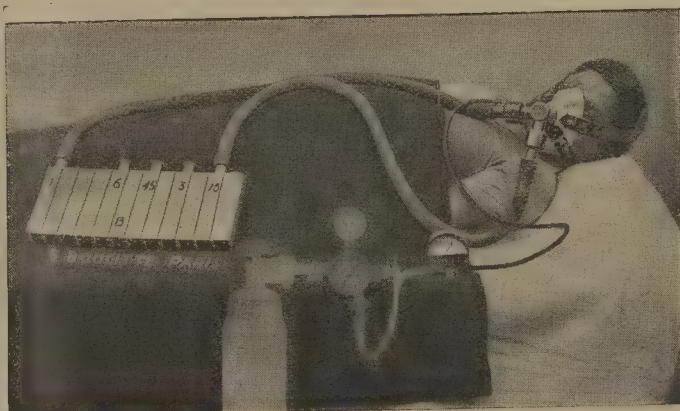
**VILLA MONTSOURIS**  
130, rue de la Glacière, PARIS. Tél. Gobel. 05 40  
Mardi, Vendredi, 2 à 5

**L'ABBAYE**  
VIRY-CHATILLON (S.-et-O.) Tél. Juvisy 76  
■ PARC : Huit Hectares

Traitement des Maladies **NERVEUSES** et des **TOXICOMANIES**  
CONDITIONS SPÉCIALES POUR L'HOSPITALISATION DES VIEILLARDS ET DES CHRONIQUES

S'adresser pour renseignements : 130, rue de la Glacière.

## ETS G. BOULITTE CONSTRUCTEURS, 15<sup>A</sup> 21, RUE BOBILLOT — PARIS (13<sup>e</sup>) —



TRAITEMENT DES ASPHYXIES  
CONGESTIONS - PNEUMONIES - ŒDÈMES, ETC.

par l'

### INHALATEUR ALVÉOLAIRE

du Physiologiste MAGNE

EFFICACE - SIMPLE - PEU COUTEUX

(Vente et Location d'Appareils)

POUR LE PNEUMOTHORAX ARTIFICIEL  
L'INSTRUMENT LE PLUS MODERNE

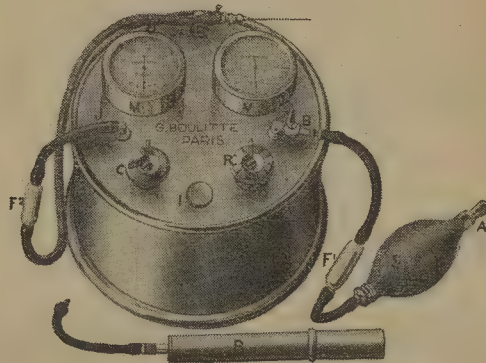
est le

### PLEURO - INSUFFLATEUR

du Docteur MEDIONI

PORTATIF, MANIABLE ET PRÉCIS - SANS VERRERIE NI LIQUIDE

Documentation sur demande



# SULFOÏDOL ROBIN

Granulé - Capsules - Injectable - Pommades - Ovules

ARTHRITISME CHRONIQUE - ANÉMIE REBELLE

PHARYNGITES - BRONCHITES - FURONCULOSE - ACNÉ - VAGINITES

URÉTRO-VAGINITES - INTOXICATIONS MÉTALLIQUES

R. C., 221.839,  
Seine.

LABORATOIRES ROBIN, 13, Rue de Poissy, PARIS



puissent reconnaître des indications d'origine chirurgicale : splénectomies pour rupture splénique, fibromes saignants, etc... Mais aussi hémorragies des ulcères digestifs, de la fièvre typhoïde, des cirrhoses hépatiques où la répétition peut primer l'abondance.

D'autres fois l'hémorragie manque, l'anémie reste : anémies symptomatiques de cancers, d'intoxications les unes endogènes, les autres exogènes. Anémies relevant de causes extérieures (Rayons X).

Dans le purpura hémorragique, le sang transfusé peut agir favorablement, en particulier par réveil du mécanisme de l'hémostase.

Dans la plupart des états anémiques, les transfusions efficaces sont le plus souvent des transfusions de faible quantité et répétées ; quelquefois cependant, une transfusion importante s'avère nécessaire. Mais il faut avant tout agir avant que des lésions graves, en particulier du système hématopoiétique, aient apparu.

Dans certaines chloroses, dans les chloro-anémies de type pernicieux, Michon a obtenu d'heureux résultats, de même dans le scorbut, et surtout dans l'hémophilie où de petites transfusions peuvent influencer de façon accentuée et durable sur la tendance aux hémorragies.

Les anémies infectieuses, même très avancées (Nobécourt et Liège) ont pu être guéries par des transfusions répétées.

L'anémie pernicieuse est également justiciable de transfusions répétées d'autant plus efficaces que plus précoces. Le plus souvent il s'agit d'anémies méta-plastiques (Weissenbach, Gautier et Bosch), mais même en cas de formule aplastique, Michon considère la transfusion comme utile et susceptible de changer la formule hématologique. Dans un cas de Weissenbach, Bosch et Martineau, un syndrome neuro-anémique a été heureusement influencé par des transfusions répétées renforçant l'hépatothérapie.

Dans l'ictère hémolytique enfin, la transfusion sanguine, en tant que modificateur du sang, a donné à Loederich, J. Berger, Mamou et Beauchesne de bons résultats ; sortie du coma, arrêt de l'hémolyse, l'anémie n'a cédé qu'au traitement chirurgical.

Mais dans ces cas la plus grande prudence est nécessaire en raison des lésions hépatiques : Chabrol, Cachin et Séguier rapportent 3 morts après transfusion dans des ictères hémolytiques congénitaux s'accompagnant de cirrhose hypertrophique.

Parfois la transfusion, bien qu'utile, n'est pas sans risques : chez les cancéreux cachectiques où Jacobson la conseille pourtant, dans les grandes intoxications (diabète, urémie), les grandes infections (septicémies puerpérales, endocardites infectieuses).

Touchant les leucémies, alors que Clavel la considère comme presque toujours nuisible, la transfusion a donné à J.-E. Weil et Isch-Wall et à Le Rasle (1933) de bons résultats, mais elle n'est jamais qu'un adjuvant de la radio — ou de la curie — thérapie.

On peut par contre la considérer comme nuisible dans l'hémogénie, l'agranulocytose.

**Précautions préalables.** — On sait l'importance première de l'enquête préalable et les risques du donneur bénévole recruté d'urgence, en particulier par la transmission de syphilis ou de paludisme. On devra donc

toujours préférer un donneur professionnel. A noter la fréquence des cas de paludisme insoupçonné qui font éliminer du nombre des donneurs des sujets ayant, sans atteinte, simplement séjourné en pays infecté. L'enquête doit aussi s'étendre comme nous l'avons dit au passé sérothérapique des deux parties.

Nous ne pouvons nous étendre ici sur les discussions non encore éteintes touchant les groupes sanguins et leur fixité et où les adversaires restent sur leurs positions. Pratiquement on doit actuellement s'en tenir à la fixité (Soc. Path. comparée 1935) acceptée par la grande majorité des auteurs. En ce qui concerne des mutations possibles mais non indiscutables, elles semblent exceptionnelles. Une détermination soigneuse est encore la meilleure garantie ; il semble qu'à l'épreuve directe on doive préférer l'épreuve indirecte de Beth-Vincent complétée selon les indications de Tzanck et saisir toutes occasions de vérifications et de recoupements touchant les sérums étalons.

Sans doute, à côté des incompatibilités globulaires, doit-on faire place à des anomalies humorales ou tissulaires du receveur se reflétant dans des incompatibilités sérosériques (Tzanck-Boursat). Benda a noté les effets sur le sang des rayons X, Gedroyc (1932) a observé l'action sur le sang de certains hémolysats. Une étude plus poussée de ces expériences est nécessaire.

**Technique de la transfusion.** — Elle n'offre rien qui soit particulier au traitement des anémies. L'importance de la lenteur et de la souplesse rythmique de l'opération a provoqué l'établissement d'appareils appropriés. Le sang pur paraît presque toujours préférable au sang citraté. A signaler les résultats publiés par Vlado (1935) sur l'emploi de sang conservé au moyen d'un mélange citraté potassique et magnésien (sérum I.H.T.).

Importance et répétition des transfusions sont affaire d'espèce ; en général, les transfusions médicales modificatrices sont répétées et peu abondantes ; l'augmentation de quantité a cependant été dans certains cas une condition du succès (2 litres 1/2 dans le cas de Laederich-J. Berger).

**Accidents de la transfusion.** — Comparativement au nombre actuel des transfusions, les accidents semblent peu fréquents même chez les anémiques. Il est remarquable qu'au début de la transfusion, alors qu'on ignorait l'incompatibilité sanguine, aucune série d'incidents ne donna l'éveil. Sans doute les blessés de cette époque, surpris par l'hémorragie en pleine santé étaient-ils plus tolérants que les transfusés médicaux.

Les accidents graves peuvent être précoces, apparaissant au cours même de l'opération. Il s'agit en général d'incompatibilité sanguine. L'attention actuellement apportée au classement des donneurs et à la recherche de la tolérance du receveur rend ces accidents moins fréquents. Une lenteur prudente dans la réinjection permet le plus souvent de saisir les signes d'alerte et de tout interrompre avant rien d'irréparable ; cette lenteur n'importe pas moins à l'équilibre général de la circulation.



Troubles digestifs  
de l'enfance

1 cuillère à café  
par année d'âge

# EUPHORYL INFANTILE

GRANULÉ SOLUBLE

LABORATOIRES "ANA"  
16, AV<sup>UE</sup> DAUMESNIL - PARIS

DERMATOSES  
PRURITS  
ANAPHYLAXIES

## ANGIOLYMPHE

= Principes Actifs d'Orchidées

Tous ÉTATS DÉFICIENTS - PRÉTUBERCULEUX - TUBERCULOSE

AUCUNE TOXICITÉ — PAS DE CONTRE INDICATIONS

Injections intra-musculaires indolores — 2 à 5 cc. par séries de 10 à 12 injections

## ARGYCUPROL

= Ag (10 %) + Cu (0,1 %)

Attaque le Gonocoque et les Associations microbiennes

BLENNORRAGIE aiguë (traitement abortif) ou Chronique et  
leurs Complications - AFFECTIONS GYNÉCOLOGIQUES :  
Métrites simples ou gonococciques, Vulvite, Vulvo-Vagi-  
nites, etc. - OPHTALMOLOGIE - DERMATOLOGIE

Injections urétrales, Vaginales, Grands lavages uréthro-vésicaux

INDOLORE — NON CAUSTIQUE — NE PROVOQUE PAS DE RÉTRÉCISSEMENTS

Echantillons et Littérature : LABORATOIRES de l'ANGIOLYMPHE, 4 bis, rue Hébert, COURBEVOIE

Granules de CATILLON

**STROPHANTUS**

à 0,001 Extrait Titré de

C'est avec ces granules qu'ont été faites les observations discutées à l'Académie de Médecine en 1889,  
elles prouvent que 2 à 4 par jour donnent une diurèse rapide, relèvent vite le cœur affaibli, dissipent  
ASTHÉNIE, DYSPNÉE, OPPRESSION, ŒÈMES, Affections MITRALES, CARDIOPATHIES des ENFANTS et VIEILLARDS

Granules de CATILLON 0,0001

**STROPHANTINE**

CR.

TONIQUE du CŒUR par EXCELLENCE — TOLÉRANCE INDÉFINIE

Priz de l'Académie de Médecine pour "Strophantus et Strophantine", Médaille d'Or Expos. Univ. 1900.

PARIS, 3, Boulevard St-Martin. — R. C. S<sup>ne</sup> 48283

Des accidents graves peuvent suivre à quelques jours une transfusion apparemment bien supportée ; parmi eux les uns se rapprochent, d'allure et de mécanisme sans doute, des accidents sériques et sont plus gênants que graves ; les autres, très polymorphes, atteignent plus particulièrement le tube digestif, le foie et surtout le rein. Mlle Herr (1933) a décrit les néphropathies graves avec hémoglobinurie puis anurie pouvant se terminer par urémie mortelle. Pour Tzanck les seuls cas graves sont le fait de déterminations imparfaites ou mal interprétées ; lorsqu'il n'y a pas incompatibilité sanguine le pronostic serait bénin et l'évolution brève.

Néanmoins, on doit toujours être extrêmement circonspect auprès d'un sujet à rein déjà lésé.

Les autres accidents tardifs (Tzanck, Boursat) peuvent souvent être des faits d'« hémonocivité » où c'est le receveur qui est intolérant, aussi bien à des « réactogènes » biologiques, ou même chimiques, qu'au sang reçu. Dans ces cas, les signes d'alerte, à caractère pulsatile, pendant même la transfusion faciles à saisir si l'opération est assez lente, surtout au début, permettent de cesser la réinjection et de pratiquer un traitement désensibilisant. On pourra sous son influence ou grâce à la méthode de Besredka essayer dans certains cas une nouvelle transfusion.

Mais ces cas d'hémonocivité par intolérance humorale semblent rares et ne sont pas une raison qui doive faire renoncer à priori au bienfait que les anémiques peuvent retirer d'une transfusion bien comprise.

R. LEVENT.

## PRATIQUE MÉDICALE

### NOTIONS NOUVELLES

#### SUR LA THÉRAPEUTIQUE BIOCHIMIQUE DES ANÉMIES

Par M. le docteur FAGUET.

Jusqu'à ces dernières années, il régnait une grande incertitude sur le rôle des acides aminés qui, on le sait maintenant, sont doués d'une action constructive ou fonctionnelle de tout premier plan.

MM. Fontès et Thivolle, de Strasbourg, ont eu le mérite d'appliquer les premiers les données chimiques nouvellement publiées sur les amines biogènes au traitement des anémies. On sait que l'hémoglobine est un hétéroprotéide constitué par un groupement prosthétique ferrugineux, l'hématine, et par une histone spéciale, la globine. L'hématine est caractérisée essentiellement, outre la présence de fer, par le fait que sa molécule renferme quatre noyaux hétérocycliques azotés du pyrrol. De son côté, parmi les acides aminés qui composent sa molécule, la globine contient de l'histidine, dont le noyau azoté est également hétérocyclique et qui y entre dans la proportion de 10 %. Ainsi, lorsque l'organisme fabrique de l'hémoglobine, il a besoin, pour cette édification, de certains acides aminés et de fer, mais l'apport de deux noyaux non synthétisables lui est indispensable : le noyau pyrrol du tryptophane et le noyau imidazol de l'histidine. Le raisonnement le plus simple conduit donc à cette conclusion que le tryptophane et l'histidine jouent un rôle constructeur dans l'hématopoïèse.

Fontès et Thivolle, sur ces bases théoriques, ont constaté l'influence heureuse de ces deux acides aminés sur la régénération sanguine lors d'anémies expérimentales. Par con-

tre, la carence en tryptophane et en histidine est suivie chez les animaux d'une perte de poids et d'une anémie considérables. Cette thérapeutique, transposée en clinique, a donné des résultats intéressants, et les injections du mélange hématogène (tryptophane-histidine ou hémotra) sont aujourd'hui classiquement employées dans la lutte contre l'anémie.

De nombreux auteurs, après Fontès et Thivolle, ont publié les résultats excessivement intéressants obtenus par l'emploi de l'hémotra (tryptophane et histidine) dans le traitement des diverses anémies. Citons en particulier les travaux d'Emile Aron, Aubertin, Bénech, Brindeau, Ciampi, Costa, Dominici, Durand, Favier, Gounelle, Hamant, Labbé, Langeron, Lenormand, Merklen, Michon, Neyron, Olmer, Pichon, Ravina, Sabrazès, Sassard, Touchard, Vasselle, etc...

L'injection d'hémotra, qui soustrait les acides aminés hématogènes à l'action destructrice des microbes intestinaux, supplémente l'organisme, selon l'heureuse expression de Fontès, en matériaux nobles déficients. Les résultats obtenus sont très nets même dans l'anémie pernicieuse progressive ; ils sont encore plus probants dans toutes les anémies hémolytiques, splénomégaliqes, leucémiques, secondaires, néoplasiques, dans toutes les hémorragies qui suivent les interventions chirurgicales, les accouchements ou les traumatismes, enfin dans les asthénies graves, les convalescences difficiles, en un mot dans toutes les déficiences organiques.

On peut utiliser ce médicament à petites doses (ampoules de 1 cc.) par voie intradermique ; à doses moyennes (ampoules de 2,5 cc.) par voie intramusculaire, dans les convalescences ; à doses fortes (ampoules de 5 cc.) par voie intramusculaire, dans toutes les anémies.

Chaque centimètre cube d'une solution d'hémotra contient 2 cgr. de tryptophane et 4 cgr. d'histidine. Ces deux acides aminés sont absolument atoxiques et toutes les injections d'hémotra sont strictement indolores. Sous l'influence de ce traitement, dont la durée varie d'une à trois semaines, les forces reviennent, l'appétit et le poids subissent des améliorations considérables, enfin le nombre des globules rouges augmente dans des proportions incroyables et l'hémoglobine revient parallèlement à sa valeur normale : c'est ainsi que, dans un cas que nous avons suivi, nous avons pu voir les globules rouges monter de trois millions à quatre millions, un mois à peine après le début du traitement, et nous avons constaté en même temps une reprise absolument stupéfiante de l'état général. Il s'agissait dans ce cas d'une anémie grave consécutive à une intervention chirurgicale. On trouvera dans les thèses de Sassard et d'Aron des observations excessivement importantes qui démontrent, d'une manière très nette, l'action toute spéciale de l'acidaminothérapie, à laquelle on a consacré naguère un court article dans le *Concours Médical* (1935, p. 1.396). Dans ce travail, on a surtout signalé les bons effets obtenus, dans la maladie ulcéreuse gastroduodénale, par un des composants de l'hémotra, l'histidine (C.-F. Stolz, Weiss, Aron, Lenormand, etc.). L'acidaminothérapie est en effet à l'ordre du jour, qu'il s'agisse du traitement de l'ulcus par la laristine, des anémies par l'hémotra, des myopathies par le glycolle, et nous sommes persuadés, avec Emile Aron, que cette thérapeutique nouvelle ouvrira aux praticiens des horizons insoupçonnés.

L'asthme, sa pathogénie, son traitement, par le docteur Jacques SÉDILLOT. In-8° de 137 pages. — Prix : 15 fr. Paris, Arnette.

Le Directeur-gérant : D<sup>r</sup> François LE SOURD.



# FRANCOPLASTE

## LE PANSEMENT QUI TIENT

ADOPTÉ PAR LES HOPITAUX DE PARIS

# SCILLARÈNE

“ SANDOZ ”

*Glucoside cristallisé, principe actif isolé du Bulbe de la Scille*

DIURÉTIQUE GÉNÉRAL — DIURÉTIQUE AZOTURIQUE VRAI

AMPOULES  
1/2 à 1 par jour.

GOUTTES  
xx, 2 à 8 fois par jour.

COMPRIMÉS  
2 à 8 par jour.

SUPPOSITOIRES  
1 à 2 par jour.

PRODUITS SANDOZ, 20, rue Vernier. — PARIS-17°.

B. JOYEUX, Pharmacien de 1<sup>re</sup> classe.

# LE SPARTO-CAMPBRE

# LE SPARTOVAL

Deux nouveaux Sels de la SPARTÉINE en thérapeutique cardiovasculaire, nouveaux dérivés où les propriétés de la Spartéine sont potentialisées et renforcées :

le Camphre dans le

**SPARTO-CAMPBRE**

CAMPHO-SULFONATES de SPARTÉINE et de SODIUM

TONICARDIAQUE

ET DIURÉTIQUE

Synergie médicamenteuse puissante possédant toutes les indications de l'huile camphrée et de la Spartéine.

FORMES :

Ampoules de 2 et 5 c. c.  
(médicament d'urgence)

Dragées (médicament d'entretien)

l'acide valérianique dans le

**SPARTOVAL**

ISOVALÉRIANATE NEUTRE DE LA SPARTÉINE

CARDIO RÉGULATEUR

ET NEUROSÉDATIF

Médicament des algies et troubles fonctionnels cardiaques et cardio-vasculaires.

Traitement des arythmies.

Dragées dosées à 0 gr. 05.

Laboratoires CLIN. — COMAR & C<sup>ie</sup>, 20, rue des Fossés-Saint-Jacques, Paris.

*56, Boulevard Péreire*  
*PARIS*

**URASEPTINE**  
**ROGIER**



*La Lancette Française***GAZETTE DES HOPITAUX****CIVILS ET MILITAIRES****PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI****ADMINISTRATION ET RÉDACTION :****49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6<sup>e</sup>. Tél. : Danton 48-31.****PUBLICITE : M. A. THIOILLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6<sup>e</sup>) - Téléph. : LITRE 54-93.****PRIX DE L'ABONNEMENT****FRANCE**

3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.

*Etudiants : 25 francs par an.*

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

**ETRANGER**

Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.

Tous les autres pays : 75 francs.

**SOMMAIRE****VIII<sup>e</sup> CONGRÈS NATIONAL DE LA TUBERCULOSE**  
(Compte rendu, par M. Jean OLMER.)**XVI<sup>e</sup> ASSEMBLÉE FRANÇAISE DE MÉDECINE GÉNÉRALE**  
*Les aptitudes familiales aux localisations morbides*, par M. A. HERPIN.**SOCIÉTÉS SAVANTES**  
*Académie de médecine. — Société médicale et anatomo-clinique de Lille.***NOTES POUR L'INTERNAT**  
*Hépatites amibiennes. Signes et diagnostic (suite).***ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS****INFORMATIONS****HÔPITAUX DE PARIS. — DEUXIÈME CONCOURS DE NOMINATION DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — Jury :** MM. Papillon, Lévy-Vallens, Haguenau, Jacob, Clerc, Guillaud, Laroche, Guillemot, Debray, Ch. Richet, Martin.— **CONCOURS DE NOMINATION DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX. —** Séance du 17 mai. — MM. Aurousseau, 20; Chabrut, 18; Merle d'Aubigné et Mouchet, 17.— **CONCOURS DE STOMATOLOGISTE DES HÔPITAUX. —** Notes obtenues par les candidats :

MM. Hénault, 66; Omnès, 59; Geucel et Friez, 55; Vrasse, 54; Marie, 52; Cauhépe, 51; Bertrand, 50; Dufieux, 47; Maleplate, 47; Mesnard et Borner, 43.

Sont déclarés admissibles : MM. Hénault, Omnès, Geucel, Friez, Vrasse.

**HÔPITAL FOCH. —** Un poste d'interne, homme, n'ayant pas encore passé sa thèse, va être vacant à l'hôpital Foch, 60, rue Vergniaud, Paris (XIII<sup>e</sup>).

Les inscriptions sont reçues dès maintenant, et la nomination se fera sur titres dès la clôture des inscriptions le 15 juin 1935. Prière d'indiquer : âge, scolarité, services hospitaliers et militaires; 300 fr. par mois, logé et nourri.

Pour tous renseignements complémentaires, s'adresser à l'administration de l'hôpital Foch, 60, rue Vergniaud, à Paris.

**FACULTÉS DE MÉDECINE. — PARIS. — Concours de l'adjuvat. — Epreuve orale. —** MM. Chigot, 19; Rousseau, Judet, Olivier et Chevallier, 18; Roux et Fontaine, 17.*Epreuve de dissection. —* Séance du 21 mai. — MM. Olivier, 29; Chigot, Fontaine et Rousseau, 28; Judet et Roux, 27; Chevallier, 26.

Sont nommés : MM. Olivier, Rousseau, Chigot, Fontaine et Judet.

— *Concours du prosectorat. — Epreuve de chirurgie. —* Séance du 20 mai. — MM. Baumann, 18; Billet et Boudreaux, 17; Poilleux, 16.*Epreuve de médecine opératoire. —* Séance du 21 mai. — MM. Billet, 28; Boudreaux, 26; Baumann et Poilleux, 25.*Epreuve de dissection. —* Séance du 22 mai. — MM. Billet, 29; Boudreaux et Poilleux, 28; Baumann, 26.

Sont nommés : MM. Baumann et Billet.

**GUERRE. —** M. le médecin colonel Cristau, médecin et spécialiste des hôpitaux militaires, de la direction du Service de santé au ministère de la guerre, est désigné comme commissaire militaire auprès de la Société de secours aux blessés militaires et pour s'occuper des questions intéressant à la fois les trois sociétés de la Croix-Rouge française, en remplacement de M. le médecin lieutenant-colonel Liégeois, appelé à d'autres fonctions.**MÉDECINS SANITAIRES MARITIMES. —** Ont été admis à Marseille : MM. Berger, Berre, Cheyrou-Lagrèze, Guépin, Henric, Herdhebut, Imbert, Leblanc, Roche, Tissot et Tran-Cong-Vi.**LA DIRECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE A TUNIS. —** M. Peyrouton, résident général, vient de grouper sous une direction unique tous les services de l'assistance et de la santé publiques.

Le docteur Villain, médecin inspecteur à la direction générale de l'intérieur, a été nommé chef de ce nouveau service.

**NATIBAÏNE**

ASSOCIATION DIGITALE NATIVELLE ET OUABAÏNE ARNAUD

LABORATOIRE NATIVELLE, 27, Rue de la Procession, PARIS (XV<sup>e</sup>)

**NÉCROLOGIE.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Raymond Bernard, médecin colonel en retraite à Hyères; Charles Régerat (de Montluçon); Maurice Page (de Marseille).

— Nous apprenons aussi la mort de MM. le docteur Jean Bernarbeig, chirurgien des hôpitaux de Toulouse, décédé à 41 ans victime du devoir professionnel; le professeur Magnus Hirschfeld, décédé à Nice; le professeur Wilhelm His, fondateur de l'Institut de physiothérapie de Berlin. Wilhelm His, né à Bâle en 1863, était le fils de l'anatomiste suisse bien connu. On doit à Wilhelm His de remarquables travaux en anatomie, histologie, physiologie et biologie. C'est lui qui découvrit dans le cœur le faisceau qui porte son nom.

**Journées prophylactiques de Bordeaux (6, 7 et 8 juin 1935).** — Comme les années précédentes pour les Journées prophylactiques de Paris-Rouen, Toulouse, Strasbourg et Saint-Etienne, le Ministère de la Santé publique a confié à la Commission de Préservation des Maladies vénériennes le soin d'organiser des réunions qui se tiendront à Bordeaux, les 6, 7 et 8 juin prochain, et qui permettront à tous les médecins des Dispensaires et Services antivénériens de France d'assister à des conférences qui seront faites à leur intention, et de visiter les principaux Services antivénériens de la région de Bordeaux.

Ces conférences auront lieu à la Clinique dermatologique de l'Hôpital Saint-André.

Jeudi, 6 juin, à 9 heures, séance d'ouverture.

A 10 heures. — Exposé de M. le docteur Petges, professeur de clinique des maladies syphilitiques et cutanées, sur *l'Organisation régionale prophylactique contre les maladies vénériennes; ses résultats.*

A 11 heures. — Visite du Laboratoire régional de sérologie et du Dispensaire municipal de prophylaxie.

A 15 heures. — Conférence de M. le docteur Joulia, professeur agrégé de dermato-vénérologie, sur *le Dépistage de la syphilis primaire chez la femme. Les chancres syphilitiques du col et du vagin, leur fréquence. Les syphilis méconnues consécutives à accidents primitifs inapparents, facteurs de contamination chez les prostituées.*

A 16 h. 30. — Visite du Laboratoire et du Dispensaire prophylactique de la Compagnie des Chemins de fer du Midi, sous la direction du chef de service.

Vendredi 7 juin, à 9 heures. — Exposé de M. le docteur Rocaz, médecin honoraire des hôpitaux de Bordeaux, président de la Fédération des Œuvres girondines de Protection de l'Enfance, sur *le Dépistage et la prophylaxie de l'hérédosyphilis en Gironde.*

A 10 h. 15. — Exposé de Mlle Fritsch, directrice du Service social de la Fédération des Œuvres girondines de Protection de l'Enfance, sur *le Rôle des infirmières-visiteuses dans la lutte contre l'hérédosyphilis.*

A 11 h. 30. — Visite du service de distribution des médicaments du Centre régional de prophylaxie.

A 15 heures. — Conférence de M. Cauzinille, directeur de la Caisse départementale des Assurances sociales de la Gironde, sur *Assurances sociales et prévention.*

A 16 h. 30. — Visite de l'Hospice départemental des Enfants assistés de la Gironde, sous la direction de M. le docteur Rocaz.

Samedi 8 juin, à 9 heures. — *L'évolution du traitement de la syphilis*, par M. le docteur G. Petges.

Adresser toute la correspondance à M. le docteur Sicard de Plauzoles, Secrétaire général de la Commission de Préservation des Maladies vénériennes, à l'Institut Alfred-Fournier, 25, boulevard Saint-Jacques, Paris (14<sup>e</sup>).

## ASSEMBLÉE FRANÇAISE DE MÉDECINE GÉNÉRALE

(XVI<sup>e</sup> Session, 19 mai 1935.)

### *Les aptitudes familiales aux localisations morbides.*

Le dimanche 19 mai, la XVI<sup>e</sup> session de l'Assemblée française de médecine générale étudiait : les « aptitudes familiales aux localisations morbides », complétant « consanguinité et descendance » traitées aux précédentes assises. Ce sujet attira l'affluence habituelle de confrères venus de tous les points du territoire, et la séance, à l'Hôtel-Dieu, eut son succès accoutumé, sous la présidence du professeur Achard. Les conclusions en furent sensiblement les mêmes que celles de la session précédente dont elle n'était en somme que la continuation et la confirmation. Le sujet était vaste et touchait à tant de choses qu'il était difficile de l'épuiser, et il est à penser qu'il s'agissait surtout d'une vue d'ensemble destinée à donner des directives pour des travaux ultérieurs qui permettraient de revenir sur certaines de ses parties pour les élucider complètement.

Un délégué italien assistait à la réunion : il nous apprenait que le succès de l'Assemblée française avait déterminé l'organisation, sur son modèle, d'une Assemblée italienne qui travaillerait en liaison avec elle et que les réunions communes étaient déjà prévues.

Notre confrère Godlewski, toujours heureux dans ses initiatives, convia l'assemblée à faire ses adieux à la Charité, que mentionna il y a quelques jours, la *Gazette des Hôpitaux*.

Dans le vieil hôpital qui va disparaître, nous nous sommes trouvés quelque cent cinquante autour d'une table dressée dans la salle Corvisart : tous retrouvaient avec émotion, qui la salle de garde, qui un laboratoire, qui une salle de malade, en un mot, tout ce vieil hôpital où chacun avait passé des mois ou des années de sa vie estudiantine ou hospitalière. Nos camarades Flurin et Ramadier avaient organisé une exposition des souvenirs... Plaisir et mélancolie du rappel des années de jeunesse.

Et ce fut la grande affluence dans la vénérable chapelle où se tinrent si longtemps les séances de l'Académie de médecine ; qui vit les discussions passionnées de Pasteur et de ses adversaires et qui vit aussi son triomphe lorsqu'il vint exposer à cette tribune ses premiers succès dans le traitement de la rage chez l'homme.

Plus de trois cents années de la vie médicale, illustrées par les plus grands noms de la médecine française, les plus grands aussi de la médecine mondiale, furent évoqués par les professeurs Achard, Jean-Louis Faure, Sergent ; et notre ami Godlewski retraça l'histoire des Frères de la Charité ; par une attention délicate et touchante, étaient groupés autour de la tribune quelques représentants de ces Frères de la Charité qui, au début du XVII<sup>e</sup> siècle, furent les initiateurs de l'hospitalisation moderne.

Et la conclusion en fut que les armes que leur valut la reconnaissance d'un roi de France, seraient gravées sur le fronton de l'annexe de la Faculté de médecine qui bientôt prendra sa place, ainsi sera conservé pour les générations futures le souvenir de notre vieil hôpital de la Charité.

A. HERPIN.

On demande DOCTEURS ou ÉTUDIANTS pour s'instruire et rendre service en examinant 700 enfants partant colonie de vacances, 15 juillet. Indemnité. Ecrire : Enfants à la montagne, 30, place Jeanne d'Arc, Paris (XIII<sup>e</sup>).

Toux  
Oysprie

**IODEINE MONTAGU**

**OUATAPLASME**

da D' LANGLEBERT  
PANSEMENT COMPLET  
Phlegmasie, eczémas, brûlures, etc



**CONSTIPATION**  
AUCUNE ACCOUTUMANCE

ACTION RÉGULIÈRE  
ET CONSTANTE

1 à 6 comprimés par jour  
aux repas ou au coucher  
Commencer par deux comprimés

LABORATOIRES  
LOBICA

46, AVENUE DES TERNES, PARIS



à base de :

- POUDRE DE MUQUEUSE  
INTESTINALE
- EXTRAIT BILIAIRE
- FERMENTS LACTIQUES
- AGAR-AGAR

**TAXOL**

**LABORATOIRES CARTERET**

LIQUIDE  
et  
COMPRIMÉS

**ANTISEPTIQUE GÉNÉRAL**

*Sans odeur et non toxique*

**LUSOFORME**

*Formol saponiné*

**DÉSINFECTANT -- DÉSODORISANT**

S'EMPLOIE EN SOLUTION AQUEUSE à 1/4 ou 1/2 p. 100 en GYNÉCOLOGIE, OBSTÉTRIQUE, CHIRURGIE

**Échantillon et Littérature : 15, rue d'Argenteuil, PARIS**



## EXTRAITS OVARIENS DISSOCIÉS

Action physiologique sur les troubles menstruels

# AGOMENSINE

Active et sollicite les fonctions menstruelles

AMENORRHÉE, RÈGLES RARES, TROP ESPACÉES, PEU ABONDANTES

# SISTOMENSINE

Modère et régularise les fonctions Menstruelles

RÈGLES PROFUSES, TROP FRÉQUENTES, TROP PROLONGÉES

DYSMENORRHÉES NON LESIONNELLES



# ANDROSTINE

Extrait complémentaire

TROUBLES NERVEUX ET PSYCHIQUES D'ORIGINE GÉNITALE

PUBERTÉ ET MÉNOPAUSE

ANXIÉTÉ ET NERVOSISME DE LA CARENCE SEXUELLE

---

Laboratoires CIBA, O. ROLLAND, Pharm. - 109-113, boul. de la Part-Dieu, LYON



## VIII<sup>e</sup> CONGRES NATIONAL DE LA TUBERCULOSE

Marseille, 15-17 avril 1935 (1).

Le VIII<sup>e</sup> Congrès national de la Tuberculose vient de se tenir à Marseille du 15 au 17 avril, sous la présidence du professeur D. Olmer, président de l'Œuvre antituberculeuse des Bouches-du-Rhône. Il a groupé plus de 700 adhérents et a connu un très grand succès.

A la séance d'ouverture, le professeur Olmer, après avoir adressé les remerciements du Comité d'organisation à M. le docteur Ribot, maire de Marseille, délégué par le ministre de la Santé publique pour le représenter, et à toutes les personnalités qui ont apporté leur précieux concours, rappelle l'œuvre bienfaisante de ceux qui ont pris à Marseille, il y a trente-cinq ans, l'initiative de la lutte antituberculeuse : Oddo, Gauthier, Paul Desbief, et il salue le président Edouard Velten et le professeur d'Astros, les deux derniers fondateurs de l'Œuvre départementale.

Il évoque le souvenir du Provençal Bayle, précurseur, émule et ami de Laënnec ; il retrace à grands traits la vie et l'œuvre de ce grand médecin, et se plaît à placer sous son égide les travaux du Congrès.

Après un hommage ému à la mémoire de Calmette et de Léon Bernard, il insiste sur le chemin parcouru par la phtisiologie en moins d'un siècle, et exprime le vœu que le Congrès de Marseille marque une étape décisive de nos connaissances sur la tuberculose et soit l'origine de nouveaux progrès, annonceurs de nouvelles victoires.

Le docteur RIBOT, maire de Marseille, remercie le ministre de la Santé publique de l'avoir désigné pour le représenter, souligne la nécessité de la coordination des organisations antituberculeuses et indique les efforts financiers réalisés par la ville de Marseille en vue de lutter contre les taudis et d'accroître le placement des tuberculeux, efforts qui ont eu pour résultats d'abaisser considérablement la mortalité tuberculeuse.

Pendant le congrès ont eu lieu l'inauguration du dispensaire d'Endoume, la visite du sanatorium du Petit-Arbois et de l'Ecole d'infirmières-visiteuses de Marseille et du Sud-Est. Après le Congrès, des excursions ont permis aux congressistes de visiter les établissements antituberculeux et les stations climatiques de la Provence et de la Côte d'Azur.

Au cours des séances de travail, en dehors de l'exposé et de la discussion des rapports, deux conférences furent faites.

M. JACOBŒUS (de Stockholm) a exposé, avec de nombreuses projections, les travaux auxquels il s'est livré depuis plusieurs années afin de déterminer la séparation fonctionnelle des poumons. Il applique au bronchoscope une manchette de caoutchouc de Pflüger, dont l'extrémité distale réunit l'autre extrémité à un spiromètre ; un graphique de la respiration peut ainsi être établi. Cette méthode de la bronchospirométrie donne des résultats intéressants chez l'homme sain et dans les cas pathologiques. En particulier, elle permet chez les tuberculeux pulmonaires des constatations qui peuvent avoir leur importance au point de vue des indications d'une intervention chirurgicale ; elle permet également, au cas de pneumothorax, de déterminer dans quelle mesure le malade respire avec l'un ou l'autre poulmon.

MM. D'ASTROS et D. OLMER (de Marseille) ont montré l'organisation et le fonctionnement de l'œuvre antituber-

culeuse des Bouches-du-Rhône. Depuis 1902, date à laquelle la première œuvre antituberculeuse fut créée et le premier dispensaire, de type Calmette, fut ouvert, des progrès incessants ont été réalisés. Actuellement, plusieurs dispensaires bien organisés, disposant d'infirmières-visiteuses, pourvus de postes radiologiques, d'un service de laryngologie, fonctionnent en liaison étroite avec le corps médical. Le nombre des tuberculeux pris en charge en 1934 a été de près de 4.000. Grâce à l'intervention de la municipalité et de son maire, le docteur Ribot, les placements en sanatorium et en préventorium ont présenté une courbe progressivement croissante, atteignant plus de 1.600 en 1934 ; à ce chiffre il faut ajouter les nombreux lits destinés à l'isolement de malades trop atteints pour être justiciables d'un séjour en sanatorium. Bientôt s'ouvriront les sanatoriums du Petit-Arbois, celui de Thorenc, du Corbier, créés par les caisses d'assurances sociales, qui contribueront à accroître encore les disponibilités de placement. La vaccination par le B C G est appliquée depuis 1925 avec des résultats très favorables, tant au point de vue de son innocuité que de son efficacité. Aussi la mortalité tuberculeuse a-t-elle décliné dans des proportions considérables depuis que les divers organismes de lutte antituberculeuse se sont développés.

A la séance de clôture, le professeur Olmer, président du Congrès, a montré l'importance de ces assises tuberculeuses nationales et a mis en évidence les progrès réalisés depuis la guerre par la thérapeutique antituberculeuse.

Le professeur SERGENT, vice-président du Congrès, a remercié et félicité les membres du comité local au nom des membres parisiens du Congrès. Il souligne le très grand succès de ce VIII<sup>e</sup> Congrès national, qui marquera, dit-il, une date mémorable dans l'histoire de la phtisiologie française, et il s'attache à en dégager les enseignements. Il termine en exposant sa conception de la spécialisation en médecine : il faut créer de bons médecins et de bons chirurgiens devenant spécialistes par surcroît, et non de petits spécialistes dirigés, dès leurs premiers pas, dans de petits sentiers de la clinique et ne connaissant pas la grande route.

Puis l'Assemblée générale ratifia à l'unanimité le choix de Lille pour le siège du IX<sup>e</sup> Congrès national, qui aura lieu en 1939. Et le soir, au banquet de clôture, que présidait M. André Honnorat, sénateur et président du Comité national de défense contre la tuberculose, les professeurs Olmer et Mattéi, président et secrétaire général du Congrès, le professeur Bezançon, vice-président, M. Burnand, au nom des médecins étrangers, le professeur agrégé Gernez (de Lille), le préfet des Bouches-du-Rhône, le maire de Marseille, le président du Conseil général, le président Honnorat enfin fêtèrent la réussite du VIII<sup>e</sup> Congrès national et burent au succès du IX<sup>e</sup> Congrès.

### QUESTION BIOLOGIQUE

#### Rôle de l'ultra-virus tuberculeux en pathologie expérimentale et humaine

Nature, origine, rôle biologique du virus tuberculeux filtrant. — M. A. VAUDREMER. Une étude biologique de l'ultra-virus s'est avérée particulièrement opportune après la neuvième Réunion internationale contre la tuberculose, tenue en septembre 1934 à Varsovie. Au cours de cette réunion, quelques auteurs ont mis en doute l'existence de l'ultra-virus ; certains ont même émis l'idée inattendue que « la notion de l'ultra-virus n'était pas nécessaire ». Dans ces conditions, il devenait indispensable de rappeler les faits par lesquels l'existence de l'ultra-virus a été dé-

(1) Association de la Presse médicale française.

montrée, avant de décrire le rôle pathogène de ce germe soi-disant douteux.

Vaudremer a divisé sa démonstration en trois parties.

**Ultra-virus ou virus filtrant.** — Le virus tuberculeux filtrant existe, mais il n'est pas un ultra-virus. Le nom d'ultra-virus désigne depuis longtemps des éléments toujours invisibles, pathogènes ou non, privés de cycle évolutif et soumis à un biotropisme obligatoire.

Le virus tuberculeux filtrant est, lui, un élément passagèrement invisible d'une bactérie visible. Il est cultivable et redonne naissance à la bactérie dont il est l'expression. Il a un pouvoir pathogène différent de cette bactérie et il n'est pas frappé de biotropisme obligatoire.

**Origine du virus filtrant.** — Le virus filtrant a pour origine la *substance nucléaire diffuse*, à un certain moment, dans le cytoplasme au cours du développement de la bactérie. A ce moment d'extrême diffusion, la substance nucléaire peut traverser les filtres et les ultra-filtres.

Les filtrats sont cultivables dans certaines conditions et les cultures, quand elles proviennent de milieux riches en corps hydro-carbonés, possèdent des éléments bacillaires acido-résistants.

Les filtrats inoculés directement et, aussi, les cultures, déterminent chez le cobaye une tuberculose expérimentale, ganglionnaire le plus souvent, péri-articulaire quelquefois. Ce type morbide ne se confond pas avec la tuberculose expérimentale habituelle et non plus avec la tuberculose paucibacillaire, avec lesquels on l'a confondu parfois.

**Existence du virus filtrant.** — Ces faits mille fois démontrés ne permettent pas de mettre en doute l'existence du virus filtrant. Mais, pour que cette existence soit nettement démontrée, il faut que les procédés de filtration employés soient rigoureux, et que les auteurs qui étudient les germes filtrants des bactéries visibles précisent dans leurs travaux les conditions dans lesquelles ils ont opéré la filtration. En tout cas, les preuves expérimentales de l'existence du virus filtrant ont été innombrables. La filtration a été faite des milliers de fois et elle a permis d'obtenir des liquides dans lesquels on ne voyait rien et qui pouvaient pourtant redonner naissance à de véritables bacilles tuberculeux. Quant aux bacilles acido-résistants des organismes sains, ils n'ont pas plus d'intérêt que ceux trouvés maintenant dans l'eau des robinets.

L'existence du virus filtrant est désormais jugée et mieux vaut étudier le rôle de ce virus que perdre son temps à le nier.

A la fin de son rapport, Vaudremer a rendu hommage à la mémoire de Landouzy, d'Hippolyte Martin et de Léon Bernard, en rappelant que ces savants, avec Gougerot, Laderich et Kuss, avaient prévu l'existence de la « graine tuberculeuse » et démontré son passage à travers le placenta.

**La pathologie de l'animal après inoculation du virus tuberculeux filtrable.** — M. Henri DURAND. L'inoculation du virus filtrable aux animaux réalise une tuberculose de caractères nouveaux, qui diffère essentiellement de la tuberculose type Villemin :

- 1° Par l'incertitude des résultats de l'inoculation ;
- 2° Par l'absence de caractères habituellement considérés comme essentiels ;
- 3° Par une grande variété des pressions morbides.

**Formes morbides.** — Toutes ont un caractère commun : l'absence de chancre d'inoculation, qu'il s'agisse des maladies légères, curables, éphémères, dues au virus labile (Arloing et Dufourt), d'infections inapparentes sans aucune expression morbide ou biologique mais qui sont susceptibles de se transmettre à un descendant, qu'il s'agisse de cachexie lente prolongée, mortelle en plusieurs mois sans qu'apparaisse autre chose qu'une légère hypertrophie gan-

glionnaire pourtant bacillifère, ou enfin de tuberculoses caséuses ganglionnaires, ou ganglio-viscérales, toujours paucibacillaires.

**Réactions structurales.** — Ce qui caractérise la plupart de ces formes, ce sont des adénites légères et des réactions discrètes des systèmes lymphatique et circulatoire, qui donnent lieu à des congestions viscérales, des hémorragies interstitielles, des foyers de nécrose. Les lésions avèrent ce fait que, devant les diverses formes du virus tuberculeux, les réactions tissulaires ne sont pas identiques, qu'elles varient avec la nature de l'élément agresseur et que l'existence d'une infection tuberculeuse de modalité variable, paucilésionnelle et plus dyscrasique que lésionnelle, sans tubercules, parfois sans bacilles, est un fait incontestable.

**Bactériologie.** — Les bacilles A. R. sont rares, courts, ces petits amas sont parfois mêlés à des granulations A.R., souvent associés à des formes cyanophiles bacillaires ou granuleuses. La recherche en est décevante, leur présence est habituellement transitoire ; parfois même on ne peut en trouver trace. La maladie tuberculeuse peut donc avoir pour cause des éléments autres que les éléments acido-résistants. Et des formes morbides jusqu'ici inconnues peuvent prendre naissance chez l'animal sous la seule intervention d'un virus invisible, d'éléments cyanophiles ou acido-résistants nés de lui, mais dont l'activité paraît différente de celle des bacilles A.R. communs.

**Immunité.** — Le virus filtrable, beaucoup moins brutal dans son action que les éléments communs A. R., sollicite moins vite et moins fortement les sensibilités de l'animal. La phase anté-allergique est de vingt à trente jours, et on ne le met en évidence que par l'emploi d'une tuberculine fortement concentrée.

La transmission héréditaire réalise chez les petits nés de mères inoculées diverses éventualités. Des mères meurent aussitôt après la naissance. D'autres survivent, mais leurs organes sont virulents pour les animaux de passage ; d'autres meurent cachectiques au bout de quelques mois. L'infection des petits est précoce et a lieu pendant la gestation. Les animaux qui succombent présentent à la fois les lésions discrètes étudiées déjà, et un certain degré d'immunité.

**Rôle du virus tuberculeux filtrable en pathologie humaine.** — MM. P. ARLOING et A. DUFOURT (de Lyon). Si l'on examine attentivement les conditions expérimentales dans lesquelles certains auteurs ont conduit la recherche et l'étude du virus filtrable tuberculeux dans les produits pathologiques, il ressort avec évidence, pour des bactériologistes rompus à ces travaux, que, bien souvent, la technique suivie est gravement entachée d'erreurs.

Aussi, MM. Arloing et Dufourt ont-ils jugé indispensable d'établir au début de leur rapport quelle technique on doit suivre pour être à l'abri de toute faute d'interprétation dans la démonstration des formes filtrables du bacille de Koch dans un produit pathologique.

Ils insistent sur la nécessité de procéder dans tous les cas à la filtration préalable de ces produits sur bougie de porcelaine L<sup>2</sup>. Ils soulignent ensuite les différences cliniques, bactériologiques et expérimentales qui séparent les tuberculoses atténuées relevant du bacille acido-résistant adulte de faible virulence des manifestations qui dépendent réellement du virus filtrable tuberculeux.

Après avoir rappelé rapidement les lésions habituellement obtenues chez le cobaye par l'inoculation de filtrats (lésion du type Calmette-Valtis, ou infection labile du type Arloing-Dufourt), les auteurs font de sérieuses réserves sur les formes nodulaires et caséuses discrètes, sans chancre d'inoculation, observées après l'inoculation de certains filtrats. Il leur paraît possible que cette forme de tuberculi-



sation expérimentale qu'ils n'ont jamais observée avec les virus filtrables obtenus par la méthode de filtration de l'ultra-virus à travers des sacs de collodion, soit due au pouvoir épurateur insuffisant de certaines bougies de porcelaine.

Les cultures d'ultra-virus sur milieu de Lœwenstein se présentent uniquement sous l'aspect de microcultures invisibles, repiquables ou non, ne créant pas chez le cobaye les lésions de la tuberculose classique. Pour les auteurs, les microcultures vraies sont engendrées par l'ultra-virus et non par des bacilles adultes.

Dans leurs recherches, Fernand Arloing et A. Dufourt concluent que, si la bacillémie avec présence de bacilles adultes acido-résistants dans le sang est rare au cours de la tuberculose humaine, l'ultra-virusémie est fréquente. Elle peut même se rencontrer dans nombre de maladies qui n'ont aucun rapport étiologique ou pathogénique avec la tuberculose.

En effet, il suffit qu'un organisme recèle en lui d'anciens foyers tuberculeux latents, pour que ceux-ci, surtout à l'occasion d'un état d'allergie créé par une maladie intercurrente, émettent dans le sang et dans les humeurs des décharges d'ultra-virus. Chez l'homme sain, l'ultra-virusémie n'existe pas ou paraît extrêmement rare.

Les auteurs, après cet exposé, étudient d'abord le rôle des formes filtrables dans l'hérédité.

Ils admettent l'extrême fréquence de la transmission transplacentaire du virus invisible de la mère tuberculeuse à l'enfant. Mais cette transmission ne paraît entraîner que rarement des inconvénients graves.

On doit cependant lui rapporter les dépérissements et les décès inexplicables de certains nouveau-nés chez lesquels l'autopsie n'apporte aucun éclaircissement sur la cause de ce syndrome athrepsique.

Les formes filtrables s'éliminent ou se détruisent d'elles-mêmes au cours des premières années.

Aucun fait clinique, aucune expérience ne permettent jusqu'ici de penser que les formes filtrables puissent un jour se transformer en bacilles virulents et devenir l'origine des tuberculoses de l'enfance ou de l'âge adulte.

Continuant leur étude, F. Arloing et A. Dufourt envisagent quel rôle pathogène on peut attribuer aux formes filtrables dans le cycle de l'infection tuberculeuse humaine. Ils exposent successivement les idées de M. Calmette sur la granulémie pré-tuberculeuse qui englobe des affections variées qui ne sont pas d'emblée tuberculigènes, et celles de MM. Sergent, H. Durand, Kourilsky et Benda qui se refusent à admettre que les accidents de la période anté-bacillaire soient attribuables au seul ultra-virus, car la présence, même démontrée, de l'ultra-virus n'exclut pas la présence simultanée du germe adulte chez le sujet ayant livré l'ultra-virus.

Arrivant à leurs conceptions personnelles, les auteurs lyonnais ne se dissimulent pas toutes les imperfections qu'elles renferment aussi.

Ils concluent que l'héritage du virus filtrable ne comporte pas de sérieuses conséquences pratiques et cliniques. Ils estiment que l'on a étendu d'une façon démesurée le rôle de l'ultra-virus en pathologie. Il convient donc, tout en acceptant la notion de la fréquence de l'ultra-virusémie produite le plus souvent par un foyer bacillaire préexistant, d'en souligner l'habituelle bénignité, et, même, jusqu'à un certain point, la banalité.

Puis ils passent à l'étude particulière du rôle des formes filtrables dans un certain nombre d'affections tuberculeuses prises isolément : scrofule, asthme tuberculeux, épithéliose, granulie et typho-bacillose, érythème noueux, tuberculose cutanée, affections des séreuses, etc.

Un dernier chapitre discute le rôle des formes filtrables dans la lymphogranulomatose maligne, la démence précoce, les rhumatismes et diverses maladies.

On doit interpréter tous ces faits, nouveaux en bactériologie, à la lumière de ce qu'enseigne la clinique. Aussi, F. Arloing et A. Dufourt estiment ne pas s'aventurer beaucoup en affirmant, à la fin de leur rapport, à côté de la certitude qu'ils possèdent de l'existence réelle des formes filtrables du bacille tuberculeux, l'absence presque totale de leur pouvoir pathogène en dehors des tout premiers mois de la vie.

L'ultra-virusémie constatée si fréquemment dans les laboratoires du monde entier sous forme de microcultures développées sur milieu de Lœwenstein, ne constitue, pour les motifs scientifiques établis par les deux bactériologistes lyonnais, qu'une apparence trompeuse, mais non une preuve suffisante pour affilier à l'infection tuberculeuse un nombre aussi considérable d'affections très diverses qu'on a voulu le faire au cours de ces dernières années.

#### Discussion et communications

M. PINOY (d'Alger) pense que l'ultra-virus n'existe pas chez le bacille tuberculeux : il n'y a que des formes filtrables, formes accidentelles qui existent chez toutes les bactéries. Elles ne sont pas virulentes parce qu'elles sont immédiatement phagocytées et n'interviennent pas dans le développement de la tuberculose de l'homme.

M. G. MARCHAL et Mlle G. BRUN (de Paris) rapportent 5 cas de lymphogranulomatose maligne où la culture d'un fragment du ganglion biopsié, sur milieux appropriés a isolé un virus tuberculeux atypique, sous les aspects de son cycle évolutif habituel. Ces nouveaux résultats confirment, pour les auteurs, la conception de la pathogénie tuberculeuse de la maladie d'Hodgkin, tuberculose atypique du système réticulo-endothélial déterminée par des formes granulaires difficiles à identifier.

M. PAUL COURMONT (de Lyon) souligne qu'on peut observer chez le cobaye des tuberculoses *a minima* avec tous les caractères qu'on attribue aux processus obtenus par le virus filtrable en partant de doses minimales de cultures de bacilles de Koch. Il faut donc, avant de parler de lésions dues à l'ultra-virus, n'inoculer que des produits vraiment bien filtrés.

M. Courmont pense que bien souvent les microcultures type Lœwenstein ne sont pas dues au virus filtrable, mais à des bacilles (acido ou non acido-résistants). Il faut être très prudent pour refuser ou attribuer un rôle au virus filtrable.

M. MAZET (de Nice) présente de nouvelles observations cliniques de fièvre ondulante tuberculeuse où il a pu prouver biologiquement l'existence d'une granulémie.

M. J. STÉPHANI (de Montana) rapporte deux observations de cavernes tuberculeuses sans bacilles : il se demande s'il faut faire intervenir dans ces cas l'ultra-virus ou s'il n'est pas préférable de ranger ces cavernes sans bacilles en dehors du domaine de la tuberculose et de leur rechercher un autre agent pathogène.

M. CASSOUTE (de Marseille), à propos de 2 nourrissons isolés le jour même de leur naissance sans risque de contagion possible et qui succombèrent, l'un à six mois de méningite tuberculeuse, l'autre à neuf mois de granulie, se demande s'il s'est agi dans ce cas de transmission congénitale d'un bacille virulent (mais la cuti fut négative jusqu'à un mois avant la mort) ou plutôt de transmission du virus filtrable. Il pense qu'il peut y avoir eu dans ces cas évolution d'un virus filtrable vers le stade acido-résistant virulent, puis généralisation.

M. BURNAND (de Lausanne) souligne la possibilité chez les tuberculeux de fièvre à forme ondulante et d'accès fébriles périodiques qui suggèrent un rapprochement avec la malaria, la fièvre de Malte, la fièvre récurrente. Il est admis

que ce sont les mutations des parasites propres à chacune de ces maladies qui commandent l'allure spéciale de la fièvre. On peut se demander si, chez les tuberculeux, cette périodicité n'implique pas la réalité d'un cycle évolutif dans la biologie du parasite causal.

## II

### QUESTION CLINIQUE

#### Indications et résultats de la thoracoplastie extrapleurale

##### Indications et résultats de la thoracoplastie extrapleurale.

— MM. E. LEURET et J. CAUSSIMON font ressortir tout d'abord la différence qui existe entre le pneumothorax artificiel et la thoracoplastie extrapleurale. Le premier utilise la pression négative intrapleurale pour supprimer la solidarité fonctionnelle qui unit le poumon à la paroi thoracique. L'organe est ainsi mis au repos. La thoracoplastie extrapleurale utilise la tendance à la sclérose rétractile qui a déjà commencé à se manifester dans le poumon tuberculisé. Elle lève l'obstacle costal et permet ainsi l'évolution complète du processus naturel de rétraction et de sclérose. Ainsi ce sont les lésions à tendance spontanément sclérosante qui seront au premier chef justiciables de la thoracoplastie.

Il est possible d'étudier les indications de la thoracoplastie suivant le degré d'activité des lésions pulmonaires. Les lésions inactives, les diverses formes de tuberculose latente, ne posent aucune indication opératoire. Il en est de même dans des formes très peu actives, très peu évolutives qui se sclérosent spontanément ou sous l'effet d'un traitement médical. Les lésions pulmonaires tuberculeuses très actives, très évolutives ou même infectantes, posent rarement l'indication d'une thoracoplastie extrapleurale. Il est des cas cependant où l'opération employée comme moyen héroïque a pu donner de bons résultats. Ce sont surtout les formes actives, évolutives, à prédominance scléreuse, qui sont justiciables de la thoracoplastie. Il y a symphyse pleurale. La lésion est entourée d'un gros bloc scléreux, mais elle ne peut pas se fermer à cause de la rigidité de la paroi thoracique. La thoracoplastie lève l'obstacle.

Les conditions fondamentales dont la réunion constitue l'indication de choix de la thoracoplastie extrapleurale sont : un excellent état général ; l'unilatéralité des lésions ; le peu d'étendue des lésions, l'impossibilité du pneumothorax par suite de symphyse ; l'existence nette d'une réaction scléreuse spontanée au sein ou autour de la lésion.

Les indications de la thoracoplastie extrapleurale peuvent se diviser en : 1° des indications sujettes à discussion ; 2° des indications évidentes.

La thoracoplastie extrapleurale a pu être employée avec succès dans certains cas d'hémoptysies irréductibles.

Actuellement il ne saurait plus y avoir de discussion sur la valeur respective de la thoracoplastie totale et de la thoracoplastie partielle. C'est la nature et l'étendue de la lésion qui commandent l'ampleur de l'intervention. Bien que partielle, une thoracoplastie doit descendre assez bas, nettement au-dessous de la limite indiquée sur la radiographie entre le tissu malade et le tissu sain.

L'affaissement des grandes cavernes du sommet présente parfois de grosses difficultés techniques. Dans certains cas on a la chance d'obtenir l'aplatissement et la fermeture de la cavité. Dans d'autres cas, on n'obtient qu'un rétrécissement appréciable. Dans des cas de ce genre, la thoracoplastie doit être en quelque sorte un modelage de la paroi sur la lésion dont il faut effectuer le collapsus.

Classiquement, il ne semble pas que l'indication d'une thoracoplastie puisse se poser avant d'avoir essayé de créer un pneumothorax artificiel. On peut cependant rencontrer des lésions limitées et accompagnées d'une réaction sclé-

reuse tellement intense qu'il semble légitime dans ces cas de tenter une thoracoplastie d'emblée.

La thoracoplastie est souvent indiquée comme intervention complémentaire du pneumothorax. Il s'agit parfois d'un tissu pulmonaire qui s'affaisse mal. Le plus souvent il s'agit d'un pneumothorax grand partiel avec larges adhérences. Dans d'autres cas la thoracoplastie peut être utile et même nécessaire lorsqu'un pneumothorax a été abandonné trop tôt ou qu'il s'est produit précocement une symphyse spontanée. Enfin, chez des malades anciennement traités par le pneumothorax et qui présentent une rechute du même côté, la réalisation d'une thoracoplastie sera indiquée.

La thoracoplastie est absolument indiquée lorsqu'on se trouve en présence d'un pyothorax tuberculeux. Lorsque le pyothorax est compliqué de fistule broncho-pleurale, l'intervention chirurgicale représente souvent la seule planche de salut.

Certains auteurs ont pu réaliser avec succès une thoracoplastie et un pneumothorax contro-latéral. Il existe même quelques observations de thoracoplastie bilatérale.

Les contre-indications de la thoracoplastie peuvent être classées en : a) les contre-indications évidentes ; b) les contre-indications qu'il faut rechercher. On peut encore distinguer : a) des contre-indications absolues ; b) des contre-indications relatives.

Contre-indications pulmonaires : 1° tuberculose pulmonaire à forme suraiguë ; à forme pneumonique ; foyer de pneumonie caséeuse ; les formes spléno-pneumoniques et les formes broncho-pneumoniques. L'intervention est à repousser sans hésiter lorsqu'il existe une lésion contro-latérale perceptible à l'auscultation.

Contre-indications extrapulmonaires : elles sont constituées par les diverses localisations de tuberculose viscérale extrapulmonaires. L'insuffisance cardiaque représente une contre-indication formelle. Avant de décider une thoracoplastie, il est absolument indispensable que le malade soit très soigneusement examiné au point de vue de son appareil cardio-vasculaire.

Les complications immédiates de la thoracoplastie peuvent être d'ordre local ou d'ordre général. La mort subite a été observée. Parfois on observe aussi la mort par collapsus cardiaque progressif. La mort par asphyxie par suite d'encombrement des voies respiratoires est devenue de plus en plus rare avec les techniques modernes.

Dans certains cas, enfin, on peut observer soit la réaction du processus tuberculeux, soit la formation de foyers pneumoniques au niveau du poumon malade ou au niveau du côté opposé. Parmi les complications locales, on a signalé la suppuration au niveau des côtes ou au niveau de la paroi, avec ou sans fistulisation ; la possibilité de phlébites, enfin l'apparition de névrites fort douloureuses du plexus brachial avec atrophie musculaire.

Les accidents tardifs peuvent tenir soit à l'insuffisance du collapsus qui amène la reprise de l'évolution, soit à la formation de foyers nouveaux du côté opposé. Dans ces cas le malade marche progressivement vers la généralisation tuberculeuse. La méningite tuberculeuse a été signalée.

Dans les cas favorables, on peut observer, immédiatement après l'opération, une atténuation extrêmement nette de l'activité des lésions tuberculeuses. Dans les mois qui suivent, on assiste à la constitution progressive d'un fibrothorax. L'examen radiographique montre un collapsus pulmonaire qui peut être parfois très important ; un affaissement considérable de la paroi ; une attraction du cœur et du médiastin. L'état général se relève rapidement, le malade n'a plus de fièvre ; il ne tousse plus et ne crache plus. Dans certains cas il est possible d'obtenir la disparition complète et durable des bacilles de l'expectoration. La plu-



part des malades récupèrent une très importante capacité de travail.

En résumé, la thoracoplastie reste une opération sérieuse et qui peut avoir des complications graves. Cependant la discussion judicieuse des indications, le perfectionnement des techniques ont nettement amélioré les statistiques. La thoracoplastie, en supprimant la rigidité costale, libère le poumon et permet le développement d'un fibro-thorax cicatriciel rétractile.

**Indications et résultats de la thoracoplastie dans le traitement de la tuberculose pulmonaire.** — MM. A. MAURER et J. ROLLAND insistent d'abord sur l'indispensable nécessité, en matière de thoracoplastie, de la collaboration médico-chirurgicale. Celle-ci doit, à leur avis, se réaliser à deux degrés : les médecins choisissent les malades qui leur paraissent opérables pour les adresser à une « équipe médico-chirurgicale spécialisée ». Dans cette équipe, le médecin aura acquis une grande expérience des cas chirurgicaux, grâce à tous ceux qu'il aura suivis ; le chirurgien aura fait son éducation de phthisiologue : tous deux seront bien préparés pour décider d'un commun accord de l'utilité, du choix, du moment et du mode de l'intervention pour chaque cas qui leur sera soumis.

Le rapport des auteurs comprend deux parties : la première est l'exposé théorique des notions qui permettent de poser l'indication d'une thoracoplastie.

La deuxième montre comment l'indication de principe, une fois posée, peut être réalisée dans la pratique.

**A. Notions théoriques.** — Les auteurs rappellent que le traitement chirurgical de la tuberculose pulmonaire doit être en principe réservé aux lésions chroniques stabilisées, généralement excavées et dont les caractères anatomiques tiennent en deux mots : sclérose prédominante et tendance rétractile.

La collapsothérapie chirurgicale s'inspire des mêmes principes que le pneumothorax artificiel : elle a pour but comme lui de libérer les lésions de leurs attaches costales, de diminuer leur volume et de les abandonner aux progrès d'une rétraction indéfinie.

Les auteurs distinguent, comme Bérard et Dumarest, les thoracoplasties d'indication pulmonaire et les thoracoplasties d'indication pleurale qu'ils divisent en thoracoplastie d'indication pleurale pure et thoracoplastie d'indication pleuro-pulmonaire.

Les thoracoplasties d'indication pulmonaire ne doivent être opposées qu'aux lésions fibreuses non évolutives stabilisées, compatibles avec un bon état général, dangereuses seulement par les risques qu'elles ménagent pour l'avenir et gênantes par l'infirmité permanente qu'elles entraînent. L'opération ne fait que mettre les lésions dans des conditions physiques qui permettent leur guérison : c'est en somme le malade qui fait les frais de cette guérison ; c'est dire qu'elle ne sera obtenue que si l'état général du patient est suffisamment résistant.

Les renseignements sur lesquels se fondent les indications opératoires « de principe » doivent être tirés : de l'interrogatoire du malade, qui précisera le caractère non évolutif des lésions ; de l'examen de la courbe thermique qui doit être normale, de la courbe de poids qui doit être ascendante ou au moins stationnaire, de l'expectoration, dont l'abondance sera un facteur indéniable des risques opératoires.

Enfin, de l'étude des radiographies, qui permettra de vérifier l'unilatéralité des lésions, au moins leur unilatéralité évolutive, leur tendance rétractile, le siège, le volume des cavités qu'il s'agit de collaber. Les auteurs insistent à ce propos sur l'importance de la topographie juxta-médiastinale des cavités : cette topographie si fréquente oblige à recourir aux techniques de résection des transverses et de désarticulations costales si l'on veut agir utilement. Ils in-

sistent enfin sur l'importance des radiographies de profil qui permettent de préciser le siège antérieur ou postérieur des cavités. Ils signalent les « évidements » pulmonaires qui sont véritablement au-dessus des ressources de la thérapeutique chirurgicale.

La comparaison des différents films donne des renseignements indispensables sur les caractères évolutifs des lésions qu'il s'agit de traiter.

Avant de poser l'indication d'une thoracoplastie dans un cas donné, il faut voir si un autre procédé de collapsothérapie ne peut pas être utilement envisagé dans ce cas.

Les auteurs étudient d'abord les indications du pneumothorax artificiel qui doit être réalisé toutes les fois qu'il est possible. Il est seul de mise en face des formes broncho-pneumoniques récentes.

Bien entendu, le pneumothorax ne doit être entretenu que s'il est efficace. Il est dangereux de continuer à entretenir un pneumothorax inopérant. Tout pneumothorax inefficace, non amélioré par désinsertion des brides adhérentielles, doit précocement céder le pas à une collapsothérapie de complément ou de substitution (phrénicectomie ou thoracoplastie). C'est surtout dans ce sens que les indications de la thoracoplastie sont appelées à se développer dans l'avenir.

La phrénicectomie ne doit être envisagée de préférence à la thoracoplastie que dans le cas (que l'on commence à bien connaître) où elle a de sérieuses chances d'être efficace. C'est une erreur de considérer que toute thoracoplastie doit être systématiquement précédée d'une phrénicectomie.

Quant à l'apicolysse avec plombage paraffiné, elle ne doit être envisagée que dans des cas particuliers et avant tout quand l'état général du malade est trop précaire pour tolérer une intervention plus importante.

Les thoracoplasties d'indication pleurale se subdivisent en thoracoplastie d'indication pleurale pure et thoracoplastie d'indication pleuro-pulmonaire.

Dans le premier cas, il s'agit le plus souvent de traiter les pleurésies graves qui compliquent l'évolution du pneumothorax et que la pleurotomie n'a pas réussi à guérir à elle seule. Lorsque les lésions pulmonaires, bien collabées depuis longtemps, sont guéries, la thoracoplastie n'a pas d'autre but que de supprimer, en accolant ses parois, la cavité pleurale.

Dans le deuxième cas, la pleurésie grave vient compliquer un pneumothorax incomplet et inefficace ; il faut alors que la thoracoplastie efface la cavité pleurale, mais aussi complète le collapsus pulmonaire.

Les auteurs, dans la thoracoplastie d'indication pleurale, attirent particulièrement l'attention sur l'importance des lésions pariétales (péripleurite) d'origine lymphangitique qui viennent compliquer l'évolution des cas invétérés, et sont à l'origine d'accidents souvent graves allant des abcès lymphangitiques profonds qui peuvent se fistuliser à la peau ou dans la plèvre, aux accidents généraux de septicémie pleurale.

Le deuxième espace intercostal dans la région sous-claviculaire paraît être le lieu de prédilection des abcès lymphangitiques péripleuraux.

Les thoracoplasties opposées aux perforations pulmonaires sont le type des interventions d'indication pleuro-pulmonaire.

Elles ne doivent jamais être effectuées d'urgence. La seule opération d'urgence qui soit de mise en cette matière, c'est la pleurotomie dont on ne peut souvent se passer, mais qui bien rarement suffit à elle seule à rétablir la situation. Quand on peut temporiser et intervenir seulement au bout de quelques mois, quand l'état du malade s'est stabilisé et que la perforation est arrivée au « stade chronique », les résultats opératoires sont en général beaucoup plus satisfaisants.

**B. Notions pratiques.** — 1° Un malade est adressé pour *thoracoplastie pulmonaire* ; on pose d'abord une *indication de principe*, et plus tard seulement, une *indication de réalisation*, quand le médecin et le chirurgien ont pris en commun une connaissance approfondie de leur malade.

Si l'indication paraît douteuse, on place le malade en milieu sanatorial, on envisage parfois pour lui, si la cure est suffisante pour stabiliser la lésion, une opération sur le nerf phrénique, avec ou sans section du nerf du sous-clavier, avec ou sans scalénotomie. Parfois, seul un plombage peut être indiqué.

Il peut se faire qu'on ait à envisager une thoracoplastie en cas de lésions bilatérales, quand une lésion du côté opposé est spontanément torpide, ou qu'elle est traitée depuis longtemps par un pneumothorax qu'on peut relâcher. Parfois aussi, quand le potentiel évolutif de la lésion opposée est douteux, la thoracoplastie peut être rendue possible grâce à un pneumothorax de détente.

2° Le malade est adressé pour une *thoracoplastie d'indication pleuro-pulmonaire* : c'est souvent un malade porteur d'un pneumothorax partiel, qui n'a pu être amélioré par sections des brides. Il faut abandonner ce pneumothorax qui s'est compliqué de liquide purulent. Il faut évacuer le pus par ponctions ou, si l'état général l'exige, par pleurotomie *a minima*, puis il faut collaber la cavité pleurale et la lésion pulmonaire sous-jacente par thoracoplastie.

Parfois le malade est adressé avec une grave complication, la *perforation pleuro-pulmonaire*.

Dans les premiers jours, on songe à évacuer le pus pour éviter les vomiques causes de généralisation et pour favoriser l'oblitération de la perforation.

Plus tard, vers le cinquième ou le sixième mois, quand la perforation sera devenue chronique, on fera une thoracoplastie pour effacer la cavité pleurale, obturer la perforation et collaber la caverne.

3° Le malade est adressé pour une *thoracoplastie d'indication pleurale*. Habituellement, il est porteur d'une pleurotomie. Grâce au lipiodol, nous nous assurerons qu'elle est en bonne place ; sinon on en pratiquerait une nouvelle au point déclive. Si la fièvre persiste malgré un bon drainage, on essaiera de déceler les manifestations d'une péripleurite.

**Principes directeurs chirurgicaux.** — 1° *Choix de l'anesthésie*. C'est avant tout l'anesthésie locale pour les thoracoplasties d'indication pulmonaire et pleuro-pulmonaire. C'est l'anesthésie générale pour les thoracoplasties d'indication pleurale. C'est l'une ou l'autre ou une association des deux pour un dernier temps de thoracoplastie pulmonaire ou pour une thoracoplastie itérative, quand la caverne est presque entièrement collabée.

2° *Fragmentation de l'intervention*, qui permet de couper sans hâte les côtes là où c'est nécessaire, de réséquer ou non les apophyses transverses, de désarticuler ou non les côtes et de les extirper sur toute l'étendue nécessaire afin d'assurer le collapsus de la lésion sans faire courir de risques au patient. Il y a des cas où il faut savoir fragmenter en largeur, comme on fragmente en hauteur.

3° *Le modelage de la paroi thoracique*. Il est différent pour chaque malade, pour chaque lésion. Il n'y a pas à prôner la thoracoplastie partielle ou subtotalaire, ou totale ou élargie. Il y a des circonstances où une thoracoplastie doit être commencée en bas, ou en haut et en avant, tout en admettant que, dans la majorité des cas, on la commence en haut et en arrière.

Les thoracoplasties d'indication pleuro-pulmonaire ou pleurale sont habituellement des thoracoplasties totales élargies.

Il est constant d'obtenir une bonne statique scapulaire et un résultat esthétique satisfaisant en plaçant judicieusement ses voies d'abord.

**Complications des thoracoplasties.** — Complications hémorragiques, embolie artérielle, embolie veineuse, emphyème médiastinal sont exceptionnels.

Dans les thoracoplasties d'indication pleurale, il y a lieu de redouter des complications pariétales (suppuration, érysipèle).

Dans les thoracoplasties d'indication pulmonaire, la grosse complication, c'est la complication pulmonaire homolatérale (30 fois sur 36), rarement du côté opposé (6 fois sur 36) ; c'est une spléno-pneumonie ou une pneumonie de la base ; c'est une atelectasie, c'est une réaction de foyer. Ces dernières peuvent se faire *in situ* ou à distance.

La complication pulmonaire homolatérale est favorisée par la phrénicectomie préalable (50 p. 100 des phrénicectomies).

**Résultats** (à Passy, Haute-Savoie) :

1° Sur 232 thoracoplasties d'indication pulmonaire opérées par le docteur Maurer, en milieu sanatorial, les trois statistiques de Tobé, Davy-Rautureau, portant sur 114 cas, donnent 79 p. 100 de bons résultats et 9,5 p. 100 de résultats nuls et 10,5 p. 100 de morts (entre zéro et six ans après l'opération).

En maison de santé à Paris, sur 16 cas : 31 p. 100 de bons résultats, 6 p. 100 de résultats nuls et 12,5 p. 100 de décès (entre un et six ans).

En milieu hospitalier (Tenon, Beaujon, Laënnec), sur 102 malades : 51,5 p. 100 de bons résultats, 20 p. 100 de résultats nuls, 27 p. 100 de morts (entre zéro et six ans).

2° Sur 46 cas de thoracoplastie pulmonaire ou pleurale, opérés par le docteur Maurer, 67 p. 100 de bons résultats, 4,5 p. 100 de résultats nuls et 28 p. 100 de décès entre zéro et six ans.

Sur les 278 malades opérés de thoracoplastie d'indication pulmonaire, pleuro-pulmonaire ou pleurale, la mortalité opératoire a été de 2, soit 0,78 p. 100 (ces 278 malades ont subi plus de 900 temps opératoires).

Un des deux décès a été dû à l'anesthésie par évipan sodique intraveineux.

On voit, en conclusion de cette étude, que, pour obtenir des résultats de plus en plus satisfaisants, les équipes médico-chirurgicales devront s'efforcer :

1° De préciser dans la mesure du possible la tendance évolutive des lésions à traiter (de façon à n'avoir affaire qu'à des lésions bien stabilisées) ;

2° De prévoir dans la mesure du possible la tendance rétractile des lésions (de façon à éviter les thoracoplasties inutiles où le poumon demeure inerte malgré l'importance des résections osseuses) ;

3° D'établir un plan opératoire satisfaisant et de le bien réaliser ; à cet égard, les techniques modernes rendent possibles à toutes les résections osseuses, si étendues seraient-elles.

Les désossements thoraciques peuvent être assez poussés pour que l'évolution rétractile des lésions ait le champ libre et puisse réaliser les collapsus les plus efficaces.

#### Discussion et communications

Pour M. DUMAREST, la pleurotomie mérite dans le traitement des pleurésies graves, celles en particulier qui sont la conséquence de perforations pleuro-pulmonaires, une place importante car elle représente là une véritable opération curative. La thoracoplastie d'indication pleurale n'est indiquée que lorsque les accidents infectieux persistent après pleurotomie. Quant à la phrénicectomie, elle perd chaque jour du terrain, ses indications étant réduites par le haut au profit de la thoracectomie partielle, et latéralement aussi par l'application possible du pneumothorax contrôlatéral.

M. LÉON BÉRARD précise les indications de la thoracoplastie pleurale ou pleuro-pulmonaire. Il pense qu'il ne faut



pas laisser évoluer indéfiniment par eux-mêmes les abcès froids pleuraux et qu'il faut savoir recourir à un collapsus par résection plus ou moins étendue du plan costal quand la radioscopie et l'examen clinique montrent que la cavité pleurale n'a pas tendance à se réunir par accolement des parois et que l'ombre de la plèvre apparaît de plus en plus large et dense. Lorsqu'on se trouve en présence d'un épanchement infecté de la plèvre survenant chez un tuberculeux évolutif, on doit, lorsque le liquide est louche ou puriforme, avoir recours à la pleurotomie *a minima*. Souvent cette intervention suffit, et il faut temporiser avant de proposer la thoracotomie.

MM. D'HOUR et DESBONNETS (de Lille) présentent deux observations de thoracoplastie pour grande cavité du sommet et qui diffèrent par leurs indications, leur recul dans le temps et leur technique opératoire.

M. SECOUSSE (de Bordeaux) insiste sur l'amélioration considérable des succès opératoires obtenus depuis l'adoption de l'anesthésie par le rectanol. Il montre également le retentissement de la thoracoplastie sur la circulation et les accidents cardiaques, immédiats ou tardifs, qui en découlent : d'où l'importance d'un traitement tonocardiaque pré et post-opératoire.

M. JACQUEROD (de Leysin) relate 5 cas de thoracotomie totale effectués pour des cas graves et précise à ce propos les indications et les résultats de la thoracotomie dans les cas aigus à évolution rapide.

MM. BERNOU (de Châteaubriant) et FRUCHAUD (d'Angers) apportent une statistique de 109 thoracoplasties partielles avec 58 guérisons apparentes, 29 améliorations, 22 résultats insuffisants. Ils insistent sur les avantages de la fragmentation des temps opératoires de bas en haut, réservant seulement, à la partie supérieure tout au moins, la résection de la première côte pour la seconde intervention. Ils montrent que les interventions complémentaires parasternales aboutissent souvent à des échecs : une thoracoplastie doit donc être d'emblée parfaitement réglée si l'on ne veut pas exposer le malade à un échec ou à une intervention ultérieure dangereuse.

MM. BONNIOT (de Grenoble) et FOIX (de Saint-Hilaire-du-Touvet) pensent que la thoracoplastie complémentaire d'un pneumothorax partiellement efficace paraît présenter de réels avantages dans les cas de lésions étendues, la région de la base et du hile étant heureusement influencée par le pneumothorax qui reste inefficace sur une cavité du sommet largement adhérent. En raison du collapsus gazeux préexistant, ces interventions sont remarquablement bien tolérées.

M. VINCENTI (d'Avignon) remarque que, dans tous les cas, avant d'agir chirurgicalement, aussi bien pour le pneumothorax que pour la thoracoplastie ou la phrénicectomie, il faut se préoccuper de la place du cœur et du médiastin, la rechercher, l'expliquer et n'agir que dans le but d'aider les tendances naturelles à la cicatrisation lorsqu'elles existent, sans jamais s'y opposer ni même les retarder.

MM. A. COURCOUX et A. MAURER (de Paris) rappellent qu'une pleurésie purulente primitive doit d'abord se soigner médicalement pendant longtemps. Il arrive cependant qu'un empyème avec résection costale fait un peu hâtivement impose la thoracoplastie pour guérir une fistule pleurale qui menace de s'installer définitivement. Ils rapportent un cas semblable avec résultat opératoire excellent et définitif.

M. DREYFUS-LE-FOYER (de Paris) étudie les indications des thoracoplasties itératives qu'il classe en deux grands groupes : indications pulmonaires et indications pleurales et pleuro-pulmonaires. Il insiste sur les difficultés de l'anesthésie et souligne les dangers que présentent les thoraco-

plasties itératives dont les indications doivent être parfaitement définies pour donner des guérisons totales dans des cas jusque-là incomplètement guéris.

M. Et. BERNARD (de Paris) fait remarquer que les indications de la thoracoplastie doivent être particulières et bien définies et non se réduire à des tentatives hasardeuses proposées en désespoir de cause quand toutes les autres méthodes ont échoué. Il insiste sur la nécessité sanatoriale qui doit suivre aussi de très près le dernier temps opératoire.

MM. JULLIEN et ECOT (de Pau) pensent que, parmi les facteurs susceptibles d'assurer le succès d'une thoracoplastie, si la notion des équipes médico-chirurgicales est au premier plan, il faut leur associer le patient dont le rôle n'est pas à négliger et qui doit être éduqué lors d'une cure sanatoriale qui précédera nécessairement et suivra l'acte opératoire.

Ils insistent sur l'intérêt de la thoracoplastie par temps successifs pratiquée sous anesthésie loco-régionale. Les divers temps seront exécutés en sanatorium dans le plus court délai possible et leur succession sera réglée non seulement par le plan d'ensemble adopté, mais par les modifications de tout ordre pouvant survenir au cours du traitement. Les auteurs font un plaidoyer ardent en faveur de la précocité de la thoracoplastie et de l'importance primordiale de l'heure chirurgicale en chirurgie pulmonaire.

M. NAVEAU (d'Amélie-Montbolo) a observé plusieurs cas dans lesquels une cavité apicale présentait un affaissement insuffisant après des résections costales pratiquées par échelons de haut en bas. Pour y remédier, il conseille d'avoir recours à la méthode préconisée par Bernou et Fruchaud : commencer par un temps inférieur portant sur toutes les côtes à réséquer, sauf la première qui sera enlevée après une courte période intercalaire.

MM. MAURER et OLIVIER-MONOD (de Paris) rappellent d'abord que fibrothorax n'est que rarement synonyme de guérison vraie. Ils rapportent 5 cas de fibrothorax qui tous avaient conservé des cavernes actives et qui ont tous guéri. Les indications chirurgicales sont donc plus fréquentes dans les fibrothorax que ne le laisse croire leur réputation.

M. OLIVIER-MONOD (de Paris) montre qu'il est possible, par des épreuves radiographiques d'une parfaite simplicité, de connaître avec précision la profondeur et la forme des cavernes. Ce repérage précis est indispensable au chirurgien pour fixer sa tactique opératoire : les cavernes plates antérieures ou postérieures demandent des résections costales différentes ou différemment menées. Une étude détaillée a permis à l'auteur de repérer 75 cavités du sommet et a amené des résultats opératoires plus satisfaisants.

M. PIÉCHAUD (de Bordeaux) apporte une statistique de 20 cas de thoracoplastie en clientèle. Il considère que la thoracoplastie mérite d'être tentée sur un certain nombre de malades présentant des hémoptysies redoutables dues à certains ulcères tuberculeux ou à des abcès pulmonaires inattingibles par toutes les méthodes de thérapeutique médicale ou collapsothérapeutique. Mais il pense que les résultats les plus heureux sont obtenus dans le cas de cavernes chroniques lentement extensives et cachectisantes montrant à la périphérie un pouvoir de fibrose nettement attractive.

R. ROBERT MONOD (de Paris) demande qu'à côté de la thoracoplastie opération de consolidation, une place soit faite à la thoracoplastie opération de sauvetage, intervenant contre des lésions ayant un potentiel évolutif immédiatement menaçant. Il préconise l'anesthésie générale par association du rectanol et du protoxyde d'azote. Il insiste sur les contre-indications cardio-vasculaires et propose le contrôle systématique, pré-opératoire, de la tension veineuse. Enfin il expose les avantages d'une position radiologique qui n'a



jamais été systématisée jusqu'ici et qui procure le maximum de visibilité pulmonaire.

M. LOUBAT (de Bordeaux) insiste sur la nécessité de réaliser le collapsus complet de la partie malade du poumon et de s'en tenir le plus possible à ce résultat, en respectant la partie saine qui peut exister, à la base le plus souvent. Pour cela, la thoracoplastie dite totale n'est pas toujours indispensable, et on peut se contenter souvent d'une thoracoplastie postérieure portant sur les 6 ou 8 premières côtes. Mais, si on la limite en hauteur, la résection doit être très étendue en largeur. L'auteur est partisan convaincu de l'anesthésie au rectanol qui suffit presque toujours à elle seule, et qu'il complète parfois par quelques bouffées intermittentes de chlorure d'éthyle.

M. G. LARDENNOIS (de Paris) pense que le succès d'une thoracoplastie dépend du plan stratégique autant que du manuel opératoire. Si les conceptions ne sont pas encore unanimes pour certains cas particuliers, l'observation étendue unifiera la doctrine. L'apport du pneumothorax contrôlé facilitera la solution du problème de l'affaissement des lésions centrales. L'anesthésie doit être locale, combinée à un emploi généreux d'hypnotiques. Parmi les indications de la thoracoplastie, il faut envisager celles que fournissent nombre de pneumothorax invétérés avec pachypleurite plus ou moins suppurante.

M. DIEUDONNÉ (de Cambo), d'après une statistique de 17 cas, montre les notions acquises sur la technique opératoire et anesthésique, donne des indications sur ce qu'il faut entendre par stabilisation des lésions et résistance générale, et montre la nécessité de la cure sanatoriale postérieure.

M. RIST (de Paris) mesure les progrès accomplis en rendant hommage aux artisans de ce progrès. Il insiste sur l'unité d'action de la collapsothérapie, qu'elle soit d'ordre médical ou chirurgical : son but est toujours le même : lever l'obstacle qui s'oppose à la rétractilité des lésions pulmonaires. Il termine en montrant l'importance d'une collaboration étroite entre le chirurgien et le médecin.

### III

#### QUESTION MEDICO-SOCIALE

##### La tuberculose et la lutte antituberculeuse en Afrique du Nord

**La tuberculose et la lutte antituberculeuse en Algérie.** — MM. AUBRY et THODET (Alger). Depuis l'installation des Français en Algérie, la tuberculose s'est développée de façon inquiétante, surtout dans la population indigène. Elle était cependant très rare à la conquête. Qu'il s'agisse d'infection tuberculeuse latente ou de morbidité tuberculeuse, le nombre des sujets atteints est d'autant plus grand que l'on se rapproche des régions habitées par l'Européen. C'est en effet le triste privilège de toute civilisation d'apporter avec elle les fléaux sociaux. L'Algérie ne fait pas exception à cette règle.

Les causes de l'extension de la tuberculose dans notre grande colonie de l'Afrique du nord sont l'exode vers les grandes villes et la Métropole, et les conditions d'habitat des indigènes et leur alimentation. Ces différents facteurs ne sauraient d'ailleurs être séparés.

De retour dans les campagnes, les travailleurs tuberculés des villes contaminent leur entourage, d'autant plus facilement que les conditions d'existence s'y prêtent. La tuberculose évolue avec une rapidité extrême chez l'enfant et la femme indigènes. La Kabylie souffre plus que toute autre région de ce fléau. La nécessité de la lutte antituberculeuse apparaît nettement.

**La lutte antituberculeuse.** — L'application du plan métropolitain de défense antituberculeuse a rencontré en Algérie des obstacles qu'il ne faut ni méconnaître ni négliger. Ces obstacles sont cause du retard apporté à l'organisation de la lutte.

La question climatique a été longtemps l'obstacle principal. Les difficultés se sont atténuées surtout depuis que la phthisiothérapie s'est dépouillée de son dogmatisme d'antan et que les moyens thérapeutiques ont augmenté de puissance. Il n'en est pas moins vrai qu'il faut choisir en Algérie avec beaucoup de prudence et de discernement les emplacements destinés aux diverses pièces de l'armement antituberculeux. Une connaissance meilleure de la climatologie, une expérimentation méthodiquement poursuivie à l'aide des installations existantes, doit conduire à utiliser de la façon la plus judicieuse les possibilités climatiques de l'Algérie, dont la plupart sont à l'heure actuelle encore imprécises.

L'armement antituberculeux selon les formules de l'organisation métropolitaine comporte les dispensaires, les services d'hôpitaux (pavillons, quartiers, hôpital de tuberculeux), et les sanatoriums. Il faut y ajouter les moyens de prophylaxie qui se présentent en Algérie sous un aspect un peu particulier.

Notre organisation actuelle est insuffisante et ne répond pas aux nécessités. Il convient d'améliorer d'abord ce qui existe et de le compléter par des fondations nouvelles.

Les dispensaires doivent être multipliés et mis à même de fonctionner en liaison avec un centre de traitement. Les services hospitaliers sont ouverts dans tous les centres importants, les sanatoriums suburbains créés dans chaque département. En attendant la création de sanatoriums de cure, le nombre des malades envoyés dans les établissements de la Métropole augmente chaque année.

Le problème de la prophylaxie est très complexe en raison des nombreux facteurs qui entrent en ligne de compte (races, mœurs, coutumes, habitations, épidémiologie). Chez l'enfant, elle ne relève pour le moment que de deux méthodes, la vaccination par le B C G et le préventorium. La prémunition par le B C G est parfaitement acceptée dans tous les milieux, même chez l'indigène. Chez l'adulte, les mesures à envisager sont les unes collectives, les autres individuelles. Parmi les mesures collectives, celle qui vient au premier plan est la guerre au taudis. Parmi les mesures individuelles, le dépistage doit rendre les plus grands services. La surveillance doit s'exercer activement auprès des travailleurs coloniaux avant leur départ pour la France, pendant leur séjour, et à leur retour.

Si les difficultés ont apporté un retard dans l'organisation de la lutte antituberculeuse en Algérie, elles ont du moins permis une adaptation meilleure des méthodes au pays et au milieu. Il est permis d'espérer aujourd'hui que l'Algérie sera dotée bientôt d'un armement qui lui permettra d'enrayer les progrès menaçants de la tuberculose.

**Tuberculose en Tunisie.** — MM. MASSELOT et BLOCH. Le problème de la tuberculose en Tunisie est surtout un problème musulman, pour deux raisons : les musulmans y sont quatorze fois plus nombreux que les Européens et les Israélites réunis, et la tuberculose chez eux est deux fois et demie plus fréquente qu'en milieu français, lequel d'ailleurs est sensiblement plus atteint que le milieu israélite.

Ce n'est pas seulement par sa plus grande fréquence que la tuberculose se particularise en milieu musulman, mais aussi par le degré élevé de sa mortalité. Par contre, la tuberculose chez les Israélites donne le pourcentage le plus faible de formes graves.

Il semble que plus l'Israélite africain abandonne ses mœurs ancestrales pour vivre l'existence fiévreuse des Européens, plus il devient vulnérable à la tuberculose, mais



il n'existe pas de différences essentielles dans l'allure clinique de celle-ci en milieu israélite ou européen.

Les statistiques indiquent que le rapport des tuberculoses osseuses et ganglionnaires aux pulmonaires est trois fois plus élevé chez les musulmans que chez les Européens.

Au point de vue clinique, la tuberculose du musulman est une tuberculose massive à bilatéralisation précoce, rapidement cachectisante ; les hémoptysies paraissent moins fréquentes que chez les Européens. Par contre, il semble que les tuberculeux musulmans tunisiens fassent un début apparent de maladie à un âge plus précoce que les Européens et les Israélites.

Le paupérisme dû la plupart du temps à l'absence de profession définie, condition d'un gain régulier, semble être le fourrier de la tuberculose. On ne peut que regretter l'insuffisance numérique des écoles professionnelles facilitant aux classes pauvres l'apprentissage d'un métier.

Il est à noter que le juif, même pauvre, s'alimente suffisamment.

L'alcoolisme et le théisme, le paludisme surtout, semblent avoir une action favorisante. La syphilis n'est pas un facteur de bénignité de la maladie ; elle engendre des bronchites spéciales et crée de faux tuberculeux.

La fièvre de Malte ne favorise pas le développement de la tuberculose, mais elle ne possède pas non plus l'action antagoniste que certains auteurs lui ont prêtée.

**Traitement.** — Le pneumothorax, malgré la possibilité de la cure libre, particulièrement recommandable pour l'indigène musulman, ne peut encore donner son plein effet sur une population qui se soumet trop tardivement et sans constance aux soins médicaux, alors qu'il réalise pour les populations européennes et israélites, lorsqu'il est possible, le type du traitement commode, efficace et peu onéreux. L'aurothérapie, en raison de son prix de revient élevé et du faible pourcentage de ses bons résultats, n'est pas un facteur bien précieux de lutte antituberculeuse.

L'armement antituberculeux en Tunisie est encore squelettique ; il manque, pour Tunis seule, quatre cents lits d'hospitalisation de tuberculeux ; dans l'intérieur, il n'existe que trente lits à l'hôpital de Bizerte. Les préventoriums sont numériquement insuffisants. Dans ces conditions, l'unique dispensaire créé jusqu'ici ne peut que tourner à vide, faute de moyens de placement. Ce dispensaire, placé dans l'enceinte de l'hôpital civil français, n'est pour ainsi dire pas fréquenté par les musulmans qui ne forment même pas le tiers de la clientèle de consultants. Sa situation et son caractère uniquement prophylactiques lui ont fait manquer son but principal de pénétration dans la masse indigène.

En Tunisie, où la plus grande partie de la population est routinière, superstitieuse et arriérée, il y a danger à reproduire en les calquant les institutions françaises de lutte antituberculeuse. Des formules appliquées dans la métropole, celle qui paraît présenter le plus d'avantages est le dispensaire type Léon-Bourgeois. Il attirerait l'indigène par les soins donnés à l'hôpital, à l'occasion desquels le médecin pourrait aisément exercer son action prophylactique.

Dans un pays pauvre, à budget déficitaire et surtout dans la période catastrophique actuelle, il est nécessaire de choisir, parmi les moyens de lutte, les moins coûteux et ceux qui ont un rendement immédiat certain. Rien de valable d'ailleurs ne pourra être édifié tant que l'hospitalisation des tuberculeux qu'il faut isoler ou traiter ne fera pas de plus sérieux progrès.

A l'inverse de ce qui a lieu pour la France, l'action gouvernementale est et doit être ici prédominante, vu l'insuffisance des ressources dont peut disposer l'initiative privée.

**La tuberculose au Maroc**, par J. LAPIN et M. BONJEAN. La tuberculose au Maroc, comme d'ailleurs en tout pays nouvellement ouvert à la civilisation, s'est révélée en voie d'augmentation depuis l'instauration du Protectorat.

# DINITRA

alpha-dinitrophénol 1.2.4

## OBÉSITÉ

HYPOTHERMIES — HYPOSPHYXIES  
HYPOTHYROIDIES

HYPOMÉTABOLISMES

RALENTISSEMENTS

de la NUTRITION



SOCIÉTÉ D'APPLICATIONS PHARMACODYNAMIQUES, 5 & 7, rue Claude Decaen - PARIS 12



Cet accroissement a préoccupé, dès 1920, la direction de la Santé et de l'Hygiène publiques et le corps médical marocain.

Les nombreux médecins qui ont donné leurs impressions sur la question, dans des rapports particuliers ou dans le *Maroc médical*, sont arrivés aux mêmes conclusions sur l'augmentation du taux de l'imprégnation tuberculeuse, l'influence néfaste du climat du littoral, l'erreur qui faisait envoyer au Maroc, pour s'y rétablir, des tuberculeux pulmonaires fébriles à forme congestive et hémoptoïque. Ils ont noté également le bénéfice retiré du séjour à la côte pour les formes osseuses et ganglionnaires et l'heureuse influence du climat de l'intérieur sur certaines formes pulmonaires.

Le milieu européen, soit 150.000 habitants, est réparti pour la plus grande part dans les villes de la côte atlantique et pour l'autre part dans les villes de l'intérieur.

Les statistiques, pour des raisons diverses, ne reflètent pas fidèlement la situation, mais on peut admettre que, sur la côte, le climat humide, brumeux, ventilé, donne un coup de fouet, aux formes congestives et hémoptoïques.

Les formes cliniques ne diffèrent pas de celles observées dans la Métropole, mais on note une proportion assez élevée d'atteintes laryngées et méningées chez l'enfant.

A l'intérieur, le climat est sec, mais avec de grandes variations de température souvent brutales. On y observe surtout des formes fibreuses et les tuberculeux de la côte y viennent souvent chercher refuge.

Les facteurs de contamination sont les mêmes que partout ailleurs, mais avec cette aggravation que le climat marocain est incontestablement plus dur que le climat européen et que le contact avec la population autochtone, encore mal éduquée, partant plus dangereuse, offre un péril certain.

Néanmoins, toutes choses égales d'ailleurs, l'infection tuberculeuse chez l'Européen établi au Maroc, qui présente sensiblement les mêmes formes qu'en France, n'atteint pas un pourcentage plus élevé qu'en métropole.

Dans le milieu fonctionnaire, collectivité facile à bien observer, la morbidité moyenne calculée sur les huit dernières années est de deux pour mille.

La tuberculose pulmonaire est presque uniquement en jeu. Tout fonctionnaire reconnu atteint de tuberculose est placé en congé de longue durée. Une sélection sévère préside maintenant au recrutement des nouveaux candidats.

Le milieu autochtone, soit près de 5 millions d'indigènes musulmans et 117.000 israélites, a échappé jusqu'à aujourd'hui à toute statistique serrée ; en ce qui concerne la population urbaine, d'après les chiffres des villes érigées en municipalités, il semble cependant que les hommes soient plus atteints que les femmes, que le maximum des atteintes mortelles s'observe de quinze à quarante ans, que le Musulman soit plus touché que l'Israélite. Pour avoir des chiffres de valeur sur l'imprégnation dans le bled, il vient d'être procédé à une vaste enquête portant sur la totalité du territoire : 80.000 cuti-réactions à la tuberculine ont été pratiquées dans toutes les régions, de plaine et de montagne ; les conclusions suivantes ont pu en être dégagées : l'imprégnation tuberculeuse est moins importante dans le bled que dans les villes ; elle n'est pas plus fréquente chez l'homme que chez la femme, elle ne commence à être appréciable que vers cinq et six ans et croît jusqu'à l'âge adulte ; elle se manifeste souvent par des taches d'infection familiale. Elle est variable selon les régions, plus élevée, chez les Israélites, d'égale importance chez l'Arabe et le Berbère, moins accentuée chez le nomade que chez le citadin ou l'habitant des Ksours ou des casbahs, faible chez le montagnard récemment soumis, plus élevée chez l'autochtone vivant au contact de l'Européen.

Mais, dans l'ensemble, le taux global de l'infection indigène est moins élevé qu'en Algérie et qu'en France.

Les facteurs de contamination identiques aux autres pays sont renforcés par le brusque changement de vie, d'une population rurale non habituée à un travail dur et attirée par les villes, le surpeuplement de ces villes indigènes, le manque d'éducation hygiénique, la sous-alimentation, l'insuffisance de vêture, etc.

Du point de vue clinique, les médecins des dispensaires ne notent pas de différence entre les formes observées au Maroc et celles de France. Et si, dans les villes, l'imprégnation tuberculeuse est élevée (95 %), le rural ne donne guère plus de 50 % à la cuti-réaction, mais fait souvent, à l'arrivée en ville, des formes à évolution plus grave et plus rapidement mortelle.

L'association de la syphilis et de la tuberculose se rencontre fréquemment : le plus souvent la syphilis, ainsi d'ailleurs que les autres états morbides secondaires, exerce une influence fâcheuse sur l'évolution de la maladie.

L'armement antituberculeux comporte, sous l'action conjuguée de la direction de la Santé et de l'Hygiène publiques et de la Ligue marocaine contre la tuberculose :

Cinq dispensaires créés et entretenus par la Ligue à Fez, Meknès, Rabat, Casablanca, Marrakech ;

Un hôpital-sanatorium en voie de création ;

Un préventorium (jardins de soleil à Rabat, Salé) ;

La vaccination par le BCG ;

L'éducation du public et la propagande.

Cet ensemble de moyens défensifs est complété par toute une série de mesures de prévoyance sociale d'envergure, ayant pour but d'améliorer la condition de l'indigène, son habitat, son hygiène générale, de lutter contre la misère, la disette.

Grâce à cet armement, la tuberculose, qui a augmenté depuis le début du siècle, mais tend à se stabiliser actuellement, pourra être combattue de façon efficace.

**La tuberculose en Afrique occidentale française**, par le médecin colonel Blanchard, des troupes coloniales, directeur de l'Ecole de médecine de Dakar. Après avoir brièvement esquissé l'histoire de la tuberculose en Afrique occidentale et indiqué l'origine des apports tuberculeux venant de l'extérieur, qui sont de deux sortes : apport européen et apport indigène, après infection en France et au Maroc, l'auteur indique la répartition actuelle de la maladie dans les diverses colonies de la Fédération.

De cet exposé, il ressort que l'A. O. F. présente à Dakar un foyer important de tuberculose, des foyers secondaires infiniment moindres dans la plupart des régions du littoral, et des cas dispersés, plus groupés dans les villes, mais, à ce jour, assez rares dans tout l'hinterland de la Fédération.

Les aspects cliniques de la tuberculose chez les indigènes de l'Afrique occidentale, dénommés « Sénégalais », sont ensuite passés en revue.

Le *stade ganglionnaire*, d'une durée de deux mois environ, constitue la période d'invasion de l'infection tuberculeuse ; celle-ci peut être décelée précocement par une série de signes particuliers, parmi lesquels il convient de faire une mention spéciale à la recherche du ganglion sus-claviculaire de Borrel. La maladie évolue fréquemment vers la forme polyganglionnaire classique s'accompagnant de suppuration, et généralisation rapide avec le type clinique de la granulie, de la pneumonie et surtout de la polysérite.

La *granulie* est l'expression anatomique et clinique la plus pure de la sensibilité des noirs à l'infection tuberculeuse. L'infection est caractérisée par une courbe thermique oscillante, qui prend souvent le type ondulant, ainsi que par la gravité des signes généraux contrastant avec la conservation de l'appétit et la pauvreté des symptômes objectifs. L'évolution se fait en deux mois environ, entrecoupée d'accalmies souvent trompeuses.



**ATONIE INTESTINALE  
POST - OPÉRATOIRE**

# PROSTIGMINE

## "ROCHE"

Une injection de 1<sup>cc</sup> sous-cutanée ou intramusculaire indolore  
déclanche l'évacuation des gaz  
rétablit la paix abdominale

Aucune action secondaire  
aux doses thérapeutiques.

Chaque Ampoule contient 0 Milligr. 5 de l'ester diméthylcarbamique du m-oxyphényl-triméthylammonium-méthyl-sulfate.

Produits F. HOFFMANN - LA ROCHE & C<sup>ie</sup> 10, Rue Crillon - PARIS (IV<sup>e</sup>)

# PHYTOSPLENOL

*Reconstituant - Tonique  
Hémopoïétique - Anti-Toxique*

*Granulés  
ou Dragées*

J. PLÉ DOCTEUR EN PHARMACIE - 111<sup>B</sup> rue de Turenne - PARIS 3<sup>e</sup>

# SULFARSENOL

## ARSENOS-SOLVANT

ADOPTÉS PAR LES HOPITAUX

# EKTOPHANOL

SELS DE LITHIUM DE L'ACIDE PHENYLQUINOLEINE CARBONIQUE

*Indications :* Rhumatismes musculaires ou articulaires, aigus ou chroniques, Goutte, Sciatique, Lumbago, etc.

LABORATOIRES DE BIOCHIMIE MÉDICALE CH. DESGREZ, Dr en Ph<sup>ie</sup>, 19-21, rue Van-Loo, PARIS XVI<sup>e</sup> — Tél. Auteuil 26-62



La recherche du bacille de Koch ne donne, le plus souvent, aucun résultat, et, dans la pratique, le faisceau des examens négatifs fournis par le laboratoire présente une valeur incontestable au point de vue du diagnostic.

La *pneumonie caséuse* peut succéder au stade d'évolution ganglionnaire ; les signes physiques observés sont ceux de toute induration pulmonaire : le malade traîne un ou deux mois, se cachectise de plus en plus avant de succomber.

La *polysérite* offre l'aspect clinique le plus fréquent de l'infection tuberculeuse chez les Sénégalais, tandis que les formes précédentes ne sont que l'exception. On assiste, le plus souvent, à l'évolution des deux types classiques de polysérite ; la tuberculose péritonéo-pleurale de Fernet et Boulland et la tuberculose pleuro-péritonéale de Hutinel. Dans les deux cas, l'infection est presque toujours fatale.

Les formes chirurgicales de la tuberculose des indigènes se présentent avec des caractères sensiblement identiques à ceux rencontrés en Europe ; toutefois, les localisations associées sont plus fréquentes et, dans l'ensemble, le pronostic éloigné de toutes ces formes est franchement mauvais.

Au point de vue expérimental, certains auteurs ont pu reproduire chez les cobayes les principales modalités cliniques de la tuberculose chez les Sénégalais et paraissent avoir établi que cette primo-infection serait réalisée par les éléments non acido-résistants et filtrables du virus tuberculeux.

Les mesures prophylactiques prises en Afrique Occidentale visent à réduire les apports bacillaires, d'une part, au moyen de visites médicales au moment de l'engagement pour le personnel du commerce et avant chaque embarquement pour les fonctionnaires coloniaux ; d'autre part, en maintenant les indigènes reconnus tuberculeux dans les centres hospitaliers, et pour ceux qui sont rapatriés dans leur pays d'origine, après réforme ou licenciement, en les faisant prendre en charge par le service de santé de chaque colonie, qui les soumet à une surveillance prophylactique. Auprès de Dakar, il existe déjà un

centre permanent permettant de garder le temps voulu tous les travailleurs tuberculeux libérés de France.

L'extension des moyens d'hospitalisation actuels est en cours de réalisation dans la plupart des colonies de la Fédération.

Des essais de traitement par le pneumothorax et la phrénicectomie ont été entrepris depuis plusieurs années. On a tenté également de pratiquer l'isolement du tuberculeux indigène dans son village.

Un dispensaire pourvu d'un outillage technique moderne et d'un personnel d'infirmières-visiteuses fonctionne dans d'excellentes conditions à la polyclinique Roume à Dakar.

Enfin la prémunition de la tuberculose par le BCG est très activement menée depuis 1928 par le Service d'hygiène sociale de l'Ecole de médecine de Dakar.

#### Discussion

M. A. SAUVAN (de Marseille) expose d'intéressantes considérations cliniques et sociales sur la tuberculose des indigènes de l'Afrique du Nord travaillant à Marseille. Il montre que, grâce à un triage sanitaire à deux échelons, les indigènes ne sont en général atteints de tuberculose qu'après un séjour de plusieurs années dans la Métropole. Le placement en sanatorium des indigènes en résidence à Marseille est possible et facile, grâce à la loi Honnorat qui s'applique aussi à eux.

M. BURNAND (de Lausanne) s'appuie sur l'expérience qu'il a acquise lors de l'organisation du sanatorium Fouad en Egypte pour montrer les bons effets de la cure sanatoriale malgré les conditions climatiques. Il pense que l'essentiel dans le traitement sanatorial est représenté par la discipline imposée aux malades, le repos, l'alimentation et la thérapeutique active. Il pense donc que les directives prophylactiques et thérapeutiques selon lesquelles la lutte s'organise dans les possessions françaises de l'Afrique du Nord sont légitimes et qu'elles doivent être couronnées de succès.

**Avez-vous lu :**

LES APPLICATIONS CLINIQUES DE L'INSULINE EN DEHORS DU DIABÈTE

LA THÉRAPEUTIQUE DU DIABÈTE PAR L'INSULINE

LE LABORATOIRE DE ENDOPANCRIINE

est à votre disposition pour vous envoyer ces deux brochures

48, RUE DE LA PROCESSION — PARIS-15<sup>e</sup>

**CONTREXEVILLE**

**SOURCE PAVILLON**

**LA SAUVEGARDE DU REIN**

**GOUTTE, GRAVELLES, ARTHRITISME**

**CURE DE DIURESE**

**EVIAN**

**SOURCE**

**CACHAT**

**VOIES URINAIRES, FOIE**

**GOUTTE GRAVELLE**

**ARTÉRIO-SCLÉROSE**



MM. HUMBERT-MARTIN (Beyrouth) et Elie KHOURY (de Brannes) montrent que, dans les Etats du Levant sous mandat français, si les conditions climatiques sont en général favorables, celles de l'habitat sont mauvaises : aussi la tuberculose y est très fréquente. Des dispensaires ont été créés à Beyrouth et Damas, pourvus d'infirmières-visiteuses. Un sanatorium comprenant 325 lits a été construit à Brannes, dans le Liban, et un autre est en voie de construction à Damas.

## IV

## QUESTION MEDICO-MILITAIRE

## La prophylaxie de la tuberculose dans la Marine de guerre et la Marine marchande

La prophylaxie de la tuberculose dans la Marine de guerre. — MM. PLAZY et HEDERER. La prophylaxie de la tuberculose, dans la marine de guerre, ne représente qu'un aspect de la lutte antituberculeuse dans la société. Mais elle emprunte au milieu maritime certains caractères qui lui sont propres et que les auteurs soulignent avec clarté.

Leur étude comporte deux parties, car le problème doit être envisagé tour à tour chez les marins (personnel militaire) et chez les ouvriers des arsenaux (personnel civil).

1<sup>o</sup> Prophylaxie dans les équipages de la flotte. — Un aperçu historique, une courte bibliographie et une statistique globale montrent que le service de santé de la Marine a joué, depuis 1896, un véritable rôle de précurseur dans la lutte antituberculeuse.

Deux groupes de facteurs influent sur la fréquence de la bacilliose dans la marine de guerre.

A. Les premiers sont inhérents à l'individu et à la société. Plazy et Hederer mentionnent, dans cette catégorie : l'allergie, 80 à 85 % des recrues étant allergiques à leur incorporation ; le jeune âge des marins qui, en pleine adolescence, embrassent une vie rude, capable de rompre l'équilibre physiologique ; la race, car le recrutement s'effectue, pour une forte proportion, en Bretagne où sévit, plus qu'ailleurs, l'infection bacillaire ; le milieu social auquel appartiennent les familles de marins, avec ses tares et habitudes favorisant (alcoolisme surtout et mauvaise hygiène domestique, etc.).

B. Les seconds sont inhérents à la vie maritime, comme il ressort du tableau consacré à l'habitabilité du navire de combat moderne : immense caisse métallique, compartimentée à l'excès, où le soleil pénètre parcimonieusement, où les variations de température sont considérables et brutales, où règnent un haut degré d'humidité « fléau de la navigation », une sorte de confinement avec viciation permanente de l'atmosphère par divers facteurs d'ordre militaire et industriel... Toutefois, si depuis 1898 on a souvent décelé, dans ce milieu, la présence d'une flore passagère banale, aucune recherche n'a pu y mettre en évidence celle du bacille de Koch.

La vie de bord détermine une usure précoce de l'individu et l'expose à de multiples causes de défaillance. Enfin le climat marin peut avoir, en haute mer, certaines vertus tonifiantes et équilibrantes, mais, ses bons effets ne semblent guère se manifester sur les équipages militaires qui séjournent surtout dans les ports et les arsenaux.

Or, malgré ces conditions, en apparence défavorables, les auteurs montrent que les marins paient un moins lourd tribut à la tuberculose que les populations côtières correspondantes. Cette disproportion (1 p. 4 à Brest, 1 p. 2 à Toulon) tient au fait que les mesures de prophylaxie en vigueur corrigent les influences morbides de la vie et du milieu maritimes.

L'ensemble de ces mesures prophylactiques a pour but : de dépister les tuberculeux à l'entrée, d'éliminer le plus

rapidement possible les bacillaires avérés ; de soutenir enfin la résistance des organismes sains à l'infection, soit par l'amélioration de l'hygiène individuelle et collective à bord ; soit par la création, chez les sujets indemnes, d'un état de prémunition.

Plazy et Hederer analysent successivement les divers points de la prophylaxie, soulignent la rigueur du *barrage à l'incorporation*, « filtre aussi serré que le permettent les moyens d'investigation modernes (cliniques, radioscopiques et bacilloscopiques). Ils montrent avec quelle vigilance on surveille médicalement les marins pendant toute la durée de leur service, grâce aux visites périodiques de santé, d'embarquement ou de débarquement, grâce à la pratique des pesées régulières, de l'examen sous écran en série. Ils indiquent la qualité des mesures d'hygiène qui permettent de combattre l'insalubrité du navire (aéro-ventilation, chauffage, aspiration des poussières, essuyage humide des parquets...) et de favoriser la résistance organique (alimentation abondante et choisie, entraînement physique rationnel, répression de l'alcoolisme, développement des foyers du marin, causeries et films éducatifs, vaccination au B.C.G. de certaines catégories du personnel...).

Cependant, malgré ce faisceau prophylactique, la lutte n'est pas toujours victorieuse. Aussi la marine a-t-elle prévu une « maison de repos » à Toulon, « l'Oratoire », ouverte aux marins fatigués ; des services de phthisiologie dans les hôpitaux pour les bacillaires ; et même un *sanatorium de plaine*, à Rochefort, où peuvent être centralisés et soignés les malades justiciables d'une cure sanatoriale.

Les auteurs estiment que les moyens dont la Marine dispose actuellement pour combattre le fléau bacillaire sont imposants, supérieurs, à cause de l'examen radiologique obligatoire de tous les hommes et d'une surveillance plus étroite pendant le service, aux moyens en usage dans les marines étrangères. Mais pour augmenter encore leur efficacité, ils souhaitent une collaboration plus étroite entre les Services de santé militaire (marine et armée) et les organismes de défense sociale : car il n'y a pas une prophylaxie maritime ou militaire de la tuberculose, il n'y a pas une prophylaxie sociale, il y a une prophylaxie nationale.

2<sup>o</sup> Prophylaxie dans les arsenaux. — Depuis 1896, la Marine a lié, pratiquement, et autant qu'elle pouvait le faire, la prophylaxie de la tuberculose dans ses arsenaux avec la prophylaxie réalisée dans les populations civiles environnantes.

Elle applique au personnel ouvrier, *mutatis mutandis*, les plus grandes mesures de défense en vigueur pour les équipages : *barrage à l'entrée et dépistage des tuberculeux et des prédisposés* ; *contre-visites* des apprentis et des ouvriers dans un délai de deux ou six mois avant de prononcer leur admission définitive ; *surveillance médicale* des suspects.

De plus, elle poursuit le combat : dans les arsenaux, en améliorant l'hygiène individuelle et les conditions du travail ; dans les familles ouvrières, à l'occasion des visites domiciliaires effectuées par ses médecins, pionniers infatigables de la croisade anti-alcoolique et antibacillaire.

On leur doit de travailler à la vulgarisation de la vaccination des « Tout-Petits » par le BCG et de faire souvent des adeptes dans le corps médical de leur région (cas d'Indret).

Enfin la Marine soigne les ouvriers tuberculeux dans ses hôpitaux et ouvre à ceux qui sont cliniquement justiciables d'une cure sanatoriale, le service de phthisiothérapie maritime de Rochefort.

Il en résulte que la morbidité et la mortalité bacillaire ont notablement baissé : la première de 75 % et la seconde de 70 % environ, en trente ans, au port de Brest.

Ces chiffres soulignent la ténacité et l'efficacité des lutttes que les médecins de la marine nationale ont soutenues, depuis le début du siècle, dans les milieux ouvriers des arsenaux.

Les auteurs concluent à nouveau qu'une collaboration plus active entre les autorités civiles et militaires contribuerait, pour les mêmes raisons, à augmenter le rendement actuel de la prophylaxie antituberculeuse chez le personnel ouvrier du département.

#### La lutte contre la tuberculose dans la Marine marchande.

— Le D<sup>r</sup> Marcel CLERC rappelle d'abord les données essentielles du programme de lutte contre la tuberculose dans la Marine marchande, dressé par les hygiénistes maritimes et qui se résume ainsi : éviction des marins tuberculeux à l'embarquement ; hygiène de la construction des navires et de la vie à bord ; travail, logement, nourriture ; mise à la disposition du marin tuberculeux de toutes les ressources diagnostiques, prophylactiques, curatives que possède l'armement antituberculeux national pour tous les tuberculeux et leur famille ; son élimination définitive de la navigation par la mise à la retraite. Puis il montre ce qui a été fait par le ministère de la Marine marchande.

Comme il n'y avait pas et qu'il n'y a pas de Service d'hygiène au ministère de la Marine marchande, il ne pouvait pas y avoir, pour l'application d'un programme quelconque, d'action concertée, soutenue, continue. Mais la campagne organisée par les hygiénistes maritimes avait alerté tous les milieux intéressés. Administration de la Marine marchande, parlementaires des régions maritimes, les hygiénistes, les armateurs, les marins et leurs syndicats, les médecins de la marine marchande, l'opinion publique, surtout dans nos départements côtiers, connaissaient à la fois l'existence du fléau tuberculeux marin et les remèdes à lui opposer. Si bien que, sans qu'il y ait jamais eu application méthodique et progressive par les pouvoirs publics d'un plan d'ensemble, chaque fois qu'une occasion se présentait de prendre une des mesures antituberculeuses connues, soit lors de la refonte des lois maritimes, soit dans l'application courante de ces lois, elle était saisie au passage. Parce qu'il y avait une opinion établie et des hommes prêts à servir une cause, il se trouve qu'en grande partie, grâce à des efforts cependant dispersés, le programme antituberculeux a été réalisé et continue à se réaliser.

C'est ainsi que l'obligation de la visite médicale avant l'embarquement établie par le nouvel article 8 du Code du travail maritime précisant que l'embarquement du marin ne doit présenter aucun danger pour sa sécurité et pour celle du reste de l'équipage, écarte des bords les marins tuberculeux. Puis d'une part toutes les dispositions légales nouvellement adoptées et concernant le travail, loi de huit heures, repos hebdomadaire, protection contre le froid, la chaleur, les gaz toxiques, les causes d'accidents ; d'autre part, les nouvelles prescriptions concernant la nourriture, qui doit être la même que sur les navires de guerre, interdiction aux marins d'embarquer de l'alcool, interdiction aux armateurs de donner à forfait la fourniture de l'alimentation, ont pour effet d'assurer repos, confort, bien-être aux marins, par conséquent de leur assurer un bon niveau de résistance physique aux maladies, à la tuberculose.

D'après l'auteur, les nouvelles données relatives à la tuberculose, notamment la rareté de la contagion entre adultes, n'appellent aucun changement à ce programme d'action antituberculeuse, dont l'application doit être poursuivie.

Il y propose cependant une adjonction en vue de protéger les fils des marins tuberculeux et qui consiste à rassembler ceux qui seraient justiciables du préventorium, dans un préventorium spécial situé auprès d'un grand port de mer, dépendant du ministère de la Marine marchande et qui serait en même temps une école de marins. Ils y seraient soignés, instruits et éduqués. Ainsi complété, le programme d'action antituberculeuse permettrait de récupérer, par une double manœuvre de solidarité et d'intérêt national, un effectif appréciable d'excellents marins du com-

merce, c'est-à-dire sains de corps et pourvus d'une bonne instruction professionnelle.

#### Discussion

M. D. OLMER (de Marseille) pense qu'il est indispensable que les règles générales de prophylaxie soient appliquées aux navigateurs pour éviter la contamination, même chez l'adulte. Il convient de réorganiser la visite à l'embarquement pour la rendre efficace, de faire comprendre aux inscrits maritimes l'intérêt de ces examens pour eux et leur famille ; il convient enfin de donner aux tuberculeux contagieux les moyens de se soigner en précisant dans quelles conditions la tuberculose est un risque professionnel dont l'administration est responsable, et par quelles mesures d'assistance devra se traduire cette responsabilité.

D<sup>r</sup> JEAN OLMER.

## SOCIÉTÉS SAVANTES

### ACADEMIE DE MEDECINE

(SÉANCE DU 21 MAI 1935)

M. le PRÉSIDENT fait part de la mort de M. Victor Morax, membre titulaire dans la section de chirurgie depuis 1930.

#### Rhumatisme chronique et cure thermale sulfureuse. —

M. le prof. RATHERY communique en son nom et au nom de MM. R. Wolff et Rangier, un travail sur l'étude de la cure thermale sulfureuse dans les rhumatismes chroniques.

Cette cure détermine surtout la fixation du soufre absorbé sous forme d'eau minérale. On met ainsi en évidence le rôle de la fixation du soufre dans l'action thérapeutique de cet élément.

La cure thermale sulfureuse exerce principalement une action locale, son action générale paraît être secondaire.

**Action antirachitique du phosphore. —** M. DESGREZ présente une note de M. Raoul Lecoq, intitulée « Etude expérimentale de l'action antirachitique du phosphore et des composés phosphorés minéraux et organiques ». Il montre que les différentes sources de phosphore ne sont pas également actives dans le traitement du rachitisme. Le phosphore pur, les phosphures, phosphites et hypophosphites sont sans action ; l'acide orthophosphorique et ses sels l'emportent en activité sur les dérivés des acides pyro et métaphosphoriques. Les métaux, de même que les alcools, phénols ou glucides susceptibles de se combiner à l'acide orthophosphorique, modifient plus ou moins son action sur la calcification osseuse.

Les doses minima actives déterminées sur le rat et par l'essai biologique à partir des diverses substances phosphorées minérales et organiques permettront de faire, parmi celles-ci, un choix judicieux.

**Similitudes et dissemblances cliniques du Kala-azar autochtone de l'enfant et de l'adulte. —** M. D'OELESNITZ, se basant sur treize années d'observation du kala-azar autochtone, forme infantile déjà très répandue et forme adulte en progression plus tardive sur le littoral méditerranéen français, étudie les caractères et les tendances que l'âge des sujets imprime aux apparences de la maladie.

A l'appui de ses observations, l'auteur montre que la splénohépatomégalie ne comporte pas de différences importantes dans ses aspects et dans son évolution.

L'anémie progressive et marquée chez l'enfant est plus stable et plus discrète dans les formes de l'adulte.

La pâleur si spéciale et caractéristique du kala-azar infantile, existe quoique moins intense chez l'adulte ; mais,



# Traitement du Parasitisme intestinal

## par les Pyréthrine (du Pyrèthre)

C. R. Acad. Sciences, p. 1847, 1923

C. R. Acad. Médecine, 24-4 1928

C. R. Soc. Thérapeutique, 9-5 1928

# CHRYSÉMINE

## Pyréthrine Carteret

Sans contre-indications

Aucune toxicité

Dose quotidienne pour adultes :

**Ascaris, Oxyures, tous helminthes et protozoaires** = 5 Perles ou 150 Gouttes

Cure de 5 jours consécutifs à renouveler après 8 jours de repos (plusieurs dans le cas des oxyures).

**Trichocéphales et Tœnias** = 12 Perles ou 300 Gouttes

Cure de 2 jours consécutifs — diète préalable la veille du début de la cure.

Pour les enfants, abaisser ces doses suivant l'âge en commençant par 50 gouttes.

Perles glutinisées et gouttes — Prescrire { **CHRYSEMINE PERLES**  
**CHRYSEMINE GOUTTES**

Echantillons et Littérature :

Laboratoires CARTERET, 15, rue d'Argenteuil, PARIS (1<sup>er</sup>)

# PNEUMOGÉINE



**IODE**

*ACTIVE LA VENTILATION  
PULMONAIRE  
DÉCONGESTIONNE  
LES BRONCHES*

**CAFÉINE**

*SOUTIENT LE CŒUR*

**THÉOBROMINE**

*AUGMENTE LA DIURÈSE*

**EMPHYSÈME**  
*DYSPNÉES, CARDIAQUES  
BRONCHITES CHRONIQUES*

**ACTION SURE ET RAPIDE**

EN DEHORS DES CRISES 2 à 4 CUILLERÉES À CAFÉ DANS UN PEU D'EAU BIEN SUCRÉE  
PENDANT LES CRISES 4 à 8 CUILLERÉES À CAFÉ DANS UN PEU D'EAU BIEN SUCRÉE

**LABORATOIRES RENARD 142 Avenue de Clichy PARIS**



souvent une pigmentation plus ou moins accusée lui est adjointe en certaines régions et en modifie l'apparence.

Les paroxysmes fébriles multiples existent aux deux âges de la vie : irréguliers chez l'enfant, ils donnent lieu à une courbe thermique désordonnée ; souvent plus régulièrement rythmés chez l'adulte, ils réalisent un type fébrile oscillant.

Les formes infantile et adulte du kala-azar se distinguent surtout par leur évolution : maladie aiguë et inéluctablement progressive chez l'enfant, l'affection est d'évolution plus lente chez l'adulte où elle est parfois passible de rémissions spontanées.

Dans les deux cas, il existe une susceptibilité particulière aux infections intercurrentes, surtout respiratoires, en sorte qu'à tous les âges, le kala-azar non traité reste une affection grave. Heureusement, certains produits stibiés réalisent un traitement véritablement spécifique du kala-azar, et, s'ils sont appliqués énergiquement, en provoquent la guérison rapide.

**Vitamine C.** — MM. ROHMER, BEZSSONOFF et STOERR lisent une note sur les conditions dans lesquelles la synthèse de la vitamine C. est affaiblie ou complètement supprimée chez le nourrisson.

Cette synthèse, qui permet au nourrisson de couvrir ses besoins importants en cette substance, est insuffisante chez lui sous l'action de multiples facteurs pathogènes. L'organisme de l'enfant paraît ne pas rester indifférent à cette carence. Dès le début de la dystrophie scorbutique, il faut commencer l'administration d'acide ascorbique qui doit être continuée jusqu'à l'apparition d'une réaction violette dans les urines décelée par la réaction de Bezssonoff.

**Le bon pain.** — M. Henri LABBÉ étudie les modes actuels de fabrication du pain. Il montre que les progrès industriels ont réussi à faire livrer à la consommation un pain défectueux, au point de vue du goût et de la valeur alimentaire. Il demande le retour au bon pain d'autrefois par la fermentation au levain, par la suppression des levains de mélasse, par le retour à la cuisson au bois et par l'interdiction du mazout.

**Etude électrocardiographique de l'influence de la dépression barométrique sur le cœur.** — MM. CLUZET, PIÉRY, PONTIUS et MILHAUD.

**Action hémopoïétique des lysats globulaires obtenus par photoclastase.** — M. ZAEFFEL.

**Election.** — L'Académie procède à l'élection d'un membre titulaire dans la 3<sup>e</sup> section (hygiène), en remplacement de M. le professeur Vaillard, décédé.

Les candidats étaient ainsi classés : en première ligne, M. Tanon. En seconde ligne ex æquo et par ordre alphabétique : MM. Burnet, Dujarric de la Rivière, Huber, Nègre, Weil-Hallé. Adjoints par l'Académie : MM. Armand-Delille, Heim de Balsac, Vallery-Radot.

Au premier tour de scrutin, M. Louis TANON, professeur d'hygiène à la Faculté de médecine de Paris, directeur de l'Institut d'hygiène, inspecteur général des Services d'hygiène de la Préfecture de police, est élu par 62 voix sur 71 votants.

#### SOCIÉTÉ MÉDICALE ET ANATOMO-CLINIQUE DE LILLE

(SÉANCE DU 12 MARS 1935)

**Ulcération trophique au cours d'une artérite oblitérante du membre inférieur. Guérison rapide par la radiothérapie surrénale. (Présentation de malade).** — MM. LANGERON, DESPLATS et FRUCHART.

**Les méfaits de la glycérine boratée en thérapeutique auriculaire.** — M. LAVRAND.

**Maladie de Hodgkin avec fièvre ondulante.** — MM. BERNARD et GAMELIN.

**Rétrécissement cicatriciel de l'œsophage, par ingestion de liquide caustique. (Présentation de radiographies.)** — M. DIDIER.

**Un nouveau point cervical, dans les syndromes douloureux hépatiques.** — MM. PARTURIER, LAUER et SZTROSBERG.

**Les diverticules non ulcéreux du duodénum.** — M. DANNES.

**Oreillons sous-maxillaires et œdème du larynx.** — M. REVERCHON.

**Ophothérapie parathyroïdienne et crises viscérales du tabès.** — MM. PARTURIER, LAUER et SZTROSBERG.

**Constipation et Paratyphose.** — MM. PARTURIER, LAUER et SZTROSBERG.

#### ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

##### THESES

**Mardi 28 mai.** — Jury : MM. Lemaître, président ; Marion, Fey, Halphen. — M. MAYERSOHN. Etude sur la choroïdite vestibulaire appliquée à l'otologie. — M. BRUNETON. Indications chirurgicales dans la lithiase rénale bilatérale. — M. ELBRIN. La luxation habituelle antérieure de la mâchoire inférieure, pathogénie et traitement chirurgical. — M. MARTIN. Evolution des calculs abandonnés dans l'urètre après néphrectomie.

Jury : MM. Brindeau, président ; Claude, Jeannin, Vaudesca. — M. WACHS. Forme dysphagique de la syphilis nerveuse. — M. STEINER. Etude du bassin oblique ovalaire de Naëgelé.

**Mercredi 29 mai.** — Jury : MM. Léon Binet, président ; Clerc, Marcel Labbé, Troisier. — M. MARTINOT. Auprès d'un mourant. — M. BAILLARD. Syndromes neuro-anémiques au cours des anémies symptomatiques. — M. LICHTENBERG. Traitement des sciatiques rebelles par la radiothérapie profonde. — M. FROMAGEOT. Manifestations bucco-pharyngées de l'agranulocytose.

Jury : MM. Tanon, président ; Donzelot, Moreau, Turpin. — M. BARDERY. Etude de l'intoxication par l'essence de térébenthine. — M. POLLAK. Etude du surmenage intellectuel et de l'hygiène mentale. — M. STERN. Détermination des sexes par la fécondation artificielle. — M. ZILBER. Hygiène des ouvrières des exploitations de pétrole.

**Vendredi 31 mai.** — Jury : MM. Robert Debré, président ; Loeper, Brûlé, Cathala. — M. NAFTALISCHU. Etude de la forme ascitique du cancer de l'estomac. — M. EBRON. La chrysocyanose et son traitement par l'extrait parathyroïdien.

**Les bâtarde d'Esculape (Enquête sur les guérisseurs),** par Paul MOINET. In-8° de 242 pages. — Prix : 12 fr. Paris, Le François.

**Etude physiologique de la réaction de Schick,** par le docteur Maurice GAUTRELET. In-8° de 53 pages. — Paris, Le François (thèse).

**La thoracoplastie d'indication pulmonaire au sanatorium,** par le D<sup>r</sup> Marc PRÉAULT. — Bosc frères, M. et L. Riou, imprimeurs-éditeurs, 42, quai Gailleton, Lyon.

## NOTES POUR L'INTERNAT

## HÉPATITES AMIBIENNES

### SIGNES ET DIAGNOSTIC<sup>1</sup>

Tous ces signes, nous le répétons, font penser à un abcès hépatique. Il reste un deuxième temps capital de l'examen :

*Rattacher cet abcès à son origine amibienne. Et ceci par :*

a) **L'interrogatoire.** — Fouiller les antécédents :

— Tantôt colonial rapatrié à antécédents amibiens dysentériques nets et récents, le plus net d'ailleurs anciens suivis de guérison apparente, antécédents qu'il faut rechercher avec soin ;

— Tantôt pas de signes de dysenterie dans les antécédents, et c'est alors qu'il faut faire appel aux souvenirs du malade pour découvrir un épisode larvé d'amibiase : pseudo-appendiculaire, colique, vésiculaire, gastrique chez un sujet qui n'est jamais allé aux colonies.

b) **Les examens spéciaux :**

1° *Recherche des kystes amibiens* : examens de selles multipliés, au besoin après réactivation.

2° *Rectoscopie*, qui pourra révéler l'ulcération dysentérique ;

3° Quant à la *ponction exploratrice*, beaucoup d'auteurs la rejettent comme dangereuse.

4° Par contre, on ne saurait trop insister sur le *traitement d'épreuve à l'émétine*, qui dans certains cas permet seul d'affirmer le diagnostic.

**Evolution.** — L'évolution est dominée par le traitement.

a) *Traité.* — 1. Dans les *cas heureux*, et en général, le traitement, s'il a été précoce et intense, amène une amélioration considérable et rapide de tous les symptômes et l'on observe la guérison complète.

Il est de toute nécessité de surveiller attentivement le traitement émétinien, par crainte d'intoxications révélées par : vertiges, frilosité, tachycardie, chute de la tension artérielle, abolition des réflexes tendineux.

2. Dans *certains cas*, le traitement médical est insuffisant ; la rétrocession n'est que partielle, et il faut recourir alors au traitement chirurgical sans tarder, surtout si l'état général est alarmant. Cependant, l'amélioration obtenue par l'émétine permettra d'intervenir dans de bien meilleures conditions.

Pourtant, deux réserves sont à faire :

a) Craindre des complications post-opératoires toujours possibles :

— Mort par choc opératoire ;

— Drainage insuffisant par l'existence de plusieurs collections ;

— Hémorragies, cholérages, fistules interminables.

b) Possibilité de *rechutes ultérieures*, après des années, d'où la nécessité de *poursuivre longtemps* le traitement émétinien. Il faut se méfier des « fausses guérisons ».

b) *Non traité.* — L'évolution se fait le plus souvent vers la mort :

1° Soit par *aggravation des signes généraux* :

— En une ou deux semaines ;

— En plusieurs mois, par cachexie progressive, entrecoupée de poussées.

2° Soit par *ouverture spontanée de l'abcès* :

— Rarement à la peau, dans le péritoine, ou dans un organe creux : colon, estomac.

— Le plus souvent dans la *cavité thoracique*, donnant dans la règle une vomique fractionnée de pus chocolat.

Après la vomique, les signes peuvent céder, mais le drainage est insuffisant, des infections secondaires se produisent et la mort survient en quelques semaines.

*Formes cliniques de cette hépatite subaiguë suppurée.* — 1° *Suivant le début*, on peut isoler des formes digestives, des formes pleuro-pulmonaires, des formes pseudo-tuberculeuses.

2° *Suivant le siège.* — Une forme surtout est intéressante : la *forme supérieure*, qui donne un syndrome diaphragmatique de la base droite : réaction pleuro-pulmonaire, toux, un peu de dyspnée, névralgie phénique.

La radio révèle l'image en brioche : bombant et soulévant l'hémi-diaphragme droit, qui est parésié.

L'évolution se fait vers le thorax, et c'est surtout cette forme qu'on pourrait voir évoluer vers la vomique si on ne traitait pas.

— Citons encore une *forme postérieure*, où les signes sont dans la région lombaire, simulant une suppuration périrénale.

A côté de cette forme subaiguë, habituelle en France, restent à étudier : des *formes aiguës* et, à l'opposé, des *formes chroniques*.

B. — **Hépatite aiguë suppurée ou abcès tropical.** — Forme commune aux colonies au cours d'une dysenterie récente.

Elle évolue en deux phases :

a) *Une phase d'hépatite congestive* ou de début, marquée par :

— La disparition brusque du syndrome dysentérique ;

— L'apparition brusque de la triade : fièvre, d'autant plus évocatrice que le dysentérique est apyrétique ; hépatalgie ; hépatomégalie.

Devant ces signes, il faut penser à l'hépatite et instituer le traitement qui peut amener une rétrocession de tous les signes (hépatite abortive). Sinon, l'évolution se fait vers :

b) *La phase d'hépatite suppurée*, avec :

— *Etat général profondément atteint* : faciès terreux, subictérique ; urines rares et foncées ; amaigrissement très marqué ; et surtout fièvre largement oscillante, sueurs et frissons ;

— *Douleur hépatique très intense* : lancinante, irradiée vers l'épaule — avec toux et dyspnée ;

— Localement, la douleur et la défense rendent tout examen très pénible. Cependant le foie est gros, augmentant de jour en jour ;

La *ponction exploratrice*, qui doit être prudente, faite au maximum de la douleur, et avec une longue et grosse aiguille, ramène :

— Tantôt un pus épais, chocolat, pulpeux, contenant des leucocytes intacts. Il s'agit d'un *pus vivant*, qui peut laisser espérer une guérison par le seul traitement émétinien ;

— Tantôt un pus jaunâtre ou bilieux, avec leucocytes très altérés. *Pus mort*, qui commande l'intervention chirurgicale.

L'évolution d'une telle forme est toujours grave, et ici plus que dans la forme précédente, il faut craindre les complications post-opératoires, qui peuvent entraîner la mort après l'intervention. Cependant, par un traitement médico-chirurgical précoce et bien conduit, la guérison survient fréquemment.

Non traité, la mort est habituelle :

Soit en *quelques jours* : dans un état typhoïde : forme suraiguë ou galopante ;

Soit en *quelques semaines*, par cachexie hectique ou ouverture.

(A suivre.)

J.-CH. GIRAUD.

Le Directeur-gérant : D<sup>r</sup> François LE SOURD.





# LORAGA

Emulsion originale d'huile de paraffine  
et d'agar-agar avec phénolphtaléine

## RÉGULATEUR PHYSIOLOGIQUE DE L'INTESTIN

S'incorpore intimement au contenu intestinal.  
Donne au bol fécal la consistance et la  
plasticité normales. Stimule doucement le  
péristaltisme sans provoquer de spasmes.

**INDICATIONS :** Toutes formes de constipation  
et à tout âge. — Paresse intestinale au cours  
de la grossesse et pendant la période de  
lactation. — Atonie intestinale des vieillards.

*Tolérance parfaite. Aucune action secondaire.  
Pas d'accoutumance ni de suintement huileux.*

*Littérature et échantillons sur demande à MM. les Médecins*

**LABORATOIRES SUBSTANTIA**

*F. Guillemoteau, Pharmacien - 13, rue Pagès, Suresnes (Seine)*

# SPARTÉINE HOUDÉ

## FICHE

### DE THÉRAPEUTIQUE PRATIQUE

*Sulfate de Spartéine :  $C_{15}H_{26}N_2 \cdot SO_4H_2 + 5H_2O$ , sel cristallisé, chimiquement pur, préparé à partir de la Spartéine du genêt (*Sarothamnus scoparius*).*

*Action cardiaque démontrée par de nombreux essais physiologiques.*

### PHARMACODYNAMIE

la **Spartéine** : a) soustrait le cœur à toute action nerveuse extrinsèque (1) ;  
b) supprime les extrasystoles physiologiques et pathologiques (2) ;

c) exerce une action cardio-tonique marquée (3).

### INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES

1° **Régulateur du cœur** : arythmies, palpitations, névroses cardiaques, etc.

2° **Cardio-tonique** : maladies infectieuses, hyposystolie, asystolie.

Très peu toxique, très maniable, ne s'accumulant pas, la **Spartéine** est le **meilleur tonique cardiaque d'entretien**.

**DOSES** : 0 gr. 10 à 0 gr. 25 et même 0 gr. 40 *pro die* sous forme de **Granules de Spartéine HOUDÉ**, titrés à 0 gr. 02 de sulfate de spartéine par granulé.

1) F. MERCIER et L. J. MERCIER *C. R. Soc. Biol.*, 93 (1925), 339 et 1468.

(2) DELAS et SOULA. *Arch. Int. Physiol.*, 25 (1925), 1.

(3) R. ROGER. *Thèse. Doct. Médecine*. Toulouse (1927)



VENTE EN GROS

**Laboratoires HOUDÉ, 9, rue Dieu, PARIS**



*La Lancette Française***GAZETTE DES HOPITAUX**

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6<sup>e</sup>. Tél. : Danton 48-31.PUBLICITE : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6<sup>e</sup>) - Téléph. : LITRÉ 54-93.**PRIX DE L'ABONNEMENT**

## FRANCE

3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.

*Etudiants* : 25 francs par an.

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

## ETRANGER

Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.

Tous les autres pays : 75 francs.

**SOMMAIRE**

## REVUE GÉNÉRALE

*La maladie de Nicolas et Favre*, par M. G. VIAL.

## SOCIÉTÉS SAVANTES

*Académie de médecine*. — *Société de pédiatrie*. — *Société de biologie*.

## LIVRES NOUVEAUX

## CONGRÈS

**INFORMATIONS****HÔPITAUX DE PARIS.** — CONCOURS DE STOMATOLOGISTE DES HÔPITAUX. — *Epreuve orale de pathologie et thérapeutique dentaire*. — Séance du 28 mai. — MM. Geucel, 12; Omnès, 19; Vrasse, 18; Friez, 16; Hénault, 18.— CONCOURS D'ÉLECTRO-RADIOLOGISTE DES HÔPITAUX (nomination). — *Interprétation des clichés radiologiques* (la cotation de cette épreuve est sur 15). — Séance du 27 mai. — MM. Foubert, 12; Busy (Jacques), 14; Codet, 10; Stuhl et Devois, 13; Dubost, 14; Le Goff, 8.

— Le directeur général de l'Assistance publique de Paris vient de prendre l'arrêté suivant :

« Pendant dix ans, à partir du décret qui leur a conféré la naturalisation, les étrangers naturalisés Français ne peuvent être admis dans les cadres permanents de l'Assistance publique. A titre transitoire, les étrangers naturalisés depuis moins de dix ans, qui figurent déjà sur la liste d'admission établie après concours, peuvent être nommés à l'emploi en vue duquel cette liste a été établie. »

**HÔPITAUX DE PROVINCE.** — LYON. — Le concours de chirurgien des hôpitaux s'est terminé par la nomination de M. le docteur Cibert.**FACULTÉS DE MÉDECINE.** — PARIS. — La Société des amis de la Faculté de médecine de Paris, que préside M. Paul Strauss, sénateur, ancien ministre, organise une exposition des collections artistiques de la Faculté de médecine de Paris.

Cette exposition sera ouverte du 5 au 30 juin, de 10 h. à 18 h., y compris les dimanches et fêtes, 85, boulevard Saint-Germain.

**ÉCOLES DE MÉDECINE.** — AMIENS. — Un concours pour l'emploi de professeur suppléant d'histologie à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie d'Amiens s'ouvrira le lundi 2 décembre 1935 devant la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lille.

Le registre des inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

**ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DE LA F. E. M.** — La Société de secours mutuels et de retraites pour femmes et enfants de médecins (F. E. M.) a tenu récemment son assemblée générale à son siège social (hôtel Chambon), 95, rue du Cherche-Midi, Paris (VI<sup>e</sup>), sous la présidence du docteur A. Siredey qui, après avoir rappelé le succès du Bal de la médecine française et retracé l'historique de la Société, fait un chaleureux appel à tous les médecins de France et insiste sur l'intérêt qu'ils ont à y faire admettre leur femme et leurs enfants (membres participants, cotisation annuelle, 25 fr.). Le but de la Société est, en effet : 1<sup>o</sup> de servir une rente viagère constituée par des versements sur un livret individuel à la Caisse nationale des retraites pour la vieillesse; 2<sup>o</sup> d'y ajouter une allocation annuelle prélevée sur ses propres fonds. La Société donne, en outre, dans certaines conditions, des bourses d'études aux orphelins et des allocations aux veuves; elle a enfin une organisation d'entraide qui rend de précieux services. Les médecins peuvent, d'ailleurs, y adhérer personnellement en qualité de membres honoraires en versant la modique cotisation annuelle de 25 fr. qui peut être perpétuée par un versement unique de 250 fr. (membres honoraires perpétuels) ou de 500 fr. une fois donnés (membres bienfaiteurs).

Le docteur Abel Watelet, secrétaire général, lit son rapport annuel sur la situation morale et les actes de la Société au cours de l'exercice 1934. Si les 25.000 médecins de France étaient membres honoraires la détresse des veuves et orphe-

**OUABAÏNE ARNAUD**LABORATOIRE NATIVELLE, 27, Rue de la Procession, PARIS (XV<sup>e</sup>)

lins des médecins décédés sans avoir eu la précaution de s'inscrire à une œuvre d'assistance serait en grande partie soulagée.

Le docteur O. Crouzon, trésorier, montre la situation prospère du groupement qui compte 1.672 membres (1.067 honoraires et 605 participants) et possède déjà deux filiales, l'une à Nancy, l'autre à Alger. Les allocations versées en 1934 à plus de 100 familles dépassent 87.000 fr. Il exprime l'espoir de faire mieux encore si le nombre des membres honoraires continue à s'accroître.

Il est ensuite procédé aux élections. Le bureau et le Conseil d'administration sont composés comme suit :

Président : docteur A. Siredey ; vice-présidentes : M<sup>mes</sup> Jayle et Marcel Labbé ; vice-président : docteur Darras ; secrétaire général : docteur Abel Watelet ; trésorier : docteur O. Crouzon ; secrétaire : M<sup>me</sup> Veillard ; archiviste : M<sup>me</sup> Thoinot.

Conseil d'administration : M<sup>mes</sup> Paul Aimé, Berruyer, M<sup>lle</sup> le docteur Blanchier, M<sup>mes</sup> Bourguignon, Carrié, Cibré, Desprez, Dopier, Maurice Fabre, Lapeyre, Leclainche, M. le docteur Leroux-Robert, M<sup>mes</sup> Raymond Letulle, Mainot, M<sup>lle</sup> le docteur Majerczac, M<sup>me</sup> le docteur Montlaur, M<sup>me</sup> Morvan, M<sup>me</sup> le docteur Noël, M<sup>mes</sup> Pauchet, Paul et Sicard.

**UNION THÉRAPEUTIQUE** (Association internationale fondée en 1934). — L'assemblée générale annuelle de l'« Union thérapeutique » aura lieu le mercredi 9 octobre prochain à la Faculté de médecine de Paris. Les conseillers rapporteurs traiteront les questions suivantes : Nos connaissances actuelles sur l'hormone mâle, par M. le professeur agrégé Guy Laroche ; — La chirurgie du splanchique dans l'hypertension artérielle, par M. le professeur agrégé René Fontaine (de Strasbourg) ; — Les composés antimoniaux en thérapeutique, par M. J. La Barre (de Bruxelles).

Dans l'après-midi, à 15 h., se tiendra la séance plénière de l'Union thérapeutique et de la Société de thérapeutique de Paris. L'ordre du jour sera le suivant : L'équilibre physico-chimique et glandulaire dans le traitement des spasmes viscéraux, par M. le professeur Pende (de Gènes) ; — Les substances spasmogènes et leurs antagonistes, par M. le professeur Burgi (de Berne) ; — La médication nerveuse sédatrice des spasmes, par M. le docteur J. Decourt ; — La physiothérapie des spasmes et des algies viscérales, par M. le docteur Delherm.

Les demandes d'adhésion à l'Union thérapeutique doivent être adressées au secrétaire général : docteur G. Leven, 24, rue Téhéran, Paris (VIII<sup>e</sup>).

**LE QUARTIER PASTEUR A PARIS.** — Le 6 juillet prochain sera commémoré le cinquantenaire du succès de la première inoculation du vaccin de la rage par Pasteur. Aussi M. Lionel Nastorg vient de demander que le nom du célèbre savant soit donné à un quartier de Paris.

Etant données les créations de nouvelles circonscriptions, il est nécessaire de leur donner un nom, et la seconde circonscription de Necker, où se trouve l'Institut Pasteur, semble toute désignée pour porter celui de ce bienfaiteur de l'humanité.

#### RENSEIGNEMENTS

### Le bas médical NESSUS

Contention parfaite. Envoi sur demande à MM. les docteurs des directions pour la prise des mesures, 18, avenue d'Orléans, Paris (XIV<sup>e</sup>).

Néuralgies  
Névrites

**BROMÉINE MONTAGU**

**NÉCROLOGIE.** — Nous avons le profond regret d'apprendre la mort de M. le professeur Robert Proust, qui a succombé à Paris après une courte maladie.

### CONGRÈS

**1<sup>er</sup> Congrès international de Gastro-Entérologie** (Bruxelles, 8-10 août 1935). — Le premier Congrès international de Gastro-Entérologie se tiendra à Bruxelles, les 8, 9 et 10 août 1935, dans le cadre et à l'occasion de l'Exposition universelle et internationale de 1935.

Pendant ce Congrès sera fondée la Société internationale de Gastro-Entérologie.

Les questions à l'ordre du jour sont : *les Gastrites et les Colites ulcéreuses graves non amibiennes.*

Comme l'on prévoit une grande affluence d'étrangers à Bruxelles pendant le mois d'août pour visiter l'Exposition universelle et internationale, nous engageons les médecins et les membres de leur famille désireux de participer au Congrès, à s'inscrire dans le plus bref délai et à retenir leur logement, que le Comité ne pourrait leur garantir plus tard.

La cotisation est fixée : pour les membres titulaires, à 150 francs belges, soit 30 belgas ; pour les membres les accompagnant et pour les étudiants, à 75 francs belges, soit 15 belgas ; la souscription au banquet s'élève à 100 francs belges, soit 20 belgas.

Pour les inscriptions et les renseignements, s'adresser, pour la France, à M. le docteur Alban Girault, 29 bis, rue Pierre-Demours, Paris, Secrétaire du Comité national français, ou à M. le docteur G. Brohée, 64, rue de la Concorde, Bruxelles, Secrétaire général du Congrès.

#### ENCARTAGES DE PUBLICITÉ DANS LA GAZETTE DES HOPITAUX

A la requête de nos lecteurs et pour faciliter leur documentation, notre service de publicité (A. Thiollier, 116, boulevard Raspail, Paris VI<sup>e</sup>) est à leur disposition pour recevoir, par envois groupés sous une seule enveloppe, les demandes d'ÉCHANTILLONS ou de renseignements et les répartir entre les différents laboratoires intéressés.

ANÉMIES  
DYSPEPSIES  
ANTITOXIQUE



DOSE: 4 à 6  
TABLETTES  
PAR JOUR

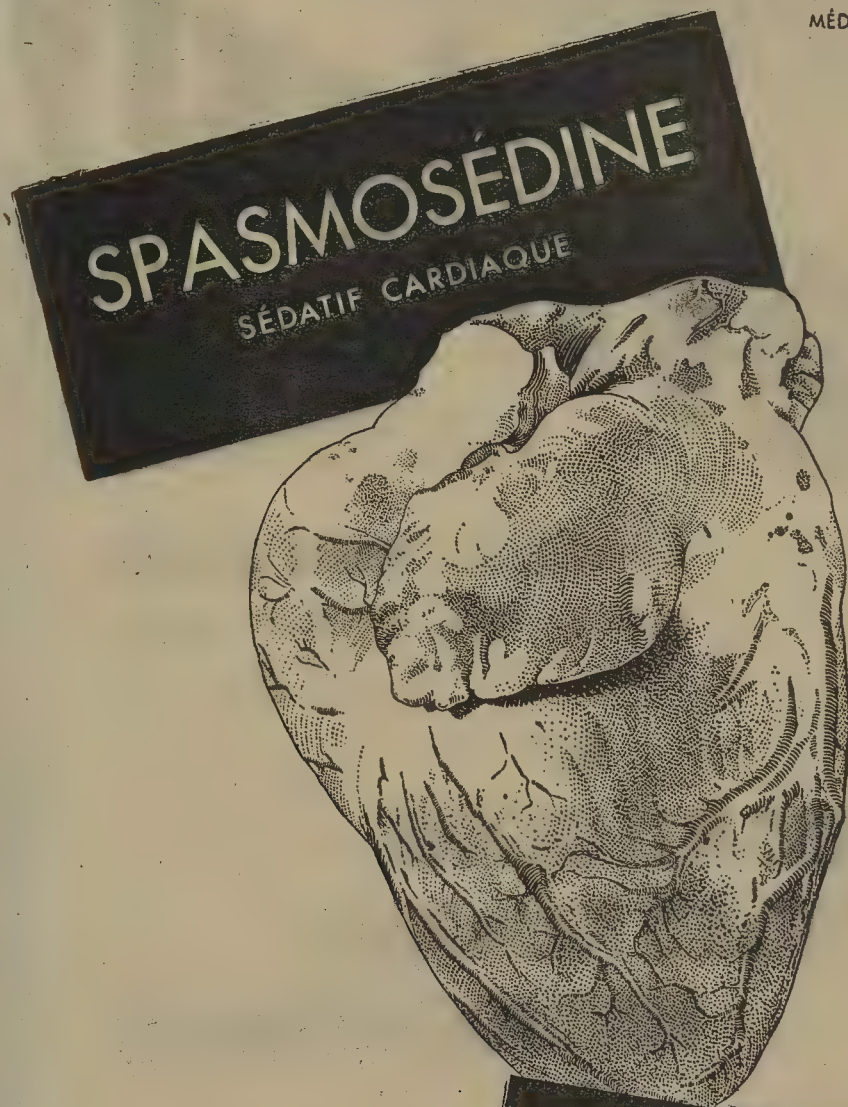
**BIOXYDE DE MANGANESE COLLOÏDAL SELS MAGNÉSIENS**  
Laboratoire SCHMIT, 71 Rue Sainte-Anne, PARIS 2<sup>e</sup>

**Phosphopinal-Juin**  
Reconquiert général, est au Phosphore blanc ce que le Cacodylate est à l'Arsenic  
Littérature et Échantillons: 40, Impasse Milord, Paris (18<sup>e</sup>)



LABORATOIRES DÉGLAUDE  
15, BOUL<sup>VD</sup> PASTEUR, PARIS (XV<sup>e</sup>)

MÉDICAMENTS CARDIAQUES  
SPÉCIALISÉS



*les 2 médicaments cardiaques essentiels*

# Gravidostyl

Sérum de jument gravide

préparé par l'INSTITUT DE SÉROTHÉRAPIE

du D<sup>r</sup> Roussel

**VOMISSEMENTS DE LA GROSSESSE  
ENFANTS PRÉMATURÉS  
DÉFICIENCES HORMONALES**

Boîte de 6 FLACONS-AMPOULES de 10<sup>cc</sup> — PRIX : 25fr.

POSOLOGIE : 1 à 3 FLACONS-AMPOULES PAR JOUR  
*par voie buccale, rectale ou hypodermique*

Echantillons :

LABORATOIRES DU D<sup>r</sup> ROUSSEL  
97, Rue de Vaugirard — PARIS (6<sup>e</sup>)



REVUE GENERALE

## LA MALADIE DE NICOLAS ET FAVRE<sup>1</sup>

Par M. G. VIAL,  
Interne des hôpitaux de Paris.

Le 31 janvier 1913, à la Société Médicale des Hôpitaux de Paris, Durand, Nicolas et Favre (de Lyon) faisaient une communication tendant à isoler du groupe des adénites inguinales une variété particulière d'origine vénérienne, distincte des adénopathies spécifiques, chancrelleuses, bacillaires ou pesteuses. Ils en faisaient une étude clinique et histologique, restée depuis classique. Leur élève Gaté en fit le sujet de sa thèse.

Cette communication était l'une des plus fécondes découvertes de ces dernières années ; elle a permis d'élucider l'origine de plusieurs syndromes restés jusqu'alors obscurs, et principalement celle des rétrécissements rectaux.

**HISTORIQUE.** — Avant N. F. quelques auteurs avaient entrevu déjà le caractère particulier de ces adénopathies, tels Chassaignac en 1859 et Velpeau en 1865. Puis en 1880 Nélaton décrivait la lésion principale : l'*abcès intraganglionnaire*. En 1907, Brault (d'Alger) les rapproche des bubons climatiques déjà décrits par Trousseau. Il appartenait aux auteurs lyonnais d'en donner une description et surtout une signification définitives. Les recherches ne furent reprises qu'après la guerre et la thèse de Phylactos en 1922, un long mémoire de Ravaut, Boulin et Rabeau en 1924 en achèvent l'étude clinique.

En 1925, Frei montre que le pus ganglionnaire tyn-dallisé constitue un antigène susceptible de déterminer une *intra-dermo-réaction*. Cette découverte fut le point de départ des études étiologiques définitives. En 1930, Hellerstrom et Wassen montrèrent que l'inoculation de pus ganglionnaire dans le cerveau du singe déterminait une encéphalite spéciale, inoculable en série. L'autonomie du syndrome de N. F. était prouvée.

Parallèlement à ces travaux, d'autres recherches mettaient sur la voie de l'étiologie si longtemps discutée des rétrécissements du rectum et des éléphantiasis du périnée.

En 1920, Jersild attaqua la conception du syphilome ano-rectal de Fournier et des esthiomènes vulvaires. Il en fait un syndrome commun lié à une *infection lymphotrope* du périnée. Ce tableau porte actuellement le nom mérité de « syndrome de Jersild ».

En 1928, Frei essayait sa réaction sur quelques malades atteints de rétrécissements avec ou sans éléphantiasis. Ces réactions furent positives.

En 1932, il appartenait à Ravaut et Levaditi de confirmer ces notions de façon éclatante en reproduisant

chez le singe, à partir d'un rétrécissement rectal, la névraxite expérimentale de Hellerstrom.

**ETIOLOGIE.** — 1° **LE VIRUS ET SES PROPRIÉTÉS.** — La maladie de N. F. est une maladie infectieuse, spécifique et contagieuse, due à un virus filtrant, pathogène pour l'homme et certains animaux, transmissible en série. Cependant cette affection n'est pas auto-inoculable. Chez l'homme, les frottis de pus, de tissus atteints n'ont jamais montré le moindre élément figuré cultivable et transmissible. La découverte d'Hellerstrom permit l'étude détaillée de l'agent pathogène.

a) *Propriétés expérimentales.* — A. *Chez le cobaye.* Le virus évolue péniblement et les inoculations ne sont pas toutes positives. Les passages en série sont à peu près impossibles. Mais en raison des infections secondaires qui souillent bien souvent le pus ou les tissus, le cobaye peut servir d'*animal sélecteur*. Le virus se développe dans ses ganglions à l'état de pureté et les inoculations au singe sont ensuite plus faciles.

B. *C'est le singe qui constitue l'animal de choix*, comme l'a montré Hellerstrom. Après une incubation silencieuse de 6 à 12 jours, l'animal, inoculé par voie intracérébrale (*Macacus rhesus* ou *Cynomolgus*) présente de la somnolence, de l'asthénie, parfois des convulsions.

Les passages intracérébraux entretiennent le virus, mais la virulence des souches est très variable : telle souche permet à peine 2-3 passages ; telle autre en a permis 37. Ces différences se retrouvent dans le pouvoir antigénique des émulsions préparées en vue des intra-dermo-réactions.

D'ailleurs, comme souvent chez l'homme, le virus ne se localise pas aux seules régions inoculées. Le pouvoir pathogène de certains autres tissus, les propriétés virulicides du sérum montrent qu'il s'agit là d'une maladie générale.

Parfois, la maladie de N. F. revêt chez les simiens l'allure d'une *infection inapparente*.

Les preuves de la nature spécifique de cette maladie expérimentale sont multiples.

— La structure histologique des lésions ganglionnaires et cérébro-méningées du singe est la même que celle de l'homme ; et ces lésions renferment un principe, qui, inoculé en série, reproduit les mêmes lésions.

— Le virus animal, inoculé au prépuce humain, provoque une adénopathie typique.

— Le virus animal (et surtout simien) permet la fabrication d'un antigène doué des mêmes propriétés que l'antigène humain de Frei.

— Le sérum du singe et celui de l'homme sont doués in vitro des mêmes propriétés virulicides.

— Aucun autre produit n'a permis de reproduire ces lésions et leurs caractères.

C. *La souris blanche* est un excellent réactif pour déceler et conserver le virus de N. F. ; on peut, chez cet animal, créer une encéphalite transmissible en série, analogue aux lésions simiennes. Le virus se généralise également mais la souris infectée ne présente aucun symptôme visible ; elle réalise le type des *infections inapparentes*.

(1) M. le professeur Nicolas a bien voulu nous faire le grand honneur de lire et de mettre au point cette revue générale. Nous le prions de trouver ici l'expression de notre vive reconnaissance et de notre profonde gratitude.



D. *Le lapin*, à la suite de recherches récentes, semble être un bon animal d'expériences (Phylactos).

b) *Pouvoir filtrant*. — Grâce à ses réactions expérimentales, différents points de la biologie de ce virus ont pu être précisés.

Il filtre à travers les bougies Chamberland et Berkefeld V. Par contre, il ne passe pas à travers les ultra-filtres en collodion, comme le font les virus de l'herpès, de la rage, ou de la fièvre aphteuse.

c) *Action des températures*. — Le virus de N. F. perd son activité après 1/2 heure d'un chauffage à 60°, mais il conserve son pouvoir antigénique, notion capitale. Il résiste au moins 10 jours à -3°.

d) *Cultures*. — Les essais de culture, même en sacs de collodion placés dans le péritoine des lapins, ont été infructueux.

## 2° LA CONTAMINATION ET LES VOIES DE PROPAGATION.

— a) *Etiologie des formes inguinales*. — La maladie de N. F. est relativement fréquente ; une consultation de médecine non spécialisée en voit de 6 à 12 cas par an, surtout au printemps et à l'automne. Elle atteint plus souvent les hommes, mais en dehors de la forme habituelle plus rare chez elles, les femmes peuvent présenter des adénopathies profondes qui passent inaperçues. La contamination est presque toujours vénérienne, rarement accidentelle. Les malades observés sont donc des adultes jeunes, mais on a pu constater la contamination chez des enfants.

Il est probable, en raison des formes inapparentes de la maladie, qu'il existe des porteurs de germes, sains en apparence.

L'inoculation des formes inguinales s'effectue au niveau des organes génitaux externes, du périnée, de la région périanale. Le virus suit les lymphatiques qui convergent tous vers les ganglions inguinaux.

b) *Etiologie des formes ano-rectales*. — a) Pour Jersild, l'inoculation a pu être génitale ou périanale. Si la paroi postérieure du vagin a été inoculée, l'infection gagne rapidement les ganglions périrectaux en parcourant les lymphatiques de la cloison recto-vaginale. Mais dans les cas où l'infection a été primitivement inguinale, l'envahissement secondaire et tardif des lymphatiques périrectaux dépend de l'extrême richesse des anastomoses de cette région. Comment s'effectue cette migration du virus ?

Jersild l'explique par le blocage des ganglions et des voies lymphatiques de la région inguinale. Cette stase provoquerait une lymphangite rétrograde et la prise des anastomoses. Un degré de plus, la stase envahit tout le périnée ; telle est l'origine de l'éléphantiasis génito-ano-rectal. Cette conception a été très discutée. N. F. font jouer un grand rôle à l'infection des tissus périlymphatiques, infection progressive, migratrice dont l'aboutissant anatomique est la sclérose. Cette notion capitale explique parfaitement alors le caractère définitif des lésions éléphantiasiques.

b) Mais dans beaucoup de cas, dans presque tous les cas pour certains auteurs, la prise des ganglions périrectaux est primitive, et secondaire est la migration des lésions dans le petit bassin et vers le périnée. L'inoculation a été directement rectale, consécutive à la sodomie passive et, pour Ravaut, les cas sont fréquents

où une inoculation double, génitale, puis rectale, explique le développement simultané des foyers inguinaux et rectaux.

**ANATOMIE PATHOLOGIQUE.** — Les lésions anatomiques ont été décrites par Nicolas et Favre. Leurs caractères particuliers étaient pour ces auteurs l'un des arguments fondamentaux de l'autonomie du syndrome étudié. Elles ont été maintes fois vérifiées et sont maintenant classiques.

a) *Lésions ganglionnaires*. — Les ganglions atteints sont au début simplement gros et congestionnés. Très vite, leur coupe va mettre en évidence, au niveau du cortex un ou deux îlots de nécrose. Peu à peu ces îlots se multiplient, fusionnent, transformant le ganglion en guépier.

D'abord isolés, les ganglions vont s'accoler et former ainsi des masses plus ou moins volumineuses. Elles ne sont pas seulement superficielles et dans la forme classique, les masses se prolongent dans la profondeur le long de la chaîne iliaque externe où se développe un ganglion généralement assez volumineux.

Fait capital, il y a *périadénite*. La gangue inflammatoire présente des abcès analogues aux abcès ganglionnaires. Chaque foyer se fistulise, va former un clapier purulent ; et l'ensemble évolue progressivement vers la sclérose.

*Histologiquement*, les images sont assez caractéristiques. La structure du tissu lymphoïde est bouleversée par un processus inflammatoire qui dépasse le ganglion. La périadénite histologique est également très accusée.

Au début l'abcès intraganglionnaire se présente sous l'aspect d'un petit nodule (gomme de N. F.). Au centre une petite *plage de nécrose* où l'on reconnaît parfois des éléments qui dégénèrent. Le pourtour de cette zone nécrotique est formé d'une zone de *cellules épithélioïdes en palissades* et au delà, se rencontrent parfois des *cellules géantes*. L'ensemble ressemble au début aux mycoses et surtout à la bacillose. La confusion a été longtemps faite.

La lésion continuant à évoluer, le centre nécrosé s'infiltre de polynucléaires neutrophiles qui repoussent la palissade des cellules épithélioïdes. Ce micro-abcès grandit et conflue bientôt avec les abcès voisins. Mais ces lésions sont néanmoins polymorphes. En effet, à côté des gommes s'amasse une réaction cellulaire variée, *bariolée*, formée de plasmocytes, d'éosinophiles, de lymphocytes, de mononucléaires grands et moyens, de grandes cellules mononuclées acidophiles, de polynucléaires dégénérés.

Puis survient la *guérison*, histologiquement annoncée par le développement dans le granulome de *fibres conjonctives*. Cette zone de sclérose fibreuse gagne de tous côtés et s'épaissit. Enfin là où siégeait la gomme et l'abcès ne se trouve plus qu'un amas scléreux.

Dans les vieilles masses indurées qui continuent à suppurer par quelques pertuis la sclérose domine, intense ; mais on peut, en son centre trouver encore de petites gommes en évolution. Bientôt il devient impossible de distinguer les lésions ganglionnaires des lésions périlymphatiques. La sclérose a tout noyé.



b) LÉSIONS ANO-RECTALES. — Tous ces caractères se retrouvent dans ces formes ; la structure histologique est la même comme l'ont démontré N. F. en 1931, comme le décrivait — involontairement — Jersild en 1920. Mais sans insister sur les aspects classiques des sténoses du rectum et des lésions muqueuses sus et sous-stricturales, il convient cependant de retenir deux faits importants :

A. La sclérose de la sous-muqueuse s'étend souvent très loin à distance.

B. Les lésions sont particulièrement diffuses et l'atmosphère périrectale forme un bloc, une véritable « coulée de ciment » (Gatellier et Weiss), contenant souvent de petits abcès qui deviendront le point de départ de fistules anales et périnéales. Contre ces faits la chirurgie ne peut rien.

Gagnant les plans superficiels, consolidant l'œdème périnéal dû à la stase lymphatique, cette sclérose va former l'armature définitive des parois fistuleuses, des condylomes intra et périnaux, des esthiomènes vulvaires.

Ajoutons d'ailleurs que tous ces caractères histologiques se retrouvent dans les lésions névrauxiques expérimentales du singe et de la souris.

**ETUDE CLINIQUE.** — Nous serons bref sur les formes cliniques devenues maintenant classiques à la suite de la description de N. F.

A. FORME INGUINALE TYPIQUE. — *Début* : Le malade, un adulte jeune, vient consulter pour une adénopathie inguinale qui le gêne pour marcher. Le début, insidieux et progressif, s'accompagne parfois d'un léger malaise, de quelques sueurs, d'un peu de fièvre. Un ganglion, appartenant au groupe sup-interne de la base du triangle de Scarpa, est un peu gros, douloureux à la palpation. Le malade avoue un contact vénérien suspect survenu 10 à 25 jours avant l'apparition de l'adénite.

On recherche aussitôt la porte d'entrée. Ce *microchancre* indolent, torpide, doit être cherché avec soin car, disparaissant en quelques jours, il passe facilement inaperçu. C'est une exulcération lenticulaire, herpétiforme ou papuleuse, siégeant le plus souvent sur le prépuce, le gland, ou la fourchette ; au début on la retrouve fréquemment.

*Etat* : Le malade souffre d'une *adénite inguino-iliaque* inflammatoire, ordinairement unilatérale. L'autre côté est rarement touché. La main perçoit et individualise une *masse inguinale obliquement allongée*, très ferme, bosselée, mobilisable en bloc sur les plans profonds, d'un volume variable (noix à œuf de poule). On palpe facilement de petits ganglions périphériques.

Dans certains cas, le long de la chaîne iliaque s'enfonce profondément une grosse masse dure et fixée : c'est l'*adénite iliaque*, si importante pour le diagnostic.

Il n'y a pas d'autres ganglions ; l'état général est souvent bon, en dehors de la gêne éprouvée, le foie et la rate sont normaux. Parfois cependant un léger mouvement fébrile se dessine et la formule sanguine va montrer une leucocytose discrète avec mononucléose, formule banale d'infection sanguine.

*Evolution.* — La maladie va évoluer suivant le schéma anatomique esquissé : ramollissement, fistulisation, sclérose envahissante ; elle va souvent durer des mois.

La *périadénite* apparaît ; les plans sous-cutanés s'infiltrant et s'indurent, la peau prend une teinte *violacée* caractéristique et adhère à la masse inguinale.

En 3-4 semaines la fistulisation s'effectue : en une région limitée apparaît une zone bombée, dépressible, cupuliforme ; bientôt se forme un *pertuis* par où va s'écouler une petite quantité d'un pus *stérile*, gluant, visqueux, roussâtre, difficile à étaler et contenant des polynucléaires et des grands monos acido-philés.

D'autres fistules se forment à une certaine distance ; elles restent isolées. Elles sont hypodermiques ou ganglionnaires comme le montre le stylet ; leur paroi est indurée, scléreuse, les bords sont durs, le fond tomentueux. C'est l'aspect classique du bloc fibreux avec fistules multiples : c'est « le guépier », la « pomme d'arrosoir ». Et à ce niveau la peau de l'aîne, ravivée, rétractée, objective la diffusion périlésionnelle des tra-  
vées fibreuses.

Cette évolution va se prolonger plusieurs mois sans altérer l'état général, entrecoupée de poussées évolutives formant de nouvelles fistules. Cependant la sclérose s'étend, envahit les infiltrats qui se résorbent.

Une *complication* assez fréquente, conséquence directe de cette fibrose extensive est l'*éléphantiasis périnéal*. C'est un œdème chronique de coloration normale. Il est mou, élastique et dure indéfiniment. Plus fréquente après les ablations chirurgicales trop étendues, cette complication est en général consécutive à la stase infectieuse des gros troncs et des relais ganglionnaires.

La *guérison* sans séquelles graves peut cependant survenir après le traitement ; elle est longue. La peau reste rétractée dessinant des cicatrices vicieuses, souvent en pont. Fait important, le traitement des ganglions inguinaux amène souvent la rétrocession spontanée, quelque temps après, des adénites iliaques.

B. FORMES GANGLIONNAIRES. — Les aspects cliniques de la maladie de N. F. sont maintenant bien connus.

1° Les *variétés de la forme inguinale classique* sont symptomatiques ou évolutives :

a) Formes fébriles, formes bilatérales, formes sans adénopathie iliaque ;

b) Formes à début brusque, formes rapidement suppurées, formes vite guéries, formes prolongées les plus graves.

Les reprises sont courantes ; mais les rechutes semblent exceptionnelles.

2° On a décrit d'autres formes ganglionnaires.

a) Rare, mais paradoxale, est la forme où un *bubon unique* se ramollit vite et suppure en totalité.

b) On en rapproche les formes, où, malgré l'atteinte de plusieurs ganglions, on n'observe qu'un *unique foyer suppuratif*.

c) On a décrit des formes abortives, sans ramollissement, qui, après une longue évolution, se résorbent sans séquelles. Ces formes se voient sous l'aspect de gros ganglions, ou au contraire d'une micro-adénopathie dont la réaction de Frei révèle la nature exacte.

d) Ravaut a décrit des formes adénopathiques généralisées avec prise de ganglions cervicaux, épitrochléens ; ces formes sont rares, s'accompagnent de fièvre, de splénomégalie et d'une grosse mononucléose sanguine. Elles posent la question des formes viscérales.

e) On a cité les formes classiques, mais extra-génitales.

N. F. de l'aisselle après inoculation digitale accidentelle ;

N. F. du cou après inoculation buccale.

3° Les formes associées de la maladie de N. F. ne sont pas rares.

a) Le bubon syphilo-poradénique qui, lorsque la syphilis est connue, peut en imposer pour le bubon d'un chancre mixte ;

b) Le bubon chancrello-poradénique résultant d'infections concomitantes, rarement successives ;

c) Le rare bubon poradéno-tuberculeux ;

d) L'infection secondaire banale après fistulisation, ce qui favorise la persistance et les rechutes ;

f) On a cité l'association d'un N. F. typique avec une éruption à type d'érythème noueux ou polymorphe.

C. FORMES EXTRA-GANGLIONNAIRES. — Elles sont connues depuis peu et sont très importantes. Nous n'insisterons pas sur les formes cutanées où l'infection siège dans le derme et le tissu cellulaire sous-cutané. Capitales sont les formes vulvaires, pelviennes et ano-rectales.

1° Les formes vulvaires de la maladie de N. F. sont représentées par l'esthiomène de Huguier, lésion caractérisée par un ulcère chronique de la vulve avec sclérose et éléphantiasis. L'ulcère disparaît, mais l'hypertrophie persiste, indolente, souvent énorme et intéresse les petites lèvres, le clitoris, les grandes lèvres, la région périnéale. Comme nous l'avons vu c'est souvent une complication évolutive d'une forme inguinale. Mais celle-ci a pu être relativement discrète.

2° Les formes pelviennes pures sont les moins connues. Ravaut a attiré l'attention sur ces périméto-salpingites plastiques dont la réaction de Frei a montré la nature. Il y a là un important problème qui n'est pas encore bien résolu.

3° Les formes ano-recto-pelviennes sont consécutives, peut-être à des migrations lymphatiques et péri-lymphatiques, plus souvent à des inoculations directes intra-rectales. Elles revêtent plusieurs formes, mais sont dominées par le rétrécissement du rectum qui s'accompagne de végétations condylomateuses, d'ulcérations, de fistules, d'abcès, de lésions vulvo-périnéales. On peut en distinguer quatre aspects cliniques.

a) La rectite proliférante sans sténose ;

b) La sténose simple sans rectite.

Ces deux formes sont des aspects de début ; elles sont rarement observées. La seconde de ces formes correspond à la période de début du syphilome de Fournier. C'est souvent la découverte d'un examen systématique chez des prostituées, par exemple.

c) La sténose rectale avec condylomes, fistules et abcès périano-rectaux. C'est le tableau qu'on voit le plus souvent lorsque le malade vient consulter.

d) Sténose rectale avec condylome et esthiomène. Cette dernière forme correspond à la phase terminale du syphilome ano-rectal de Fournier. C'est maintenant le syndrome de Jersild. Il est des cas où s'associe à ce tableau une périméto-salpingite.

Toutes ces lésions ne sont pas l'apanage exclusif de la maladie de N. F., mais elles en dépendent dans la très grande majorité des cas ; il était intéressant d'avoir la preuve étiologique de ces faits longtemps restés obscurs.

4° Formes inapparentes. — La présence de Frei positifs chez des conjoints indemnes de malades avérés, a fait poser la question de leur existence. Elle est très vraisemblable.

**DIAGNOSTIC POSITIF.** — Les caractères cliniques et histologiques sont trop difficiles à interpréter pour permettre dans tous les cas un diagnostic positif exact et rapide. Ils ont suffi aux auteurs lyonnais, mais c'est la réaction de Frei qui a permis un grand progrès dans la plupart des cas, classiques ou atypiques, de la pratique courante.

La réaction de Frei. — C'est l'ensemble des phénomènes produits par l'injection intradermique d'un antigène convenablement choisi. « C'est l'une des plus belles réactions biologiques que nous possédions en médecine » (Ravaut).

L'antigène employé est humain ou simien :

Humain : c'est une dilution physiologique au 1/5 de pus ganglionnaire récent ou de suc de ganglions fraîchement broyés. Chaque ampoule est chauffée 3 fois 1/2 heure à 60°.

Simien : c'est une dilution analogue de broyage des lésions névrauxiques.

Ces antigènes seront soigneusement étalonnés sur des malades témoins.

Technique : Les seringues sont isolées, en tubes de verre étiquetés. Il faut une seringue spéciale pour chaque antigène. La stérilisation préalable sera faite à l'étuve de Poupinel. En effet l'ébullition en commun ne détruit pas les propriétés antigéniques et ce qui reste, après usage, dans les seringues, risque de fausser tous les résultats. Ce détail est capital.

On injecte au bras ou à la cuisse 2 ou 3 gouttes d'antigène. Chaque malade recevra au moins 3 injections (une intradermo au dmecos, un antigène humain et un simien). On fera en même temps des témoins : malades avérés et sujets indemnes.

Résultats : La réaction apparaît le 3<sup>e</sup> ou le 4<sup>e</sup> jour et persiste au moins une semaine. Les fausses réactions sont précoces et ont disparu en 3 jours. La réaction authentique est tardive, papuleuse, nodulaire, rouge, appréciable au doigt mieux encore qu'à la vue ; une vésicule la surmonte parfois.

Cette allergie cutanée apparaît en 3 semaines à 3 mois ; elle dure des années mais subit des périodes d'éclipses, d'anergie transitoire. Le Frei pouvant être tardif, on a intérêt à le répéter plusieurs fois au besoin.

Discussion : Certains auteurs, en particulier Cl. Simon, pensent que cette réaction n'a pas la valeur quasi spécifique que lui accorde Ravaut. En réalité, dans une pareille discussion interviennent beaucoup



de facteurs qu'il faut d'abord préciser : la technique qui est délicate, la notion des allergies durables, et des formes inapparentes, qui pour Gougerot et Pinard seraient autant d'éléments en faveur de l'opinion de Ravaut.

**Hémo-réaction de Ravaut et Maisler.** — Un autre procédé a été préconisé pour étayer un diagnostic : c'est la réaction fébrile déclanchée par l'injection de 0 cc. 5 à 2 cc. d'antigène. La fièvre apparaît en 9 à 18 heures, monte à 39°, se prolonge 24 h. à 48 h.; plus caractéristique encore est la réaction en échelons ; à la 24<sup>e</sup> heure la température tombe. Mais elle se relève à la 36<sup>e</sup> heure, dessinant un second clocher moins élevé que le premier.

Cette réaction, plus schockante que la première, présente de l'intérêt dans plusieurs cas : elle apparaît souvent avant l'allergie cutanée ; elle peut persister durant des périodes d'anergie et réveille alors la sensibilité du Frei ; enfin elle constitue un procédé de traitement.

**Causes d'erreurs.** — Ces deux procédés permettent donc, dans la plupart des cas, d'obtenir facilement un diagnostic sûr. Mais il est des causes d'erreurs, minimes, indispensables à connaître.

Le virus N. F. peut déplacer temporairement le seuil de certaines réactions biologiques. Un B. W., une intradermo-réaction au dmelcos, une fixation du complément de Ducrey, peuvent être légèrement positifs au début de la maladie. Ces faits sont rares, passagers, peu intenses ; il faut cependant les connaître pour s'en méfier.

**DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL.** — Il est très facilité par les réactions biologiques. Cependant dans certains cas, la discussion doit être précisée.

A. En présence d'une *adénopathie fermée*. C'est la période initiale ; la clinique manque de netteté ; le Frei reste négatif ; et si le diagnostic reste en suspens, l'évolution des faits est le seul argument de valeur.

Les faits auxquels on pense sont :

— *L'adénite simple* : et on examinera avec soin tous les territoires cutanés en ponctionnant au besoin les ganglions.

— *L'adénopathie syphilitique primaire* qu'on ne peut affirmer et traiter qu'après ponction ; le suc fourmille de tréponèmes.

— *Les formes aiguës, subaiguës du bubon chancrelleux* lorsqu'il n'y a pas de porte d'entrée. C'est un diagnostic très difficile et il a égaré nombre d'auteurs.

On pensera souvent à

Une *adénite bacillaire isolée*, elle est rare ;

Une *adénolymphoïdite aiguë bénigne* : ce sont des faits discutés.

*L'adénopathie isolée de la maladie de Hodgkin* ; elle est exceptionnelle ;

*Les formes mineures de la peste.*

D'ailleurs à ce stade le diagnostic n'est pas toujours posé : il est des cas très difficiles, il y a des lésions associées, mixtes « et puis nous ne connaissons pas toutes les adénopathies inguinales » (Chevallier).

B. En face d'un *bubon supprimé*.

Le diagnostic se limite, mais il faut connaître les formes atypiques de N. F. : bubons isolés, fluxionnaires qui sont autant de sources d'erreurs.

Toutefois, même en présence de la forme habituelle, on recherchera une syphilis, un chancre mou, la tuberculose en pensant aux formes mixtes.

C. Les formes *extra-génitales* et *ano-pélviennes* ne sauraient être rattachées à la maladie de N. F. en dehors des réactions biologiques. Il faut les répéter, tenter des réactivations avant d'invoquer la bacillose, des mycoses, des nocardia ou même le gonocoque.

D. L'identité semble établie entre la maladie de N. F. et les *bubons climatiques*. La maladie des auteurs lyonnais n'est peut-être pas toujours obligatoirement vénérienne, comme d'ailleurs les autres maladies dites vénériennes.

**PRONOSTIC.** — La forme classique de la maladie de N. F. ne tue jamais, mais c'est une affection sérieuse pour la société et l'individu en raison de sa très longue durée et des cicatrices gênantes qu'elle peut laisser.

Le pronostic des formes ano-recto-pélviennes s'assombrit par contre singulièrement. En raison des troubles fonctionnels qu'elles déterminent, en raison de la carence thérapeutique actuelle, elles constituent d'effroyables infirmités.

La guérison clinique des formes inguino-iliaques est fréquente, mais les modifications humorales persistent des années, parfois même toute la vie. Les reprises sont très rares, mais on ne peut, surtout au point de vue contagion, affirmer la guérison absolue.

**TRAITEMENT.** — Il peut être chirurgical, radiologique ou médical. Les méthodes proposées sont très nombreuses ; toutes ont donné des succès comme des échecs. Cependant certains procédés semblent plus utiles et plus dignes d'être préconisés.

Nous envisagerons successivement les divers traitements des formes ganglionnaires, puis la thérapeutique si difficile et si décevante des formes recto-pélviennes.

A) *La chirurgie* peut donner, surtout au début, d'excellents résultats, à la condition d'enlever en bloc la masse principale, avec la peau, et de respecter surtout les g. périphériques accessoires, les g. profonds, de l'aîne, et la masse iliaque, le g. de Cloquet, et les g. cruraux. C'est une intervention difficile. Elle permet souvent d'obtenir une bonne cicatrice et parfois la régression assez rapide des ganglions iliaques, en évitant les œdèmes définitifs qui sont la complication d'une trop large exérèse. *L'incision simple*, comme la *ponction*, sont des palliatifs momentanés ou insuffisants, même si on injecte après des substances modificatrices (glycérine, éther, huile iodoformée, lugol, etc...).

*L'électro coagulation* a été préconisée par Ravaut comme pour les bubons chancrelleux. Certains résultats ont été excellents mais ils sont inconstants et la méthode, très aveugle, ne saurait être d'un usage courant.

La *radiothérapie* paraît être la méthode de choix. Voici la technique de Nicolas-Favre et Lebeuf. « ...Sur-

« tout efficace lorsqu'elle peut être faite de façon pré-

« coce, avant un ramollissement très marqué et parti-  
« culièrement avant la fistulisation. Cependant, même  
« dans ces cas, la guérison est la règle. Nous em-  
« ployons la radiothérapie sous forme d'irradiations  
« transcutanées, de 20 à 25 minutes avec filtration de  
« 15/10 de mm. d'aluminium, à la dose de 4 à 5 H  
« par foyer irradié, en traitant plusieurs foyers dans  
« une même séance. Il n'est pas inutile d'irradier les  
« ganglions iliaques. Une seule séance est habituelle-  
« ment suffisante et s'il se forme un nouveau foyer,  
« il faut attendre 7 à 8 semaines avant de faire une  
« nouvelle irradiation. »

B) Les traitements médicaux sont multiples. Les médicaments chimiques ont été à peu près tous essayés. Ceux qui semblent donner les meilleurs résultats — inconstants toutefois — sont : l'iode, l'émétine, le salicylate et l'antimoine.

a) L'iode est donné par la bouche. La prise quotidienne de 30 à 150 gouttes d'iode donnerait la guérison en 5 à 6 semaines. Ravaut a obtenu des résultats bien supérieurs en ajoutant à ce traitement par voie buccale des injections intraveineuses hebdomadaires ou bi-hebdomadaires de 5 à 10 cc. d'une solution de Lugol. L'adjonction au Lugol d'une égale quantité d'une solution d'hyposulfite de soude à 20 % évite toute sclérose veineuse sans diminuer l'activité thérapeutique.

b) L'émétine a été associée par Ravaut à l'iode. On en donne de 0 gr. 04 à 0 gr. 08 par jour sans dépasser en tout 0,80 à 1 gramme, en injections intramusculaires ou intraveineuses.

c) Le salicylate de soude par voies buccale ou veineuse a donné des résultats inconstants.

d) L'antimoine donne de beaux succès. Sous forme de Stibyal ou de Néostibosane, à la dose de 2-3 centigrammes intraveineux 2 fois par semaine. On ne peut guère dépasser ces doses car de petits accidents toxiques (vomissements, pâleur, vertiges) sont fréquents.

e) On a également préconisé le sulfate de cuivre. On injecte quotidiennement pendant un mois, dans les veines du patient, un centimètre cube d'une solution de  $\text{SO}_4 \text{Cu}$  ammoniacal à 4/100.

A ces traitements chimiques certains ajoutent les injections locales modificatrices de Lugol dilué, de glycérine, après évacuation du pus ganglionnaire.

Les traitements spécifiques ont été essayés, avec des résultats inconstants. Levaditi et Ravaut ont tenté l'essai d'un sérum spécifique préparé à partir de l'antigène simien. Ravaut et Maisler ont préconisé les injections d'antigène intraveineux.

Enfin, au début, les traitements généraux par les chocs : Propidon — Dmelcos — rendent de gros services en décongestionnant les masses ganglionnaires en train de s'enflammer et en limitant la suppuration. Ils atténuent, sans cependant guérir, et tendent à ramener les formes subaiguës fébriles au type chronique apyrétique.

Tous ces traitements divers doivent être combinés, essayés. Nicolas et Favre accordent leurs préférences aux tentatives locales d'exérèse partielle ou de radiothérapie.

C) Traitement des formes recto-pelviennes. — Il est très décevant. Il faut d'emblée rejeter comme inu-

tile et dangereuse toute tentative chirurgicale (Gatellier et Weiss). Cependant plusieurs cas doivent être envisagés dans la conduite du traitement.

1) En cas de rectite au début, tous les traitements médicaux naturellement seront mis en œuvre (iode — antimoine — vaccins). — Localement on fera des lavages avec la sonde à double courant. Les antiseptiques employés sont multiples ; les meilleurs sont : le protargol, le terpoxy, la gonacrine, le bleu de méthylène. Les résultats sont parfois excellents. S'il y a quelques végétations, on peut les électrocoaguler.

2) S'il y a déjà un peu de sténose en plus de tous ces traitements généraux et locaux, la dilatation diathermique paraît appelée à donner les meilleurs résultats. Chaque séance est faite avec des électrodes de calibre progressif. On obtient ainsi de remarquables améliorations fonctionnelles.

Il serait souhaitable, mais il est difficile de le proposer, de mettre les lésions au repos par un anus iliaque. Les résultats sont meilleurs, mais on ne peut promettre de pouvoir le fermer.

3) En cas de sténose serrée, tout traitement doit être subordonné à un anus iliaque qui seul permettra d'espérer l'arrêt des lésions. Il est bien souvent définitif. Si la cicatrisation semble obtenue et surtout fixée, alors seulement on est en droit d'envisager une extirpation abdomino-périnéale, mais l'indication en est bien difficile à poser.

Ces quelques notions, dont les résultats sont subordonnés à l'arrêt évolutif des lésions trop souvent progressives, montrent combien doit être réservé immédiatement, comme plus tard, le pronostic des formes rectales de la maladie.

On voit donc, par cette courte étude, combien fut importante la découverte des auteurs lyonnais au double point de vue biologique et clinique. La preuve est faite que ce grand chapitre, dont le bubon climatique est une des formes, porte justement les noms qui, les premiers, lui donnèrent une signification exacte.

## SOCIÉTÉS SAVANTES

### ACADEMIE DE MEDECINE

(SÉANCE DU 28 MAI 1935)

Notices nécrologiques. — M. DE LAPERSONNE lit une notice sur M. Victor Morax, membre titulaire récemment décédé, et M. ANDRÉ MAYER rappelle les travaux de Sir Edward A. Sharpey-Schafer (d'Edimbourg), correspondant étranger.

La destruction des rats. — M. LOIR a plusieurs fois entretenu l'Académie des moyens employés pour la dératisation. La destruction du rat devient de plus en plus urgente, car depuis la guerre la pullulation des rats augmente. Parmi les moyens utilisés le chat, dressé à cet effet, donne les meilleurs résultats. M. Loir, qui s'est appliqué à l'élevage des chats ratiers, a déjà obtenu des succès incontestables.

On sait qu'à Paris, la Ville, les grands magasins ont recours à lui ; il en est de même à Lyon et au Havre. Tout récemment, M. Dautry lui demandait encore des chats ratiers pour compléter l'effectif de ceux qui défendent les denrées périssables des dépôts de messageries du Réseau de



l'Etat. Le gouvernement italien utilise avec succès les chats fournis par M. Loir, etc...

L'auteur, poursuivant sa campagne, voudrait voir pousser la sélection et la protection des chats ratiers. Grâce au chat ratier, on pourra diminuer les pertes énormes que causent les rats (six milliards en France). On pourra enfin combattre les maladies propagées par le rat. Il faudrait en persuader le public.

**Etude sur le rôle du foie dans la circulation de retour.** — M. VILLARET. En dehors de toute perturbation pathologique et des faits extérieurs d'engorgement vasculaire passif du foie, il existe physiologiquement une activité vasomotrice hépatique qui constitue un des principaux mécanismes de la circulation de retour.

M. Villaret a montré, il y a longtemps, avec Gilbert que la contractilité vasculaire est une propriété vitale du parenchyme hépatique. Il apporte aujourd'hui la preuve du caractère permanent, physiologiquement efficace du contrôle vasculaire exercé par le foie sur la circulation de retour. Les conceptions de l'auteur permettent d'envisager le rôle que joue le foie dans les perturbations circulatoires pathologiques. Il apporte à cet égard des expériences nouvelles et des exemples cliniques.

**Au sujet de la surveillance sanitaire de la navigation aérienne.** — MM. DUJARRIC DE LA RIVIÈRE et JEAN GALLOT. La surveillance sanitaire de la navigation aérienne est une mesure qui s'impose et qui présente un réel caractère d'urgence.

Mais elle ne doit pas être une entrave au fonctionnement et au développement de l'aviation commerciale. Très souple, elle s'inspirera de méthodes différant essentiellement de celles des quarantaines maritimes. Apportant le minimum de gêne aux passagers que des vaccinations aujourd'hui très

répandues ont mis à l'abri de certaines infections, elle fera porter ses principaux efforts sur l'hygiène des aéroports; elle s'aidera d'enquêtes épidémiologiques, facilitera l'évacuation des malades et provoquera les mesures de désinfection et de désinsectisation nécessaires.

**Résultats d'une série intégrale d'hystérectomies pour infection puerpérale grave post partum.** — M. PAUL GUÉNIOT. La proportion de succès que donne l'hystérectomie pour infection grave post partum est encore plus modeste que ne le feraient croire les faits publiés : ceux-ci sont surtout des cas isolés, et les insuccès sont bien moins souvent publiés que les succès. Quant aux statistiques d'hystérectomies pour infection puerpérale grave basées sur des séries opératoires complètes, la plupart n'indiquent pas le nombre des cas post partum et de ceux post abortum, ceux-ci généralement plus nombreux et plus curables.

M. P. Guéniot, sur 13 hystérectomies abdominales avec Mickulicz qu'il a pratiquées pour infection grave post partum rebelle au traitement médical, a obtenu deux guérisons (soit 15,38 %).

Malgré des résultats aussi décevants, l'hystérectomie, qui sauve quelques femmes paraissant condamnées, ne doit pas être complètement abandonnée dans ces cas, mais il conviendrait, sans tomber dans un excès contraire d'opérations précoces qui seraient injustifiées, d'y recourir dans les cas manifestement graves, moins tard qu'on ne le fait le plus souvent, ce qui est pour une bonne part dans la fréquence des insuccès.

**Œdèmes et infiltrations séreuses au cours des obésités d'origine endocrinienne.** — M. YVES KERMORGANT attire l'attention sur la classification clinique des œdèmes et des infiltrations au cours des obésités provoqués par des trou-

STÉ D'APPLICATIONS  
PHARMACODYNAMIQUES  
5&7 RUE CLAUDE-DECAEN · PARIS  
DIDEROT: 37-93

# ROUGEOLE



# ERYTHRAX

EMPLOYÉ DANS  
LES HOPITAUX  
DE PARIS

bles glandulaires et indique la thérapeutique spécifique qui en résulte.

**Election.** — MM. Bailly (de Tanger) et Sendrail (de Toulouse) sont élus membres correspondants nationaux dans la V<sup>e</sup> Division (Médecine vétérinaire).

#### SOCIÉTÉ DE PÉDIATRIE

(SÉANCE DU 9 AVRIL 1935)

**Volumineux ganglion juxta-trachéal droit, en voie de calcification, chez un enfant de 7 ans.** — MM. BABONNEIX et GOUYEN présentent un enfant de 7 ans, soigné récemment à Berck pour coxalgie, et à l'examen radiographique duquel on trouve à l'angle de la trachée et de la bronche droite un gros ganglion partiellement calcifié. Il n'existe aucun signe clinique net de tuberculose ganglio-pulmonaire.

**Pouls lent permanent avec crises épileptiformes chez un enfant de 10 ans atteint de maladie mitrale.** — MM. BABONNEIX et GOUYEN présentent un enfant de 10 ans, sujet à des crises épileptiformes qui, contrairement à l'opinion classique, paraissent relever d'une bradycardie totale et non d'une dissociation auriculo-ventriculaire.

**Épithélioma cortico-surrénal.** — MM. BABONNEIX, DELARUE, GOLÉ et Mme JOURDAN présentent les pièces provenant d'une jeune fille de 16 ans, morte d'un cancer secondaire du foie. Macroscopiquement, marrons hépatiques, noyaux pulmonaires, métastases ganglionnaires ; histologiquement, épithélioma cortico-surrénal. Le cas est d'autant plus curieux qu'il n'en existe qu'un petit nombre dans la littérature et que la maladie a évolué en deux mois à peine.

**Bruit vasculaire intra-cranien subjectif et objectif chez une petite fille de 10 ans.** — MM. GRENET, ISAAC-GEORGES et BRÉHIER présentent une petite fille de 10 ans qui semble jouir d'une excellente santé, mais offre cette curieuse particularité d'avoir dans la tête un bruit musical continu, dont elle a la perception subjective et que l'on entend nettement à l'auscultation du crâne. Il s'agit d'un bourdonnement aigu, continu, à renforcement systolique qui évoque l'idée d'un anévrysme artério-veineux, d'autant plus qu'il y a eu un traumatisme crânien antérieur. Mais ce diagnostic n'est confirmé par aucune exploration clinique ou radiologique.

**Deux cas mortels d'ictère grave familial du nouveau-né.** — MM. BLECHMANN et P.-P. LÉVY rapportent l'histoire d'une famille de trois enfants, sans antécédents notables, qui furent tous atteints d'ictère dans les jours qui suivirent la naissance. Le premier enfant guérit rapidement et est actuellement toujours en bonne santé.

Le second enfant, prématuré, fut atteint d'ictère dès le jour de sa naissance et mourut en cinq jours.

Le troisième enfin, également prématuré, eut dès le second jour une jaunisse intense avec splénomégalie, anémie et présence dans le sang de quelques érythroblastes (415 par mm<sup>3</sup>). Il semblait que l'on pût espérer la guérison après une série de transfusions de sang maternel, quand survint à l'occasion d'un épisode infectieux une épistaxis très abondante qui emporta le petit malade.

**Méningite tuberculeuse chez un enfant vacciné au B. C. G.** — M. ESBACH (de Bourges) a observé une méningite tuberculeuse typique, confirmée bactériologiquement et par inoculation au cobaye, chez un enfant de 21 mois, vacciné à la naissance et revacciné à un an par le B. C. G. et isolé chaque fois pendant un mois de sa famille. Il n'a d'ailleurs pu retrouver dans l'entourage aucun foyer de contagie tuberculeux.

M. MARFAN admet l'existence de cas analogues ; mais ils sont infiniment peu fréquents. Sur 14 cas de méningites survenus chez des enfants vaccinés au B. C. G. communiqués à l'Institut Pasteur, le liquide céphalo-rachidien ne fut examiné que sept fois. Trois fois seulement, il contenait du bacille de Koch, et encore s'agissait-il d'un bacille humain et non d'un bacille bovin. On est naturellement porté à conclure que ces cas sont survenus chez des enfants non immunisés, éventualité qui peut se manifester au cours de toute vaccination, quelle qu'elle soit.

**Hémiplégie double survenue dans un cas de malformation congénitale du cœur.** — MM. ARMAND-DELILLE et LESOBRE relatent l'observation d'un enfant de dix-huit mois, atteint de maladie bleue et d'hémiplégie droite spasmodique à début brusque, chez lequel survint un mois après une hémiplégie gauche accompagnée de coma rapidement mortel. L'autopsie montra que l'artère pulmonaire naissait du ventricule gauche, qu'il y avait une persistance du trou de Botal et une communication intraventriculaire. La coupe histologique de la valvule mitrale fit découvrir un petit foyer d'endocardite subaiguë. Il existait enfin un ramollissement de l'hémisphère droit et plusieurs raptus hémorragiques des deux côtés.

**Dysplasies musculaires atoniques avec laxité articulaire.** — M. ROCHER (de Bordeaux) rapporte l'histoire d'une fillette de 11 ans présentant une hypotonie musculaire généralisée avec laxité articulaire des épaules et double pied-bot valgus acquis. Il ne semble pas s'agir de laxité articulaire congénitale, ni surtout d'un état consécutif à une paralysie infantile méconnue ou à une myopathie, mais d'une dysplasie musculaire qui atteint la face et les membres. Des opérations d'arthrodèse pour les pieds-bots ont permis la marche.

#### SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 16 MARS 1935)

**Hyperglycémie provoquée par excitation électrique de l'hypothalamus.** — MM. DE JAEGER et A. VAN BOGAERT. L'excitation de la partie rétrohypophysaire de l'hypothalamus s'accompagne d'une hyperglycémie progressive, qu'empêche la surrénalectomie bilatérale et qui est liée à la décharge d'adrénaline déterminée par l'excitation des centres orthosympathiques du plancher du 3<sup>e</sup> ventricule.

**Hypertension hypothalamique expérimentale par excitation chimique.** — MM. DE JAEGER et A. VAN BOGAERT. L'injection de 4/10 cm<sup>3</sup> d'ammoniaque ou de formol dans la portion rétrohypophysaire du plancher du 3<sup>e</sup> ventricule, détermine une hypertension artérielle sans la moindre réaction musculaire squelettique, tonique ni clonique. Les convulsions et l'hypertonie musculaires qu'accompagne l'hypertension expérimentale hypophysaire obtenue par excitation électrique de cette région constituent donc une réaction à distance due à la diffusion de l'excitant.

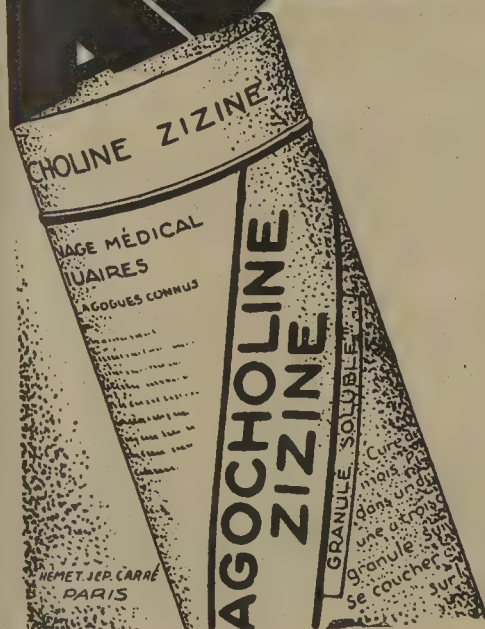
**Production de la toxine staphylococcique.** — MM. H. BONNET et St. THIEFFRY. Aucun caractère, dans l'évolution de la manifestation pathologique humaine ou animale, ne paraît pouvoir être retenu pour apprécier *a priori* les qualités toxigènes d'un staphylocoque, pas plus l'intense nécrose locale que la sévérité des symptômes toxiques. Ce n'est qu'en multipliant les essais sur des germes variés que l'on trouvera le germe « éminent » producteur d'une toxine très active.

**Sur l'apparition et la valeur de l'immunité produite par les anatoxines diphtériques et tétaniques injectées seules ou après enrobage dans la lanoline.** — M. A. BERNABAI. Chez



# AGOLINE

(GRANULÉ SOLUBLE)



## CHOLECYSTITES CHRONIQUES CONGESTION DU FOIE

Lithiase biliaire - Ictère et Cholémie  
Dyspepsies réflexes - Constipation  
Migraines, Vertiges, Eczéma, Prurit

d'origine  
hépatobiliaire

Posologie : 1 à 3 cuillerées à café le matin à jeun, dans  
un demi verre d'eau chaude.

LABORATOIRES DU D<sup>r</sup> ZIZINE  
24, 26, Rue de Fécamp - Paris (XII<sup>e</sup>)

TRAITEMENT  
DU  
**DIABÈTE**  
PAR LES  
CAPSULES GLUTINISÉES  
DE

**PANCREPATINE**  
**LALEUF**

ÉCHANTILLONS ET LITTÉRATURE  
**LABORATOIRES LALEUF**  
20 RUE DU LAOS  
PARIS (XV<sup>e</sup>)

Nouvelle adresse : 51, rue Nicolo, PARIS (XVI<sup>e</sup>).



les animaux vaccinés, soit au moyen de l'anatoxine diphtérique, soit au moyen de l'anatoxine tétanique, l'antitoxine spécifique apparaît vers le dixième jour, un peu plus tôt que chez les animaux qui ont reçu l'anatoxine enrobée dans la lanoline, la production de l'antitoxine se montrant très nettement supérieure chez ces derniers.

Ces différences sont attribuables, d'une part, à l'absorption plus rapide de l'antigène injecté seul, de l'autre, à l'influence favorable de l'enrobage dans la lanoline.

**Recherches sur la nature et le mécanisme de la production de l'antitoxine et de l'immunité antitoxique.** — MM. G. RAMON et E. FACHETTI. L'antitoxine est, sans conteste, d'essence générale. En effet, elle n'est pas élaborée au point d'injection de l'anatoxine puisque l'extirpation d'une large zone de tissus environnant le point d'injection, n'entrave en rien sa production future et cela même si un court délai sépare l'extirpation de l'injection. Il est clair, dans ces conditions, que, dès son introduction sous la peau de l'oreille, l'anatoxine pénètre dans l'intimité de l'organisme où elle entraîne par la suite l'apparition et le développement de l'antitoxine spécifique.

Il n'y a pas davantage production locale d'antitoxine lorsque l'anatoxine est, avant son injection, enrobée dans la lanoline. Grâce à l'influence de celle-ci qui libère graduellement l'anatoxine, grâce aussi aux phénomènes inflammatoires locaux qui contribuent à rendre l'anatoxine plus assimilable, l'organisme est ainsi amené à tirer de cet antigène que lui apporte la circulation un meilleur parti pour une meilleure production de l'immunité et de l'antitoxine spécifiques.

**Activation « in vitro » du pouvoir agglutinant spécifique des anticorps brucelliques par les sérums non spécifiques.** — MM. C. NINNI, W. SARNOWIEG et F. PEZZANGORA. L'addition de 1/50 de sérum d'homme ou d'animaux, augmente deux à trois fois le titre de l'agglutination spécifique par les sérums antibrucelliques ; elle accélère aussi l'agglutination qui devient plus nette pour les antisérums de bœufs naturellement infectés, dont le titre est inférieur à 1/100.

Le chauffage à 56° pendant 30 minutes des mêmes sérums réduit sensiblement, sans la supprimer entièrement, leur action favorisante sur l'agglutination spécifique.

L'addition de 1/50 de sérum frais aspécifique augmente le phénomène de zone de l'agglutination, quand on fait la lecture après une heure et demie, alors que l'addition de sérum frais de cobaye sain le diminue.

**De l'action du colostrum humain sur la virulence du bacille de Koch.** — MM. J. VALTIS et F. VAN DEINSE. Le colostrum de femmes tuberculeuses ou indemnes de tuberculose n'a aucune propriété bactéricide sur le bacille tuberculeux.

**L'oxyde de carbone dans le sang des oxalémiques.** — MM. LOEPER et J. TONNET ont recherché l'oxyde de carbone dans le sang des grands oxalémiques, pour savoir si, dans la production des symptômes observés, l'oxyde de carbone ne pouvait intervenir.

Ils ont, par deux fois, cru voir dans le sang d'un grand oxalémique, des signes spectroscopiques certains d'oxyde de carbone. Récemment, grâce à la méthode connue de Nieloux, ils ont pu évaluer cet oxyde de carbone à 36 cc. et 40 cc., 40 cc. par la méthode macrométrique sur 5 cc. de sang, 36 cc. par la méthode micrométrique sur 2 cc. du même sang.

Cette proportion vraiment énorme et insoupçonnée apporte une preuve décisive de la formation d'oxyde de carbone dans le sang des oxalémiques.

**Election.** — M. CHAILLEY-BERT est nommé membre titulaire.

— Société de biologie de Lyon (séance du 18 mars 1935) :

**Action sur la tuberculose du cobaye du sérum de cheval injecté en même temps que les bacilles.** — MM. Paul COUMONT et H. GARDÈRE. On sait que le sérum de cheval injecté sous la peau des tuberculeux ou des cobayes tuberculisés accélère souvent l'évolution des lésions tuberculeuses.

Les auteurs ont cherché si le sérum de cheval injecté à des cobayes, non pas tuberculisés, mais sains, et le jour même de l'injection du bacille de Koch, avait une action identique.

Trois séries d'expériences ont été faites, portant sur soixante cobayes inoculés en même temps avec des bacilles de Koch peu virulents et du sérum de cheval. Constamment, les cobayes ayant reçu du sérum de cheval se sont tuberculisés beaucoup plus fréquemment et avec des lésions plus étendues. Alors qu'il a fallu des doses de huit mille à trois mille bacilles pour tuberculiser les témoins, des doses minimales de deux mille, mille et même cinq cents ou cent bacilles, ont suffi à tuberculiser les cobayes qui reçoivent du sérum.

Ce fait nouveau et curieux semble indiquer que le terrain du cobaye est comme sensibilisé immédiatement par l'injection de sérum. Celui-ci est favorisant pour l'infection tuberculeuse et semble produire, dans ce cas, une sorte d'allergie immédiate, de tachy-allergie.

**Ophthalmie sympathique provoquée par l'ultraviolet au cours de l'avitaminose A.** — MM. G. MOURIQUAND, J. ROLLET et M. COURBIÈRES. L'irradiation d'un seul œil des rats (soumis au régime de l'avitaminose A) à la période de dystrophie inapparente, entraîne sur l'œil protégé des lésions biomicroscopiques précoces. Cette irradiation pratiquée à la base des lésions biomicroscopiques déclenche, sur l'œil protégé, l'accentuation rapide des lésions.

Sans entrer, pour l'instant, dans l'explication de ces résultats expérimentaux, nous pensons qu'ils peuvent servir à éclairer certains faits attribués par les oculistes à l'ophtalmie sympathique.

## LIVRES NOUVEAUX

**La condition du travail humain (1),** par le D<sup>r</sup> Gabriel Bidou, chef du laboratoire central des hôpitaux (Salpêtrière).

Dans cet ouvrage, l'auteur montre comment il est possible d'évaluer en chiffres le travail produit par un groupe musculaire, la puissance développée par ce muscle pour produire ce travail, enfin l'énergie potentielle qui était contenue dans ce groupe.

Ces données nouvelles, qui représentent de longues années de recherches, sont d'une importance première aussi bien pour le clinicien que pour le médecin expert. Qu'il s'agisse d'évaluer une paralysie ou toute autre déficience fonctionnelle, l'interprétation clinique de cette modification de la valeur énergétique humaine, sera grandement facilitée par ces évaluations numériques précises.

Ajoutons que l'auteur simplifie les quelques calculs nécessaires, grâce à deux instruments de mesure fort simples qu'il a inventés.

L. G.

(1) In-8. — Chez l'auteur, 24 ter, boulevard du Château, à Neuilly-sur-Seine.

Le Directeur-gérant : D<sup>r</sup> François LE SOURD.



# TANIN PHYSIOLOGIQUE VIVANT RHIZOTANIN CHAPOTOT

**Tolérance stomacale absolue**  
**Neutralisation des Toxines**  
*Amélioration rapide des accidents diarrhéiques*

2 FORMES : Cachets pour Adultes, 2 à 6 par jour.  
Poudre pour Enfants, 2 à 4 mesures par jour.  
Avoir soin de bien spécifier.

Echantillon médical gratuit  
**AUBRIOT**  
56, Boulevard Ornano — PARIS  
R. C. Seine, 20.019

## ESTOMAC | INTESTIN

DYSPEPSIE

GASTRALGIE

ENTÉRITE

CHEZ L'ENFANT  
CHEZ L'ADULTE

## VALS-SAINT-JEAN

EAU de RÉGIME, FAIBLEMENT MINÉRALISÉE et GAZEUSE

Envoi gratuit d'Echantillons et de Notices à MM. les Docteurs sur demande adressée  
DIRECTION-VALS-GÉNÉRALE : 59, Boul' Haussmann, Paris (9<sup>e</sup>). Téléph. 227-76.

**ANÉMIE PALUDEENNE.** — Source Dominique.  
**VALS-LES-BAINS.** — Saison du 1<sup>er</sup> juin au 1<sup>er</sup> octobre.

Tout Déprimé  
» Surmené

Tout Cérébral  
» Intellectuel

Tout Convalescent  
» Neurasthénique

est justiciable  
de la :

6, Rue Abel  
PARIS (12<sup>e</sup>)

### NEVROSTHENINE FREYSSINGE

Gouttes de glycérophosphates alcalins (0,40 par XX gouttes).  
XV à XX gouttes à chaque repas. — **Ni sucre, ni alcool.**



### CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MEDITERRANÉE

*Le grand air le dimanche en Forêt de Fontainebleau*

Et voici maintenant les beaux dimanches; Fontainebleau, sa forêt, ses hautes futaies, ses clairières, ses rochers, ses gorges vous invitent à cette vie de plein air qui vous a tant manqué cet hiver.

Tout ce bien-être, le chemin de fer vous l'offre à bon compte le dimanche. Le prix d'un billet aller et retour est fixé à 10 fr. en 3<sup>e</sup> classe pour Fontainebleau, Bois-le-Roi, Thomery, Livry-sur-Seine, Chartrettes, Fontaine-le-Port, Héricy, Vulaines-sur-Seine-Samoreau; à 11 fr. pour Moret-les-Sablons et Champagne-sur-Seine; à 12 fr. pour Vernou-sur-Seine; moitié de ces prix pour les enfants de 3 à 7 ans.

Vous pouvez, au retour, partir d'une gare de la rive droite avec le coupon de retour d'un billet délivré pour une gare de la rive gauche, et inversement. Vous n'êtes tenu à payer un supplément que si le prix de votre billet d'aller et retour est inférieur à celui correspondant au parcours que vous effectuez réellement.

Vous pouvez utiliser tous les trains du service régulier, comme si vous étiez muni d'un billet ordinaire.

INFECTIONS  
AIGUES  
FÉBRILES

## SEPTICEMINE CORTIAL

7, r. de l'Armorique  
PARIS (XV<sup>e</sup>)

**CHARBON DE PEUPLIER** sous forme de **GRAINS ANISÉS** de **CHARBON TISSOT**  
Humectent, divisent, aseptisent, expulsent.  
et conséquences : MAUVAISES DIGESTIONS, MIGRAINES, LOURDEURS de TÊTE  
DIVISION du BOL ALIMENTAIRE HÉMORROIDES, etc. — Une cuillerée à café avalée comme des grains de lin, après chaque repas.  
**CONSTIPATION** Toutes Pharmacies. — Echantillons : PARIS, 34, BOULEVARD DE CLICHY (Service à)

LE DIURÉTIQUE RÉNAL PAR EXCELLENCE

**SANTHÉOSE**

LE PLUS FIDÈLE, LE PLUS CONSTANT, LE PLUS INOFFENSIF DES DIURÉTIQUES

SES QUATRE FORMES

**PURE**

Le médicament régulateur par excellence, d'une efficacité sans égale dans l'artério-sclérose, la présclérose; l'albuminurie, l'hydropisie, l'urémie.

**PHOSPHATÉE**

L'adjuvant le plus sûr des cures de déchloration et de désintoxication de l'organisme, dans la neurasthénie, l'anémie et les convalescences.

**CAFÉINÉE**

Le médicament de choix des cardiopathies, fait disparaître les œdèmes et la dyspnée, renforce la systole, régularise le cours du sang.

**LITHINÉE**

Le traitement rationnel de l'arthritisme et de ses manifestations; jugule les crises, enrayer la diathèse urique, solubilise les accidents urinaires.

DOSES : 2 à 4 Cachets par jour. — Ces cachets sont en **FORME DE CŒUR** et se présentent en boîtes de 24.

**PRODUIT FRANÇAIS**4, rue du Roi-de-Sicile  
— PARIS —**PRODUIT FRANÇAIS**TOUTES les Affections du **FOIE** et du **REIN** :

1 à 2 capsules à chacun des deux principaux repas de :

**CAPARLEM****HUILE DE HAARLEM** (au Juniperus Oxycedrus)**QUALITÉ INCOMPARABLE ET ACTIVITÉ INSOUÇONNÉE**Laboratoire Lorrain de Produits Synthétiques purs — **ETAIN** (Meuse)

Hypertensions  
ET TOUS ÉTATS  
SPASMODIQUES  
DE LA MUSCULATURE  
LISSE

BENZOATE DE BENZYLE

**OLETHYLE-BENZYLE**

Le seul en **GÉLULES**  
**CAPSULES**  
**MOLLES**

Littérature - Échantillons - Posologie  
LABORATOIRE CENTRAL DE PARIS  
122, Rue du Faubourg Saint-Honoré, Paris



*La Lancette Française***GAZETTE DES HOPITAUX****CIVILS ET MILITAIRES****PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI****ADMINISTRATION ET RÉDACTION :****49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6°. Tél. : Danton 48-31.****PUBLICITE : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6°) - Téléph. : LITRÉ 54-93.****PRIX DE L'ABONNEMENT****FRANCE**

3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.

*Etudiants : 25 francs par an.**On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.***ETRANGER**Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.  
Tous les autres pays : 75 francs.**ABONNEMENTS DE VACANCES***La Gazette des hôpitaux met à la disposition de MM. les Etudiants des abonnements de vacances gratuits d'une durée de deux mois (juillet et août).**Il ne pourra être accepté de changement d'adresse au cours de ces abonnements.**Il ne sera donné suite à aucune demande passé le 30 juin.**Prière d'écrire très lisiblement son nom et son adresse.**S'adresser directement aux bureaux du Journal.***SOMMAIRE****TRAVAUX ORIGINAUX***Thérapeutique hydrominérale chez les enfants. Cure de Vichy (fin), par MM. Paul et Max VAUTHEY (de Vichy).***CONGRÈS DES SOCIÉTÉS FRANÇAISES D'OTO-NEURO-OPHTALMOLOGIE.** (Compte rendu, par M. R. CAUSSÉ.)**SOCIÉTÉS SAVANTES***Académie des sciences. — Société de neurologie. — Société de biologie.***INTÉRÊTS PROFESSIONNELS***Les étudiants en médecine étrangers devant le Sénat, par M. Maurice MORDAGNE.***PRATIQUE MÉDICALE****NOTES POUR L'INTERNAT***Hépatites amibiennes. Signes et diagnostic (fin).***ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS****INFORMATIONS****HOPITAUX DE PARIS.** — Rectification à notre tableau de classement paru dans le n° 37 du 8 mai :**HÔPITAL LARIBOISIÈRE.** — Oto-rhino-laryngologie : M. Le-maitre. Le service doit être ainsi complété : assistants : MM. Jourdan, Brucker, Thomas.— **CONCOURS DE NOMINATION DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX.** — Séance du 30 mai. — Participent à l'épreuve de thérapeutique chirurgicale : MM. Blondin, 64 ; Aurousseau et Merle d'Aubigné, 63 ; Reinhold, 62.*Epreuve de thérapeutique chirurgicale.* — MM. Blondin, 29 ; Reinhold et Merle d'Aubigné, 28 ; Aurousseau, 29— **CONCOURS D'OPHTALMOLOGISTE DES HÔPITAUX.** — Jury : MM. Poulard, Magitot, Terrien, Dupuy-Dutemps, Cantonnet, Guillaïn, Roux-Berger.— **CONCOURS D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGISTE DES HÔPITAUX** — Jury : MM. Hautant, Baldenweck, Rouget, Bouchet, Chatellier, Turpin, Auvray.— **CONCOURS DE STOMATOLOGISTE DES HÔPITAUX.** — *Epreuve orale théorique de prothèse.* — MM. Omnès, 17 ; Hénault, 18 ; Vrasse, 10 ; Friez, 14.**GUERRE.** — Est promu :*Au grade de médecin général inspecteur.* — M le médecin général des troupes coloniales Sorel.**HÔPITAL DE LA PITIÉ** [83, boulevard de l'Hôpital, Paris (XIII°)]. — **SERVICE D'ÉLECTRO-RADIOLOGIE.** — Des places d'attachés libres sont réservées dans le service d'électro-radiologie de la Pitié à des médecins français ou étrangers (parlant français) désirant se perfectionner dans la pratique de l'électro-radiologie.Ces attachés devront participer journalièrement à l'activité du service pendant une année (six mois en électrologie et six mois en radiographie) à partir du 1<sup>er</sup> octobre 1935.

Aucun émoluments n'est attaché à cette fonction.

Pour renseignements et inscription, écrire au docteur Delherm, chef du service.

**COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.** — **CLINIQUE MÉDICALE PROPÉDEUTIQUE.** (Hôpital Broussais. Professeur : M. Emile SERGENT.) — *Cours de perfectionnement sur la tuberculose*, du 17 juin au samedi 13 juillet inclus, par M. le professeur Emile Sergent, avec la collaboration de MM. Benda, de Berne-Lagarde, F. Bordet, Couvreur, Courcoux, H. Durand, Evrot, Genevriér, M<sup>me</sup> Gouin, MM. Grellety-Bosviel, Haas, d'Heucqueville, Imbert, Iselin, Kourilsky, Launay, Lonjumeau, Mamou, de Massary, Mignot, Oury,**DIGITALINE NATIVELLE****LABORATOIRE NATIVELLE, 27, Rue de la Procession, PARIS (XV°)**

Poumeau-Delille, Pignot, Pruvost, Racine, Ribadeau-Dumas, Rouget, Thiébaud, Turpin, Vibert et de Winter (de Bruges).

Ouverture du cours : lundi 17 juin, à 9 h. 30, à l'hôpital Broussais.

**NÉCROLOGIE.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Louis Mercier (de Montluçon).

**Les grandes Journées d'Auvergne.** — A l'occasion du 25<sup>e</sup> anniversaire de sa fondation, la Fédération thermale d'Auvergne, qui groupe, comme on le sait, les cinq stations du puissant bassin hydrominéral d'Auvergne : La Bourboule, Châtelguyon, Le Mont-Dore, Royat, Saint-Nectaire, prépare une série de grandes fêtes,

Un triple cycle, thermal, touristique, artistique, se déroulera du 30 juin au 7 juillet, tant au sein des cinq stations que dans les admirables sites qui les environnent.

Le cycle thermal comprend une réception officielle et un gala dans chaque station. Il commencera par l'inauguration, à Royat, d'un monument à la mémoire de M. Auguste Rouzaud, apôtre du Thermalisme français, suivie d'un banquet. Cette solennité, qui réunira toutes les personnalités du Thermalisme, sera présidée par M. Queuille, ministre de la Santé publique.

Le cycle touristique se propose de faire admirer les merveilles de cette pittoresque région, qu'on a baptisée « le pays des paysages ».

Le cycle artistique évoquera les traits éternels de l'Auvergne : ses eaux, ses volcans, ses manoirs, ses églises romanes, ses légendes, son folklore, son histoire, véritable résurrection d'une province française.

En voici le programme :

30 juin : Fête nautique et légendaire sur le lac Chambon ;

2 juillet : Cour d'Amour devant la cour d'honneur du château de Chazeron ;

4 juillet : Solennité médiévale sur le parvis de l'église d'Orcival ;

6 juillet : Eruption volcanique au Puy-de-Dôme ;

7 juillet : L'épopée d'Auvergne, au Stade de Clermont-Ferrand.

L'originalité de ces spectacles et leur ampleur font honneur à la Fédération fondée par le docteur Moncorgé, Président de la Fédération thermale et climatique française, et qui continue, sous la présidence du docteur Mazeran, ancien Président de la Société d'Hydrologie, à marcher à l'avant-garde du thermalisme français.

Pour ces fêtes, des conditions avantageuses seront faites au Corps médical.

Pour tous renseignements, s'adresser au Comité des Fêtes de Clermont-Ferrand.

**Congrès international du paludisme.** — Le III<sup>e</sup> Congrès international du paludisme, qui devait se tenir à Madrid, en octobre prochain, a, par décision du Conseil d'administration (professeur Pittaluga et professeur Marchoux), été reporté au printemps de 1936.

Fds  
Vte **PRODUITS PHARMACEUTIQUES**  
dit « BENEDICTOL » à  
Courbevoie, 32, r. Kléber, avec bureaux à  
Asnières, 5, r. Bois. M. à p. : 100.000<sup>f</sup> (p<sup>r</sup> ét.  
b.). Mat. march. sus. cons. : 20.000 esp. adj. Et R.  
DAUCHEZ not., 37, quai de la Tournelle, le jeudi  
20 juin 1935 à 14 h. 30. S'y adr. 426

Insomnies  
Toux nerveuse. **BROMÉINE** MONTAGU

## INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

### LES ÉTUDIANTS EN MÉDECINE ÉTRANGERS DEVANT LE SÉNAT

Je viens d'avoir connaissance de la proposition de loi sénatoriale ayant pour but de réglementer à nouveau l'exercice de la Médecine en France par les étrangers, et j'ai eu ces jours-ci au Sénat divers entretiens de première importance sur cette grave question. Sans vouloir jouer au pessimiste perpétuel, je puis dire que, dans leur ensemble, *les projets de la Haute Assemblée ne satisferont pas les étudiants et les praticiens.*

Nous sommes en effet loin des promesses faites par la Chambre des Députés et les Pouvoirs publics lors de la première grève de février dernier. Sans entrer dans le détail du texte adopté par la Commission d'Hygiène, texte qui sera officiel dans quelques jours, il m'est permis toutefois d'en relever les passages principaux et d'en dégager l'esprit.

Tout d'abord on se préoccupe trop de défendre les intérêts des étudiants étrangers, et l'on paraît méconnaître que dans les pays étrangers on ne facilite pas du tout l'installation des médecins français. Chaque nation protège ses nationaux : la France semble au contraire se désintéresser des siens.

Nous avions demandé qu'une cloison étanche soit établie entre le doctorat d'Université et le doctorat d'Etat, et, à la Chambre, le Docteur Nast, rapporteur, nous a suivis : il n'en sera pas de même au Luxembourg où l'on continuera à admettre des dispenses de plusieurs années de scolarité et d'examens pour la transformation du doctorat d'Université en doctorat d'Etat. De même, pour la transformation d'un doctorat étranger en doctorat français.

En ce qui concerne les titres initiaux, le Sénat n'a pas tenu à spécifier que le baccalauréat français classique soit inscrit parmi eux. Enfin, la qualité de Français continuera à ne pas être exigée des candidats au doctorat d'Etat.

J'en ai assez dit pour alerter les médecins et les étudiants en médecine afin d'obtenir des modifications au projet sénatorial. Des amendements doivent être déposés sans retard, sinon la loi qui sera votée n'apportera aucune solution réelle au problème de la pléthore et des étrangers.

Etudiants et praticiens, attention !

Maurice MORDAGNE.

Faisceau scientifique. Exposé des titres et travaux scientifiques du D<sup>r</sup> DARTIGUES. Grand in-8 de 545+LXXV pages, avec 7+31+14 planches. — Paris, Doin et Cie.

### ENCARTAGES DE PUBLICITÉ DANS LA GAZETTE DES HOPITAUX

A la requête de nos lecteurs et pour faciliter leur documentation, notre service de publicité (A. Thiollier, 116, boulevard Raspail, Paris VI<sup>e</sup>) est à leur disposition pour recevoir, par envois groupés sous une seule enveloppe, les demandes d'ÉCHANTILLONS ou de renseignements et les répartir entre les différents laboratoires intéressés.

**QUATAPLASME** de D<sup>r</sup> L'ANGLEBERT  
pansement complet  
Phlegmasie, eczémas, brûlures, etc.





# Hirudinaïse

(DRAGÉES)

Le premier produit spécialisé à base d'Extrait de Sangsues

**INSUFFISANCES VEINEUSES**  
**INFECTIONS VASCULO-SANGUINES**  
**PHLÉBITES - SEPTICÉMIES**  
**AMÉNORRHÉES**

DOSE MOYENNE  
4 à 6 DRAGÉES  
PAR JOUR



LABORATOIRES "ANA", 18, AV<sup>UE</sup> DAUMESNIL - PARIS. XII<sup>e</sup>

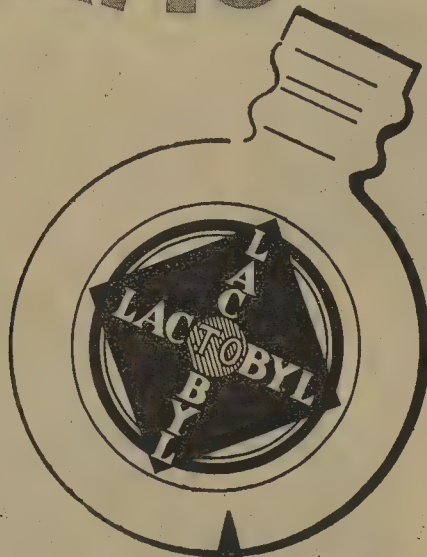
CHOC PUBLICITÉ - FONTENAY 5/3 BOIS

# CONSTIPATION

## REEDUCATEUR DE L'INTESTIN

AUCUNE ACCOUTUMANCE

LABORATOIRES LOBICA  
46, AVENUE DES TERNES — PARIS



### à base de :

SELS BILIAIRES  
POUDRE DE GLANDES INTESTINALES  
CHARBON POREUX  
FERMENTS LACTIQUES  
POUDRE DE LAMINARIA FLEXICAULIS  
POUR 1 COMPRIMÉ

**1 à 6 comprimés par jour  
aux repas ou au coucher**  
Commencer par deux comprimés

# LACTOBYL

POSOMÉTRIE ABSOLUMENT RIGOREUSE

## CALOMEL VICARIO

### PETITS COMPRIMÉS

Un milligramme, quart et demi-centigramme  
un, deux et cinq centigrammes  
DÉSAGRÉGATION RAPIDE

NÉVRALGIES — GRIPPE — RHUMATISMES

## NOPIRINE VICARIO

ASPIRINE RENFORCÉE

Pharmacie VICARIO, 17, boul. Haussmann, PARIS



## THÉRAPEUTIQUE HYDROMINÉRALE CHEZ LES ENFANTS - CURE DE VICHY<sup>1</sup>

PAR MM.

PAUL VAUTHEY,  
Ancien interne des hôpitaux  
de Lyon, ancien Médecin  
Hôpital thermal de Vichy,  
Médecins consultants à Vichy.

et  
Max VAUTHEY,  
Ex-assistant Institut Hydrologie  
de Lyon, Lauréat  
de l'Académie de médecine,  
Médecins consultants à Vichy.

**C. Affections hépatiques.** — Diverses affections propres du foie, nettement justiciables de la cure de Vichy, se rencontrent chez les enfants.

**I. CONGESTIONS HÉPATIQUES.** — Il faut citer en premier lieu la congestion hépatique banale, foie gros dans son ensemble, avec symptômes courants d'insuffisance hépatique, dont le type est la congestion des enfants gros mangeurs, et que l'on peut observer déjà chez le nourrisson suralimenté.

Puis la congestion déterminée par des troubles digestifs, principalement intestinaux (entérites, entérocrites, appendicite) ou à la suite d'intoxications alimentaires.

De même, la congestion séquelle d'une maladie infectieuse aiguë (pneumonie, diphtérie, scarlatine, rhumatisme, grippe, etc...).

Reentre également dans ce groupe la congestion hépatique des pays chauds, telle qu'on la voit chez les enfants coloniaux (Matignon) avec troubles digestifs, splénomégalie, souvent subictère.

Enfin la congestion hépatique des enfants touchés par le paludisme et qui sont porteurs d'une grosse rate.

**II. CIRRHOSES BILIAIRES SANS OBSTRUCTION.** — D'après Gilbert, Fournier et Lereboullet, on rencontre chez l'adolescent une forme de cirrhose nettement différenciée des autres cirrhoses infantiles (cirrhose veineuse alcoolique et cirrhose cardio-tuberculeuse). Cliniquement, les symptômes sont, avant tout, d'ordre biliaire. Après une phase d'ailleurs inconstante de maladie infectieuse, surviennent des troubles digestifs, puis un ictère progressif, ictère franc, cholurique, présentant souvent une pigmentation marquée de la peau, avec foie modérément hypertrophié, rate extrêmement développée, ordinairement pas d'ascite, mais des troubles trophiques marqués et un arrêt de développement qui peut dans certains cas créer un véritable état d'infantilisme biliaire. Ces malades se maintiennent pendant 4, 5 ou 6 ans dans ce même état, mais sans altération grave de l'état général ; puis apparaissent des accès fébriles, et la mort survient par cachexie ou par ictère grave. Certains cas se présentent comme des cirrhoses familiales, mais l'étiologie et la pathogénie sont loin d'être déterminées.

Le traitement (régime, médications hépatiques, opothérapie hépatique) est malheureusement décevant, dit Lereboullet qui ajoute : « dans les formes à marche lente, on peut conseiller les cures hydro-minérales (Vichy) faites de manière prudente et modérée ».

**III. INSUFFISANCE HÉPATIQUE ACQUISE.** — Certaines formes de petite et de moyenne insuffisance acquise bénéficient de la cure alcaline, aussi bien que les formes signalées dans l'hépatarthritisme infantile.

C'est d'abord la petite insuffisance hépato-biliaire caractérisée par l'amertume de la bouche, des nausées, quelques vagues troubles digestifs, des vomissements survenant de façon élective dans des véhicules fermés, de la sensibilité au froid, une légère asthénie.

C'est aussi l'insuffisance hépatique légère qui se voit au cours de maladies infectieuses, — à la suite de troubles gastro-intestinaux, — dans les intoxications.

Egalement l'insuffisance hépatique subaiguë et chronique au cours d'affections du foie, avec augmentation de volume de l'organe, sensation de pesanteur à l'hypocondre droit, urobiline et sels biliaires dans les urines.

**IV. ICTÈRE D'ORIGINE HÉPATIQUE.** — Ils se présentent chez les enfants sous trois formes très voisines :

L'ictère catarrhal, rare avant deux ans, augmente ensuite de fréquence, surtout à partir de six ou sept ans. Les cas sont ordinairement isolés ; mais assez souvent il est épidémique, ayant certains rapports avec les épidémies de grippe ou d'oreillons. Il correspond à une bactériémie transitoire, qui ne se localise guère que sur le foie, et donne des lésions légères, facilement réparables.

L'ictère infectieux bénin est une forme plus sévère que la précédente, avec une période prémonitoire plus ou moins longue, à allure de maladie infectieuse, fièvre à 39-40°, puis symptômes fondamentaux semblables à ceux de la forme précédente.

L'ictère émotif, qui apparaît à la suite d'une violente émotion, frayeur, colère, se comporte cliniquement comme l'ictère catarrhal.

Dans les cas bénins, l'ictère ne dépasse pas 15 à 20 jours ; mais il y a des cas à rechute et des cas prolongés (jusqu'à 120 jours), pour lesquels le pronostic doit être réservé.

Widal et Abrami recommandent de ne pas oublier que la convalescence d'un ictère est toujours lente, et souvent pénible, avec troubles digestifs, asthénie, persistance de l'amaigrissement, et que les cures hydro-minérales, notamment Vichy, « constituent un complément toujours utile, et parfois indispensable du traitement de la période d'état ». L'indication thermique est plus impérative encore dans les cas prolongés, dans les cas à rechutes, et surtout dans les cas à récurrences, récurrences que nous avons constatées fréquentes vers l'âge de 12 ans chez des enfants dont la première atteinte s'était faite autour de 7 ans.

**V. ANGIOCHOLITES, CHOLÉCYSTITES.** — Séparées ou associées, elles sont le plus souvent secondaires à une maladie infectieuse générale, fièvre typhoïde par exemple. Elles peuvent être, pour certains auteurs, primitives, constituant une affection chronique des voies biliaires, dont les premières atteintes auraient lieu dès l'enfance ou l'adolescence, sans être habituellement reconnues à ce moment (ce serait cependant le moment propice à une cure de Vichy) et qui se manifesteraient par des exacerbations aiguës tardives chez

(1) Fin. — Voir Gaz. des hôp., 1935, n° p. 693.



l'adulte (Vincent Lyon). Mais Chiray, Pavel et Marie les croient également secondaires, dues à des troubles digestifs, surtout intestinaux (constipation, stase chronique, entérites, entéro-colites) et ces affections rentrent ainsi dans le cadre des mêmes indications.

VI. LITHIASE BILIAIRE. — Exceptionnelle chez le nouveau-né (on connaît quelques observations de Portal et de Valleix), la lithiase biliaire est rare chez l'enfant ; on a trouvé des ébauches de calcul dans la bile d'un enfant âgé de moins de 3 mois. La thèse de Gourdin-Sévenière (1889) a réuni 26 cas chez des sujets âgés de moins de 15 ans. La première crise de colique hépatique est notée deux fois de 10 à 15 ans et trois fois de 15 à 20 ans dans la statistique de Chauffard, — une fois de 1 à 10 ans, une fois de 10 à 20 ans dans celle de Rovsing. Lorsque le cas se présente chez l'enfant, la cure de Vichy est indiquée comme chez l'adulte. Nous avons soigné quelques cas de ce genre, exceptionnels il est vrai, chez des enfants à lourde hérédité arthritique paternelle et maternelle, avec hérédité lithiasique directe ; dans l'un d'eux, nous avons dirigé au même moment la cure d'une fillette de 4 ans (qui venait d'avoir sa première crise), de sa mère et de sa grand'mère maternelle, toutes trois lithiasiques avérées.

\*  
\*  
\*

D. Affections digestives. — Les troubles digestifs dominant la pathologie de la première et de la deuxième enfance, soit isolément : troubles gastriques, troubles intestinaux, — soit simultanément, et dépendant le plus souvent les uns des autres, sous forme de dyspepsies gastro-intestinales.

I. AFFECTIONS GASTRIQUES. — Nombreux sont les enfants qui souffrent, de façon visible ou latente, de troubles dyspeptiques. « Jusqu'à 10 ans, les symptômes subjectifs manquent, et il faut chercher des signes objectifs » (Taillens). Le plus habituellement, ce sont des dyspepsies atoniques, avec hypo-chlorhydrie et dilatation de l'estomac, soit d'origine familiale, soit d'origine alimentaire (abus précoce d'aliments non utilisables, excès alimentaires, repas mal réglés, etc...), soit d'origine toxique ou infectieuse. Mais le type hyper-chlorhydrique avec retard d'évacuation se voit également, et récemment le Professeur Taillens dit l'avoir rencontré beaucoup plus fréquemment que le premier.

Dans une conférence au cours d'un V. E. M., le Professeur Carnot disait avec raison que Vichy constitue la cure qui convient à la plupart des dyspeptiques fonctionnels, qu'ils soient hyper ou hypo, tant au point de vue sécrétoire que moteur ; en variant les eaux excitantes ou les eaux calmantes, ainsi que les traitements externes stimulants ou calmants, on peut tous les traiter. L'explication en est donnée par Lenoir et Agasse-Lafont : « Nombre de stations thermales répondent à des indications opposées, et l'on peut traiter, dans telle ou telle, avec le même succès, par exemple des hyper-chlorhydriques et des hypo-peptiques. En réalité cette constatation d'expérience ne saurait surprendre. D'abord parce que l'on trouve le

plus souvent réunies des sources de minéralisation quantitativement et qualitativement très différentes. Et aussi parce que la même solution saline peut convenir à des états gastriques opposés, suivant le moment de son ingestion et la quantité ingérée ».

Sont également justiciables de la cure alcaline les dyspepsies infantiles secondaires, et plus particulièrement celles qui sont sous la dépendance de troubles hépatiques.

II. AFFECTIONS INTESTINALES. — En dehors des dyspepsies gastro-intestinales, certains troubles intestinaux isolés sont heureusement influencés par la cure de Vichy.

C'est d'abord la *constipation par insuffisance biliaire* : certains enfants présentent une constipation avec atonie intestinale d'origine hépatique, soit par insuffisance de sécrétion biliaire, soit par ralentissement de son évacuation. Cette constipation s'atténue et cesse par le retour dans l'intestin d'une bile suffisante en quantité et en qualité, qui améliore la digestion intestinale et stimule le péristaltisme.

C'est aussi l'*entéro-colite muco-membraneuse*, avec constipation habituelle entrecoupée de débâcles diarrhéiques glaireuses. D'après Roger, la bile contient une substance qui normalement s'oppose à l'action de la mucinase, ferment sécrété par les parois de l'intestin et qui fait coaguler le mucus intestinal ; ainsi la formation de fausses membranes dans certains cas d'entérites est due à une insuffisance biliaire absolue ou relative, qui constitue l'indication de la cure de Vichy.

Ce sont les *diarrhées fonctionnelles* considérées, soit comme des dyspepsies intestinales par troubles sécrétoires à la suite d'irritations microbiennes, toxiques ou parasitaires, soit comme la conséquence de troubles d'autres organes (dyspepsie gastrique, affections hépato-biliaires, troubles de la sécrétion pancréatique), soit comme dépendant de troubles nerveux ou endocriniens.

Une forme particulière est la *diarrhée post-prandiale*, diarrhée bilieuse, dont le facteur étiologique le plus important réside manifestement dans les troubles hépatiques. La cure de Vichy, tout en régularisant la fonction biliaire du foie, calme l'hyperesthésie gastro-intestinale et vésiculaire qui déclenche la diarrhée.

La *diarrhée des pays chauds* bénéficiera de la cure thermale à sa période chronique, séquelle de la période aiguë.

Les *diarrhées estivales* de nos contrées peuvent chez certains enfants délicats revêtir une forme sévère et prolongée et laisser un état d'entéro-colite chronique diarrhéique ; la cure est indiquée à ces deux périodes.

\*  
\*  
\*

E. Diabète infantile. — Le diabète sucré, très fréquent chez l'enfant, revêt presque toujours la forme du diabète consomptif, de gravité exceptionnelle. Son pronostic a été complètement transformé par l'insuline, qui est le médicament indispensable. Lorsque, grâce à l'insuline, l'enfant traité se développe normalement, augmente de poids et de taille, supporte bien son diabète, on peut avoir recours à titre d'adjuvant



à la cure de Vichy, qui stimule la glycopexie hépatique et tous les processus glycolytiques, et ramène à la normale les phénomènes de fixation et d'utilisation des sucres ; de plus elle combat l'acidose en rétablissant l'équilibre acido-basique normal. L'association insuline et cure de Vichy présente ici un réel intérêt, comme l'a montré Rathery et comme nous-mêmes en avons publié l'an dernier plusieurs observations chez les adultes ; elle peut permettre de diminuer les doses d'insuline, parfois de les supprimer momentanément, laissant une période de repos très appréciée du petit malade et de son entourage ; ou bien, en continuant les cures associées, d'augmenter la tolérance hydro-carbonée et par suite la ration journalière.

A côté du diabète consomptif, il y a des formes moins graves, rares, mais très intéressantes, sur lesquelles le Prof. Nobécourt a insisté : ce sont celles où le diabète s'accompagne d'hypotrophie simple, sans dénutrition véritable, mais avec un retard pondéral et statural souvent très important. Ces formes ne sont pas, toutefois, complètement distinctes du diabète consomptif, car si leur évolution est plus lente, elles se compliquent secondairement d'acidose et de coma si l'insuline n'intervient pas. Le fait que ce retard de croissance tient en partie, d'après Nobécourt, à ce que ces malades ne fixent pas le sucre si nécessaire à leur nutrition et à leur croissance, le fait que ces diabétiques ont tendance à faire un jour de l'acidose et du coma, justifient pleinement l'indication de la cure de Vichy, qui agit directement, non seulement sur l'activité des processus glycolytiques et sur la glyco-régulation, mais aussi sur la glycopexie hépatique, et qui de plus combat les tendances acidosiques par régulation de l'équilibre acide-base. La cure insulinoïque et la cure alcaline peuvent être appliquées alternativement, ou bien simultanément, si l'état du petit malade le demande.

Une troisième forme a été isolée par Lereboullet et Gournay, forme qui se sépare du diabète consomptif par son évolution favorable et son absence habituelle d'acétonurie, et du diabète avec hypotrophie de Nobécourt par son absence habituelle d'hypotrophie. C'est un diabète nettement caractérisé au début, avec tous les symptômes classiques bien marqués, mais avec une glycémie peu élevée et une acétonurie nulle. L'insuline agit vite sur les symptômes fondamentaux du début, sur le poids, sur l'état général ; les doses peuvent ensuite en être réduites, puis supprimées, la glycosurie restant nulle et l'état général se maintenant bon avec croissance staturale et pondérale à peu près normale. D'après Lereboullet et Gournay, cette forme, parfois à caractère familial, s'expliquerait en partie par un élément rénal, et permettrait de porter un pronostic lointain moins décevant que celui des deux formes précédentes. Et les auteurs ajoutent : « Peut-être de tels cas sont-ils ceux qui réagiraient actuellement le mieux à certaines cures hydro-minérales ». La cure de Vichy est de celles qui sont indiquées dans ces cas.

A côté de ces formes de diabète, il faut mentionner les diabètes par hypo-hépatie de Gilbert, Weil et Lereboullet, qui relèvent de la cure de Vichy en raison de leur pathogénie hépatique.

Enfin, la même indication se retrouve pour les glycosuries simples, parfois intermittentes, que l'on rencontre chez les enfants, que ces glycosuries soient sous la dépendance de troubles fonctionnels du foie, comme dans les cas rapportés par Hutinel, par Marcel Labbé, ou bien que l'on ait affaire aux glycosuries arthritiques héréditaires des jeunes sujets, ou encore que la cause première puisse en être rapportée à des excès alimentaires, principalement en féculents et en sucres, ou à des troubles digestifs chez des prédisposés déjà obèses.



Telles sont les différentes affections que l'on rencontre en clinique infantile et qui sont susceptibles d'être améliorées ou guéries par la cure thermique alcaline de Vichy.

## CONGRÈS DES SOCIÉTÉS FRANÇAISES D'OTO-NEURO-OPHTALMOLOGIE

Nice, 15-18 avril 1935 (1).

### RAPPORT

#### Les abcès du cervelet

MM. RAMADIER et CAUSSÉ (otologie), ANDRÉ-THOMAS  
et BARRÉ (neurologie), VELTER (ophtalmologie),  
rapporteurs

L'abcès du cervelet, la plus rare de toutes les complications endocraniennes des otites, survient généralement au cours d'une otite chronique. La symptomatologie de ces abcès peut être extrêmement riche. Parmi ces symptômes, les uns sont les mêmes que ceux rencontrés au cours de tout abcès encéphalique, les autres au contraire ont une valeur de localisation.

Parmi les signes communs à tous les abcès encéphaliques, s'il en est quelques-uns qui n'offrent vraiment aucune particularité en rapport avec le siège de la collection, comme la température, l'état général, la formule sanguine, en revanche il en est d'autres où l'on peut noter certaines nuances intéressantes au point de vue du diagnostic différentiel : ce sont les modifications du pouls, du fond d'œil, les caractères de la céphalée et du syndrome méningé. Par exemple, la bradycardie peut atteindre dans les abcès du cervelet un degré qu'on ne rencontre guère dans les abcès du cerveau ; la céphalée a volontiers une localisation occipitale ; la raideur de la nuque contraste souvent avec une absence complète de signe de Kernig ; la stase papillaire est plus fréquente dans l'abcès du cervelet que la névrite optique, alors que dans l'abcès du cerveau, c'est l'inverse qui a lieu.

La présence de l'abcès dans le cervelet entraîne toute une série de symptômes qui se manifestent dans la musculature du corps située du même côté que l'abcès. Ce sont des troubles des mouvements actifs et des attitudes, d'une part, des troubles du tonus d'autre part. La dysmétrie, l'hypermétrie, l'asynergie, et d'une façon générale tous les troubles cérébelleux ne doivent pas être recherchés au moyen d'une seule épreuve, mais par la série complète des épreuves classiques. On doit signaler l'importance toute particulière des troubles du tonus, en raison de la précocité de ces troubles,

(1) Association de la Presse médicale française.

et de ce fait que bien souvent à cause de l'état du malade, ce sont les seuls phénomènes d'ordre cérébelleux que l'on puisse rechercher... C'est par l'étude de la passivité et de la diminution de résistance des antagonistes que se caractérise la perturbation fonctionnelle cérébelleuse. Les modifications de l'extensibilité, par contre, n'appartiennent pas aux troubles de cette série (André-Thomas).

Les signes d'atteinte du tronc cérébral, et en particulier les signes vestibulaires, ont dans la symptomatologie localisatrice de l'abcès du cervelet une valeur presque égale aux symptômes cérébelleux proprement dits. L'ensemble des phénomènes vestibulaires revêt bien souvent un aspect dysharmonieux (Barré). Le nystagmus spontané est particulièrement fréquent. Il bat le plus souvent mais non toujours du côté de l'abcès. En outre il peut changer de sens, soit spontanément, soit à la suite d'une intervention. La déviation des index à laquelle on a cessé d'accorder la signification que voulait Barany, se fait généralement du côté de l'abcès. L'étude des réactions instrumentales montre le plus souvent une inexcitabilité calorique en rapport avec la labyrinthite, qui si souvent a précédé l'abcès.

Il semble que la déviation conjuguée des yeux du côté opposé à la lésion, volontiers accompagnée d'une paralysie du regard en sens inverse et parfois d'une position particulière de la tête, soit un symptôme nullement exceptionnel, assez caractéristique des abcès du cervelet. Les troubles respiratoires sont fréquents et notamment la mort par syncope respiratoire. En ce qui concerne les diverses paires crâniennes, en dehors du nerf facial atteint suivant le mode périphérique et plus rarement central, on a surtout l'occasion d'observer la paralysie du VI et celle du III. Les troubles pyramidaux, les troubles de la sensibilité sont très inconstants.

Le diagnostic de l'abcès du cervelet se heurte en pratique à de nombreuses difficultés qui expliquent pourquoi, aujourd'hui encore, tant d'abcès restent méconnus. Il y a des cas, ce sont les moins nombreux, où la symptomatologie est très riche et très objective, et cependant, même dans cette circonstance, on ne peut pas d'une manière absolue affirmer la présence de l'abcès, car nombre de processus de la fosse postérieure ont une physiologie clinique identique : ce sont les abcès paraduraux, la méningo-encéphalique collatérale, la méningite hypertensive. Ailleurs on doit discuter l'alternative abcès du cerveau, abcès du cervelet, diagnostic différentiel, qui souvent ne repose que sur des nuances. Mais la plus grande difficulté peut-être se trouve réalisée quand évolue une complication dont on ne sait si elle est unique ou si derrière elle se masque un abcès du cervelet : méningite diffuse, thrombo-phlébite, labyrinthite, et parfois, c'est un sujet comateux qu'il faut examiner. On s'explique que dans certains cas, on puisse parler d'abcès muet. Il faut enfin signaler la possibilité de coexistence d'un abcès et d'un syndrome neurologique indépendant.

Les difficultés du diagnostic de l'abcès du cervelet font que bien souvent, ce n'est que sur la table d'opération que la certitude est acquise. Pour gagner le cervelet, le pus de l'otorrhée peut emprunter trois voies : la voie labyrinthique, celle du triangle de Trautmann, celle du sinus. Quelle que soit la voie suivie, on peut reconnaître au processus trois étapes : pétreuse, méningée, encéphalique. L'abcès étant presque toujours placé au voisinage des lésions qui lui ont donné naissance, c'est dans la partie antéro-interne du cervelet qu'il est situé, en pleine substance blanche comme tout abcès encéphalique, à 1 ou 2 centimètres de profondeur. Une forme particulière à l'abcès du cervelet est celle dite fissuraire ou lamellaire. L'abcès peut être encapsulé, simplement collecté, diffus. Tout abcès passe d'ailleurs par une phase d'encéphalite avant d'aboutir à l'abcédation franche. Comme l'intervention à la phase d'encé-

phalite est vouée à un échec, il serait désirable qu'un signe clinique pût indiquer si la transformation a eu lieu.

L'intervention comporte un temps osseux oto-mastoïdien et un temps méningo-encéphalique. Le temps osseux qui porte sur la zone sinusale, présinusale et rétro-sinusale, comporte l'exploration de la surface dure-mérienne, et fournit des renseignements de premier ordre (fistule dure-mérienne, pachy-méningite externe, abcès extradural). Suivant ces constatations, on passera immédiatement à l'exécution du second temps, ou on laissera s'écouler un intervalle de vingt-quatre ou de quarante-huit heures. Ce sont les lésions rencontrées au cours de l'intervention oto-mastoïdienne qui guideront sur le choix de la voie à suivre pour aborder l'abcès : voie présinusale, rétro-sinusale, transsinusale. Chaque voie présente ses inconvénients et l'on peut être appelé à les combiner. Avant de rechercher le pus, on s'efforce de créer des adhérences qui préservent les espaces sous-arachnoïdiens (procédés chimiques ou diathermie). Classiquement, l'incision des méninges précède la ponction exploratrice. Le pus trouvé, il faut assurer le drainage que la situation de l'abcès du cervelet rend toujours difficile. Au cours des pansements, la position de Muck (position assise, tête droite) facilite beaucoup l'issue du pus. Dans le procédé de Lemaître, procédé de l'exclusion des espaces méningés, les méninges ne sont pas incisées, mais ponctionnées avec une aiguille de Pravaz ; le pus trouvé, un drain filiforme est mis en place qui, chaque jour, est remplacé par un drain d'un plus gros calibre. La résection du couvercle de la poche ou son extirpation sont des procédés encore discutés. Dans les cas favorables, la guérison n'est souvent obtenue qu'après bien des incidents, dont la rétention est le plus commun. Certains comme la hernie cérébrale posent d'ailleurs de difficiles problèmes. Mais dans une proportion qui varie de 70 à 75 % des cas, l'abcès du cervelet aboutit à la mort, soit qu'on le méconnaisse, soit que l'ayant diagnostiqué on ne puisse le découvrir, soit que l'évacuation ne puisse empêcher l'encéphalite ou la méningite.

#### Discussion

M. MALAN (Turin), d'après deux observations, signale l'intérêt des troubles vaso-moteurs. Au point de vue opératoire, il préfère la voie présinusale, suivie au besoin de contre-ouverture rétro-sinusale. Le lipiodol permet de suivre le trajet de l'abcès.

M. DORIA (Barcelone) considère la dysharmonie vestibulaire comme un signe de valeur.

M. DEREUX (Lille) a vu un cas où trois abcès microscopiques du cervelet, à staphylocoques, donnaient la symptomatologie de l'abcès collecté.

M. MORIEZ (Nice) signale dans un cas personnel l'importance des troubles psychiques.

M. SUNE I MEDAN (Barcelone) discute les difficultés du diagnostic dans les cas d'abcès bilatéraux.

M. COLLET (Lyon) a une expérience personnelle qui repose sur sept cas. Le sens du nystagmus, la position de la tête, la céphalée ont particulièrement retenu son attention.

M. HALPHEN (Paris). — La simple hydropisie méningée peut créer un tableau absolument identique à celui de l'abcès du cervelet.

M. TERRACOL (Montpellier). — Les abcès du cervelet deviennent de plus en plus rares ; il faut penser que la meilleure organisation des soins otologiques explique cette rareté.

M. SUBIRANA (Barcelone) est particulièrement convaincu de l'importance de la dysharmonie vestibulaire comme signe de lésion cérébelleuse.



M. ARSLAN KHAYEL (Padoue) analyse les résultats des épreuves instrumentales et plaide en faveur d'une unification des méthodes d'examen vestibulaire.

M. DE MORSIER (Genève). — L'analyse des symptômes est parfois délicate. La chronaxie pourrait jouer un rôle dans ce domaine.

M. ODY (Genève) rappelle la symptomatologie des « cerebellar fits » qu'il a pu observer dans un cas d'abcès du cervelet et il en discute la physiologie pathologique.

M. ROGER (Marseille) montre la difficulté du diagnostic entre l'abcès et la tumeur du cervelet. Ce n'est guère que par l'évolution que l'on est conduit à choisir entre ces deux hypothèses.

#### Communications

MM. PORTMANN et DESPONS (Bordeaux). **Sur la latence des abcès du cervelet.** — Les auteurs ont vu 4 cas d'abcès du cervelet : 2 ont été méconnus, 2 ont été diagnostiqués ; mais ce n'est qu'à l'autopsie que les uns et les autres ont été découverts. La stase papillaire a constamment manqué. Dans deux cas seulement, il y avait des signes vestibulaires. Cette rareté des signes cliniques impose un examen clinique et opératoire systématique dans les cas où l'on peut envisager un abcès.

M. G.-A. WEILL (Paris). **Troubles respiratoires dans l'abcès du cervelet.** — Sur la table d'opération, on peut noter des troubles respiratoires, soit au début de l'anesthésie, soit au moment de l'évacuation de l'abcès. Le mécanisme n'est sans doute pas le même dans les deux cas.

M. G.-A. WEILL. **Un cas de démence précoce pris pour un abcès du cervelet.**

M. BOURGUIGNON. **Exposé sur la chronaxie.** — L'auteur rappelle les principes qui règlent la répartition des chronaxies dans les groupes musculaires antagonistes et il indique la manière d'analyser par cette méthode les symptômes tels que l'adiadococinésie et le tremblement et de discerner la participation pyramidale.

M. BARRY (Strasbourg). **Les épreuves vestibulaires.** — L'auteur fait un exposé des techniques d'examen vestibulaire.

MM. BARRY, METZGER et CHARBONNEL (Strasbourg). **La dysharmonie vestibulaire.** — Les épreuves vestibulaires instrumentales, les lésions labyrinthiques périphériques provoquent un syndrome dont les divers éléments sont toujours rigoureusement ordonnés entre eux et dit harmonieux. L'une des causes les plus fréquentes de dysharmonie vestibulaire est l'atteinte cérébelleuse et l'étude des abcès du cervelet offre précisément l'occasion de vérifier la justesse de cette règle énoncée par le professeur Barré.

R. CAUSSÉ.

## SOCIÉTÉS SAVANTES

### ACADEMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 20 MAI 1935)

**Etude physicochimique des transformations qu'éprouve le sérum sanguin sous l'influence du chauffage.** — MM. Charles ACHARD et Augustin BOUTARIE.

**Infection par voie conjonctivale des petits singes avec le virus typhique murin des rats de Tunis.** — M. Charles NICOLLE et Mme Hélène SPARROW.

**Virus neurotrope.** — MM. C. LEVADITI et J. VIEUCHANGE envoient une note sur l'inoculabilité de certains virus neurotropes (herpès, poliomyélite) par la voie du conduit auditif externe.

### SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

(SÉANCE DU 4 AVRIL 1935)

**Un cas anatomo-clinique de myoclonies vélo-pharyngées et oculaires.** — MM. ALAJOUANINE, THUREL et HORNET rapportent un cas de myoclonies oculaires et vélo-pharyngées gauches consécutif à un ramollissement de la moitié droite de la calotte protubérantielle. Les auteurs attribuent le syndrome myoclonique à la dégénération secondaire de l'olive bulbaire, lésion que l'on retrouve dans toutes les observations ; si, dans la plupart des cas, elle est sous la dépendance des lésions du faisceau central de la calotte, dans quelques observations, elle est en rapport avec une atteinte du noyau dentelé du côté opposé ou des fibres olivo-dentelées. La dégénération olivaire, responsable du syndrome myoclonique, est d'un type spécial ; les auteurs font une étude histologique complète de cette dégénération pseudo-hypertrophique de l'olive bulbaire.

M. LHERMITTE insiste sur la constance de cette dégénérescence pseudo-hypertrophique de l'olive bulbaire dans les myoclonies du voile.

**Sur les troubles de l'équilibre consécutifs à l'épreuve rotatoire chez l'homme normal.** — M. DELMAS-MARSALLET (de Bordeaux), en réponse à une communication faite par M. Barré sur ce sujet à la dernière séance de la Société, s'attache à réfuter l'hypothèse d'une origine otolithique de ces réactions, et maintient la valeur des asymétries qu'il a constatées dans les lésions du lobe frontal et qui font toujours défaut chez les sujets normaux.

**Essai de chirurgie physiologique dans le traitement des syndromes parkinsoniens.** — M. DELMAS-MARSALLET (de Bordeaux), se fondant sur l'antagonisme des symptômes entre les syndromes parkinsoniens et les syndromes cérébelleux, a cherché à traiter des parkinsoniens graves par des lésions électrolytiques pratiquées dans le cervelet par trépano-ponction ; chez cinq malades traités, il y a eu une sensation d'amélioration au moment de l'intervention ; mais on n'observe d'effet durable que chez deux malades, et l'amélioration est restée très légère.

M. LHERMITTE rappelle l'échec des essais thérapeutiques qui ont été entrepris, soit par section des racines postérieures (Forster), soit par section des voies pyramidales (Putnam).

**Tumeur cranio-pharyngée (chordome) avec paralysies multiples des nerfs craniens.** — MM. TINEL, FOURESTIER, et FRIEDMAN présentent une malade qui avait été prise de paralysie labio-glosso-laryngée évoquant le diagnostic de

**Chirurgie de l'œsophage**, par R. GRÉGOIRE. In-8° de 180 pages avec 31 figures. — Prix : 35 fr. Paris, Masson et Cie.

**Aspects radiologiques de la circulation. Etude expérimentale, clinique et thérapeutique**, par le docteur Maurice RACINE. In-8° de 130 pages, avec 35 figures. — Paris, Le François.

**Indications et contre-indications du transport par avion dans les affections chirurgicales de l'abdomen, du thorax et du crâne**, d'après 160 cas nouveaux et 27 publiés antérieurement, par le Dr Jean LEDUC. In-8 de 192 pages. — Impimerie moderne, 75, rue de l'Isle, Saint-Quentin. (Thèse).

maladie de Charcot, mais l'évolution asymétrique des paralysies de la langue, du pharynx, du sterno-cléido-mastoïdien et du trapèze, l'association d'une paralysie de la 6° paire gauche et d'une paralysie de la 7° paire droite constituaient une anomalie. On observait quelques signes d'irritation pyramidale, mais aucun indice d'hypertension crânienne. L'apparition d'une tumeur bombant dans le pharynx permit de faire une biopsie qui révéla l'existence d'un chordome. Un traitement radiothérapique a été commencé et paraît donner de bons résultats. Il faut noter que la malade avait subi, à dix-sept ans, un grave traumatisme crânien avec fracture de l'occipital.

**Contribution à l'étude des localisations cérébelleuses. Troubles de l'équilibre et troubles de la motilité d'un membre inférieur.** — MM. ANDRÉ-THOMAS et HAGUENAU présentent un malade qui, à la suite d'une fracture de l'orbite, est atteint de troubles asynergiques localisés au membre inférieur gauche. Il s'agit d'un cas très rare de syndrome cérébelleux localisé, avec mouvements démesurés de la jambe gauche, troubles de l'équilibre à cloche-pied, non exagérés par l'occlusion des yeux, dysmétrie, adiadococinésie, passivité sans paralysie, sans modification des réflexes, sans anomalie des réactions labyrinthiques, mais avec un peu de nystagmus. Ces syndromes cérébelleux localisés, qui ont été réalisés expérimentalement chez l'animal, sont exceptionnels chez l'homme.

**Crises d'inhibition motrice localisée sans perte de connaissance.** — M. BARRÉ (de Strasbourg) présente l'observation d'un homme de cinquante et un ans, qui avait été atteint d'une forte grippe quelques semaines auparavant, et qui fut pris de crises très spéciales. La crise s'annonce par une douleur frontale du côté gauche. Puis le bras droit s'immobilise et la parole devient impossible, sans qu'il y ait ni contracture, ni mouvement involontaire, ni perte de connaissance. Les crises se produisent plusieurs fois par jour, mais toujours au repos, jamais pendant la marche. Dans l'intervalle des crises, on ne relève aucun trouble d'ordre neurologique.

**Coma cérébelleux.** — M. BARRÉ et Mlle ROUSSEL (de Strasbourg) rapportent l'observation d'une femme de soixante ans qui, à la suite d'un ictus, présenta un coma profond, avec déviation de la tête vers la gauche, forte hypotonie musculaire, diminution de tous les réflexes et abolition de ceux du membre supérieur droit, inexcitabilité labyrinthique au vertige voltaïque. La ponction lombaire ramenait un liquide sanglant. L'autopsie montra une hémorragie de l'hémisphère cérébelleux gauche avec inondation du quatrième ventricule.

**Le diagnostic radiographique des tumeurs hypophysaires.** — M. DAVID présente les radiographies crâniennes d'une femme chez qui s'était développé très rapidement un syndrome d'hypertension crânienne sans signe de localisation. Sur une ventriculographie qui montrait une dilatation des ventricules latéraux et du troisième ventricule, on fit une intervention postérieure qui fut inutile. La malade étant morte trois semaines après, l'autopsie montra une tumeur de l'épiphyse. Une étude plus attentive des ventriculographies permit alors de se rendre compte que la tumeur de l'épiphyse pouvait y être décelée par une image qui n'a pas encore été décrite.

#### SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 24 MARS 1935)

**De l'existence de ferments de défense spécifique dans l'organisme et de leur mesure par la méthode interférométrique.** — MM. P. LAURENT-GÉRARD et SIMONNET ont étudié

comparativement le sérum d'un même animal, avant et après ablation ou destruction *in situ* de glandes diverses, ou bien avant et après la greffe de sarcome.

Les essais sont uniquement faits sur le chien et le rat. Dans une première communication, ils avaient exposé leurs résultats après ablation de glande et administration à forte dose de produits glandulaires. Cette fois, ils cherchent à détruire les glandes *in vivo* par administration d'huile phosphorée, d'une part ; d'autre part, ils greffent des sarcomes à des rats. Le sérum des animaux ainsi traités est étudié par la méthode interférométrique de Hirsch.

Ils n'arrivent pas à constater la preuve de la présence de ferments spécifiques dans le sang des chiens traités. Ils estiment donc que la technique actuelle n'est pas assez précise, ni les réactifs assez spécifiques pour déceler la présence des ferments, si tant est qu'ils existent, comme le prétendent les auteurs allemands.

M. GRIGAUT appuie les conclusions de MM. Laurent-Gérard et Simonnet. M. N. FIESSINGER rappelle qu'avant la guerre, il avait étudié la méthode d'Abderhalden. Il était arrivé à la conclusion qu'il y avait, dans cette méthode, tant de causes d'erreurs et qu'elle rendait si peu de services au diagnostic qu'il avait dû y renoncer.

**Modifications apportées au sérum des lapins par des saignées répétées.** — MM. PASTEUR VALLERY-RADOT, G. MAURIC, Mme A. HUGO et Mlle P. GAUTHIERS-VILLARS ont étudié les modifications apparaissant dans le sérum des lapins chez lesquels on pratique des saignées quotidiennes. Le taux de l'urée et du cholestérol s'élève. Les albumines du sérum baissent régulièrement, puis tendent à revenir au taux initial ou à osciller. Le pouvoir opacifiant du sérum des lapins pour le sérum de cheval varie.

La méconnaissance de ces perturbations sériques peut conduire à des erreurs dans les expériences pratiquées chez le lapin.

M. LECONTE DE NOUY demande si les auteurs ont procédé à des dosages de sel pour déterminer la concentration de ces sérums. M. PASTEUR VALLERY-RADOT répond par la négative.

**Etude de la bacillémie du cobaye par la méthode des injections d'extrait acétonique de bacilles de Koch.** — MM. L. NÈGRE et J. BRETEY. On peut, dans certains cas, révéler par la méthode des injections d'extrait acétonique de bacilles de Koch la présence du virus tuberculeux dans le sang d'un animal tuberculeux, alors que l'inoculation de ce liquide au cobaye était restée négative.

Les bacilles tuberculeux isolés ont les mêmes caractères que ceux qui sont obtenus par ensemencement sur le milieu de Löwenstein des lésions des cobayes inoculés avec des filtrats de produits pathologiques sur bougie Chamberland et traités par l'extrait acétonique.

On peut donc supposer que les injections répétées des substances ciro-graisseuses bacillaires, par leur influence activante, mettent en évidence le virus tuberculeux sous une forme qui n'a pas la virulence du bacille de Koch et qui par ce fait, ne peut pas être décelé par l'inoculation au cobaye, méthode considérée jusqu'à présent comme la plus sensible.

**Sur une substance sensibilisant à l'acétylcholine, formée dans le tronc du nerf pneumogastrique au cours d'une excitation indirecte.** — MM. LÉON BINET et B. MINZ. La substance sensibilisant à l'acétylcholine, libérée par le tronc du nerf vague au cours de l'excitation électrique, traduit bien un phénomène physiologique, car on peut mettre en évidence sa formation dans un tronc vagal excité, non directement, mais indirectement par l'intermédiaire de ses centres.



**Sensibilité comparée de la méthode de Loewenstein et de l'inoculation au cobaye pour la recherche de la bacillémie expérimentale.** — MM. A. SAENZ, L. COSTIL et M. SADET-TIN. Dans trois séries d'animaux infectés par voie veineuse ou sous-cutanée, la recherche de la bacillémie par l'inoculation au cobaye donne un pourcentage de résultats positifs de 20 à 35 % supérieur à celui fourni par l'hémoculture. Les laquages répétés, les lavages successifs et les centrifugations sont, d'après eux, la cause des échecs constatés par la méthode de Loewenstein.

L'hémoculture et l'inoculation fournissent des résultats concordants lorsque le sang contient au moins 20 bacilles par cc., mais à la condition d'ensemencer sur les milieux à l'œuf-asparagine-vert malachite le sang stérile pur, simplement rendu incoagulable et laqué à l'eau distillée.

Pour les sangs qui contiennent moins de 20 bacilles par cc., l'inoculation sous-cutanée au cobaye est supérieure à la culture, mais il est nécessaire de prolonger l'observation des animaux pendant au moins six mois.

**Recherches sur les meilleures conditions de sensibilisation des animaux par le sérum humain cancéreux.** — M. H. MORICOURT-BOURSAUS, poursuivant les recherches expérimentales entreprises par P. Girard et Ed. Peyre sur le pouvoir antigène des sérums cancéreux, cherche les conditions optima qui permettent d'obtenir la meilleure sensibilisation, soit en faisant varier les doses de sérum injectées ou le mode d'injections ou le rythme de ces injections.

**Vasodilatation et libération locale de substances histaminiques.** — MM. J. TINEL et G. UNGAR ont constaté, en étudiant les diverses conditions de la libération locale d'histamine dans les tissus, que celle-ci se produit par l'intermédiaire d'éléments nerveux qui dégèrent lors de la section du nerf périphérique. La mise en liberté de cette substance s'exagère par la section simple de ces nerfs.

**Libération de substances histaminiques dans les états de choc.** — MM. J. TINEL, G. UNGAR et M.-R. ZERLING. Le choc colloïdal et le choc séro-anaphylactique s'accompagnent d'une mise en liberté d'histamine dans l'organisme.

**Sur le mécanisme de la polyglobulie d'origine respiratoire.** — MM. J. BEYNE, LÉON BINET et M.-V. STRUMZA. Reprenant l'étude du mécanisme de la réaction polyglobulique, les auteurs déterminent quelle est la part de l'insuffisance d'O<sup>2</sup> et quelle est celle d'une rétention de CO<sup>2</sup> intervenant dans son déclenchement.

On ne saurait incriminer le CO<sup>2</sup>, puisque les inhalations d'un air surchargé en ce gaz de 3,3 % à 79 % n'ont jamais été suivies de polyglobulie si l'on a soin de mettre de l'O<sup>2</sup> en quantité suffisante.

Par ailleurs, lorsque chez l'animal soumis à la dépression atmosphérique, on a soin d'administrer de l'O<sup>2</sup> par voie sous-cutanée ou intra-péritonéale, on note un retard de la réaction polyglobulique, en ce sens que celle-ci n'apparaît qu'avec une dépression atmosphérique plus poussée. Le seuil de la polyglobulie se trouve ainsi relevé.

# IODONE ROBIN

*Gouttes - Comprimés - Injectable*

**ARTHRITISME, ARTÉRIO-SCLÉROSE, ASTHME  
GOUTTE, RHUMATISME, EMPHYSEME**

R. G., 221.839  
Seine.

**LABORATOIRES ROBIN, 13. Rue de Poissy, PARIS**

Adopté par les hôpitaux de Paris

## GYNERGÈNE

**"SANDOZ"**

*Tartrate de l'Ergotamine cristallisée - Principe actif spécifique de l'ergot*

**LE PLUS PUISSANT DES HÉMOSTATIQUES UTÉRINS - INHIBITEUR DU SYMPATHIQUE**

**AMPOULES**

1/2 cc. à 1 ampoule.

**COMPRIMÉS**

1 à 2, trois fois par jour.

**GOUTTES**

XV à XXX gouttes, 3 fois par jour.

**PRODUITS SANDOZ, 20, rue Vernier. — PARIS-17<sup>e</sup>**

**B. JOYEUX, Pharmacien de 1<sup>re</sup> classe**



**Action du pipéridino-méthyl-benzo-dioxane (933 F) sur la double innervation de la glande sous-maxillaire.** — M. et Mme A. CHAUCHARD injectent à des chiens chloralosés une dose de 933 F, un peu inférieure à celle qui provoque la sécrétion salivaire, soit 2 mgr. par kilo, et mesurent l'excitabilité des fibres sécrétoires sympathiques et parasympathiques, ainsi que celle de la glande. La chronaxie de la corde du tympan diminue, alors que celle du sympathique, augmente. Le plus souvent apparaît une phase d'inexcitabilité par le sympathique, alors que la sécrétion cordale est plus aisée. La glande n'est donc pas bloquée, elle reste sensible à l'action de l'adrénaline, mais le 933 F. agit comme une substance sympathicolytique, de telle façon que la stimulation nerveuse reste sans effet. L'action sur les fibres sympathiques est antagoniste de celle de l'adrénaline, tandis que sur les fibres parasympathiques, elle est de même sens.

**Sur certaines lésions histologiques du névraxe consécutives aux chocs anaphylactiques répétés et aux injections réitératives espacées d'albumine étrangère chez l'animal et sur quelques considérations pathogéniques applicables à la neuro-pathologie humaine.** — MM. R. GARCIN, Ivan BERTRAND, R. LAPLANE et P. FRUMUSAN rapportent les résultats d'une expérimentation de trois années, sur l'effet sur les centres nerveux de l'animal des injections réitératives espacées d'albumine étrangère.

Ils montrent la réalité de lésions histologiques évidentes (réactions méningées, lésions cellulaires marquées, nodules microgliaux), chez certains de ces animaux.

Dans nombre de cas, des chocs anaphylactiques évidents furent observés. Rapprochant ces données expérimentales de certaines conditions pathologiques chez l'homme, ils sont amenés à penser qu'à côté des grands processus généraux de l'infection et de l'intoxication, il convient de faire pour le névraxe une place à part assez large aux perturbations vasculaires *a minima*, mais répétées, dans la genèse de certaines dégénération fixées ou évolutives des cellules neuro-ganglionnaires et de certaines scléroses inexplicables où l'on cherche en vain un facteur originel toxique ou infectieux.

Dans le cadre d'une même espèce, la personnalité de l'individu apparaît comme un facteur de premier plan décidant des échéances anatomiques lointaines de ce processus physiopathologique, qui apparaît ainsi à la fois très général dans son essence et très personnel dans ses méfaits.

**Variation de la teneur des tissus en acide ascorbique ou vitamine C.** — MM. A. GIROUD et C.-P. LEBLOND étudient les valeurs de l'acide ascorbique chez les animaux carencés. L'état normal d'un tel animal peut être défini chimiquement par la superposition des valeurs des organes en acide ascorbique à celles qui existent d'une façon générale chez les animaux non carencés. Cet état est très instable ; un apport insuffisant de vitamine le transforme après une chute des valeurs assez rapide, en des états où les valeurs se stabilisent. Suivant les niveaux, on a la carence ou la pré-carence chimique, et à des niveaux plus élevés, une « déficience chimique » ne s'accompagnant d'aucun trouble fonctionnel. Toutes ces valeurs sont sous la dépendance étroite du régime chez les espèces carencées ; et souvent les régimes habituels, tant chez l'homme que chez le cobaye, sont insuffisants en vitamine C.

**Etude de virulence pour le singe d'une souche S de bacilles tuberculeux.** — M. ARMAND-DELILLE a constaté qu'une souche S provenant d'un cas de tuberculose pulmonaire infantile ne provoquait par injection intraveineuse aucune lésion folliculaire chez le singe cynocéphale et cynolgus.

L'injection sous-cutanée produit seulement un abcès local ou adénite qui se résorbe au bout de six semaines.

**Etude de bacilles tuberculeux isolés simultanément du liquide céphalo-rachidien et du sang dans un cas de tuberculose milliaire.** — MM. ARMAND-DELILLE et GAVOIS. Le bacille R isolé du liquide céphalo-rachidien présentait tout le caractère du bacille humain. Par contre, le bacille isolé du sang par inoculation au cobaye traité par l'extrait acétonique ne présente qu'une faible virulence pour le cobaye, mais donne au lapin une tuberculose caractéristique.

Ces faits concordant avec ceux que M. Nègre a observés, montrent que le bacille en circulation dans le sang peut présenter des caractères modifiés.

## PRATIQUE MÉDICALE

### TRAITEMENT DE L'APPRÉHENSION ET DE LA DOULEUR EN PRATIQUE STOMATOLOGIQUE (1)

Par M. A. JACQUOT.

Au cours de ce travail, l'auteur expose le fruit de sa longue expérience, en ce qui concerne le traitement de l'appréhension et de la douleur en stomatologie.

Contre l'appréhension, le Belladénal lui a donné des résultats remarquables en supprimant les réflexes et l'anxiété du malade. Son action, complète au bout de 15 minutes, persiste plusieurs heures, diminuant ainsi les réactions douloureuses post-opératoires.

La posologie normale est d'un à deux comprimés pour un adulte. Toutefois, chez un cardiaque, il convient de réduire cette dose à un demi-comprimé.

Quant à l'élément douleur, si les analgésiques sont nombreux pour le combattre, c'est à l'Optalidon que l'auteur donne sa préférence.

Il déclare n'avoir jamais observé de douleurs chez ses opérés traités par ce médicament, même dans les cas d'ostéite maxillaire consécutive. La sédation de la douleur ainsi obtenue dure en moyenne de 2 à 6 heures suivant les sujets.

L'Optalidon ne présente aucune contre-indication. Il ne détermine aucun trouble. L'auteur a même pu observer des malades ayant absorbé 8 à 10 comprimés par 24 heures sans avoir été incommodés.

## ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

### THESES

**Mardi 4 juin.** — Jury : MM. Balthazard, président ; Gougerot, Guillain, Sézary. — M. ADAM. Les gauchers en médecine légale. — Mlle LAURENS. La maladie de Nicolas et Favre.

**Mercredi 5 juin.** — Jury : MM. Couvelaire, président ; Gosset, Lacomme, Portes. — M. HAMELIN. Etude de la parturition dans les utérus malformés. — M. JEAN-JOSEPH. Tension artérielle au cours de l'apoplexie utéro-placentaire. — M. PETRESCO. Recherches sur l'extension du bacille de Koch par le lait des accouchées tuberculeuses. — M. GOURDET. La crise douloureuse hépato-biliaire.

**Jeudi 6 juin.** — Jury : MM. Cunéo, président ; Lereboullet, Nobécourt, Gastinel. — M. CARRASCO. Contribution à l'étude du prolapsus du rectum. — M. LOSAY. Les repas épais, vomissements chez le nourrisson par aérophagie. — M. REYER-SÉVERIN. Mise au point de l'étude des syndromes douloureux abdominaux dans la pneumonie des enfants.

(1) *L'Odontologie*, 1934, n° 5.



# somnifène "roche"

à  
chacun  
sa  
dose

réglable  
à  
volonté

le plus maniable  
des hypnotiques  
gouttes

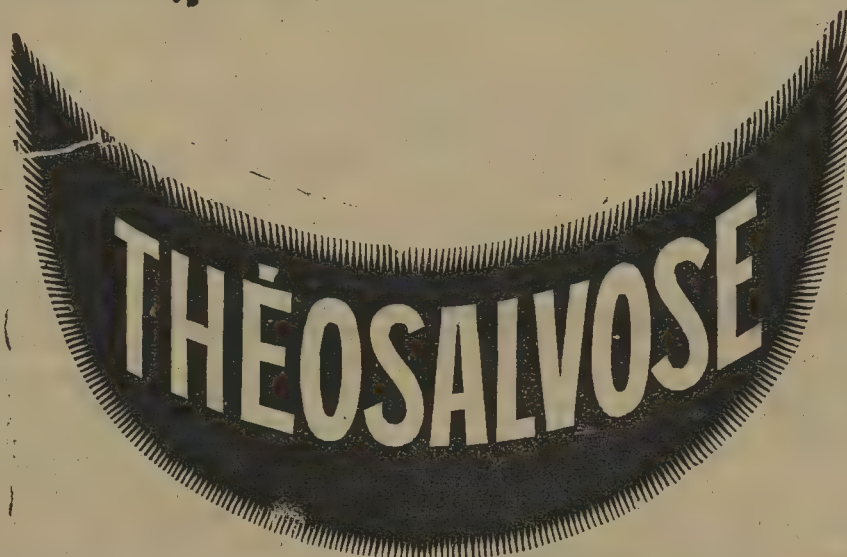
Produits F. HOFFMANN - LA ROCHE & C<sup>ie</sup>  
10 Rue Crillon - PARIS

**DIURÉTIQUE** { D'UN POUVOIR REMARQUABLE  
D'UNE FIDELITE CONSTANTE

Pure  
Digitalique  
Strophantique  
Sparléinée  
Scillitique  
Barbiturique

Phosphatée  
Lithinée  
Caféinée

Ne se délivrent  
qu'en cachets



Cachets dosés

0 gramme 25  
et à  
0 gramme 50  
de Théosalvose

DOSE MOYENNE :  
1 à 2 grammes  
par jour.

**THÉOBROMINE FRANÇAISE** garantie chimiquement pure

Artériosclérose — Affections cardiaques et rénales — Albuminuries — Intoxications  
Urémie — Uricémie — Goutte — Rhumatismes — Hydropisie — Maladies infectieuses

Laboratoires André GUILLAUMIN  
PARIS — 13, rue du Cherche-Midi, 13 — PARIS

R. G., 2,26. Seine.



*Vendredi 7 juin.* — Jury : MM. Clerc, président ; Fiesinger, X..., Henri Bénard. — M. PLIQUE. Etude du traitement des arthrites gonococciques par le sérum antiméningococcique. — M. DE VARONA Y BRIETO. De l'anévrismorraphie dans le traitement chirurgical des anévrismes artériels des membres.

*Samedi 8 juin.* — Jury : MM. Claude, président ; Tarrion, Terrien, Boulin. — M. DELMOND-BEBET. Essai sur la schizophasie. — M. CAHANA IANCU. Sur la fréquence croissante de la morbidité et de la mortalité dues aux affections cardio-vasculaires. — M. FORESTAL. Le parasitisme intestinal à la Guadeloupe. — M. POPOFF. Le typhus exanthématique en Bulgarie. — M. IZET XHAVIA. Etude des parotidites post-opératoires. — M. JOSELEWICZ. Sur l'abcès de fixation en ophtalmologie.

#### NOTES POUR L'INTERNAT

### HÉPATITES AMIBIENNES SIGNES ET DIAGNOSTIC<sup>1</sup>

C. — A l'opposé, il est des formes chroniques : hépatites suppurées chroniques, importantes à connaître.

Elles sont caractérisées par :

1° Des signes frustes : soit troubles digestifs assez vagues ; soit des douleurs sourdes dans l'hypocondre droit ; soit une atteinte progressive de l'état général ; soit encore par des signes respiratoires vagues.

2° Une évolution longue et par poussées.

Il faut leur rattacher les hépatites absolument latentes, qui prennent le masque d'une cholécystite, d'une tuberculose pulmonaire.

#### II. — Hépatites non suppurées :

a) Nous n'insisterons pas sur les hépatites abortives spontanées ou après traitement éméтино-arsénical.

b) Pour étudier les formes subaiguës ou chroniques, n'aboutissant jamais à la suppuration. Elles sont relativement fréquentes en France depuis la guerre.

Quelques caractères sont communs à ces hépatites non suppurées :

— La difficulté de leur diagnostic ;

— Les bons effets en général du traitement éméтино-arsénical ;

— Et surtout leurs caractères évolutifs : évolution traînante, entrecoupée de poussées qui n'aboutissent jamais à la suppuration.

Selon la clinique et surtout l'évolution, on distingue :

a) Des formes subaiguës non suppurées : de Boidin et Dujaric (encore appelées hépatites subaiguës simples de Ravaut et Charpin), caractérisées par :

— Outre les caractères évolutifs communs déjà vus,

— Par leur début assez brusque, en dehors de toute crise dysentérique ;

— Par des troubles digestifs assez marqués ;

— A l'examen : le foie est modérément gros et sensible, mais sans point exquis intense comme dans les formes suppurées ;

— Par les excellents résultats de l'émétine, et le traitement d'épreuve est ici un très bon moyen de diagnostic.

b) Des formes chroniques non suppurées. — Diverses modalités :

1° L'hépatite nodulaire hypertrophique avec cirrhose :

Anatomiquement. — Foyers nodulaires multiples, accompagnés d'une intense réaction scléreuse aboutissant à

une véritable cirrhose. Les nodules peuvent être absolument fibreux (abcès fibreux de Kelsch et Kirner).

Cliniquement. — Un foie gros, dur, irrégulier, bosselé. Une évolution chronique qui se fait par poussées séparées par des périodes de latence presque complète. Contrairement à toutes les autres formes, au moment des poussées, apparaissent : ictère et insuffisance hépatique.

2° Hépatites chroniques simples. — Caractérisées :

Anatomiquement. — Par des lésions de périhépatite progressive.

Cliniquement. — Par des signes liés à la périhépatite et qui apparaissent au moment des poussées :

— Douleurs phréniques et scapulaires droites ;

— Des signes de réaction pleuro-pulmonaire de la base droite ;

— Des frottements péritonéaux avec sensation de pesanteur hépatique.

Par ailleurs :

— Un foie un peu gros, mais régulier ;

— Absence ici d'ictère et d'insuffisance hépatique.

3° Enfin, citons comme exceptionnelle : la cirrhose amibienne.

Telles sont les différentes formes de l'amibiase hépatique, qui dans certain cas peuvent ne présenter que des stades évolutifs d'une même affection.

Il nous reste à citer, pour terminer : des formes associées :

— A un abcès amibien du poumon, et il faut savoir que toute amibiase pulmonaire comporte presque obligatoirement une étape hépatite à rechercher.

— A une cholécystite amibienne.

2° A d'autres affections : dysenterie bacillaire (aggrave le pronostic) ; paludisme (complique le diagnostic) ; tuberculose pulmonaire.

3° Enfin on a cité le rôle de la syphilis, de l'alcool, dans l'hépatite chronique, avec réactions scléreuses.

Diagnostic différentiel. — Ne se pose que lorsque la dysenterie est inconnue, mais nous avons vu que ces cas ne sont pas rares.

a) Hépatites subaiguës. — Éliminer : 1° au début : dyspepsie banale ; paludisme ; tuberculose pulmonaire ; septicémie.

2° A la période d'état : certaines formes fébriles et douloureuses, à évolution subaiguë, de : cancer du foie, syphilis hépatique, cirrhoses malignes.

— Le kyste hydatique suppuré, mais : antécédents, radio, échec à l'émétine.

3° Dans les formes supérieures : une pleurésie purulente diaphragmatique droite.

Inférieures : un abcès sous-phénique : une cholécystite.

Postérieures : un abcès périnéphrétique.

b) Hépatites aiguës. — Éliminer : 1° les autres abcès du foie non dysentérique, d'origine septicémique, lithiasique et surtout appendiculaire ;

2° Le foie congestif paludéen, mais : splénomégalie, influence de la quinine, formule sanguine.

Cependant, nous avons vu la possibilité d'association.

c) Hépatites chroniques. — Discuter les gros foies isolés qui s'accompagnent d'une altération de l'état général :

Le cancer du foie ;

La syphilis hépatique surtout, qui peut simuler de très près l'hépatite amibienne dans certaines formes fébriles et douloureuses.

Aussi, si doute : traitement d'épreuve.

Retenir qu'un gros signe en faveur de l'hépatite amibienne est la douleur :

« Tout gros foie douloureux doit évoquer l'amibiase. »

J.-CH. GERAUD.

Le Directeur-gérant : D<sup>r</sup> François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

(1) Fin. — Voir Gaz. des hôp., 1935, n° 41, p. 702 ; n° 43, p. 758.



---

# ANGINE DE POITRINE

## AORTITES

### ASTHME CARDIAQUE

### ARTÉRITES, ETC..

---

#### TRAITEMENT D'URGENCE

DRAGÉES  
A  
NOYAU MOU  
DE

**TRINITRINE**  
**CAFÉINÉE**  
**DUBOIS**

**TRINITRINE**  
**PAPAVÉRINE**  
**LALEUF**

CROQUER  
UNE DRAGÉE TOUTES LES 2 OU 3 MINUTES  
AU MOMENT OU EN PRÉVISION DES ACCÈS.  
MAXIMUM 10 DRAGÉES PAR 24 HEURES

---

#### TRAITEMENT PRÉVENTIF

DRAGÉES  
DE  
**THÉOVÉRINE**  
**LALEUF**

3 A 6 DRAGÉES PAR 24 HEURES

CAPSULES GLUTINISÉES  
DE  
**PAVÉRINOL**  
**LALEUF**

4 A 6 CAPSULES PAR 24 HEURES

SUIVANT PRESCRIPTION MÉDICALE

---

ÉCHANTILLONS ET LITTÉRATURE  
**LABORATOIRES LALEUF**  
20, RUE DU LAOS — PARIS (XV<sup>e</sup>)

---

Nouvelle adresse : 51, rue Nicolo, PARIS (XVI<sup>e</sup>).

**ESTOMAC**

# SEL DE HUNT

**HYPERCHLORHYDRIE  
FERMENTATIONS ACIDES  
GASTRALGIES**

**LABORATOIRES ALPH. BRUNOT  
16, Rue de Boulainvilliers, PARIS**

LABORATOIRES R. HUERRE, Docteur ès Sciences, Pharmacien, 12, Boulevard Bonne-Nouvelle. — PARIS

## Traitement de la Séborrhée

ET SURTOUT DE L'ALOPÉCIE SEBORRHÉIQUE (chute des cheveux banale) CHEZ L'HOMME ET CHEZ LA FEMME

PAR LE

**CHLOROSULFOL VIGIER**

ET PAR LES

**SAVONS VIGIER**

à l'Essence de Cadier et à l'Essence de Cèdre

ÉCHANTILLONS ET LITTÉRATURE SUR DEMANDE

**UROMIL**

ÉTHÉR PHÉNYL CINCHONIQUE — PIPÉRAZINE — HÉXAMÉTHYLÈNE TÉTRAMINE



**MOBILISE — DISSOUT  
ÉLIMINE**

**L'ACIDE URIQUE**

**ARTHRITISME**

DR L. BELIÈRES — 19, RUE DROUOT — PARIS



*La Lancette Française***GAZETTE DES HOPITAUX****CIVILS ET MILITAIRES****PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI****ADMINISTRATION ET RÉDACTION :****49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6<sup>e</sup>. Tél. : Danton 48-31.****PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 416, boulevard Raspail, PARIS (6<sup>e</sup>) - Téléph. : LITRÉ 54-93.****PRIX DE L'ABONNEMENT****FRANCE**3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.  
*Etudiants : 25 francs par an.*

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

**ETRANGER**Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.  
Tous les autres pays : 75 francs.**ABONNEMENTS DE VACANCES***La Gazette des hôpitaux met à la disposition de MM. les Etudiants des abonnements de vacances gratuits d'une durée de deux mois (juillet et août).**Il ne pourra être accepté de changement d'adresse au cours de ces abonnements.**Il ne sera donné suite à aucune demande passée le 30 juin.**Prière d'écrire très lisiblement son nom et son adresse.**S'adresser directement aux bureaux du Journal.***SOMMAIRE****REVUE GÉNÉRALE***L'hystérie, par M. Henri Ey.***SOCIÉTÉS SAVANTES***Académie de médecine.***PRODUITS NOUVEAUX****ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS****INFORMATIONS****HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE NOMINATION DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX.** — Total des points obtenus : MM. Blondin, 93; Aourousseau, 92; Merle d'Aubigné, 91; Reinhold, 90. Sont nommés : MM. Blondin, Aourousseau.**— CONCOURS DE STOMATOLOGISTE DES HÔPITAUX.** — Séance du 4 juin. — MM. Hénault, 30; Omnès et Friez, 25. Total général des points : MM. Hénault, 132; Omnès, 120; Friez, 110.

Le jury présente à la nomination de M. le directeur général de l'administration : MM. Hénault et Omnès.

**— CONCOURS D'OPHTALMOLOGISTE DES HÔPITAUX.** — Jury : MM. Poulard, Magitot, Terrien, Dupuy-Dutemps, Cantonnet, Pappillon, Roux-Berger.**COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CLINIQUE CHIRURGICALE DE L'HÔPITAL SAINT-ANTOINE.** (Professeur : M. Raymond Grégoire.) — Un cours de perfectionnement de gynécologie médico-chirurgicale sera fait du lundi 17 juin

au samedi 22 juin, tous les jours, à 17 h., par M. Claude Béchère, assistant de gynécologie.

Le cours aura lieu chaque jour, à 17 h., dans l'amphithéâtre de la Clinique. Des examens cliniques de malades et des démonstrations d'hystéro-salpingographie auront lieu chaque matin à la consultation de gynécologie du service à partir du mardi 18 juin, à 10 h.

**HÔPITAL MARITIME DE BERCK-PLAGE.** — Un cours sur les tuberculoses ostéo-articulaires et ganglionnaires sera fait par M. André Richard, chirurgien en chef de l'Hôpital maritime de Berck-Plage, chirurgien des hôpitaux de Paris, avec la collaboration de MM. le professeur L. Ombrédanne, chirurgien de l'hôpital des Enfants-Malades, le professeur Ch. Lenormant, chirurgien de l'hôpital Cochin, le docteur E. Sorrel, chirurgien de l'hôpital Trousseau, les docteurs Bouquier, Delahaye, Allard, chirurgiens assistants de l'Hôpital maritime, M. Mozer et M. Parin, chefs des laboratoires de bactériologie et de radiologie de l'Hôpital maritime, du 8 au 20 juillet 1935.

Chaque matin, à 10 h. : opérations correspondant au sujet de la leçon du jour.

L'après-midi, à 15 h. 30 : présentation de malades, de résultats proches et éloignés, confection d'appareils et travaux de petite chirurgie et de laboratoire.

Première réunion, lundi 8 juillet, à 9 h., suivie d'une visite de l'Hôpital maritime.

Droits d'inscription : 300 fr. (les internes des hôpitaux de Paris en sont dispensés).

Pour tous renseignements, écrire au docteur Delahaye, Hôpital maritime, Berck-Plage (Pas-de-Calais).

**NÉCROLOGIE.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le médecin général Henry Mendy; MM. les docteurs Philippe Tissier, président fondateur de la Ligue française de**EXTRAIT DE MALT FRANÇAIS  
DÉJARDIN****Bière de Santé - Eupeptique - Galactagogue**

l'éducation physique, décédé à Paris à l'âge de 82 ans Michel Moundlic (de Paris).

**ASSOCIATION GÉNÉRALE DES MÉDECINS DE FRANCE.** — L'Assemblée générale annuelle a eu lieu récemment à l'hôtel Chambon, siège social de l'Association, sous la présidence de M. Chapon, Président, qui, dans son discours, a insisté sur la nécessité de procéder avec méthode, avec discipline, si l'on veut résoudre les problèmes particulièrement complexes soumis aux décisions de l'Assemblée. Celle-ci, obéissante aux conseils de son président, a été, du commencement à la fin, de la plus parfaite tenue.

Cinquante Sociétés départementales étaient représentées par leurs présidents et délégués.

M. Bongrand, trésorier, a rappelé que l'Association avait distribué en 1934 en secours à la famille médicale *plus d'un million de francs*.

Après le rapport très documenté de M. Paul Lutaud, secrétaire général, l'Assemblée a étudié les vœux émis au cours de l'année par les Sociétés locales. Plusieurs d'entre elles ont demandé que les différentes œuvres médicales soient unies, sinon fusionnées. D'autres réclamaient l'augmentation — et certaines l'unification — de la cotisation. La proposition qui a, le plus longuement, retenu l'attention de l'assemblée avait trait à un avant-projet de retraite variable par répartition, que son promoteur, M. Boullard (de Vimoutiers, Orne) a défendu avec énergie.

M. Siredey a été nommé vice-président de l'Association, MM. Brindeau (de Paris), Bertin (de Lille) et Mariani (d'Eure-et-Loir), ont été élus membres du Conseil.

Le soir, un banquet de 80 couverts a réuni, au Centre Marcelin-Berthelot, les Présidents et délégués des associations départementales. Des discours ont été prononcés par M. Chapon, président, M. Stillmunkès, au nom du Professeur Bardier, doyen de la Faculté de médecine de Toulouse, qui, empêché, n'avait pu présider le banquet ; M. Dartigues, président-fondateur de l'Umfa, M. Dibos, président de la Confédération des syndicats médicaux français ; M. Bonnefous, député, président de la section locale de l'Aveyron ; M. Siredey, nouveau vice-président.

Ces deux réunions ont montré, une fois de plus, l'entente cordiale qui règne entre l'Association Générale et la Confédération des Syndicats.

**7<sup>e</sup> Congrès international des accidents et maladies du travail.** — Ce Congrès se tiendra à Bruxelles du 22 au 26 juillet prochain.

Le Comité belge est placé sous la présidence du docteur Glibert. La Section Chirurgie sera présidée par le docteur Maurice François. La Section Médecine par le docteur Albert Langelez.

En voici le programme résumé : *Chirurgie* : Suites éloignées des traumatismes du crâne; traumatismes de la main et des doigts.

*Médecine* : La lutte contre les poussières industrielles; l'action pathologique des gaz s'échappant des veines grisseuses.

*Section mixte* : Manifestations objectives de la douleur; les lésions causées par l'électricité.

#### RENSEIGNEMENTS

### Le bas médical NESSUS

Contention parfaite. Envoi sur demande à MM. les docteurs des directions pour la prise des mesures, 18, avenue d'Orléans, Paris (XIV<sup>e</sup>).

Toux  
Ossé

**IODEINE MONTAGU**

Pour renseignements plus complets, s'adresser au docteur Léo Dejardin, 23, rue du Commerce, à Bruxelles.

Nous rappelons à nos lecteurs l'importance de plus en plus grande prise dans la pratique médicale par les accidents et les maladies du travail.

Jusqu'à présent la collaboration française à ce Congrès International fut appréciée en qualité, mais n'a réuni qu'un nombre de participants toujours minime. Il en résulte trop souvent que ces Congrès internationaux prennent le caractère de réunions de langue allemande. Nous demandons aux médecins français de faire, cette année, un effort ; Bruxelles est moins loin de Paris que bien des villes françaises ; nous recevrons certainement l'accueil charmant dont nos amis belges sont coutumiers, la dévaluation du belga est plutôt un avantage pour nous et ce voyage permettra de visiter la magnifique Exposition de Bruxelles.

Nous serions inexcusables de ne pas participer en nombre à ce Congrès.

LÉON IMBERT.

### ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

**Jeudi 13 juin.** — Jury : MM. Roussy, président ; Bezançon, Sergeant, Hovelacque. — M. PHAN-DINH SAN. Des cancers de la verge à évolution rapide. — Mme LIÈVRE. Etiologie de l'incontinence nocturne d'urine. — M. CONUSIONERU. Utilisation des acides aminés dans la thérapeutique des ulcères gastro-duodénaux. — M. TEMPIER. Les hémoptysies tuberculeuses isolées et leur avenir. — Mlle LEWIN. Etude des réactions tuberculiniques cutanées chez la femme.

Jury : MM. Cunéo, président ; Lemaître, Mocquot, Velter. — M. NOËL. Etude clinique et thérapeutique des troubles observés chez les brûlés. — M. LEPOIVRE. Etude de la carie dentaire. Tuberculose et carie. — M. SAINT-CYR. Entérostomie dans les occlusions aiguës de l'intestin grêle.

**Vendredi 14 juin.** — Jury : MM. Lemierre, président ; Loeper, Cathala, Donzelot. — M. PHAM HUN CHI. Septicémies dues au *Bacillus Fonduliformis*. — M. HENRIQUE CAMPOSA. Action du glucose sur les propriétés pharmacodynamiques de certains médicaments. — M. SKORECKI. A propos d'un cas d'hypertension artérielle chez un potier d'étain.

Jury : MM. Robert Debré, président ; Ombrédanne, Alglave, Moreau. — M. POPESCO. La voie rectale comme porte d'entrée des sérums équi-thérapeutiques. — Mlle BRANDWAJU. L'arthrodèse extra-articulaire du genou dans la tumeur blanche de l'enfant. — M. BRICAGE. Etude des hypertrophies congénitales des doigts. — M. FRIANT. Sur la maladie de Lobstein.

ANÉMIES  
DYSPEPSIES  
ANTITOXIQUE



DOSE: 4 à 6  
TABLETTES  
PAR JOUR

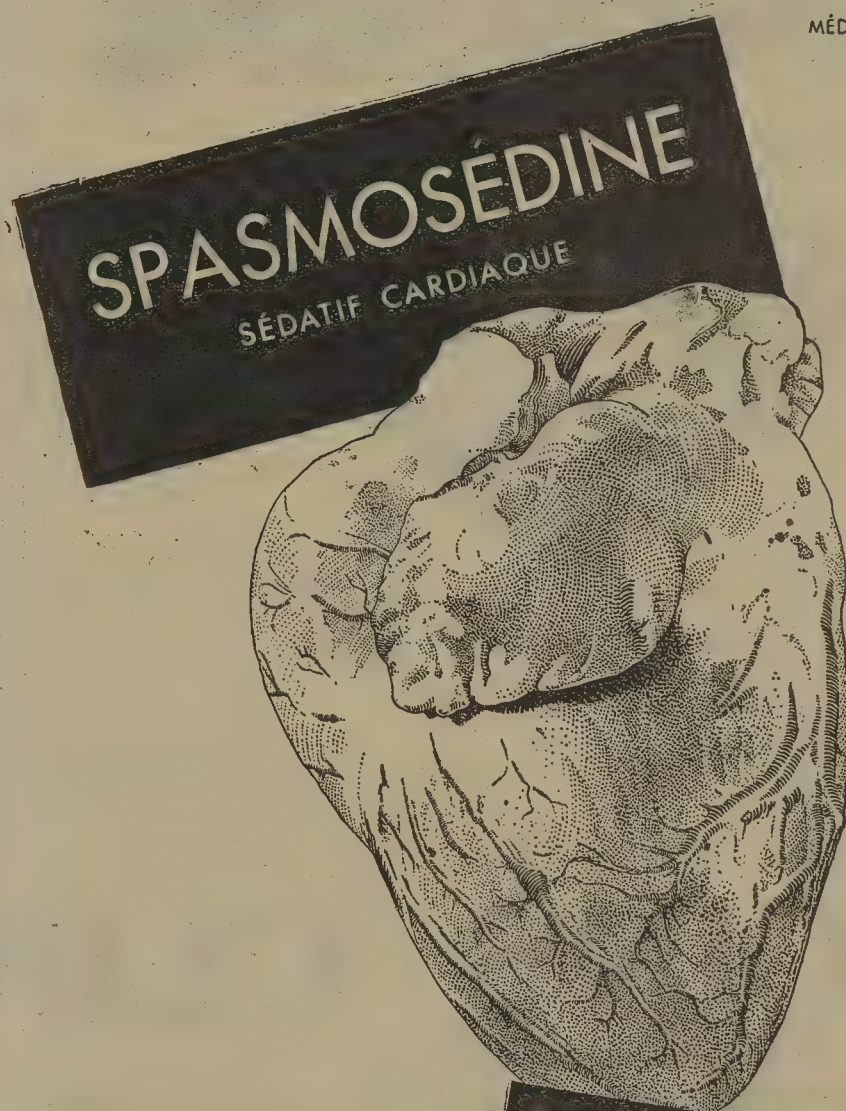
**BIOXYDE DE MANGANESE COLLOÏDAL - SELS MAGNÉSIENS**  
Laboratoire SCHMIT, 71 Rue Sainte-Anne, PARIS. 2<sup>e</sup>

**Phosphopinal Juif**  
Reconstituant général, est le Phosphore blanc ce que le Cacodylate est à l'Arsenic  
Littérature et Echantillons: 40, Impasse Milord, Paris (18<sup>e</sup>)



LABORATOIRES DEGLAUDE  
15, BOUL. PASTEUR, PARIS (XV)

MÉDICAMENTS CARDIAQUES  
SPÉCIALISÉS



**SPASMOSEDINE**  
SÉDATIF CARDIAQUE

**DIGIBAÏNE**  
TONIQUE CARDIAQUE

*les 2 médicaments cardiaques essentiels*

# SANÉDRINE

Ephédrine Lévoogyre

AGIT PAR VOIE  
BUCCALE

EFFETS  
PERSISTANTS

TOUTES LES INDICATIONS  
DE  
L'ADRENALINE

TUBES DE 20  
COMPRIMÉS  
à  
0,025

ADULTES :  
2 à 6  
COMPRIMÉS  
PAR  
JOUR

SOCIÉTÉ PARISIENNE d'EXPANSION CHIMIQUE

— Specia —

MARQUES **POULENC Frères & USINES du RHONE**  
86, rue Vieille du Temple, PARIS 3<sup>e</sup>

DRÉVILLE

# VACCINS CLIN

ANTICOQUELUCEUX

ANTISTAPHYLOCOCCIQUE ANTISTREPTOCOCCIQUE

ANTIGONOCOCCIQUE

I. MONOMICROBIEN et II. POLYMICROBIEN

COLI-ENTÉRO-VACCIN

I. BUCCAL

Boîte de 6 ampoules de 5 c.c.  
de forte concentration uniforme.

II. INJECTABLE

Boîte de 10 ampoules de 1 c.c.  
à concentrations croissantes

PNEUMO-BRONCHO-VACCIN

ADULTES - ENFANTS

Concentration élevée en microbes - Tolérance parfaite - Conservation illimitée

*Injections sous-cutanées ou intra-musculaires*

Les Vaccins Clin injectables sont délivrés en boîtes de 10 ampoules de 1 c.c.

## PYOVARGOL

POMMADE AU COLLOIDO-VACCIN CLIN

ARGENTIQUE ANTIPYOGÈNE

POUR PANSEMENTS des plaies infectées et suppurations locales

LABORATOIRES CLIN. COMAR ET Cie, 20, rue des Fossés-Saint-Jacques, PARIS



## REVUE GÉNÉRALE

## L'HYSTÉRIE

Par M. HENRI EY,

Ancien chef de clinique à la Faculté de Paris,  
Médecin chef à l'Asile de Bonneval.

## I. — GÉNÉRALITÉS

**A. Définition.** — Lasègue disait : « La définition de l'hystérie n'a jamais été donnée et ne le sera jamais ». Il ne faisait qu'exprimer par là le caractère « protéiforme et caméléonesque » que déjà Sydenham assignait aux troubles hystériques et répéter ce que Galien professait : « Passio hystérica unum nomen est varia tamen et innumerabilia accidenta sub se comprehendit ».

Aussi bien ne nous risquerons-nous pas à donner une définition de l'hystérie et nous bornerons-nous à rappeler simplement les cinq propositions de Pitres qui n'ont pas perdu leur valeur. Les troubles hystériques sont : 1° des troubles *fonctionnels* du système nerveux ; 2° des troubles *labiles*, pouvant être brusquement provoqués, modifiés ou supprimés ; 3° des troubles rarement isolés qui coexistent généralement avec des manifestations d'un *état névrotique* ; 4° dont l'évolution est irrégulière ; 5° qui n'altèrent pas l'intégrité de l'état physique.

Tels sont les traits généraux assez précis pour montrer qu'il s'agit de troubles névrotiques, bizarres, paradoxaux et assez vagues pour nous permettre de décrire dans le cadre de l'hystérie le grand nombre de syndromes et d'états que l'on a rangés sous ce nom.

L'hystérie est en effet un état psychopathique caractérisé par la multiplicité, la labilité de ses aspects, lesquels ont cependant ce double caractère commun de se produire en dehors de la volonté du sujet et de donner l'impression qu'il s'agit d'attitudes affectées, extrêmes, extravagantes. Pour le moment cela nous suffit.

**B. Aperçu de l'évolution des idées sur l'hystérie.** —

Cette évolution est un perpétuel balancement, une tentative d'équilibre entre deux conceptions : l'hystérie est un trouble des fonctions neuro-somatiques, l'hystérie est un trouble des fonctions psychiques.

1° L'HYSTÉRIE NÉVROSE. — Ceci ne veut pas dire grand-chose. Tout dépend de la conception que l'on se fait de la névrose. Or, pour toute la vieille école naturaliste, la névrose était un trouble fonctionnel réactionnel « sympathique » mais *organique*. C'est ainsi que les premières conceptions de l'hystérie y ont vu une *névrose utérine*. Platon, comme chacun sait, s'inspira des idées hippocratiques. Galien n'admettait pas que la matrice se déplace comme un animal, mais pour lui c'est « l'excitation de cet organe par la rétention de la matière séminale qui provoque les convulsions. Ambroise Paré admettait l'origine interne des troubles. Ce n'est qu'à partir du XVII<sup>e</sup> siècle que cette théorie fut attaquée et d'abord par Charles Lepois, de Pont-à-Mousson, qui plaça le siège de l'hystérie dans l'encéphale et rapprocha l'hystérie de la neurasthénie.

Willis en 1667 acceptait cette conception d'une *névrose cérébrale*. En 1783, Pomme y voyait une *maladie des nerfs*. En 1845, le prix de l'Académie de Médecine fut partagé en deux et attribué à Brachet qui soutenait la théorie nerveuse cérébrale et Landouzy qui soutenait encore l'origine utérine des troubles hystériques. Mais Briquet en 1859 établit sur 430 observations que l'hystérie peut être masculine et que c'est « une *névrose de l'encéphale*, caractérisée par la perturbation des actes vitaux qui servent à la manifestation des sensations actives et des passions ». Outre les attaques de spasmes, de convulsions, de catalepsie, de somnambulisme, d'extase, de coma, de léthargie, de syncope, il y avait encore pour lui sept autres classes de symptômes : « les hyperesthésies, les anesthésies, les perversions de la sensibilité, les spasmes, les paralysies, les perversions de contractilité, les modifications d'exhalation et de sécrétion ». La conception de Charcot a représenté chez nous le terme ultime de cette évolution des idées.

2° L'HYSTÉRIE « MALADIE MENTALE ». — Tandis que le mouvement dont nous venons de parler mettait en évidence un grand nombre de symptômes nerveux, ou si l'on veut « neurologiques », une autre conception se faisait jour. C'est en effet depuis Sydenham que l'on intègre dans le cadre de l'hystérie des troubles du comportement, des attitudes plus ou moins complexes et indéfiniment variées ayant pour commune mesure la célèbre proposition de Sydenham : « Elle cause presque toutes les maladies qui arrivent au genre humain ». Et il ajoutait : « Dans quelque partie du corps qu'elle se rencontre, elle produit aussitôt les symptômes qui sont propres à cette partie et si le médecin n'a pas beaucoup de sagacité et d'expérience, il se trompera aisément et attribuera à une maladie essentielle et propre à telle ou telle partie des symptômes qui dépendent uniquement de l'affection hystérique. Quand j'ai examiné une malade et que je ne trouve en elle rien qui se rapporte aux maladies connues, je regarde l'affection dont elle est prise comme une hystérie ». N'est-ce pas l'essentiel de la conception de Babinski ? Depuis lors le domaine de l'hystérie s'est accru sans cesse de troubles d'allure théâtrale, pittoresque, dramatique. Au point de vue pathogénique, l'accent s'est déplacé des troubles moteurs, du tonus, des désordres viscéraux vers les idées délirantes, la construction imaginative de ces attitudes, le psychisme dont elles dépendent. Et c'est ainsi que l'on a vu attribuer l'hystérie au développement d'une idée fixe (études sur le somnambulisme et la suggestion de Liebault et Bernheim), à un trouble de l'imagination (Dupré), à un isolement fonctionnel (Claude), à l'effet du rétrécissement de la conscience (Janet) ou de la dissociation mentale (Sollier), ou encore, sous une forme plus simple, à une suggestion. C'est ce dernier aspect qui est la théorie du pithiatisme (Babinski), réplique exacte de la conception de Sydenham.

\*  
\*  
\*

Au terme de ce bref exposé, le seul que l'on puisse faire sous une forme assez générale pour être utile, nous pouvons déjà bien préciser les problèmes cliniques et pathogéniques que nous aurons à aborder.

Tout d'abord, conformément à ce double courant, nous tracerons une double définition approximative de l'hystérie, nous dirons que *c'est un syndrome de dérèglement, d'isolement fonctionnel psycho-moteur, se manifestant par un ensemble de troubles variés, labiles, de l'activité psycho-organique dont les plus caractéristiques mais non les seuls sont les phénomènes de pathomimie et les crises.*

Le problème séméiologique sera de décrire aussi rigoureusement que possible les signes qui constituent ce syndrome essentiellement protéiforme.

Le problème pathogénique que nous aurons à envisager à propos des diverses solutions qu'on a tenté de lui donner sera essentiellement celui qui se rencontre dans tous les problèmes psychiatriques mais nulle part peut-être avec autant d'acuité : l'hystérie est-elle une affection purement physique dont le caractère capricieux ne vient que de la légèreté et de l'inconstance des troubles organiques générateurs ou bien est-elle pure imagination ? C'est à propos de ce problème que se pose le plus clairement peut-être la question de l'organogenèse ou de la psychogenèse des états psychopathiques. Peut-être faut-il considérer l'hystérie comme une affection traduisant au maximum l'écart qu'il peut y avoir entre le syndrome clinique et sa condition organique, elle se présente comme une désintégration profondément significative (à forte composante psychique) et généralement transitoire d'une partie de la personnalité.

## II. — ETUDE CLINIQUE DE L'HYSTÉRIE

**A. Généralités. — SEXE ET HYSTÉRIE.** — Nous avons vu que c'est Charles Lepoix qui en 1618 décrit l'hystérie mâle. Jusque-là la nature utérine de l'hystérie admise classiquement empêchait de décrire une hystérie masculine ; on sait, et nous y reviendrons, que Charcot a décrit un trait spécial de l'hystérie mâle, c'est l'association hystéro-neurasthénie. — Schnyder la compare à celle de l'enfant qui est, dit-il, une hystérie de désir, de revendication. Quoi qu'il en soit, l'hystérie est incomparablement (Bernheim) plus fréquente chez la femme que chez l'homme : sur 140 hystériques, il n'a observé que 14 hommes. Les statistiques de Reimann et Jolly, Lowen-Feld donnent une proportion de 5 femmes pour 1 homme. Pour Oppenheim, le rapport serait de 1 à 10. Charcot trouvait 3 femmes pour 1 homme. Pitres ramène la proportion de 1 à 2 et Pierre Marie et Souques ont pu admettre qu'il y a plus d'hommes que de femmes hystériques.

**AGE.** — On a pu observer, dit Laruelle, des enfants de 3 à 4 ans qui présentaient des troubles hystériques (cf. le rapport de Bezy sur ce point). Pour Claude on ne peut parler d'hystérie avant 5 ans. Pour Bruns, plus la période d'âge considérée se rapproche de la première enfance, plus les chiffres de la morbidité hystérique tendent à s'égaliser pour les deux sexes. Il y a des vieillards qui offrent des manifestations hystériques. Mais l'âge d'élection est de 15 à 25 ans. D'après les statistiques de Reimann (1904), 22 ans est l'année de la vie où la fréquence est maxima. Après 20 ans chez l'homme, après 30 ans chez la femme, l'affection diminue de fréquence. C'est à la puberté,

souvent même un peu avant, que les premières manifestations apparaissent.

**HÉRÉDITÉ.** — Charcot insistait sur l'hérédité névropathique des hystériques. Pour Joffroy, l'hystérie n'était qu'une forme de dégénérescence mentale.

*Les causes occasionnelles :* cette question est envisagée ici en dehors de toute idée pathogénique, les relations de l'hystérie avec les divers facteurs étiologiques que nous allons énumérer sont des relations de fait qui ont été exploitées par les diverses théories. Bornons-nous à indiquer les corrélations les plus fréquentes :

1° Emotions (grands chocs émotifs, chocs émotionnels, petites émotions) ; 2° traumatismes ; 3° épisodes toxi-infectieux. Bernheim insiste sur la grippe ; 4° troubles nerveux : épilepsie (hystéro-épilepsie), névralgies et l'ensemble des troubles étudiés sous le nom de névroses psychomotrices (chorée et Parkinson), etc. ; 5° troubles organiques : infection gastro-intestinale, utéro-ovarienne ; 6° la suggestion spectaculaire, médicale, etc.

**B. Le caractère et la mentalité hystériques.** — Le grand du Saule distinguait quatre degrés de l'évolution hystérique : le nervosisme, le déséquilibre, la mythomanie, la folie hystérique et par là considérait l'ensemble de la névrose comme le développement de la personnalité. J. Falret disait de l'hystérique que sa vie est un perpétuel mensonge. Crocq insistait sur les caractères suivants : hyperimpressionnabilité, diminution du contrôle cérébral, hypersuggestibilité, impulsivité et automatisme. Claude place à la base de la mentalité hystérique des éléments de nervosisme d'Oppenheim. Enfin Dupré et ses élèves ont insisté sur la *mythomanie constitutionnelle* de l'hystérique.

Si nous essayons de grouper ces divers éléments du caractère hystérique, de la constitution névropathique hystérique, nous nous trouvons amenés à distinguer : 1° ses réactions psychomotrices et affectives élémentaires ; 2° ses réactions instinctives ; 3° son imagination ; 4° sa conduite ; 5° l'ensemble de sa mentalité.

1° *Déséquilibre psychomoteur et émotionnel.* — L'hystérique est généralement un déséquilibré, un « nerveux ». Il présente souvent des tics, un bégaiement, du zéaïement, les éléments de la « diathèse de contracture » (Charcot). Claude, après Oppenheim, a insisté sur les troubles vaso-moteurs, les réactions vives à la douleur, les troubles viscéraux (nervosisme ou constitution hyperémotive). De tels sujets sont impressionnables, ont facilement des « syncopes », des « crises de nerfs ». Ils tombent en pâmoison. Ils sont d'équilibre fragile, notamment en ce qui concerne l'activité émotionnelle (Claude).

2° *Réactions instinctives.* — On a accusé l'hystérique de toutes les perversions. « Il n'y a pas de vice », a dit Bernheim, qu'on n'ait fait endosser aux pauvres hystériques. Ce mot est devenu synonyme de déséquilibré, de pervers, d'amoral, d'irresponsable, de nymphomane ; — au point de vue somatique comme au point de vue mental, l'hystérie serait une monstruosité. Telle est la conception mondaine née de la con-



ception médicale. » Ses élèves, Ainselle, Hartenberg, ont tenté de réhabiliter l'hystérique. Voici ce que dit ce dernier (p. 204) : « Une longue observation des hystériques m'a montré que si en vérité l'hystérique n'est peut-être pas plus souvent pervers que d'autres, il manifeste ses perversités lorsqu'il les possède d'une façon particulière et qui lui est propre. Ce n'est pas en effet le mensonge, l'impudeur, la vanité, la coquetterie, la malignité qui sont hystériques par eux-mêmes, c'est la façon dont les sujets se montrent menteurs, vaniteux, coquets, malfaisants, impudiques ». Retenons ceci, c'est capital : il y a chez les hystériques un *grossissement caricatural* de leurs perversions, un *exhibitionnisme de la tare*. L'hystérique mobilise ses instincts en bloc, tout d'une pièce, même quand, comme nous allons le voir, ils se cristallisent dans des fictions.

3° *Imagination*. — Caprice, instabilité, esprit fantasque et romanesque, disposition à la rêverie et aux enchères, goût des voyages et des aventures, prédilection pour la littérature et les arts d'imagination, curiosité du miracle et du mystère, recours facile à la mise en scène et aux attitudes fictives, illusionnisme, inaptitude souvent remarquable à saisir et à exprimer la vérité, mélange singulier de bonne foi et de mensonge, de suggestibilité et d'invention, manie « du faux » sous toutes ses formes : mystification, abus de confiance, escroqueries, calomnies, coquetterie et vanité, tendances à la mise en scène, aux démonstrations excessives et tapageuses, théâtralisme de « comédiant » et de « trépidant », tel est le signalement habituel et en quelque sorte le portrait composite de l'hystérique d'après Logre qui donne encore cette formule de la mentalité de l'hystérique : toute l'image et rien que l'image. Cette débauche d'imagination, ce goût du clinquant, de l'extravagant, du romanesque et du dramatique, cette exubérance de la fiction, de la rêverie, est l'aspect fondamental de la fausse perversion de ces sujets dont le mensonge est lui-même faux car il est inconscient. Nous soulignons tout à l'heure le côté caricatural de la perversion hystérique, soulignons maintenant son caractère gratuit, mentir pour mentir, sans bénéfice, telle serait la formule de la mythomanie, paradoxale comme elle-même.

Un autre caractère de l'imagination hystérique c'est celui que Dupré a appelé la mythoplastie et dont Logre exprime l'essentiel dans cette image : « Si l'hystérique crée souvent son rôle comme un auteur, il le crée toujours comme un acteur. Ses fictions passent dans ses actes, ses gestes, son corps. Un aspect spécial de cette fabulation objectivée est ce que Dieulafoy a appelé la pathomimie.

4° *Sa conduite* : aventures, état passionnel, caprices, excentricités, transes, colères, désespoir, entreprises grandiloquentes à peine ébauchées, projets, faux suicide, tentatives pour réaliser la vedette, l'artiste, le génie, horreur du travail régulier et modeste, dilection pour le théâtre, le cinéma, le roman, la mode, ou sur un autre plan la prostitution, le scandale, le drame. Telles sont les principales manifestations du comportement hystérique.

En ce sens et après cette analyse concrète de la men-

talité hystérique les réactions de Bernheim contre la conception d'une mentalité hystérique nous paraissent peu défendables. Saisissons également cette occasion de dire que mentalité ne veut pas dire « Constitution ab ovo » et spécialement fatalité et fixité d'une constitution qui ne peut être fixe que par abstraction. Il s'agit d'une forme de réaction de la personnalité labile, variable et de mécanisme complexe. On naît mais on ne devient pas hystérique (Pitres) est une proposition gratuite et sans efficacité non moins que de raison. Mais il est certain qu'on ne fait d'accidents hystériques que si l'on a une « mentalité hystérique » (Kraepelin), ce qui n'est pas la même chose car cela ne préjuge en rien des origines de cette « mentalité » et de sa formation.

5° *Esquisse d'une analyse structurale de la mentalité hystérique*. Pour la saisir dans son ensemble et ses traits saillants on l'a comparée à la *mentalité féminine*. C'est ainsi qu'en 1907 Schnyder écrivait : « La femme est amenée à chercher en elle-même l'équilibre » valent de ce qu'elle peut trouver dans la vie, elle tire « profit des nombreuses ressources de sa sensibilité » et de son imagination. Sa tendance à la rêverie est « bien connue. L'hystérie est souvent pour la femme « un refuge offert à sa misère psychologique, pour « beaucoup elle est un vrai moyen d'existence. Le désir d'apitoyer leur entourage sur leur compte, de « jouer par la maladie un rôle prépondérant crée pour « beaucoup de femmes une vocation à l'hystérie... » Cette volonté de maladie, de la maladie considérée comme paratonnerre, comme disait Sokolowski et comme Codet dans un travail encore inédit y insiste. n'est peut-être pas absolument caractéristique de la mentalité féminine, car, selon l'expression de Logre, « bien des hommes sont femmes sur ce point ». D'autre part, on a souligné le caractère *puéril* de l'hystérique. Déjà Falret l'avait mis en évidence. Schnyder constate la similitude des réactions de l'enfant et de l'hystérique : spontanéité, irréflexion, imitation objectivante (1). Mais il faut aller plus loin si l'on veut pénétrer dans l'organisation spéciale de la personnalité hystérique. Le trait le plus caractéristique, selon nous, en est la *PSYCHOPLASTICITÉ* et nous entendons par là l'*aptitude à isoler certains systèmes psychomoteurs et à se complaire inconsciemment dans leur cristallisation*. Cette formule générale admet des applications concrètes à propos des divers aspects de l'hystérie : suggestibilité, imagination, pathomimie, troubles fonctionnels. L'hystérique est prêt à « agglutiner » des convictions, des ordres, et à les vivre, comme il est prêt à vivre une image. C'est là ce que Klages (cf. sa *Caractérologie*, traduction française, p. 142 à 164) a peut-être le mieux vu. Le propre de la mentalité hystérique est d'adhérer à l'image, c'est-à-dire à la forme concrète des tendances instinctives (l'eau pour celui qui a soif si l'on veut). L'image est une réalité qui se trouve au fond de tous les systèmes de tendances de l'individu, organisés sous la forme de *fonctions*. C'est la sidération ou la mise en activité de ces systèmes fonc-

(1) Schnyder fait une réflexion assez curieuse : il admet un élément commun dans la mentalité de l'enfant, de la femme et du prolétaire !

tionnels que l'hystérique met en œuvre et par là elle fait ce que fait la maladie *mais elle est aussi maladie*. L'organisation nucléaire, anarchique de systèmes idéo-moteurs représentant des fonctions psycho-motrices plus ou moins loin des organisations instinctives et réflexes, la tendance à leur émancipation selon les lois mêmes du découpage fonctionnel de la motilité et de la sensibilité, c'est-à-dire conformément à des complexes psychiques, voilà ce qui constitue la structure hystérique. On saisit alors aussi ce qu'il peut y avoir de « *spectaculaire* » pour les autres et pour le sujet lui-même dans cette poussée des automatismes qui surgissent de la personnalité inconsciente. On saisit aussi la satisfaction profonde, l'adhésion et mieux encore l'adhérence du sujet relativement à son trouble.

Nous devons encore faire deux réflexions à ce propos. La première c'est que si tous les traits de la mentalité hystérique telle qu'on la décrit généralement ne se rencontrent pas chez tous les sujets qui présentent des troubles hystériques, *c'est qu'elle n'est que l'aspect superficiel et contingent de la structure plus profonde, inconsciente, et moins accessible à l'observation en surface*. La deuxième c'est qu'il est de l'essence du fait hystérique d'admettre une forte psychogenèse à sa base, c'est-à-dire qu'il représente l'émancipation de systèmes psycho-moteurs. On comprend dès lors combien « hystériques » sont certains comportements humains. L'histrionisme, le cabotinage, le désir de la vedette, le refuge dans la maladie, les transes spiritistes, les frénésies des possédés, les extravagances de la passion, etc. sont autant d'aspects de psychologie humaine où le sujet est pour ainsi dire absorbé, « hypnotisé » par l'image et en train de la vivre jusqu'à l'épuisement. Nous ne pouvons pas insister ici, contentons-nous de rappeler l'aspect social de certaines épidémies d'hystérie et de citer une fois de plus la Pithie de Delphe, les danses du mal de Saint-Jean en Hollande (1373), les danses de Saint-Guy, les Ursulines de Loudun et le fameux cas d'Urbain Grandier, le tarentisme, les convulsionnaires de Saint-Médard, les épidémies de Morzène en Haute-Savoie et de Verzenne en Italie. Il faut en rapprocher les grandes manifestations mystico-religieuses des « primitifs », le culte du Vaudou (Haïti), les innombrables rites nègres du fétichisme des orixas en Afrique et en Amérique du sud, les danses sacrées des musulmans Aïssaouas (Maroc) ou les étranges cérémonies des sectes russes (pneumatomacos, khisty, Skoptzi, etc.) (1). Mais pour si « hystériques » que soient ces comportements sociaux, on ne peut parler chez les sujets en particulier d'hystérie que si la structure de leur personnalité répond dans sa profondeur et son intégralité à la psychoplasticité caractéristique. Toutes les attitudes « hystériques » de l'activité humaine n'appartiennent peut-être pas à l'hystérie.

(1) On ne peut pas se faire la moindre idée des problèmes que pose l'hystérie si on ne connaît pas ces faits. Les livres récents d'Osterreich (Les Possédés), de Mars-Prince et surtout celui d'Arthur Ramos (Onegro brasileiro 1934) permettent une très vaste documentation sur le sujet. Le tout récent livre de Dide sur « L'hystérie et l'évolution humaine » (1935) est à cet égard particulièrement suggestif.

**C. Les stigmates hystériques.** — Ce sont les « signes de possession hystérique » (Pitres) ; ils ont été particulièrement étudiés au siècle dernier par Gendrin, Briquet et Charcot. On sait que Bernheim et Babinski les ont systématiquement niés comme n'étant que des produits de suggestion (ce qui d'ailleurs n'est pas une façon correcte de les nier car si l'hystérie n'est que suggestion, il faut tout de même les étudier). Nous allons en donner une énumération rapide.

Les anesthésies totales ou exactement symétriques, de distribution fantaisiste, souvent segmentaires ; complètes, passives, mobiles. (Signalons la fréquence des *anesthésies muqueuses*.) Les troubles de la sensibilité ont été décrits sous des formes bizarres : l'haphalgésie (hyperalgésie au contact du métal) par exemple qui a donné l'occasion d'étudier les agents esthésiogènes (métalloscopie, idiosyncrasie métallique de Brocq, etc.) et qui fut même à la base d'une méthode thérapeutique (la métallothérapie de Briquet). On étudia beaucoup aussi les *transferts de troubles sensitifs* d'une région à l'autre, leur disparition, leur substitution et les *hyperesthésies*, les troubles sensoriels. Citons parmi les plus connus le rétrécissement du champ visuel, la vision colorée, la dyschromatopsie, la polyopie monoculaire (Parinaud), synesthésies (audition colorée, etc.).

Les zones *hystérogènes* furent surtout étudiées par Charcot. On distinguait les zones *excitatrices* ou spasmogènes et les *frénatrices*. Les divers points hystérogènes décrits sont innombrables : ovaires, épigastre, pli de l'aîne, seins, espaces intercostaux, apophyses épineuses, vertex, globes oculaires, région malaire.

Les troubles nerveux : spasmes, tremblements, qui trouveront mieux leur place dans les accidents hystériques.

**D. Les grandes manifestations hystériques.** 1° La crise d'hystérie. — C'est la « grande attaque hystéro-épileptique » que Charcot et Richer ont décrite sur le modèle de l'attaque d'épilepsie. Auras, modifications de l'humeur, inquiétude, turbulence, énervement, parfois hallucinations, troubles de la sensibilité. Ces troubles sont des plus variables : ils peuvent durer des minutes ou des jours, voire des semaines. Signalons le plus immédiat et le plus constant : la sensation de boule qui monte (boule épigastrique, glottique), de striction pharyngée ou thoracique.

L'attaque : a) Période épileptique avec ses phases tonique et clonique et résolution musculaire consécutive.

b) Période de clownisme avec « attitudes illogiques », grands mouvements, arc de cercle (cf. les dessins caractéristiques du livre de Richer).

c) Période des attitudes passionnelles avec extase, langueur, érotisme-pathétisme, vraies pantomimes, ici on est en plein rêve (1) et il s'agit généralement des mêmes représentations au cours des différentes crises. C'est le développement onirique de l'idée fixe.

(1) Il faut lire la description de P. Richer. Il est indispensable de voir dans son livre (1885) les abondantes et pittoresques illustrations.



d) *Phase terminale du délire.* — C'est le délire non plus vécu mais parlé, c'est ce qu'on a appelé le *délire de mémoire*. Dans l'ensemble l'attaque dure près d'une heure et quelquefois plus. Au lieu de voir se dérouler la grande attaque dont Bernheim a démontré qu'elle était en grande partie un effet de « culture », on assiste le plus souvent à la petite attaque tronquée : convulsions, attitudes passionnelles, extravagances, « idée fixe » plus ou moins riche et active.

Enfin on a décrit la crise d'hystérie *des équivalents* : le vertige hystérique, les attaques de clownisme, les extases, les attaques de sommeil, les états hypnoïdes ou cataleptiques.

2° *Les états d'hypnose et de somnambulisme hystériques.* — Ces états ont d'abord été décrits par les classiques (Richer, Charcot, Gilles de la Tourette, etc.) comme des états de délire spontanés. Bernheim montre la relation de ces états avec ceux de l'hypnose provoquée. Rappelons brièvement les états de sommeil cataleptique et les états somnambuliques.

a) *Le sommeil cataleptique* (léthargie hystérique). — Ces états d'hypnose ont été étudiés sous le nom de narcolepsie par Gelineau. Bien des troubles du sommeil, actuellement considérés comme dus à des lésions mésentéphaliques, ont été confondus avec ces états. Il existe cependant des sommeils paradoxaux provoqués par la suggestion, cessant par elle, survenant à l'occasion de certains événements, de certaines présences, au cours desquels le sujet prend des attitudes (immobilité totale, catalepsie), devient plastique, passif, et dont la durée peut être parfois assez longue (plusieurs heures, plusieurs jours même), ce qui frappe c'est le caractère pour ainsi dire *excessif* du sommeil dont le sujet ne se départit pas malgré les sollicitations. A travers ce sommeil on saisit une sorte de comportement vigile sous-jacent et paradoxal.

b) *Les états crépusculaires dits somnambuliques.* — Ce sont des états psychologiques anormaux, étranges, au cours desquels les sujets se livrent à une activité automatique complexe, dramatique ou bizarre. La forme d'automatisme ambulateur est fréquente, plus rare est l'automatisme graphique (écriture automatique). Les scènes de possession, de viol, d'épouvante, la reviviscence d'un souvenir, de l'*idée fixe* hystérique sont les thèmes centraux de ces états. Il s'agit en effet du déroulement onirique, d'un système d'idées, d'images et de souvenirs, parfois d'un véritable état émnésique quand les sujets revivent une « tranche » de leur existence passée. Le malade fixé sur son rêve est entièrement détaché du réel, de l'ambiance. Il est détaché même si l'on peut dire de sa personnalité consciente, comme dédoublé. Ces états s'accompagnent parfois de paroles, récits, explications, déclamations, qui sont un retour à des accès analogues. (Cf. les observations de Raymond, Janet, Sollier, etc.)

3° *Les amnésies et dédoublement de la personnalité.* — L'hystérique n'est pas gêné par son amnésie. Reimann disait que l'amnésie hystérique fait l'impression d'être volontaire : elle peut être à tout instant modifiée par le malade, « il y a comme une volonté d'amnésie, une amnésie d'opposition (Reimann). Les amnésies systématisées sont les plus fréquentes, par exemple une femme oubliera la naissance de son en-

fant et tout ce qui se rattache à cette naissance ou à son enfant, une malade de Janet avait un jour oublié tous les souvenirs se rapportant à son médecin, les *amnésies localisées* portent souvent sur l'émotion initiale, les attaques, plus rarement l'*amnésie est générale*, c'est-à-dire que l'individu perd tous ses souvenirs, sa personnalité (observations célèbres de Mortimer, Granville, Decharpe, de Macnish), citons (d'après Janet) simplement celle de Mary Reynolds publiée par Weir-Mitchell. Vers l'âge de 18 ans, cette jeune fille eut des attaques hystériques, après une de ces crises elle resta sourde et aveugle, les sens revinrent au bout de 5 à 6 semaines, elle entra dans un profond sommeil qui dura 20 heures, quand elle se réveilla elle était comme un être entrant pour la première fois dans ce monde ; au bout de 6 semaines, elle eut une seconde période de sommeil et se réveilla telle qu'elle était avant ces accidents, avec la mémoire complète de sa vie. Comme on le voit, ces grandes amnésies totales ont des éclipses et parfois des retours, ce sont les *amnésies périodiques* qui constituent dans le sein même de la personnalité première une personnalité seconde, celle des attaques, du somnambulisme, des idées fixes, qui est pourrait-on dire une *personnification de l'inconscient* (cas de Felida rapporté par Azam, autres observations de Janet et dans le livre de Bernheim, p. 330 à 337).

4° *Les syndromes d'inhibition fonctionnelle.* — Ce sont souvent les plus connus des neurologistes, aussi après « la révolution » opérée ces temps derniers en matière d'hystérie, ayant servi de base aux discussions et travaux, ils ont seuls trouvé grâce, le reste de la symptomatologie hystérique étant refoulé et anéanti sous divers autres noms de syndromes mentaux, ou dans la pure imagination (ce qui est une seule et même chose pour Logre comme pour Babinski). Nous étudierons sous ce nom les paralysies, le mutisme, les contractures et les anesthésies hystériques.

a) *Paralysies hystériques.* — Ce sont des impotences frappant les fonctions motrices et qui surviennent souvent après un choc émotionnel, un trauma. Elles se constituent généralement d'emblée. Ce sont des paralysies atypiques, massives, excessives, plus souvent flasques que spasmodiques. Babinski a donné une série de signes qui les distinguent des paralysies organiques (troubles du tonus et des réflexes), elles s'accompagnent assez souvent d'anesthésies paradoxales. Signalons à ce sujet comme une forme désuète légère et paradoxale, celle que Janet a proposé d'appeler le *syndrome de Lasèque*. Il s'agit d'une paralysie frappant un ou plusieurs membres d'anesthésie, le sujet est incapable d'effectuer aucun mouvement du côté anesthésique, sans le secours de la vue. Dans certaines expériences, le mouvement commencé avec le secours de la vue peut se continuer sans ce secours. Les imaginations visuelles ou même la sensation tactile peuvent remplacer la sensation visuelle. Tout cela ne semble pas gêner le sujet. Si on lève un bras du sujet sans qu'il le voie, ce bras reste en posture cataleptique. Mais les formes les plus communes sont l'hémiplégie totale, d'un bloc (la démarché dite de Todd est caractéristique, le malade traîne tout son côté droit ou gauche comme un corps étranger). Les *paraplégies* sont

certainement les plus fréquentes. Dans les formes flasques, les jambes sont en chiffon, traînent, il existe de l'*astasia-abasia* ; dans les formes spasmodiques, il y a démarche sautillante, contournée, avec attitudes clownesques (enroulement du pied, déjètement des jambes, pseudo-ataxie), les paralysies du bras, de la main, segmentaires, totales, atypiques, sont fréquentes après les traumatismes particulièrement. Signalons enfin les *paralysies faciales* plus ou moins caricaturales ou expressives sans systématisation anatomique.

b) *Les états de mutisme* ou plus exactement d'*aphonie*.

c) *L'anorexie hystérique*.

d) *Les contractures*. — Sans doute les contractures sont « des stigmates » révélateurs, sans doute aussi les retrouverons-nous à propos des troubles organo-réflexes, mais il existe de grands symptômes ou syndromes qui par leur importance doivent être considérés comme de grandes manifestations hystériques. La *campocormie* est certainement la plus typique. C'est la plicature du tronc que l'on a pu observer fréquemment pendant la guerre, mais tous les groupes musculaires peuvent être l'objet de contractions (*torticolis*, main fermée en forme de poing, contracture du quadriceps fémoral immobilisant la jambe en extension, pseudo-coxalgies, pseudo-mal de Pott, etc.).

e) *Les anesthésies*. — Il faut décrire ici avec les auteurs classiques (Janet) les analgésies, les anesthésies viscérales et génitales (frigidité), les anesthésies kinesthésiques, tactiles. Pour ces dernières on a étudié le phénomène connu sous le nom d'*allochirie* (confusion des deux côtés du corps) qui peut aller enfin jusqu'à un renversement complet de localisation de la droite vers la gauche, phénomène à rapprocher de la *vision renversée* que l'on a également décrite chez les hystériques (1).

**E. Les accidents névrotiques para ou pseudo hystériques et les troubles nerveux réflexes ou physiopathiques.** — Nous rangeons sous cette rubrique toute une série de symptômes qui font partie classiquement du tableau clinique de l'hystérie, mais qui sont décrits comme faisant partie également de syndromes neurologiques bien déterminés. Disons de suite que cela peut tout aussi bien souligner la part organique de l'hystérie que la part « psychogène » des syndromes organiques. En effet, ces troubles nerveux sont toujours empreints d'émotion, de signification, ils sont variables, mobiles. Ils peuvent disparaître ou s'atténuer sous diverses conditions psychologiques.

1° *Les spasmes*. — Rappelons ce que disait Charcot : Rythme et cadence, voilà un des caractères propres à nombre de phénomènes hystériques, les spasmes abondent dans la « névrose » hystérique. Ce sont, dit Pitres, des spasmes rythmiques, des convulsions généralement brusques et toujours conscientes : spasmes saltatoires, salutatoires, malléatoires, chorée, rythmée, le hoquet, la toux hystérique, doivent être

placés dans ce cadre, notons également les spasmes faciaux, les tics, les spasmes palpébraux.

2° *Le tremblement* étudié par Charcot, Dutil, Rendu, Letulle, Pitres. Pour ce dernier il y a 3 formes de tremblement hystérique : une forme vibratoire, une forme oscillatoire, et une forme de type sclérose en plaques. (Cf. étude de Clovis Vincent in Sergent, Neurologie, page 635.)

3° *Troubles oculaires*. — Depuis Parinaud l'hystérie n'est plus admise comme cause de paralysies limitées à l'un des nerfs de l'œil, on met encore sur son compte certaines formes de paralysies associées. Notons ici les blépharospasmes et surtout les *crises oculo-gyres* qui admettent certainement une forte composante psychogène (Jeliffe, Alajouanine). On n'admet plus les troubles pupillaires qui étaient rapportés à l'hystérie.

4° *Troubles sensoriels*. — (Cf. stigmates.)

5° *Les algies*. — « La rachialgie est tellement fréquente chez les hystériques, disait Briquet, qu'on pourrait dire qu'elle existe chez tous ces malades. » On énumérait dans le temps la céphalalgie, l'épigastralgie, l'entéralgie, etc.

6° *Les troubles trophiques et organiques*. — Ils nous retiendront davantage. On a décrit toute une série de troubles organiques viscéraux, vasculaires, neuro-végétatifs, qui se présentent, si tant est qu'ils existent, avec une grande rareté.

La *fièvre hystérique* a été surtout étudiée et décrite par Gilles de la Tourette. Debove fit des expériences de suggestion au cours desquelles il constata une élévation de 5/10 de degré chez un seul sujet. Admise à titre exceptionnel par Dejerine, on n'en parle plus guère aujourd'hui.

Des troubles organiques divers ont été en grande partie décrits par Gilles de la Tourette : dermatographe, urticaire, œdèmes blancs, rouges ou bleus, herpès, chute des ongles, phlyctènes.

La question des *hémorragies cutanées et viscérales* (hématémèse, hématosialorrhée, hématurie, hémoptysies, sueurs et larmes de sang) n'est pas entièrement résolue, mais, s'il existe des cas de ce genre, ils sont tout à fait exceptionnels. (On connaît les controverses récentes qu'a suscitées le cas de Thérèse Neumann.)

Enfin dans les « grossesses nerveuses » on peut voir se développer des signes impressionnants (gonflement des seins, aménorrhée, météorisme abdominal, pigmentation, vomissements, etc.).

Tels sont les divers troubles neuro-organiques que l'on peut observer ou tout au moins que l'on décrit généralement dans l'hystérie.

Il y a lieu depuis les travaux de Babinski, Froment, Clovis Vincent, de ranger encore sous cette rubrique des troubles manifestement d'origine et de nature organiques, mais qui sont constitués par la cristallisation autour d'une *épine organique*, d'un ensemble de troubles réactionnels, c'est ce que ces auteurs appellent les *troubles réflexes ou physiopathiques*.

Citons parmi les plus importants : l'*atrophie musculaire réflexe*, les contractures (main figée, acrocontractures ou acromyotonies, parésie paratonique des

(1) La pathologie cérébrale du schéma corporel et notamment les études de Hoff, Schilder, etc., sur les troubles de ce schéma dans les lésions pariétales, permettront peut-être de donner une interprétation psycho-physiologique de ces troubles.



muscles de la main, pieds bots, orteils en griffe, torticolis), les troubles vaso-moteurs et thermiques (modifications thermiques, troubles de la sudation, rétractions fibreuses, périarticulaires, fibrotendineuses). Dans tous ces troubles, les perturbations fonctionnelles s'installent dans le déficit lésionnel « comme le Bernard-l'ermite dans le mollusque », selon l'heureuse et pittoresque expression de Clovis Vincent.

(A suivre.)

## SOCIÉTÉS SAVANTES

### ACADEMIE DE MEDECINE

(SÉANCE DU 4 JUIN 1935)

La tachyallergie expérimentale à la tuberculose par le sérum de cheval. — MM. Paul COURMONT et H. GARDÈRE appellent tachyallergie une modification de la réaction singulière du terrain cobaye vis-à-vis de l'inoculation du bacille de Koch par une seule injection de sérum de cheval faite en même temps que l'inoculation des bacilles de Koch.

Il s'agit d'un fait nouveau, différent de l'action nocive, souvent constatée, du sérum de cheval chez les sujets ou les cobayes déjà tuberculeux. En effet, dans ce dernier cas,

l'injection est pratiquée après le développement des lésions tuberculeuses, tandis que dans les expériences nouvelles, le sérum est injecté au cobaye en même temps que les bacilles de Koch.

Dans de multiples expériences, portant sur 70 cobayes, ils montrent que : 1° le sérum injecté en même temps que la culture favorise le développement de la tuberculose, même à des doses de quelques centaines de bacilles, qui ne produisent rien chez les témoins ; 2° que si le sérum est injecté trois jours ou quinze jours avant l'inoculation des bacilles, cet effet du sérum s'atténue progressivement.

Cette tachyallergie n'est donc pas durable.

Ces faits curieux montrent une action des sérums hétérologues immédiate, dès le moment de leur injection, pour modifier les réactions de l'organisme animal vis-à-vis d'une infection tuberculeuse, soit contemporaine, soit réalisée dans les quelques jours après l'injection. Il ne s'agit donc ni de phénomène d'anaphylaxie, car il n'y a pas de période d'incubation, ni de l'allergie commune qui s'établit, en général, lentement, après une période anté-allergique, qui n'existe pas ici.

Outre leur intérêt scientifique, ces faits ont une importance pratique, montrant qu'il faut éviter les causes de contagion tuberculeuse au moment de l'injection des sérums thérapeutiques, notamment chez les enfants.

*Discussion.* — M. VINCENT : « Lorsqu'on injecte au cobaye du sérum de cheval on introduit dans son organisme des protéines étrangères qui, de ce fait, sont plus ou moins nocives. Le sérum de cheval est assez souvent toxique pour

## LABORATOIRES CARTERET

LIQUIDE  
et  
COMPRIMÉS

ANTISEPTIQUE GÉNÉRAL

*Sans odeur et non toxique*

# LUSOFORME

*Formol saponiné*

DÉSINFECTANT -- DÉSODORISANT

S'EMPLOIE EN SOLUTION AQUEUSE à 1/4 ou 1/2 p. 100 en GYNÉCOLOGIE, OBSTÉTRIQUE, CHIRURGIE

Échantillon et Littérature : 15, rue d'Argenteuil, PARIS

INFECTIONS  
CHRONIQUES

# IODASEPTINE CORTIAL

7, r. de l'Armorique  
PARIS (XV<sup>e</sup>)

le cobaye. Ayant voulu titrer la valeur d'un sérum anticolibacillaire ou antigangréneux chez le cobaye, j'ai observé ce fait paradoxal que les cobayes ayant reçu une plus forte proportion de sérum préventif ou thérapeutique succombaient à l'infection, alors que ceux à qui avaient été injectées des doses beaucoup plus faibles résistaient parfaitement. Il semble donc que les premiers avaient été rendus moins résistants par la proportion un peu plus élevée du sérum de cheval qu'ils avaient reçue.

« Peut-être l'organisme fabriquant des anticorps contre les protéines étrangères est-il en état de moindre résistance contre le bacille de Koch. Quoi qu'il en soit, je tiens à souligner l'importance de la communication de notre savant collègue M. Paul Courmont. »

M. COURMONT : « Il est bien probable, en effet, que dans nos expériences le sérum de cheval agit à titre de protéine hétérologue, comme pour préparer l'anaphylaxie à une autre injection de sérum. Mais dans les faits que nous rapportons le sérum qui n'a pas d'action toxique apparente modifie le terrain cobaye immédiatement sans l'incubation anaphylactique et vis-à-vis d'une dose non virulente de bacille de Koch. D'autre part, il ne s'agit pas de fortes doses répétées de sérum comme dans les expériences très intéressantes de M. Vincent, mais d'une seule et toute petite dose de sérum normal. »

**Observations météorologiques médicales à Tamanrasset (Hoggar).** — M. PERNES, médecin-chef de l'assistance médicale indigène, avec la collaboration de M. Jean Dubief, chef de station de l'Observatoire Jules-Cardé, a recueilli de nombreuses observations météorologiques et médicales à Tamanrasset, dans le Hoggar, pendant dix-neuf mois. Il a pu dégager certains syndromes particuliers relevant essentiellement de l'exagération des réactions du système nerveux végétatif : syndromes digestifs, névralgiques, circulatoires.

Ces syndromes sont en relation avec l'extrême sécheresse du climat, et les accidents de la courbe hygrométrique.

La sécheresse contraint l'organisme à une adaptation conduite jusqu'à la limite physiologique. Le déséquilibre se produit dès que les modifications du milieu extérieur nécessitent une adaptation trop rapide.

Les injections de génotropine ont une action remarquablement rapide et constante sur ces syndromes.

**Sur la méthode de la double projection radioscopique à 90°, pour faciliter l'extraction des corps étrangers opaques inclus dans l'organisme, et pour assurer la réduction des fractures et des luxations des membres.** — M. L. BOUCHACOURT. « Cette méthode, basée sur la géométrie descriptive, permettant le repérage en surface et en profondeur d'un point quelconque de l'organisme pris dans un membre, a été imaginée par moi pendant la guerre, mais, en réalité, elle ne date que de 1920, époque où j'ai pu faire construire les appareils nécessaires à son emploi.

Ce matériel se compose d'un meuble Coolidge pouvant actionner ensemble ou séparément deux ampoules Coolidge, et d'une bonnette radioscopique composée essentiellement de deux écrans placés également à 90°, entre lesquels on place le membre à examiner.

Les deux images sont rendues parallèles grâce à un miroir à 45° placé au-devant de l'une d'elles. Grâce à ce dispositif l'observateur peut voir en même temps, d'un point déterminé, les deux images (face et profil) d'un membre.

En 1930, M. Georges Pascalis a fait construire une table radio-chirurgicale spéciale qui, permettant les tractions mécaniques et la contre-extension, l'a rendu pratique pour la réduction des fractures et des luxations des membres.

Cette méthode étant employée depuis cinq ans, ses avantages ne sont plus douteux. Malheureusement elle nécessite cette symbiose radio-chirurgicale, qui était courante pen-

dant la guerre, mais qui ne lui a survécu que d'une manière très imparfaite. »

**Eclampsisme et mort du fœtus in utero.** — M. Marcel METZGER montre le rôle des protéines dans les accidents d'éclampsisme. L'intoxication est due à une lésion du placenta qui permet l'afflux brutal dans l'organisme des polypeptides tissulaires : la mort du fœtus qui ne prélève plus d'albumine est une circonstance favorisante. Dans une observation, l'auteur vit les accidents s'aggraver par le régime hydrique ; les accidents cessèrent par l'évacuation de l'utérus. La diminution de l'albumine à 0,50 fut un signe défavorable, tandis qu'une décharge de 9 grammes précéda la guérison complète et rapide.

**Anatomie pathologique de l'acrodynie infantile.** — MM. PÉHU, Jean DECHAUME et Jean BOUCOMONT. Malgré sa longue durée, l'acrodynie infantile comporte en général un pronostic favorable. Les autopsies sont rares. A ce jour, environ quarante ont été publiées.

Beaucoup d'examen anatomiques relatés sont incomplets. C'est seulement dans ces dernières années que l'exploration méthodique du système nerveux a été pratiquée. L'interprétation des lésions est souvent sujette à critiques : car il faut faire la part de ce qui, dans l'acrodynie, revient à la cachexie, aux infections ou encore aux convulsions terminales.

Les auteurs ont eu, dans plusieurs cas, l'occasion de faire l'examen complet, méthodique du névraxe, des nerfs, ainsi que du système neuro-végétatif dans ses divers segments. Des lésions d'allure inflammatoire ont été mises par eux en évidence dans les différents ganglions périphériques du système sympathique. La région infundibulo-tubérienne, elle aussi, est atteinte.

Les lésions discrètes, éparses, à caractère non destructif, réalisent une véritable « pansymphathéite » qui explique la riche symptomatologie de l'acrodynie. Certainement, l'agent pathogène de cette maladie a, pour le système neuro-végétatif, une affinité singulière.

**Action de la vagotonine sur l'anémie.** — M. A. DESGREZ présente une note de MM. D. Saintenoise, P.-L. Drouet et R. Grandpierre établissant que l'administration de vagotonine est suivie, au bout de plusieurs jours, chez le lapin, chez le chien et chez l'homme, d'une augmentation du nombre des globules rouges. Cette polyglobulie ne peut être attribuée ni à une spléno-contraction, ni à une vasodilatation. Elle paraît en rapport avec une excitation de l'hématopoïèse. L'administration de vagotonine dans quatre cas d'anémie, d'intensité et de cause diverses, dont un type d'anémie pernicieuse, a donné des résultats particulièrement intéressants, le nombre des globules rouges ayant ainsi été ramené très rapidement au taux normal.

**Election.** — L'Académie procède à l'élection d'un membre titulaire dans la 2<sup>e</sup> section (chirurgie), en remplacement de M. Routier, décédé. Les candidats étaient ainsi classés : En première ligne, M. Lenormant, en deuxième ligne *ex aequo* et par ordre alphabétique : MM. Baumgartner, Chevassu, Fredet, Grégoire, Terrien.

L'Académie avait adjoint M. Robineau et, quelques jours avant sa mort, le regretté Robert Proust.

Au premier tour de scrutin, M. Charles LENORMANT, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté, est élu par 63 voix sur 65 votants.

**Les vitamines B, leur rôle dans le métabolisme hydrocarboné, leur emploi dans le traitement du diabète,** par le docteur Jean-Daniel GRINGOIRE. In-8° de 97 pages avec 13 tableaux. Préface du professeur Marcel LABBÉ. — Paris, Le François.



**Les Laboratoires de la  
CARNINE LEFRANCO**

(M. FIQUET : Ex-Interne des Hôpitaux de Paris)

**HÉPATOCARNINE  
LEFRANCO**

(Ampoules buvables de 10 c. c.)

**Romainville**

(Seine)



Échantillons sur demande

## PRODUITS NOUVEAUX

**Algophos** (Iode organique des algues assimilable associé à la Vitamine D ; Association d'inosito-phosphates aux vitamines D et A et aux algues laminaires). — Indications : Toni-dépuratif marin. Tonique marin.

**Analgesol** (Menthol, Sal. Gaïacyle). — Indications : toutes douleurs.

**Aphonyl** (Codéine, Teint. Aconit, Belladone, Euphorbe, Drosera, Coca, Erysimum). — Indications : Affections du larynx et de la trachée.

**Argyrex** (Vitellinate d'argent anglais). — Indications : Affections nasales.

**Armanite** (Manganite d'argent, Oxyde Silicium, Ph. soude. Manganite d'argent). — Indications : Bactéricide non toxique.

**Broncho-Baume** (Gaïacol, Terpinol, Eucalyptol, Ess. pin, Thym, Serpolet, Romarin, Hélienine). — Indications : Affections des voies respiratoires.

**Bolcynol** (Extrait de Cynara, Boldo). — Indications : Insuffisance hépatique et biliaire.

**Cepainé** (Drosera, Lactucarium, Erysimum, Allium cipa, Sulfogaïacolate de potasse, Sp. codéine). — Indications : Toux, Bronchites, Laryngites, etc.

**Clangoryl Aabdia** (Rhodanate de Potassium, Silicate de Soude). — Indications : Artériosclérose, Hypertension, Angine de Poitrine, etc.

**Diocamphine** (Dionine Borne, Camphre soluble).

**Dionine Borne** (Dionine).

**Femosyl** (Hormone sexuelle féminine, Hormones de l'Hypophyse associées à des extraits végétaux sélectionnés). — Indications : Troubles de la menstruation et de la circulation du sang.

**Gasmar Legendre** (Ferments digestifs, Sels de Sodium, T. de Belladone, etc.). — Indications : Affections des voies digestives.

**Gélulol**. — Indications : Engelures, Crevasses, Gerçures et toutes les affections de la peau.

**Glycarsol** (Glycéro, Fer, Manganèse, Soude, Triodure d'arsenic). — Indications : Médication hyperénergétique.

**Halomagnésine** (Fluorure magnésium, Sel de chaux et de magn. de l'acide inosito-hexaphosphorique, Phosphogl. magnésie, Bromure de magnésium, Phosphogl. calcium, Muriate magnésie). — Indications : Affections prostatiques, Rajeunissement cellulaire.

**Hémophos** (Strychnos nux vomica, Méthylthéobromine, Carbonas manganosus, etc.). — Indications : Maladies de la nutrition, Neurasthénie, Anémie, etc.

**Hépaticol** (Romarin, Sauge, Mélisse, Boldo, Combretum, Podophyllum, Sulf. Magn. desséché, Sal. Soude, Urotropine, etc.). — Indications : Drainage des voies biliaires, Antisepsie hépatique rénale et intestinale.

**Hépatique Marcol** (Teint. de Pilocarpus Jaborandi, Peumus, Boldus, Combretum Sundaicum, etc.). — Indications : Maladies du foie.

**Hépatocarnine Lefrancq** (Assoc. d'extr. de foie de veau frais déprotéiné et délipoidé, et de suc musculaire cru concentré). — Indications : Anémies, Convalescences, Troubles de la croissance.

**Hololax** (Sulf. Magn., Citr. Magn., Hydr. Magn., Bourdaine, Boldo, Cynara, Réglisse). — Indications : Constipation et Insuffisance hépatique.

**Lénobyl** (Hyposulf. magn., Salicyl. magn., Sulf. magn., Glycérine). — Indications : Affections d'origine hépatique.

**Liverphine**. — Indications : Affections du foie.

**Magnover** (Sol. titrée et stab. de chl. magnésium). — Indications : Dermatoses, Prurits, Verrues, Faiblesse générale, Convalescences.

**Nitzérine** (1<sup>o</sup> Menthol, Camphre, Goménol, Chlorétone, Teint de Benjoin. 2<sup>o</sup> Menthol, Camphre, Goménol, Ess. antiseptiques). — Indications : Affections des bronches, du nez et de la gorge.

**Octensanol** (Sol. d'Alcool octylique primaire). — Indications : Hypertensions.

**Oposclérine Vergelot** (Extr. ovarique, orchitique, Peptone iodée, Thyroïde). — Indications : Arthritisme, Goutte, Obésité, Asthme, Emphysème, etc.

**Pansmacol** (Kaolin colloïdal, Silicate de calcium activé, Silicate de Magnésium précipité). — Indications : Traitement de l'Hyperchlorhydrie et des Etats ulcéreux.

**Phosphocalcase** (Natrium bicarbonicum, Magnesium oxydatum, Magnesium hydrocarbonicum, Manganum carbonicum, etc.). — Indications : Traitement recalcifiant.

**Pulmoseptine** (Eucalyptol, Terpène, B. Tolu, Ph. Gaïacol, Cinnamate de soude, Codéine, Lactate de chaux). — Indications : Affections aiguës et chroniques des voies respiratoires.

**Quinimax** (Alcaloïdes totaux suractivés du quinquina). — Indications : Traitement du Paludisme.

**Salitropine** (Salicylate alcalin, Hexaméthylène tétramine, etc.). — Indications : Etats infectieux.

**Sanorhinal** (Ess. de Géranium, Chlorhy. éphédrine, Eucalyptol, Goménol, Résorcine). — Indications : Affections du nez et des voies respiratoires supérieures.

**Sanovules** (Vitellinate d'argent, Teint. Benjoin, B. de Tolu, Millepertuis, Myrrhe, Oliban). — Indications : Affections gynécologiques.

**Sédovytol** (Codéine, Phénacétine, Pyramidon, Extr. Saule blanc, Cratægeus, etc.). — Indications : Sédatif, analgésique, hypnogène.

**Strongénol** (Formiate de cuivre, Cit. de fer vert, Chl. magnésium, Lact. calcium, Ph. sodium, Arrhénal, Ergostérol irradié). — Indications : Anémies pernicieuses, Troubles de la croissance, etc.

**Tonivital** (Arséniate de Na, Strychnine sulf., Vin de Kola, Vin de Coca, Vin de Quinquina). — Indications : Médication toni-reconstituante.

**Vitalphos** (Inosito-hexaphosphate double de chaux et de magnésie). — Indications : Reminéralisateur, Reconstituant, Apéritif réparateur nerveux.

A la requête de nos lecteurs et pour faciliter leur documentation, notre service de publicité (A. Thiollier, 116, boulevard Raspail, Paris VI<sup>e</sup>) est à leur disposition pour recevoir, par envois groupés sous une seule enveloppe, les demandes d'ÉCHANTILLONS ou de renseignements et les répartir entre les différents laboratoires intéressés.

Le Directeur-gérant : D<sup>r</sup> François LE SOURD.



# HEMORROIDES, PROSTATITES

# ANUSOL

(Anciennement exploité par le Laboratoire Mialhe)

1 suppositoire matin et soir

Echantillons sur demande à Messieurs les Médecins

## LABORATOIRES SUBSTANTIA

13, rue Pagès - Suresnes (Seine)

# SIROP DU D<sup>R</sup> REINVILLIER

(Lauréat de l'Académie de Médecine de Paris)

au Phosphate de Chaux hydraté  
TUBERCULOSES - RACHITISME - MALADIES DES OS & DU SYSTÈME NERVEUX  
DENTITION DIFFICILE

DOSES : 2 à 4 cuillerées à bouche, à dessert ou à café suivant l'âge

**ASSIMILATION  
COMPLÈTE**

PRESCRIRE :  
SIROP REINVILLIER, un flacon

**BERTAUT-BLANCARD FRÈRES**  
64, Rue de La Rochefoucauld, PARIS (9<sup>e</sup>)

**°AS D'ACIDE  
LIBRE**

# SULFARSENOL

## ARSENOS-SOLVANT

ADOPTÉS PAR LES HOPITAUX

## EKTOPHANOL

SELS DE LITHIUM DE L'ACIDE PHENYLQUINOLEINE CARBONIQUE

Indications : Rhumatismes musculaires ou articulaires, aigus ou chroniques, Goutte, Sciatique, Lumbago, etc.

LABORATOIRES DE BIOCHIMIE MÉDICALE CH. DESGREZ, D<sup>r</sup> en Ph<sup>le</sup>, 19-21, rue Van-Loo, PARIS XVI<sup>e</sup> — Tél. Auteuil 26-62

# LIPIODOL LAFAY

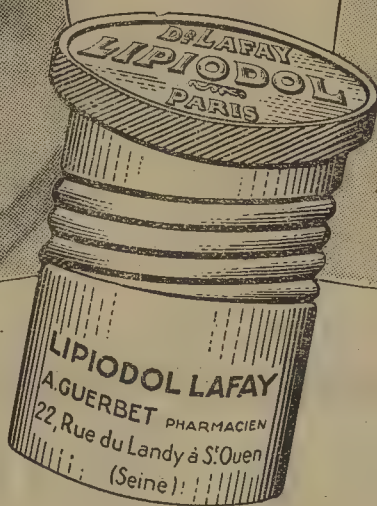
THERAPEUTIQUE IODORGANIQUE ET RADIODIAGNOSTIC

Huile iodée à 40%.

54. centigr. d'iode pur par centi. cube



*Injection intra-utérine  
de Lipiodol*



*Injection intra-fistulaire  
de Lipiodol*

## POUR COMBATTRE

ASTHME  
ARTÉRIOSCLÉROSE  
LYMPHATISME  
RHUMATISME  
ALGIES DIVERSES  
SCIATIQUE  
SYPHILIS

## POUR EXPLORER

VOIES RESPIRATOIRES  
UTÉRUS ET TROMPES  
SYSTÈME NERVEUX  
VOIES URINAIRES  
SINUS NASAUX  
VOIES LACRYMALES  
ABCÈS ET FISTULES

AMPOULES, CAPSULES,  
EMULSION, COMPRIMÉS

**A. GUERBET & C<sup>IE</sup>**

Pharmacien

Ex-interne des Hôpitaux de Paris

22, Rue du Landy

St-OUEN (près Paris)

### Dosage :

1 cm<sup>3</sup>. = 0 gr. 54 d'iode  
1 capsule  
1 cuiller à café } = 0 gr. 20  
d'émulsion d'iode  
1 comprimé = 0. gr. 04 d'iode

LIPIODOL à 20%

LIPIODOL à 10% Ascendant



*La Lancette Française***GAZETTE DES HOPITAUX****CIVILS ET MILITAIRES****PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI****ADMINISTRATION ET RÉDACTION :****49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6<sup>e</sup>. Tél. : Danton 48-31.****PUBLICITÉ : M. A. THIOILLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6<sup>e</sup>) - Téléph. : LITRÉ 54-93.****PRIX DE L'ABONNEMENT****FRANCE**

3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.

*Etudiants : 25 francs par an.*

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

**ETRANGER**

Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.

Tous les autres pays : 75 francs.

**ABONNEMENTS DE VACANCES***La Gazette des hôpitaux met à la disposition de MM. les Etudiants des abonnements de vacances gratuits d'une durée de deux mois (juillet et août).**Il ne pourra être accepté de changement d'adresse au cours de ces abonnements.**Il ne sera donné suite à aucune demande passée le 30 juin.**Prière d'écrire très lisiblement son nom et son adresse.**S'adresser directement aux bureaux du Journal.***SOMMAIRE****TRAVAUX ORIGINAUX***Psoriasis arthropathique et glandes endocrines, par M. le professeur E. SERGENT et MM. H. MAMOU et C. DEBRAY.**Pathologie héréditaire et maladies du sang, par M. M. SCHACHTER (de Bucarest).***SOCIÉTÉS SAVANTES.***Académie des sciences. — Société médicale des hôpitaux. — Société de chirurgie. — Société de stomatologie.***CHRONIQUE***L'art à la Faculté de médecine de Paris.***INTÉRÊTS PROFESSIONNELS***Exercice illégal de la médecine par un étudiant étranger, par M. Maurice MORDAGNE.***PRATIQUE MÉDICALE****NOTES POUR L'INTERNAT***Formes cliniques de la névralgie sciatique.***INFORMATIONS****HÔPITAUX DE PARIS. — DEUXIÈME CONCOURS DE NOMINATION DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — Première épreuve clinique. — Séance du 6 juin. — MM. Lièvre, 19; Soulié, Mollaret et Castan, 20; M<sup>me</sup> Roudinesco, 18,90.****— DEUXIÈME CONCOURS DE NOMINATION DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX. — Jury : MM. Heitz Boyer, Raoul-Ch. Monod, Gou-verneur, Riche, Marion, Leveuf, Flandin.****— CONCOURS D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGISTE DES HÔPITAUX. — Epreuve théorique anonyme. — Séance du 6 juin. — Questions données : « Anatomie du sinus sphénoïdal. — Mastoi-dite de Bezold. »****Epreuve écrite. — MM. Bérard, 25; Guillon, 26; Lema-riey, 30; Lemoyne, 27; Lévy, 29; Rémy-Néris, 23.****Consultation écrite. — MM. Bérard, 18; Guillon, 17; Lema-riey, 19; Lemoyne, 17; Lévy, 19; Rémy-Néris, 16.****Total des points : MM. Bérard et Guillon, 43; Lema-riey, 49; Lemoyne, 44; Lévy, 48; Rémy-Néris, 39.****Sont admissibles : MM. Lema-riey, Lévy, Lemoyne.****— CONCOURS D'ÉLECTRO-RADIOLOGISTE DES HÔPITAUX (nomina-tion) — Epreuve d'électro-radiologie (la cotation de cette épreuve est sur 15). — Séance du 4 juin. — MM. Fou-ber, 14; Devois et Dubost, 15.****Séance du 6 juin. — MM. Busy, 13; Sthul, 14.****HÔPITAL DE LA MANOUBA. — Le poste de médecin direc-teur de l'hôpital pour les maladies mentales de la Manouba (près Tunis) est vacant.****Traitement afférent à la classe du praticien dans le cadre des médecins chefs de service des asiles d'aliénés de la métropole majoré de 33 p. 100.****Indemnité de direction : 4.000 fr. par an.****Logement gratuit dans l'établissement.****GUERRE. — L'article 2 du décret du 5 avril 1927 portant réorganisation de la Commission supérieure consultative d'hygiène et d'épidémiologie militaires est ainsi modifié :****Les membres nommés par le ministre sont au nombre de treize, savoir :****Neuf membres civils choisis parmi les membres de l'Aca-démie de médecine.****Quatre médecins militaires pris parmi les médecins géné-raux inspecteurs ou les médecins généraux de l'armée appar-tenant à la 1<sup>re</sup> ou à la 2<sup>e</sup> section du cadre des officiers géné-raux.****En sus de ces treize membres, et exceptionnellement, des médecins généraux inspecteurs ou des médecins généraux de la 2<sup>e</sup> section du cadre des officiers généraux ayant rempli****NATIBAÏNE****ASSOCIATION DIGITALE NATIVELLE ET OUABAÏNE ARNAUD****LABORATOIRE NATIVELLE, 27, Rue de la Procession, PARIS (XV<sup>e</sup>)**

les fonctions d'inspecteur des services d'hygiène et d'épidémiologie de l'armée pourront être nommés, par arrêté, membres de la Commission.

**NÉCROLOGIE.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Paul Bachmann (de Zuydcoote), Jean Quéru (de Toulon), Treillet, médecin colonel en retraite à Toulon.

## INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

### EXERCICE ILLÉGAL DE LA MÉDECINE PAR UN ÉTUDIANT ÉTRANGER

Un membre honoraire de l'Association Corporative des étudiants en médecine de Paris, qui est installé en province, est venu récemment nous entretenir d'un cas d'exercice illégal de la médecine par un étudiant étranger. Ce cas est particulièrement troublant, et le Comité m'a prié de l'exposer aux lecteurs de la *Gazette des hôpitaux*. Voici ce dont il s'agit.

M. X..., étudiant étranger, a pu remplacer longtemps un médecin, M. Z..., sans l'autorisation préfectorale ; ce remplacement a eu lieu dans le Centre de la France. Puis M. Z... a changé de département, mais M. X... est resté au pays de M. Z... et s'est fait inscrire comme docteur en médecine sur l'Annuaire des téléphones de 1934 par l'Administration des P. T. T.

Les syndicats de médecins de deux départements se sont émus de ce cas litigieux et compliqué.

Surveillé par le préfet enfin alerté, le pseudo-docteur a pris à son tour un remplaçant, mais réapparaît quelquefois pour le présenter au public ! Il continue donc à exercer par médecin interposé dans un poste qu'il n'a pas le droit d'occuper. Peu avant la grève des Facultés de médecine du 2 février dernier, mon correspondant a dû protester auprès du président de son syndicat contre les mesures insuffisantes prises à l'endroit de l'étudiant étranger, M. X...

En réalité il y a un motif étrange à ce remplacement illégal et prolongé : le praticien, M. Z..., qui a quitté le pays pendant qu'il était remplacé par M. X..., est allé se fixer à plusieurs centaines de kilomètres de là, mais n'a pas fait enregistrer son diplôme dans son nouveau département. Ce système détestable lui a permis de couvrir son remplaçant M. X... resté dans son premier poste ; mais M. X... était devenu en réalité non un remplaçant, mais un successeur.

Tel est le fait absolument scandaleux que le tribunal correctionnel doit juger cet été.

J'ai consulté des pièces officielles, d'où il ressort que l'étudiant suspect, M. X..., a exercé assez longtemps dans des conditions illégales, et c'est contre quoi l'Association Corporative a le devoir de protester avec énergie.

En tout état de cause, selon l'expression chère aux gens de robe, soyons intransigeants pour obtenir du ministère de la Santé publique le contrôle impitoyable des remplacements de médecins. Il faut que l'Etat et les Facultés s'entendent avec les syndicats médicaux pour que force reste à la loi. En exigeant sous peine de poursuites judiciaires que l'autorisation administrative intervienne à propos de tout remplacement, ne durerait-il que vingt-quatre heures, le problème sera résolu.

MAURICE MORDAGNE.

## CHRONIQUE

### L'ART A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Une exposition d'art vient de s'ouvrir dans les appartements de M. le doyen ; elle permettra au public d'admirer des richesses artistiques connues d'un petit nombre et vraiment dignes d'intéresser tous les connaisseurs.

Les tableaux les plus anciens et les plus précieux des primitifs italiens ou flamands proviennent du legs du professeur Gilbert ; viennent ensuite une longue série de portraits dont les plus beaux appartiennent au XVII<sup>e</sup> et au XVIII<sup>e</sup> siècle et sont dus à Rigaud, Nattier, Restout et Duplessis pour la peinture, Lemoyne, Houdon et Pigalle pour la sculpture.

Le plus beau des portraits est peut-être celui de Lapeyronie par Rigaud qu'il serait intéressant de rapprocher de son buste dû à J.-B. Lemoyne et exécuté probablement quelques années plus tard. Rigaud a déployé dans la composition de ce portrait une virtuosité extraordinaire, et la nature morte qui entoure le sujet est un chef-d'œuvre.

Dans plusieurs autres portraits de la même époque on retrouvera le même souci de décoration : l'auteur inconnu du portrait de Baron (doyen de 1730 à 1734) a peint le rabat blanc de son modèle au travers duquel se voit le large ruban noir qui soutient la croix de chevalier de Saint-Michel, et on peut noter le contraste fourni par la pélerine d'hermine et la cape écarlate.

Mais, combien d'autres portraits sont à admirer depuis celui de Guillaume de Baillou par un inconnu du XVI<sup>e</sup> siècle, depuis celui de Jean Hamon par Philippe de Champagne, jusqu'à ceux de Jeanroy par Féréol Bonnemaïson et P. Lassus par le baron Gérard. On peut voir aussi des tableaux célèbres : Hippocrate refusant les présents d'Ar-taxercès, de Girodet, et la mort de Bichat par Hersent.

Parmi les bustes : Ferrein par Pigalle et Antoine Louis par Houdon sont à citer d'abord. De très belles tapisseries des Gobelins : l'Eau, le Feu et l'Air sont empruntées à la salle du conseil de la Faculté.

On s'arrêtera longuement aux dessins, gravures de thèses, aux jetons des doyens (plus de cinquante) allant de Guy Patin en 1652 à Claude Bourru en 1786, aux médailles commémorant presque toutes des épidémies ; on admirera deux superbes pendules.

Enfin, l'attention est retenue par des incunables, des volumes rares et des reliures de maroquin aux armes de la Faculté ou à celles de notables personnages : Riquet de Caraman, Madame de Pompadour, un Condé, Colbert.

C'est une collection exceptionnellement intéressante et parfaitement présentée au public.

Un très beau catalogue descriptif de 159 pages, illustré de 66 reproductions, édité par MM. Masson, donne au visiteur les renseignements les plus complets sur les objets exposés qui sont d'ailleurs disposés dans l'ordre chronologique d'une façon très claire ; rédigé par M. Charles Sterling, attaché au Musée du Louvre, il est préfacé par M. Paul Valéry, de l'Académie française.

R. L. S.

Ce qu'il faut savoir du Naturisme, par Louise-Marie FERRÉ. Petit in-8° de 75 pages. — Prix : 4 fr. Paris, Editions Norbert Maloine.

Essai critique sur la doctrine homœopathique, par le docteur Roland CAILLEUX. In-8° de 100 pages. — Paris, Le François.

Insomnies  
Toux nerveuse.

**BROMÉINE** MONTAGU

**OUATAPLASME**

de D<sup>r</sup> LAYGLEBERT  
PANSEMENT COMPLET  
Phlegmasies, eczémas, brûlures, etc



## LABORATOIRE NATIVELLE

27, RUE DE LA PROCESSION — PARIS (XV<sup>e</sup>)

## OUABAINÉ ARNAUD

**CARDIOTONIQUE  
ÉNERGIQUE**

**Seul produit** ayant servi aux essais cliniques et aux observations des Professeurs et Docteurs VAQUEZ et LUTEMBACHER, CLERC, RIBIERRE, LIAN, JOSUÉ, LAUBRY et PEZZI, BONNAMOUR, D'OELSNITZ et CARCOPINO, PAGLIANO, MINET, DIMITRACOFF, etc...

**Seul produit** dont les constantes physico-chimiques, les essais physiologiques et les toxicités ont été publiés, donnant ainsi au Corps Médical toute garantie d'action et de sécurité.

**MOINS TOXIQUE  
QUE LES  
STROPHANTINES**

## INDICATIONS

**DIURÉTIQUE  
PUISSANT**

Insuffisance du cœur gauche  
Insuffisance ventriculaire droite  
Arythmies et Tachycardies

## FORMES

**ACTION  
CONSTANTE  
ET SÛRE****DOSAGE  
RIGOREUX**

COMPRIMÉS .. .. A Un milligramme.  
SOLUTION .. .. A Quatre pour Mille.  
AMPOULES .. .. Au 1/4 de milligramme  
pour injections intraveineuses.  
AMPOULES .. .. Au 1/2 milligramme  
pour injections intramusculaires.



**TRAITEMENT BIOCHIMIQUE  
DES  
ULCÈRES GASTRO-DUODÉNAUX**

**LARISTINE  
ROCHE**

Solution à 4%  
Chlorhydrate HISTIDINE  
en Ampoules de 5<sup>cc</sup>

**SÉDATION  
RAPIDE  
DE LA  
DOULEUR**

Injection indolore  
intramusculaire ou sous-cutanée  
35 F<sup>rs</sup> la boîte de 6 Amp.

**AUCUNE CONTRE-INDICATION**

Produits F. HOFFMANN - LA ROCHE & C<sup>ie</sup> 10, Rue Crillon - PARIS (IV<sup>e</sup>)



**BRIANÇON**

1350 M.

d'Altitude

125 Chambres pour Dames  
et Jeunes Filles.

Organisation sanatoriale  
et médicale moderne

Galeries de Cure privées

Train rapide & direct: PARIS-LYON  
Briançon • Autocars: GRENOBLE  
MARSEILLE

Médecins Présidents: D<sup>rs</sup> M & O. PIN

**Sanatorium Hôtel des NEIGES.**



## PSORIASIS ARTHROPATHIQUE ET GLANDES ENDOCRINES

Par M. le professeur EMILE SERGENT,  
MM. H. MAMOU et C. DEBRAY.

Si les rapports entre les lésions cutanées psoriasiques et les manifestations articulaires sont bien connus depuis Alibert et Cazenave, par contre l'étiologie du psoriasis arthropathique reste encore discutée et obscure, malgré les nombreuses recherches cliniques, anatomiques et biologiques. Alors que Bazin invoque une théorie diathésique, Hallopeau soutient une théorie infectieuse. La gonococcie, la tuberculose, la syphilis sont tour à tour incriminées. Récemment encore, Louis Langlois (1), dans sa thèse remarquable, admet, avec son maître Milian, une théorie bacillaire. Lorsqu'on parcourt cependant l'abondante littérature consacrée à ce sujet, on ne peut pas ne pas être frappé par le terrain spécial sur lequel évolue cette association morbide cutané-articulaire. Les anciens auteurs l'avaient du reste bien vu quand ils invoquaient une diathèse spéciale. L'un de nous (2), dès 1894, a été le premier à démontrer la coexistence de l'insuffisance thyroïdienne et du rhumatisme psoriasique. Grâce à une observation anatomo-clinique, il soutenait le rôle d'une perturbation glandulaire et ouvrait ainsi la voie à la théorie endocrinienne, que de nombreux auteurs ont depuis lors soutenue. Les travaux ultérieurs sont venus confirmer cette atteinte fréquente de la glande thyroïde et ont montré encore que d'autres glandes endocrines pouvaient être intéressées.

Nous avons eu l'occasion d'examiner récemment dans notre service de l'hôpital Broussais un malade atteint de rhumatisme psoriasique, chez lequel une perturbation thyro-parathyroïdienne peut être soutenue. Il nous a paru intéressant d'en publier l'observation et de rappeler à cette occasion nos travaux antérieurs, ainsi que les théories régnantes. Ce cas clinique permet encore de souligner la fréquence relative des tétanies spontanées de l'adulte et d'évoquer la question des syndromes hépato-endocriniens, dont la connaissance est encore toute récente.

**OBSERVATION.** — D... âgé de 45 ans, comptable, entre à l'hôpital Broussais, salle Corvisart, le 15 janvier 1935 pour douleurs articulaires et psoriasis.

**Antécédents.** — En 1911, à 21 ans, le malade est atteint de crise de R. A. A. franc, avec atteinte des grosses articulations, hyperthermie à 40° et régressant sous l'influence du salicylate de soude.

La même année, on note une scarlatine qui évolue sans complications.

En 1914, blennorragie compliquée d'orchite gauche.

Après ces premiers épisodes morbides, on peut diviser l'évolution de la maladie en trois syndromes :

a) **SYNDROME DE CHOLÉCYSTITE CHRONIQUE.** — En 1914, pour la première fois, l'attention est attirée sur la vésicule biliaire.

Après une période de malaise général et de troubles digestifs, un ictère par rétention fait son apparition et va durer près de six mois, avec des alternatives de subictère et d'ictère plus foncé. Mais il ne s'accompagne ni de dou-

leurs ni de fièvre ; on pense, malgré ces signes négatifs, à la possibilité d'un ictère lithiasique.

En 1924, première crise douloureuse à l'hypochondre droit ayant tous les caractères d'une colique hépatique violente, aux irradiations dorsales et à l'épaule et vomissements bilieux. M. Félix Ramond, qui examine alors le malade, pense à la possibilité d'une cholécystite lithiasique compliquée de péricholécystite.

De 1924 à 1926, les crises douloureuses sont subintrantes, puis une accalmie de deux ans se produit.

En 1928, premier séjour du malade dans le service de M. le professeur Sergent, à la Charité, pour une crise douloureuse analogue à celle de 1924. On note alors un plastron douloureux de la région vésiculaire, qui cède peu à peu à la glace.

De 1928 à 1929, le malade a 4 ou 5 crises par an. L'intervention chirurgicale qu'on lui conseille est refusée. Du reste, dès cette période, on note une accalmie et un espacement des crises.

b) **SYNDROME DE RHUMATISME PSORIASIQUE.** — 1. *Le psoriasis.* — C'est en plein ictère, en août 1914, qu'apparaît la première poussée de psoriasis. Il s'agit d'éléments typiques, aux coudes, aux genoux, au cuir chevelu, qui durent quelques mois, puis s'atténuent.

Depuis cette époque, le psoriasis a une évolution parallèle à celle de la cholécystite chronique. Au cours de chaque crise douloureuse de l'hypochondre droit, apparaît une poussée éruptive qui disparaît après quelques jours. Malgré de très nombreux traitements par voie externe et par voie interne, le psoriasis ne disparaît pas et ses recrudescences — fait que le malade souligne — coïncident strictement avec les épisodes douloureux de la lithiasie.

2. *Le rhumatisme.* — En 1918, le malade ressent quelques arthralgies aux genoux, dont la durée est courte.

Cinq ou six ans après, ces arthralgies deviennent vives et subintrantes. Elles gênent l'activité du malade et s'accompagnent de raideur des genoux. Les doigts sont pris à leur tour, puis les hanches.

L'attitude est depuis lors coubée en avant, et la marche, difficile, exagère les arthralgies.

c) **SYNDROME DE TÉTANIE SPONTANÉE.** — Depuis quelques mois, le malade est atteint de symptômes nouveaux, qu'il décrit de la manière suivante :

Brusquement, sans horaire fixe, il ressent une crampe épigastrique particulièrement vive, qui s'accompagne d'une certaine gêne respiratoire. A aucun moment, il n'existe de vomissements. Quand cette douleur atteint son maximum, soit 3 à 4 minutes après le début, les doigts du malade se fléchissent, se raidissent et prennent l'aspect classique de la main d'accoucheur. La contraction s'étend ensuite aux avant-bras, les coudes se fléchissent, et cet état de raideur des extrémités dure 4 à 5 minutes. La fin de la crise est marquée par l'atténuation, puis par la disparition de la crampe épigastrique.

**Examen clinique.** — 1° L'état général est excellent. On remarque d'emblée le psoriasis généralisé, mais prédominant aux genoux, aux coudes et au cuir chevelu.

2° Les articulations ne sont nullement déformées. Il d'agit simplement d'arthrites sèches, avec gêne et douleur à la mobilisation, limitation des mouvements d'extension et production de quelques craquements. Ces signes sont marqués aux genoux ; les articulations coxo-fémorales sont également atteintes, mais plus légèrement. Les épaules, les coudes, la colonne vertébrale sont presque indemnes.

3° L'examen général donne peu de constatations.

Le foie est de dimensions normales. Notons, cependant, un point douloureux vésiculaire très net, à l'inspiration profonde. Il n'y a pas de subictère, pas de pigments ni sels biliaires dans les urines.



L'épreuve de la galactosurie provoquée est normale.

Les poumons, le cœur, les autres appareils sont indemnes.

4° L'examen endocrinien montre que le corps thyroïde est de consistance et de volume normaux. La peau n'est pas infiltrée. Il n'existe ni tachycardie, ni exophtalmie. Le métabolisme basal donne le chiffre de —12,98.

Il n'existe ni signe de Chvostek, ni signe de Trousseau.

Par contre, l'épreuve de l'hyperpnée provoque très rapidement, au bout de 2 minutes environ, une crise de tétanie typique, au cours de laquelle le malade accuse une crampe extrêmement vive de la région épigastrique.

L'examen radioscopique, pratiqué au cours d'une crise de tétanie provoquée, montre des contractions vives stomacales ; mais elle existent aussi avant et après la crise de tétanie. Malgré la douleur si vive accusée par le malade, il n'y a donc aucune modification radiologique appréciable des contractions gastriques pendant la crise de tétanie.

5° Examens de laboratoire :

Cholestérinémie : janvier 1929, 3 gr. 75 p. 1000 ; 6 avril 1933, 1 gr. 50 p. 1000 ; janvier 1935, 1 gr. 53 p. 1000.

Azotémie : 0,25.

Glycémie : 0,95.

Lipides totaux : 6,75 p. 1000.

Calcémie (janvier 1935) : 152 mmgr. p. 1000.

Formule sanguine normale.

Avant la crise de tétanie :

R. A. : 66,8.

Cl. plasmatique : 5,73 p. 1000.

Cl. globulaire : 3,18 p. 1000.

Pendant la crise de tétanie :

R. A. : 57,3.

Cl. plasmatique : 5,73 p. 1000.

Cl. globulaire : 3,07 p. 1000.

En résumé, chez un malade âgé de quarante-cinq ans, nous avons observé un triple syndrome pathologique.

Le premier syndrome est réalisé par une cholécystite chronique évoluant depuis 21 ans ; bien que la radiographie de la vésicule biliaire n'ait pas décelé de calculs, la lithiase nous paraît vraisemblable, du fait de l'apparition d'un ictère par rétention, à intensité variable, ayant duré plusieurs mois, suivi de nombreuses crises de coliques hépatiques absolument typiques, du fait encore de la constatation, à plusieurs reprises, d'un plastron douloureux de la région vésiculaire.

Le deuxième syndrome réside dans le rhumatisme psoriasique : psoriasis typique, dont les éléments siègent aux lieux d'élection, arthrites sèches des genoux et des hanches, à caractères surtout arthralgiques, sans déformation appréciable des articulations. Le point particulier de notre observation est la coïncidence étroite entre les poussées de psoriasis et les poussées douloureuses de la cholécystite lithiasique. La dermatose subit une recrudescence après chaque colique hépatique et s'atténue peu à peu.

Les crises de tétanie, apparues depuis quelques mois, constituent le troisième syndrome. Il s'agit d'une tétanie spontanée, survenue en dehors de tout syndrome de déshydratation ou de sténose pylorique. Facile à reproduire expérimentalement par l'épreuve de l'hyperpnée volontaire, elle offre ce caractère, très particulier, d'apparaître au moment où le malade ressent une crampe très vive de la région épigastrique et de disparaître quand la douleur s'atténue.

Cette curieuse association morbide réalisée dans notre observation nous paraît susceptible de soulever une série de problèmes intéressants touchant :

1) D'une part, aux rapports entre la cholécystite lithiasique et la dermatose psoriasique ;

2) D'autre part, aux rapports du psoriasis arthropathique avec une perturbation glandulaire ;

3) Enfin, à la coexistence, rarement notée, de cholécystite lithiasique et de tétanie ; à ce titre elle est un exemple de syndrome hépato-vésiculo-endocrinien.

I. Les rapports entre la lithiase biliaire et le psoriasis ne constituent pas une question nouvelle. Depuis longtemps déjà, les classiques avaient noté une pareille association. Bazin, qui soutenait une théorie diathésique dans la pathogénie du psoriasis, avait remarqué que le psoriasis, les arthropathies, la lithiase biliaire, appartenaient à une même famille pathologique, celle de la vieille diathèse arthritique. Gaucher, en 1892, soutient, lui aussi, que le psoriasis, secondaire à un vice de nutrition, résulte d'une auto-intoxication par les corps puriques. Brocq, Chamberg s'orientent dans le même sens et cherchent à mettre en évidence dans les humeurs un trouble des matières azotées. Lipman, Wulf considèrent à leur tour le psoriasis comme une manifestation goutteuse.

Les études récentes ont rénové la question, en s'attachant à démontrer l'existence d'un trouble du métabolisme des lipides dans le psoriasis. Mais l'accord est loin d'être fait, et de nombreuses controverses subsistent. Si Bernhardt et Zalewski (3) ont noté une hypocholestérinémie et obtenu une amélioration de l'éruption par des injections de lécithine, par contre Grutz et Burger (4) ont trouvé une cholestérinémie supérieure à la normale. En soumettant leurs malades à un régime sans graisse, ils obtiennent, eux aussi, des améliorations surprenantes.

Langlois, dans sa thèse (1), par contre, n'a trouvé que des chiffres voisins de la normale.

Dans notre observation, remarquons que nous n'avons noté qu'une seule fois un chiffre de la cholestérinémie supérieur à la normale. Les examens ultérieurs ont toujours montré un chiffre normal.

On ne peut donc affirmer, en se basant sur ces résultats contradictoires, qu'il existe sûrement un trouble du métabolisme des lipides. Le problème nécessite de nouvelles recherches, à la lumière des travaux récents sur les lipoïdoses. On s'expliquera peut-être alors, d'une part, la cause de ce terrain spécial sur lequel évolue souvent le Rhumatisme psoriasique, et, d'autre part, cette coïncidence si étroite, que nous avons notée dans notre cas, entre les poussées de la dermatose et celles de la lithiase.

II. Plus important encore nous paraît le problème qui touche aux rapports du psoriasis arthropathique et des troubles endocriniens.

En 1894, l'un de nous a montré, pour la première fois, les rapports que pouvaient affecter certains psoriasis arthropathiques avec une insuffisance thyroïdienne. Chez une femme de 59 ans, complètement immobilisée par un rhumatisme chronique déformant qui avait débuté à l'âge de la ménopause, on notait l'existence d'un psoriasis typique ainsi que d'un myx-



œdème fruste caractérisé par une infiltration nette de la peau. La malade fut emportée par une pneumonie, et à l'autopsie on trouva le corps thyroïde atrophié, réduit à l'état de deux petits noyaux scléro-calcaires. A cette époque, où la notion de métabolisme basal n'était pas encore connue, cette observation anatomo-clinique de rhumatisme chronique, apparu à la ménopause et coïncidant avec des lésions du corps thyroïde, posait nettement le problème de l'origine endocrinienne de certains rhumatismes chroniques. Elle montrait également une synergie thyro-ovarienne et venait à l'appui de l'observation de Chantemesse et René Marie, parue quelques temps auparavant, de myxoedème fruste apparu à la ménopause.

Depuis cette époque, de nombreux travaux ont confirmé cette atteinte thyroïdienne fréquente dans certains rhumatismes chroniques.

Pierre Ménard (5), élève de l'un de nous, a consacré sa thèse au rhumatisme chronique thyroïdien (1908). Claisse, Souques, Vialat, Parhon, Léopold Lévi et Henri de Rothschild ont rapporté ensuite des observations analogues.

Mais d'autres glandes que la thyroïde peuvent être intéressées au cours du rhumatisme chronique psoriasique. Les ovaires, les glandes surrénales, l'hypophyse et, plus récemment, les parathyroïdes ont été successivement incriminées. Comme l'un de nous le soutenait, dans un article récent (6), le rhumatisme chronique constitue un vaste chapitre en pathologie, et les différents types cliniques peuvent reconnaître une étiologie et une pathogénie variables.

Dans notre observation actuelle, l'existence d'un chiffre de métabolisme basal abaissé permet vraisemblablement d'incriminer une insuffisance thyroïdienne légère. On peut se demander si la crise, particulièrement violente de R.A.A. qu'a faite notre malade à l'âge de 21 ans, n'a pas atteint, à cette période, sa glande thyroïde et n'a pas ainsi préparé l'installation du rhumatisme chronique. L'un de nous a particulièrement insisté sur ces rapports entre le R.A.A. et le corps thyroïde, résumés dans un article paru dans le *Monde Médical* en 1925 (6).

En outre, l'existence d'une tétanie spontanée chez notre malade soulève l'hypothèse d'une participation parathyroïdienne associée à cette insuffisance thyroïdienne.

Le rôle des glandes parathyroïdes dans certains rhumatismes psoriasiques, actuellement fort étudié, est encore l'objet de nombreuses controverses. S'agit-il d'insuffisance parathyroïdienne, impliquant une thérapeutique par l'extrait parathyroïdien, ou d'une hyperparathyroïde commandant la parathyroïdectomie ? Il est difficile de répondre, les documents anatomo-cliniques étant encore peu nombreux.

Leszinsky (7) montre, d'une part, que le signe de Chvostek est fréquent chez les sujets atteints de psoriasis, et Wilson obtient des améliorations de la dermatose sous l'influence des extraits parathyroïdiens.

Par contre, Vurschio (8) ne retrouve pas le signe de Chvostek, et les dosages de la calcémie qu'il pratique montrent tous des chiffres normaux. Mêmes résultats dans les cas de Langlois.

A l'opposé, Marcel Labbé (9), Weissenbach (10) constatent, au cours du psoriasis arthropathique, des hypercalcémies notables. Ces constatations ont amené les auteurs à tenter la parathyroïdectomie ; celle-ci, pratiquée par Chifoliau, chez deux malades de Langlois, ne fut suivie d'aucune amélioration de l'état des malades.

Dans notre cas, la coexistence d'une tétanie et d'un rhumatisme psoriasique évoque plutôt l'idée d'une insuffisance parathyroïdienne, malgré le chiffre de la calcémie à 0 gr. 152, paradoxalement élevé.

III. Cette tétanie, exceptionnellement associée à un Psoriasis arthropathique, est encore particulièrement intéressante, puisqu'elle survient chez un malade atteint de cholécystite chronique lithiasique. Elle offre ainsi un exemple remarquable de *syndrome hépato-endocrinien*, que l'on commence seulement à connaître et que Parturier (11), dans une monographie récente, a remarquablement étudié du point de vue clinique.

Certes, la coexistence entre un syndrome hépato-vésiculaire et une perturbation endocrinienne a depuis longtemps attiré l'attention.

Gandy, Paiseau et Oumansky, plus récemment Villaret, Marcel Labbé, Laignel-Lavastine ont montré l'association possible de certaines cirrhoses avec un syndrome thyroïdien (troubles cutanés et phanériens), un syndrome hypophysaire (syndrome acromégalique), ou un syndrome d'insuffisance testiculaire avec infantilisme.

Mais, la coexistence de lithiase biliaire et de tétanie spontanée n'a été notée, à notre connaissance, que dans deux cas :

En 1897, Gilbert (12), sous le nom de tétanie hépatique, a signalé une crise de tétanie aiguë spontanée au décours d'une colique hépatique.

Tout récemment (février 1935) Pierre Oury et Mme Thomas-Fouard (13) ont également rapporté une observation de tétanie spontanée évoluant par crises au cours d'une cholécystite lithiasique chronique.

Ces constatations cliniques de syndrome hépatovésiculoparathyroïdien sont encore corroborées par l'expérimentation. C'est ainsi que, chez l'animal, la dérivation de la bile hors du tube digestif produit une hypertrophie des parathyroïdes avec ostéomalacie (Loewy G.) (14).

Enfin, remarquons que, dans notre cas, cette tétanie spontanée à évolution bénigne s'accompagne, point très particulier, de douleurs extrêmement vives de la région épigastrique au moment de la crise. Elle est à comparer avec une observation analogue de cette « *forme gastrique pseudo-ulcéreuse de la tétanie spontanée de l'adulte* » (15) que nous avons observée l'an dernier, chez une malade de notre service, et que nous avons essayé de différencier de la *tétanie gastrique classique*, généralement *secondaire* à une affection sténosante pylorique ou à une affection intestinale.

Il s'agit, comme dans le cas actuel, d'une tétanie spontanée, affection *primitive*, survenant en dehors de tout état de déshydratation, dont le caractère principal est de s'accompagner, au moment de la crise, de contracture des membres, d'une *participation gas-*



trique, voire même intestinale. Cette véritable tétanie viscérale peut être parfois appréciée à l'écran radioscopique (hyperkinésie ou hypertonie gastro-intestinale). Parfois, cependant, l'estomac paraît normal radioscopiquement, comme dans notre cas actuel, bien que le malade accuse une crampe épigastrique extrêmement pénible au moment précis de la crise de tétanie.

Par tous ces points si particuliers, notre observation nous paraît intéressante, puisqu'elle réalise une association d'un quadruple syndrome, vésiculaire, cutané, articulaire et endocrinien, dont les différents termes apparaissent disparates de prime abord.

Il paraît séduisant d'admettre, à la base de ce complexe pathologique, un déséquilibre monoglandulaire ou pluriglandulaire, dont la cause resterait d'ailleurs à déterminer. Même si l'opothérapie thyro-parathyroïdienne, que nous avons instituée, s'avérait efficace, il nous manquerait cependant des preuves plus formelles, que, seules, pourraient établir, dans l'état actuel de l'endocrinologie, des lésions anatomo-pathologiques patentes des glandes endocrines incriminées.

Ne nous hâtons donc pas de conclure sur un cas clinique isolé, et, dans le débat toujours ouvert sur la cause du Psoriasis arthropathique, versons notre observation, qui montre simplement les parentés morbides de cette curieuse association cutané-articulaire et ses rapports probables avec un trouble endocrinien.

#### BIBLIOGRAPHIE

- (1) LANGLOIS. Le rhumatisme psoriasique, *Th. de Paris*, 1935.
- (2) Emile SERGENT, *Bull. de la Soc. Anat.*, 1894.
- (3) BERNHARDT et ZALEWSKI. La cholestérine dans le psoriasis, *Pzreglad Dermato*, Varsovie, 1925, n° 2.
- (4) GRUTZ et BURGER. *Klin. Woch.*, n° 10, 31 mars 1933.
- (5) Pierre MÉNARD. *Th. de Paris*, 1908.
- (6) Emile SERGENT. Glande thyroïde et rhumatisme, *Monde méd.*, 1<sup>er</sup> juill. 1925.
- (7) LESZCINSKY. *Dermato Woch.*, 26 oct. 1929, p. 535.
- (8) VURSCHIO. *Dermato sifilig.*, nov. 1930.
- (9) LABBÉ (M.). Rhumatisme chronique et psoriasis, *Science méd. prat.*, 1<sup>er</sup> avril 1933.
- (10) WEISSENBACH et MARTINEAU. *Bull. Soc. fr. Dermatol.*, 1930, p. 1.754 ; *Semaine Hôp. de Paris*, 16 janv. 1933.
- (11) PARTURIER. Les syndromes hépato-endocriniens, Paris, 1935.
- (12) GILBERT. De la tétanie hépatique, *Soc. Biol.*, Paris, 1897.
- (13) OURY (P.) et THOMAS-FOUARD (Mme). Tétanie et cholestite lithiasique, *Pratique méd. franç.*, févr. 1935.
- (14) LOEWY (G.). *Presse méd.*, 7 nov. 1931.
- (15) MAMOU et ABABA. Forme gastrique pseudo-ulcéreuse de la tétanie spontanée de l'adulte, *Annales de thér. biol.*, déc. 1934.

## PATHOLOGIE HÉRÉDITAIRE ET MALADIES DU SANG

Par M. M. SCHACHTER,

Assistant du service de consultation des maladies nerveuses de l'hôpital « Filantropia » de Bucarest.

La pathologie héréditaire largo sensu est à l'ordre du jour des discussions médicales.

Récemment, le professeur Naegeli (Zurich) a présenté au 46<sup>e</sup> Congrès allemand de médecine interne (1934) un rapport sur les maladies sanguines comme manifestations de pathologie constitutionnelle et héréditaire. Il souligne une fois de plus le rôle de la constitution dans certaines maladies sanguines et l'intervention de l'hérédité dans leur transmission le long des générations. L'hémophilie en est un des exemples les plus frappants.

Des tableaux banaux, comme la chlorose, sont considérés par le grand hématologiste qu'est Naegeli, sous le jour de la constitution morbide, et les facteurs endogènes lui semblent intervenir plus nettement que les exogènes, dans le déterminisme de ces tableaux cliniques.

La morphologie des éléments sanguins est considérée comme un moyen d'éclaircir bien des moments obscurs dans la pathologie du sang. Ainsi, il n'est pas indifférent d'étudier, le long des familles, les déformations des globules blancs. Pour le professeur Naegeli, les porteurs de globules rouges modifiés dans leur morphologie (il s'agit de ces individus dont les érythrocytes prennent les formes en faux, des ovalocytes, etc.) seraient des gens d'un autre genre humain et expliqueraient en même temps aussi la moindre résistance aux causes morbides externes, d'où les anémies intenses à type héréditaire.

Mais dans la clinique, on peut rencontrer des modifications morphologiques « sérieuses » des érythrocytes, sans que cela entraîne de façon obligatoire des troubles généraux. Or, sous le jour de la pathologie héréditaire, on doit s'attendre à l'éclosion, chez les descendants de ces individus « tarés » dans leur sang, d'hémopathies à allures déglobulinisantes (anémies pernicieuses par exemple) plus ou moins importantes.

En ce qui regarde tout spécialement l'anémie pernicieuse, nous attirons l'attention sur le travail récent du professeur W. Bremer (voir *Der Erbarzt*, n° 1, 1934, p. 17) de Berlin.

En effet, les connaissances pathogéniques en ce qui concerne l'anémie pernicieuse sont de date relativement récente. On avait commencé par invoquer toutes sortes d'étiologies exogènes en commençant par différents microbes plus ou moins hémolytiques, pour arriver à soutenir enfin l'intervention de parasites divers, botriocéphales avant tout. Mais, les recherches dans ces directions, les essais de reproduction expérimentale d'une anémie pernicieuse, ont abouti à des échecs. On n'a pu obtenir que des tableaux ressemblant de loin aux tableaux de l'anémie pernicieuse. Les études statistiques ont aussi jeté un doute sur la valeur des causes morbides exogènes dans la pernicieuse. Et comment expliquer autrement que par l'intervention de la constitution héréditaire, le fait que seulement une fois sur 5.000-10.000 fois, on voit une

L'année thérapeutique, par A. RAVINA (Neuvième année : 1934). Petit in-8° de 192 pages. — Prix : 18 fr. Paris, Masson et Cie.

Vade-Mecum d'émanothérapie (Radonothérapie et thoronothérapie), par P. GASQUET, L. GODIN et M. SOURDEAU, avec une note du professeur d'ARSONVAL. Grand in-8° de 28 pages. — Prix : 7 fr. Editions médicales Norbert Maloine.



anémie pernicieuse chez les porteurs de botryocéphales ? Des faits de ce genre aboutissent, on le devine, sinon à ébranler la conviction de l'étiologie exogène de la maladie de Biermer, du moins à la rendre très discutable. C'est qui fut fait par certains qui ont eu recours aux hypothèses « auxiliaires ». Selon eux, les causes exogènes agissent comme des facteurs déclenchants, chose qui ne fait qu'admettre de façon détournée le rôle décisif de la constitution héréditaire.

L'avènement de l'hépatothérapie (Whipple) avec ses éclatants succès dans les anémies pernicieuses n'a pas changé, selon l'avis des pathologistes de la constitution, le problème véritable des « pernicieux ». On ne sait encore rien sur les mécanismes de l'action du foie. Peut-être possédons-nous dans le foie un facteur qui inhibe l'hémolyse et qui écarte la barrière médullo-osseuse avec les troubles si typiques de la maturation érythrocytaire. En tout cas, ce qu'il faut retenir, c'est que ces malades ne guérissent (*strictiori sensu*) jamais ; ils restent pour toute leur vie des candidats à l'anémie pernicieuse. En effet, et pour nous référer aux données de Naegeli, ces individus conservent toute leur vie des mégalo-cytes ovalaires et leurs cellules blanches conservent aussi leur super-fragmentation typique, fait que Naegeli considère comme constitutionnel et familial à la fois.

Le médecin que la recherche de la pathogénie héréditaire peut intéresser ne tardera pas, pense le professeur Bremer, à constater que, dans nombre de cas, l'anémie pernicieuse est certainement héréditaire. Il connaît des documents personnels et étrangers sur 60 cas de ce genre. Il cite le cas de jumeaux qui sont morts au même âge d'anémie pernicieuse. Dans sept autres familles qu'il a étudiées, la pernicieuse s'est transmise le long de trois générations, fait qui peut faire penser à la possibilité d'un *status perniciosus* ; constitution qu'on pourra, dans un avenir plus ou moins proche, déceler précocement (Gänsslen).

L'apparition sporadique des cas de pernicieuse est, à la lumière de la pathologie constitutionnelle et héréditaire, seulement une illusion. Ne sait-on pas que les autres maladies dites héréditaires peuvent apparaître de façon sporadique ? Pour mieux voir, il faut examiner les autres membres de la famille. Seulement, ces sondages « en profondeur et en largeur » nous montreront que souvent les cas typiques que nous examinons ne sont qu'une exagération, une « sommation » de la tare qui existe. Il fallait seulement la chercher par des multiples examens hématologiques. (Nous nous reportons aux modifications morphologiques sanguines sans modifications cliniques.)

Ces recherches sont encore au début. Et les explorations de M. W. Bremer méritent pour le moment d'être notées. Cet auteur a en effet noté non pas l'influence prédisposante de la constitution morphologique, dans le sens des types de Kretshomer, mais plutôt l'existence chez les disposés à la pernicieuse, de troubles achyloques, de troubles parasthésiques dans les membres, une langue lisse et pauvre en papilles, des mégalo-cytes ovalaires, la super-segmentation leucocytaire (de Naegeli), des modifications des capillaires qui sont diminués de nombre, rétrécis, peu différenciés, etc.

Cet ensemble de « micro-stigmates » peut se voir, selon M. W. Bremer pendant des années chez des sujets qui feront dans la suite une anémie pernicieuse. Il a, dans certains cas, pu assister à cette évolution.

C'est par conséquent dans le dépistage systématique des formes pauci-symptomatiques (des « mikroformen » selon Bremer) et dans l'étude soignée des familles des malades d'anémie pernicieuse, que doit résider l'échafaudage de la « constitution pernicieuse » dont la connaissance aura des répercussions que nous devinons facilement.

L'anémie essentielle hypochrome, dont les symptômes généraux sont connus (fatigue générale, sensations de brûlures de la langue, des sensations parasthésiques des extrémités, anisocytose, microcytose, atrophie des papilles de la langue, parfois mégalo-splénie) peut se voir dans certaines familles, comme une maladie véritablement héréditaire.

Dans le travail récemment publié par le professeur W. Weitz (voir *Der Erbarzt*, n° 4, 1935) nous pouvons lire l'observation de deux jumeaux atteints tous les deux d'anémie essentielle hypochrome.

Il est bon de noter que depuis longtemps, des auteurs de langue allemande et des anglo-saxons, avaient noté l'existence de cas où cette anémie se voyait chez plusieurs membres de la même famille. Dans la monographie de Wintrobe et Beebe (1933) ces cas sont assez fréquents. Plus encore, certains documents ont pu montrer que ce sont parfois seulement les femmes qui en étaient atteintes.

M. Weitz ne trouve pas une explication définitive de ces cas. Il admet que ce qui est transmis dans ces cas c'est l'activité fonctionnelle hyposécrétoire stomacale. C'est cette hypo-sécrétion de l'estomac qu'il incrimine d'ailleurs dans la pathogénie de l'anémie pernicieuse aussi. Or, cette hyposécrétion serait elle-même héréditaire.

Cette anacidité dépend, ainsi que l'ont admis certains auteurs américains, de facteurs héréditaires et se transmet, selon MM. Wilkinson et Brockbank, tantôt comme un caractère dominant, tantôt échappant aux règles de la dominance.

La recherche de la constitution hémolytique, à l'occasion de l'étude de l'ictère hémolytique, a préoccupé récemment le professeur M. Gänsslen (Tubingue) (1) qui voit dans cette maladie, non pas une maladie acquise, mais avant tout l'expression d'un état constitutionnel, qui devrait s'appeler plus correctement « la maladie des cellules sphériques », étant entendu qu'il est fait allusion à l'existence, dans ces cas, de globules rouges sphériques. Cela, bien entendu, en dehors de la diminution de la résistance globulaire, de l'anisocytose, et de la mégalo-splénie.

Des études systématiques sur la transmission héréditaire de la constitution hémolytique ont été faites depuis peu de temps par Meulengracht, Gänsslen, Hattesen, Hansen et Klein, et C. Gänsslen a pu étudier dans la province de Wurtemberg environ 150 familles de ce genre. Cet auteur a d'ailleurs insisté sur l'inégalité de la répartition de cette maladie, qui est très rare dans certains endroits pour devenir assez habi-

(1) *Der Erbarzt*, 1935, n° 5.



tuelle dans d'autres. Plus encore, il souligne que cette constitution dépend, en partie au moins, de facteurs raciaux, car elle n'a pas été signalée chez les races jaunes ou noires.

Dans certains des cas étudiés par Gänsslen, les enfants sont venus au monde avec tous les signes de l'ictère hémolytique et de l'anémie et en sont morts assez tôt ; mais, dans la majorité des cas, cette maladie devient manifeste vers les 20-25 ans, après avoir été latente tout le temps. Il y a des cas qui tout en gardant des globules rouges sphériques (c'est-à-dire avec les stigmates de la constitution hémolytique) ne feront jamais la maladie. Il leur a manqué peut-être le ou les facteurs occasionnels, comme : les infections, le traumatisme, les chocs émotifs, etc.

L'étude des familles pourvues de cette constitution a montré à Gänsslen que leurs différents membres présentaient des tableaux assez variables dans l'intensité des phénomènes, fait sur lequel avait déjà insisté auparavant Naegeli. Plus encore, dans un cas prédomine la microcytose, dans un autre l'anisocytose.

La constitution hémolytique de Gänsslen se caractérise en plus des stigmates sanguins, par l'existence d'autres anomalies dont nous citons : les anomalies squelettiques se manifestant par le crâne turricéphale (dans 50-60 % des cas) ; les anomalies de l'implantation des dents, du nez, chute des dents ; les anomalies morphologiques des membres, comme : la brachydactylie, polydactylie, syndactylie et des autres petites anomalies comme le pied plat. Dans certains cas, on a noté une hyperlaxité des articulations, etc...

En ce qui concerne les viscères, il a noté l'existence de troubles endocriniens dans la sphère des organes génitaux et de la thyroïde. Viennent ensuite, les petits yeux implantés comme dans le mongolisme, l'épicanthus, l'hétérochromie de l'iris, déformations morphologiques du pavillon de l'oreille, otosclérose. Au niveau de la peau des maladies parmi lesquelles il est à noter : le psoriasis, l'ichtyose, le vitiligo, etc.

Dans un seul cas, qui a pu être étudié pendant six générations, le professeur Gänsslen a pu noter avec netteté la marche dominante de la constitution hémolytique. Un indice précieux pour les recherches de l'avenir.

De ce qui a été dit on pourrait croire à la fatalité de l'évolution des maladies du sang, dont celles que nous avons mentionnées plus haut seraient les plus saillantes. On pourrait croire que notre attitude doit être celle de la résignation. Une pareille conception est erronée. On ne doit pas stériliser non plus les porteurs de ces maladies. Nos moyens actuels, en commençant par l'hépatothérapie et en terminant avec la splénectomie (dans les anémies hémolytiques) nous autorisent à ne pas envisager des solutions extrêmes.

La connaissance des causes constitutionnelles et héréditaires dans certaines hémopathies, nous aidera à intervenir peut-être un instant plus tôt et peut-être plus efficacement. En tout cas, ces faits nous ont montré que souvent ce que nous voyons n'est pas de « l'acquis » mais du « transmis » et que les « facteurs étiologiques immédiats » n'ont fait qu'accélérer ou mettre à nu ce qui préexistait.

## SOCIÉTÉS SAVANTES

### ACADEMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 27 MAI 1935)

**Action de l'ultra-pression sur l'activité pathogène de quelques virus.** — MM. JAMES BASSET, STEFAN NICOLAU et MICHEL A. MACHEBOEUF.

**Résultats préliminaires sur le traitement de la tuberculose humaine au moyen de lysats vivants et formolés dérivés du B. C. G. et du B. tuberculeux, et de sérums de chevaux immunisés avec ces antigènes.** — M. E. GRASSET.

**Cancer.** — M. CHARLES VOILLAUME adresse une note sur le rayonnement pénétrant terrestre et son rapport avec le cancer. Cette note est renvoyée à l'examen d'une commission formée des sections de physique, de médecine et de chirurgie et de MM. HENRI DESLANDRES et LOUIS LAPICQUE.

### SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 3 MAI 1935)

**Anémie hémolytique aiguë. Ses rapports avec l'anémie pernicieuse.** — MM. TROISIER, BARIÉTY, BROCARD. Anémie hémolytique aiguë avec début brutal, caractérisée par début brusque avec syndrome fébrile, anémie sévère, fragilité globulaire et réticulocytose. Guérison rapide. Les auteurs pensent que ce cas, du fait d'une leucopénie et d'un indice biliaire plasmatique abaissé au-dessous de la normale, doit ressortir à l'anémie de Bresmer, en raison des ulcérations linguales temporaires, de l'anachlorhydrie absolue, de l'hyperchromie transitoire et de la guérison rapide par hépatothérapie.

Cette observation provoque une discussion, à laquelle prennent part MM. LAMY, CHABROL, FIESSINGER et DEBRÉ.

**Survie de deux mois après injection intra-cardiaque d'ouabaïne.** — MM. FAURE-BEAULIEU et CORD. Malade atteinte de lésions cardiaques multiples, dans un état de cachexie grave. Survenue brutale d'un collapsus en apparence mortel. Injection de 1/4 de milligramme d'ouabaïne dans le cœur. Réanimation immédiate et survie de deux mois.

**Procédé au lipiodol de Pruvost et Darbois pour l'étude des distensions des culs-de-sac pleuraux au cours du pneumothorax artificiel chez l'enfant.** — MM. ARMAND-DELILLE, LESOBRE et FERNANDEZ. Fréquence des distensions gazeuses des culs-de-sac pleuraux chez l'enfant. Pour déterminer l'étendue des hernies gazeuses, les auteurs emploient la méthode des injections intra-pleurales d'une petite quantité de lipiodol.

**Ombres triangulaires des bases thoraciques chez l'enfant.** — MM. DEBRÉ et LAMY ont souvent constaté des ombres triangulaires localisées aux bases thoraciques. Au cours de la coqueluche, la constatation d'une opacité triangulaire localisée à la région sous-hilaire est commune. Les inflammations aiguës et chroniques du lobe cardiaque peuvent aussi se projeter sous la forme d'une image triangulaire de la base.

**Abcès de la moelle épinière et de la région paravertébrale correspondante.** — M. URECHIA (Cluj). Abcès de la loge du psoas iliaque s'étant propagé à la cavité rachidienne avoisinante. L'abcès du psoas était consécuteur à un furoncle du nez compliqué d'erysipèle de la face.

**Xanthrochromie cutanée par hypercaroténémie.** — MM. LIAN, ABABA, SASSIER. Cliniquement l'opposition entre la



teinte jaune du visage et la couleur blanche des conjonctives montre que la xanthochromie cutanée n'est pas due à des pigments biliaires.

*Etiologiquement*, apparition d'une xanthochromie cutanée par hypercaroténémie en l'absence d'un régime carencé et de l'ingestion d'un aliment riche en carotène.

*Pathogéniquement*, rôle favorable d'un trouble de métabolisme lipidique pour l'apparition de la xanthochromie.

**Allonalimanie. Traitement par l'alcool intra-veineux.** — M. URECHIA (Cluj). Malade prenant 9 à 16 comprimés d'allonal par jour. On note de l'amaigrissement, de l'anorexie, des crises convulsives, une difficulté de la prononciation, de l'instabilité émotive, de la loquacité, de l'euphorie. Désintoxication progressive. Des injections intra-veineuses d'alcool ne semblent pas avoir facilité la cure de désintoxication.

**Troubles de la réaction vaso-motrice au bain chaud.** — M. MAY signale que les troubles de la réaction vaso-motrice au bain chaud, signalés par Gilbert-Dreyfus chez les parkinsoniens, se retrouvent dans diverses variétés de rhumatisme chronique, même de nature infectieuse démontrée. Il y a là un trouble intéressant à étudier, mais qui ne permet pas de conclure à la nature sympathique d'un rhumatisme.

**Epreuve du péritoine de la souris pour le diagnostic rapide des pneumococcies.** — MM. TROISIER, BARIÉTY, DROUET. Résultats obtenus par l'étude de 40 souches de pneumocoques inoculés à 400 souris. L'inoculation des produits pneumococciques dans le péritoine de la souris, amène *in situ* une pullulation des germes qui atteint son maximum de la troisième à la sixième heure. Une souris inoculée dans

le péritoine avec un pneumocoque virulent meurt 3 fois sur 4 plus rapidement qu'une souris similaire inoculée sous la peau. Il convient donc d'employer systématiquement les inoculations péritonéales pour le diagnostic rapide des pneumococcies.

**Déterminisme de l'ulcère duodénal d'après les données de l'expérimentation.** — MM. FIESSINGER et GARLING PALMER montrent que les expériences de dérivation qui aboutissent à la production d'« ulcères de sortie » sont celles où les sécrétions duodéno-bilio-pancréatiques et la bile n'ont pas pu tapisser la muqueuse intestinale à la sortie de l'estomac avant le passage du sac gastrique ou entre ces passages. Ils montrent qu'on obtient l'ulcère de sortie en dérivant le contenu duodénal dans le début du grêle aussi facilement que dans sa terminaison. Ils opposent le rôle de la bile au rôle problématique des sucs duodénal et pancréatique, des ulcères de sortie se produisent sur le duodénum sus-vatérien après ligature du cholédoque, chaque fois que la survie dépasse 30 à 40 jours.

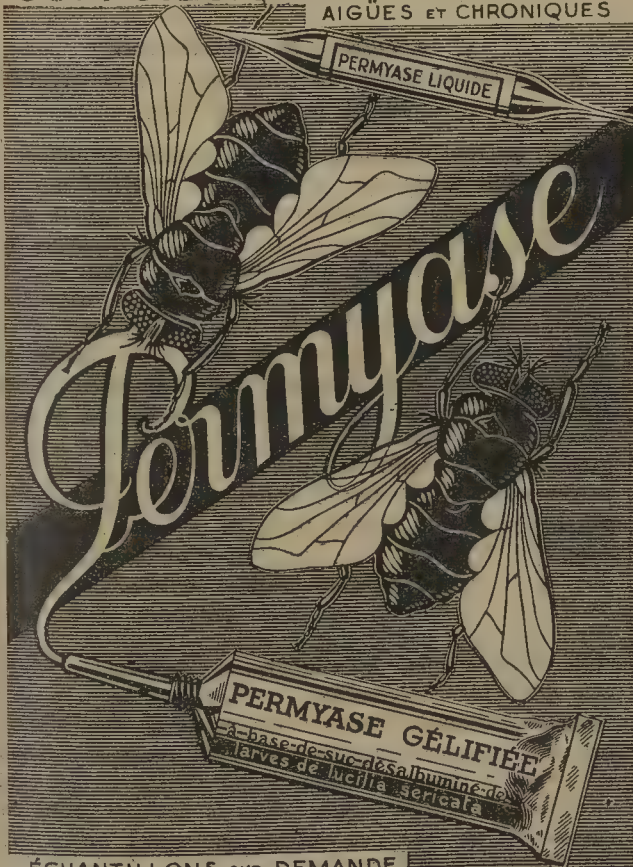
#### SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 27 MARS 1935)

M. Pierre FREDET, président, prononce une allocution à l'occasion du décès de M. A. Routier.

**Hernie diaphragmatique.** — M. AUVRAY a eu l'occasion de suivre quinze ans un blessé opéré de hernie diaphragmatique. Il avait continué à présenter quelques troubles et finit par mourir de tuberculose pulmonaire.

### TRAITEMENT DES SUPPURATIONS OUVERTES AIGÜES ET CHRONIQUES





M. MAUCLAIRE note que parfois on doit laisser le sac en place, ce qui expose aux récidives.

M. Jean QUÉNU souligne les deux menaces post-opératoires possibles : les récidives, la possibilité de tuberculose pleuro-pulmonaire.

**Exclusion pylorique.** — M. d'ALLAINES expose une observation où l'exclusion pour ulcère pyloro-duodénal fut suivie d'un ulcère peptique.

**Evipan sodique.** — M. MOURE a fait donner sans incident 352 anesthésies à l'évipan.

**Thyroidectomie totale dans l'insuffisance cardiaque.** — MM. LIAN, WELTI et FACQUET : la thyroidectomie totale en diminuant le métabolisme basal apparaît comme susceptible d'améliorer les besoins circulatoires. Trois observations des auteurs appuient cette manière de procéder.

**Malformation initiale du bec-de-lièvre.** — M. Victor VEAU considère comme exacte la théorie de Fleischmann qui attribue les déformations du bec-de-lièvre à la persistance d'un mur épithélial, et non à l'absence de soudure des bourgeons faciaux.

**Fracture des deux os de l'avant-bras.** — M. AUVRAY rapporte ce travail de MM. Pervès et Badelon, basé sur 32 observations. Le traitement orthopédique donne dans ces fractures des résultats meilleurs qu'on ne le pense habituellement et le traitement sanglant doit être réservé aux cas où il paraît indispensable.

(SÉANCE DU 3 AVRIL 1935)

**Artériographie.** — M. DOS SANTOS a pratiqué 431 artériographies des membres, la plupart avec le thorotrast. Les accidents observés ont eu lieu avec d'autres produits, excepté les passagers.

**Effondrement traumatique tardif de la colonne lombaire.** — M. ALAJOUANINE montre par des radiographies successives, les étapes de ce syndrome d'effondrement vertébral post-traumatique. Les lésions siégeaient au niveau des 3<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup> vertèbres lombaires.

M. LERICHE rappelle l'existence des ostéoporoses post-traumatiques secondaires à la vaso-dilatation. Elles engendrent des douleurs et de l'impotence. Les traumatismes, même sans fractures, peuvent déterminer des ostéomes et des hyperostoses.

MM. MATHIEU et P. DUVAL estiment que dans le cas de M. Alajouanine, il s'agit d'une ostéomyélite vertébrale.

MM. SORREL et RICHARD insistent sur les difficultés de diagnostic de certaines arthrites vertébrales.

**Embolie artérielle.** — M. D. FEREY (de Saint-Malo) présente un cas d'embolie de l'artère axillaire et de l'humérale gauche. On fit successivement une sympathectomie axillaire, une artériectomie humérale, et finalement une désarticulation du coude après gangrène de la main et de l'avant-bras.

M. SOUPAULT expose l'observation d'une femme qui, opérée d'une grossesse extra-utérine, fit une thrombose de l'artère iliaque externe. Résection partielle ilio-fémorale. Gangrène partielle du pied.

M. MATHIEU a observé un cas d'embolie fémorale chez une femme atteinte de cardiopathie. Une artériectomie de 15 centimètres, après un court espoir, a dû cependant être suivie d'une amputation de cuisse, un second embolus obstruait le tronc tibio-péronier.

**Luxation obturatrice de la hanche.** — M. SCHWARTZ présente ce malade chez lequel il fit une résection par la tabatière d'Ollier. Bon résultat datant de 5 ans.

**Gastroscope.** — M. PROUST présente un gastroscope rigide, mais protégé par un manchon de caoutchouc.

## SOCIÉTÉ DE STOMATOLOGIE

(SÉANCE DU 19 MARS 1935)

MM. René VINCENT et REZNICK présentent une malade atteinte d'eczéma rebelle guéri par autovaccin provenant d'une souche fournie par hémoculture gingivale.

En outre de son eczéma des mains, avant-bras et face externe des jambes, cette malade de 51 ans, était atteinte de stomatite bismuthique favorisée par une pyorrhée en relation avec de la colite chronique. L'hémoculture gingivale donna de l'entérocoque en culture pure. Après la troisième injection d'auto-vaccin, l'eczéma guérit, ainsi que les lésions de stomatite, tandis que s'amélioraient la pyorrhée et l'état intestinal.

M. ACKERMANN (de Genève) expose un important travail sur « les modifications locales, proximales et générales résultant de l'articulé dentaire normal ».

MM. DECHAUME, BERTRAND et CAUHEPÉ relatent des observations d'accidents osseux d'origine dentaire chez des syphilitiques. Cliniquement, il s'agit au début d'accidents infectieux banaux. Mais la thérapeutique habituelle n'amène pas la guérison. La recherche de la syphilis et l'institution d'un traitement antispécifique doivent être mis au premier plan. L'intervention locale doit être tardive et économique.

## PRATIQUE MÉDICALE

### A PROPOS DU TRAITEMENT

#### DE LA DOULEUR ET DE L'INSOMNIE DOULOUREUSE (1)

Par M. le docteur VALORY.

Très souvent c'est la douleur qui oblige le malade à consulter. Mais la douleur a différentes origines et c'est surtout l'insomnie douloureuse qu'étudie l'auteur dans cet article si intéressant. Comme il le fait remarquer, les traitements de l'insomnie sont multiples, allant de la valériane, du bromure, dont la forme la plus originale et la mieux acceptée est comme on le sait le sédobrol, à la morphine, aux opiacés, dont le type est le pantopon, en passant par les uréides aussi bien les non-barbituriques, comme le sédormid, que les barbituriques, comme le somnifène ; chacun de ces médicaments a ses indications respectives, mais lorsqu'il s'agit de traiter l'insomnie douloureuse, la préférence doit être donnée à l'allonal. On sait que l'allonal est l'allylisopropyl-barbiturate de diméthyl-amino-antipyrine. On l'emploie, à la dose d'un à quatre comprimés pro die ; c'est un véritable analgésique renforcé ; il donne des résultats au cours de toutes les affections douloureuses ou chroniques, en particulier dans les névralgies sciatique, faciale, dans le tabès, les arthrites rhumatismales, les névralgies dentaires, intercostales, le lumbago, dans les maladies veineuses, dans les algies hémorroïdaires, fissulaires et fistulaires, dans les dysménorrhées, les congestions utérines, les métrites, dans les douleurs qui accompagnent certaines affections dermatologiques, dans le zona et enfin dans le cancer. Il ne faut pas oublier également qu'en pratique stomatologique l'allonal rend les plus précieux services, et pour apaiser l'angoisse et pour calmer la douleur.

(1) *Courrier méd.*, Paris, n° 2, 14 janv. 1934.





## DEUX PRODUITS POUR LA TROUSSE D'URGENCE

# CORAMINE

*Toni-cardiaque injectable*

permet d'agir avec le maximum d'efficacité et dans le minimum de temps  
en présence de toute indication urgente :

**Collapsus graves.**

**Etats de choc.**

**Défaillance cardiaque aiguë.**

**Etats asphyxiques.**

**Etats infectieux.**

**Accès d'asthme.**

(Injections sous-cutanées, intra-veineuses  
et intra-cardiaques.)

# CIBALGINE

*Analgésique sans opium*

Calme le phénomène algique sans accoutumance et sans danger

**Coliques hépatiques.**

« **néphrétiques.**

**Douleurs fulgurantes des tabétiques.**

**Hémoptysies.**

**Névralgies, sciatiques, etc...**

(Injections sous-cutanées ou intra-musculaires)

Laboratoires CIBA - O. ROLLAND, Pharm., 109-113, B<sup>d</sup> de la Part-Dieu, LYON

## NOTES POUR L'INTERNAT

FORMES CLINIQUES DE LA NÉVRALGIE  
SCIATIQUE

La névralgie sciatique, *syndrome* caractérisé essentiellement par des douleurs, est une névralgie des plus fréquentes. Ce qui fait l'intérêt de la question, c'est la diversité des formes cliniques et en particulier des formes étiologiques, classant les sciaticques en deux grandes catégories :

- Les sciaticques secondaires ;
- Les sciaticques essentielles.

Les sciaticques primitives ont fait l'objet de nombreux travaux récents : la névralgie sciatique serait une *maladie « rhumatismale » régionale* avec poussées névritiques inflammatoires et œdème fluxionnaire des éléments paraneurx, dans certains de ses aspects cliniques. La *Radiothérapie* précisée dans ses indications a pu donner d'excellents résultats.

## ETUDE CLINIQUE

Nous verrons d'abord une forme complète unilatérale.

Le *début* est le plus souvent lent et assez insidieux, progressif ; parfois c'est un début *aigu*, brusque ; assez fréquemment c'est par *à-coups successifs* que s'installe la névralgie sciatique, par poussées douloureuses aiguës passagères, d'une huitaine de jours, avec des rémissions plus ou moins complètes de durée variable.

A la *période d'état*, le signe dominant, déjà bien décrit par Cottugno en 1764, est l'*algie*.

Les caractères de l'*algie* sciatique sont importants : ils différencient assez nettement, dès l'interrogatoire, la névralgie des algies vasculaires (Tinel, *Gazette des Hôpitaux*).

Le *siège* est un premier point qui attire l'attention : c'est un *territoire nerveux* ou c'est une *douleur externe*. Le malade souffre en effet dans toute la région qui correspond au territoire du nerf sciatique : le maximum douloureux est la face postérieure de la cuisse et de la fesse, au creux poplité ; les irradiations se font vers la face externe de la jambe, vers le talon ou dans le territoire crural, face antérieure de la cuisse, dans le territoire de l'obturateur, vers les adducteurs. — Quelquefois la douleur sciatique est une douleur externe (Barré) en couture de pantalon, sur la face externe du membre inférieur, de la région fessière à la cheville.

Les *modalités* de la douleur, sont elles *peu caractéristiques* : continues au début, légères, vagues, sourdes, continues, elles offrent plus tard des paroxysmes très pénibles à type d'élançements, de broiement, de morsure, à direction descendante.

Ce qui est à retenir c'est leur *mode d'apparition*, nettement distingué de celui des algies veineuses ou artérielles : le paroxysme douloureux peut survenir *spontanément*, *dans la nuit*, ou être provoqué par un *simple mouvement*, un *accès de toux*, un *refroidissement*. L'examen objectif l'*algie* sciatique par la recherche des points névralgiques et par les manœuvres d'élongation du nerf.

Les points décrits par Valleix (1841) sont nombreux : ils sont variables d'un malade à l'autre et l'on peut les mettre en évidence à différents niveaux. Quatre sont fréquents en clinique : le *point sacro-iliaque*, à l'articulation sacro-iliaque ; le *point fessier*, au sommet de l'échancrure sciatique ; le *point trochantérien*, dans la gouttière ischio-trochantérienne, et le *point péronéo-tibial*, au niveau de la tête du péroné. Mais tout le long du trajet du nerf (points fémoraux), de ses origines, de ses branches, on peut noter

des points douloureux. Trousseau avait décrit le *point apophysaire* (à la crête sacrée) ; Lagrelette, le *point calcanéen*. Le *signe des adducteurs de Barré* montre, quand il existe, la participation du nerf obturateur. La *toux* (Déjérine) et l'éternuement (Sicard), peuvent provoquer la douleur sciatique par choc du liquide céphalo-rachidien en cas de radiculite, par heurt de la masse abdominale contre les trous de conjugaison en cas de funiculite.

Les manœuvres d'élongation provoquent une très vive douleur : citons le *signe de Lasèque*, classique, le *signe du genou relevé* de Sicard, véritable Kernig unilatéral, n'est qu'une manière de rechercher ce *signe*. Le *signe de Bonnet* sert au diagnostic topographique. La flexion de la cuisse avec adduction forcée, jambe fléchie, est douloureuse. Les *douleurs contro-latérales* (Moutard-Martin et Parurier) et celles qui sont provoquées par la *flexion forcée du pied* (Sicard) sont plus inconstantes.

Devant toute névralgie sciatique, il importe de faire un examen clinique méthodique, pour voir à quelle variété de sciatique l'on a affaire et sa cause.

Il est nécessaire, en particulier, de rechercher :

- Les anomalies osseuses sacro-vertébrales ;
- De faire un *examen neurologique attentif* ;
- D'explorer le *petit bassin* ;

Et enfin d'éliminer une *infection* ou une *intoxication*.

Parmi les anomalies osseuses, les unes sont en rapport avec la névralgie sciatique : ce sont les *attitudes antalgiques* bien étudiées par Charcot, Babinski et Brissaud, déterminant les scolioses ; en général il s'agit de scoliose *croisée*, quelquefois elle est *homologue*. Les autres sont en rapport avec la cause de la sciatique : la recherche des *points douloureux osseux*, l'étude des *articulations sacro-iliaques* et des *mouvements de la colonne lombaire*, doivent être complétées par la radiologie.

L'examen neurologique sera méthodique.

La marche est possible et le sujet *marche en saluant* (Teissier). Les troubles moteurs sont très peu marqués : debout, on peut noter le *signe de la pointe de Chiray et Roger*. La force segmentaire est presque partout conservée ; on a souvent une *parésie du triceps sural* et du long péronier latéral.

L'*hypotonie musculaire* du membre atteint est presque constante ; elle a des degrés variables ; nous y reviendrons.

Dans l'étude des réflexes on recherchera surtout :

- Le *réflexe rotulien*, toujours conservé ;
- Le *réflexe achilléen*, souvent diminué et même aboli (Babinski, 1896) ;

Le *réflexe rétro-malléolaire*, diminué ou absent (Barré) ;

Le *réflexe péronéo-fémoral postérieur* (Guillain et Barré) est souvent aboli dans les sciaticques radiculaires.

Les troubles objectifs de la sensibilité sont très légers en général ; la sensibilité tactile seule semble touchée et très légèrement avec *hypoesthésie*. Il peut exister une *hyperalgésie du tendon d'Achille* (Revaut d'Allonnes et Rimbaud).

Les troubles trophiques sont variables : ils sont en général peu marqués et l'atrophie musculaire se trouve surtout au niveau de la face dorsale du pied (*signe du pédicel de Barré*).

On terminera par l'étude des troubles vaso-moteurs et électriques.

— L'exploration complète du petit bassin nécessite un toucher, rectal ou vaginal.

— La recherche d'une infection ou d'une intoxication causale termine l'examen clinique.

(A suivre.)

ALBERT FIEHRER.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.



**DERMATOSES  
PRURITS**

3 CACHETS PAR JOUR

**EUPHORYL**

CAS AIGUS · INTRA VEINEUSES

**ANAPHYLAXIES**

LABORATOIRES "ANA" 18, AVENUE DAUMESNIL · PARIS · XII<sup>e</sup>

traitement et prophylaxie du cancer par les composés silico-magnésiens

**NÉOLYSE**

et néolyse radioactive

LABORATOIRE G. FERMÉ  
22, Rue de Turin — PARIS · 8<sup>e</sup>

**OLÉTHYLE-BENZYLE**

**ANGIOLYMPHE**

= Principes Actifs d'Orchidées

Tous ÉTATS DÉFICIENTS - PRÉTUBERCULEUX - TUBERCULOSE

AUCUNE TOXICITÉ — PAS DE CONTRE INDICATIONS

Injections intra-musculaires indolores — 2 à 5 cc. par séries de 10 à 12 injections

**ARGYCUPROL**

= Ag (10 %) + Cu (0,1 %)

Attaque le Gonocoque et les Associations microbiennes

**BLENNORRAGIE** aiguë (traitement abortif) ou Chronique et leurs Complications - **AFFECTIONS GYNÉCOLOGIQUES** : Métrites simples ou gonococciques, Vulvite, Vulvo-Vaginites, etc. - **OPHTALMOLOGIE** - **DERMATOLOGIE**

Injections urétrales, Vaginales, Grands lavages uréthro-vésicaux

INDOLORE — NON CAUSTIQUE — NE PROVOQUE PAS DE RÉTRÉCISSEMENTS

Echantillons et Littérature : LABORATOIRES de l'ANGIOLYMPHE, 4 bis, rue Hébert, COURBEVOIE



LE DIURÉTIQUE RÉNAL PAR EXCELLENCE

# SANTHÉOSE

LE PLUS FIDÈLE, LE PLUS CONSTANT, LE PLUS INOFFENSIF DES DIURÉTIQUES

**PURE**

Le médicament régulateur par excellence, d'une efficacité sans égale dans l'artério-sclérose, la pré-sclérose; l'albuminurie, l'hydropisie, l'urémie.

DOSES : 2 à 4 Cachets par jour. — Ces cachets sont en **FORME DE CŒUR** et se présentent en boîtes de 24.

**PHOSPHATÉE**

L'adjuvant le plus sûr des cures de déchloration et de désintoxication de l'organisme, dans la neurasthénie, l'anémie et les convalescences.

**CAFÉINÉE**

Le médicament de choix des cardiopathies, fait disparaître les œdèmes et la dyspnée, renforce la systole, régularise le cours du sang.

**LITHINÉE**

Le traitement rationnel de l'arthritisme et de ses manifestations; jugule les crises, enrayer la diathèse urique, solubilise les accidents urinaires.

**PRODUIT FRANÇAIS**4, rue du Roi-de-Sicile  
— PARIS —**PRODUIT FRANÇAIS**

# GLYCÉROPHOSPHATE ROBIN

*Granulé - Comprimés - Injectable*

**RACHITISME - FAIBLESSE DES OS - CROISSANCE CHEZ LES ENFANTS**  
**ALLAITEMENT - GROSSESSE - SURMENAGE INTELLECTUEL, ETC.**

**LABORATOIRES ROBIN, 13. Rue de Poissy. PARIS**

R. C., 221.839, S.

# QUINBY

QUINIO BISMUTH "formule AUBRY"

et

# SYPHILIS

# QUINBY SOLUBLE

INDOLORE - INCOLORE PROPRE - INJECTION FACILE

Adopté par :

L'Assistance-  
Publique —  
Les Ministères  
de l'Hygiène et  
des Colonies.

LABORATOIRES

**AUBRY**

62, rue Erlanger

PARIS 16<sup>e</sup>

Téléphone : JASMIN 83-44

# QUINBY

EST ÉGALEMENT EFFICACE

CONTRE LA

# TYPHOÏDE

# QUINBY

EST ENCORE INDIQUÉ CONTRE

LA FIÈVRE DE

# MALTE



*La Lancette Française*

# GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6°. Tél. : Danton 48-31.

PUBLICITE : M. A. THIOILLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6°) - Téléph. : Littré 54-93.

## PRIX DE L'ABONNEMENT

## FRANCE

3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.

*Etudiants* : 25 francs par an.

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

## ETRANGER

Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.

Tous les autres pays : 75 francs.

## ABONNEMENTS DE VACANCES

*La Gazette des hôpitaux met à la disposition de MM. les Etudiants des abonnements de vacances gratuits d'une durée de deux mois (juillet et août).**Il ne pourra être accepté de changement d'adresse au cours de ces abonnements.**Il ne sera donné suite à aucune demande passé le 30 juin.**Prière d'écrire très lisiblement son nom et son adresse.**S'adresser directement aux bureaux du Journal.*

## SOMMAIRE

## REVUE GÉNÉRALE

*L'hystérie (fin)*, par M. Henri Ex.

## SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie de médecine.

## INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Fédération corporative des médecins de la région parisienne, par M. A. HERPIN.

## LIVRES NOUVEAUX

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

## INFORMATIONS

**HÔPITAUX DE PROVINCE. — RENNES.** — Les lundi 8 juillet et jeudi 11 juillet 1935 seront ouverts, à la Faculté de médecine de Paris, deux concours pour la nomination de chefs de laboratoires du Laboratoire central des hospices.

Le premier, pour la nomination d'un chef de laboratoire d'anatomo-pathologie, bactériologie, hématologie, cytologie et sérologie. Ce premier concours sera ouvert le 8 juillet 1935, à 9 h.

Le deuxième, pour la nomination d'un chef de laboratoire de chimie. Ce deuxième concours sera ouvert le jeudi 11 juillet 1935, à 9 h.

Les épreuves comporteront principalement des questions de science appliquée à la clinique.

Les concours sont réservés aux candidats de nationalité française n'ayant pas dépassé l'âge de 40 ans.

Le même candidat peut se présenter aux deux concours.

S'il est classé premier à ces deux concours, il est désigné

par la Commission pour remplir les fonctions de chef des deux sections du laboratoire.

Dans le cas contraire, les candidats classés en tête de chaque concours sont respectivement nommés chefs du laboratoire de leur spécialité.

Les candidats sont tenus de se faire inscrire au secrétariat des hospices, à Rennes, et d'y déposer leurs diplômes, relevé de titres et travaux, etc.

Le registre d'inscription sera clos le 22 juin 1935, à 17 h.

Le ou les chefs de laboratoire, nommés au concours, entreront en fonctions le lundi 4 novembre 1935.

Le traitement annuel du chef de laboratoire de bactériologie, hématologie, etc., est de 20.000 fr.

Le traitement annuel du chef de laboratoire de chimie est de 10.000 fr.

Ces deux traitements peuvent se cumuler si la direction des deux sections est confiée au même titulaire.

**ÉCOLE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE L'INDOCHINE A HANOI.** — Le *Journal officiel* du 5 juin 1935 publie un décret relatif à la composition du jury d'examen ainsi conçu :

« Par dérogation à l'article 15 du décret du 19 octobre 1933, les jurys chargés de faire subir les examens de l'année scolaire 1934-1935 à l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de l'Indochine, pourront comprendre les professeurs et chargés de cours actuellement en fonctions dans cet établissement et remplissant les conditions requises par l'article 3 du décret du 19 octobre susvisé. »

Le même numéro publie un arrêté ministériel relatif aux travaux pratiques d'anatomie et de médecine opératoire, reportant ces travaux avant le mois d'avril en raison des conditions climatiques du Tonkin.

**GUERRE.** — M. le médecin colonel Mathieu, chirurgien des hôpitaux militaires, de l'hôpital militaire Legouest, Metz,**OUABAÏNE ARNAUD**

LABORATOIRE NATIVELLE, 27, Rue de la Procession, PARIS (XV°)

est affecté comme directeur du Service de santé de la division d'Oran.

M. le médecin capitaine Monot, chirurgien des hôpitaux militaires, des salles militaires de l'hospice mixte de Tours, est affecté à l'hôpital militaire Legouest, Metz.

**POUR FAVORISER LA NATALITÉ EN ITALIE.** — La natalité, qui avait en Italie marqué en 1934 une diminution sensible, vient encore pendant les quatre premiers mois de 1935 d'accroître sa diminution. Pour lutter contre cet abaissement inquiétant le Duce vient de prendre les dispositions suivantes :

Tout employé de l'Etat touchera désormais, quelle que soit la date de son mariage, 400 lires pour le premier enfant, 600 pour le deuxième, 1.000 pour le troisième, 1.500, 2.500 et 3.000 pour le quatrième, le cinquième et le sixième.

A partir du septième enfant, l'employé ou fonctionnaire sera exempté de tout impôt, tant d'Etat que communal.

**ASSOCIATION INTERNATIONALE DES MÉDECINS RADIESTHÉSISTES.** — La prochaine réunion de l'Association internationale des médecins radiesthésistes aura lieu le samedi 22 juin 1935, à 20 h. 30, 16, rue de la Sorbonne, Paris.

Ordre du jour : 1° Etude radiesthésique des microbes des eaux souterraines ;

2° Continuation de la discussion sur les radiations pathogènes du sol et sur les maladies infectieuses.

3° Radiesthésie et colibacillose.

Médecins et vétérinaires seuls admis.

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétariat général de l'Association internationale des médecins radiesthésistes, 9, rue Etex, Paris (XVIII<sup>e</sup>).

**NÉCROLOGIE.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Albert Terson, décédé accidentellement à Paris ; Paul Bozonnet (de Montrevel, Ain).

## INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

### FÉDÉRATION CORPORATIVE DES MÉDECINS DE LA RÉGION PARISIENNE

Il a été institué une Commission paritaire nationale, composée de représentants de la Confédération et de représentants des Caisses ; cette Commission a pour objet l'étude des questions qui se posent au sujet de l'application de la loi sur les Assurances sociales dans le plan national, objet étendu à la médecine sociale en général.

Cette Commission vient d'étudier un projet d'accord entre les Caisses et les maisons de santé privées ; à ce propos, les Caisses ont introduit des dispositions intéressant l'exercice de la médecine, tout au moins dans les maisons de santé. Mais il est bien évident que, si ces dispositions étaient admises, elles ne manqueraient pas de retentir sur toute la médecine.

Or, à la suite des discussions qui viennent d'avoir lieu, la Commission a adopté des propositions qui vont être soumises à l'approbation du Conseil d'administration de la Confédération ; ces propositions, au moins trois d'entre elles, sont en opposition formelle avec les principes de notre charte : acceptation d'un contrôle libre et permanent des Caisses, comportant le droit du contrôleur d'avoir accès auprès du malade assuré social même à la salle d'opération ; établissement, en vue du contrôle des Caisses et à leur disposition, des observations des malades ; enfin, tarif syn-

dical minimum devenu tarif limitatif, opposable au médecin.

Ces dispositions sont en opposition avec le secret professionnel, avec l'entente directe et, par répercussion, avec le libre choix, les médecins ne voulant pas accepter ces conditions draconiennes s'en trouvant, par le fait, éliminés.

Il importe donc que ces dispositions ne soient ni acceptées, ni sanctionnées ; et, s'il y a eu des défaillances individuelles, ou même collectives localement, au point de vue de l'application des principes de notre charte, et s'il n'est pas possible de revenir sur ces défaillances, il est indispensable qu'à propos de ces dispositions elles ne soient pas sanctionnées officiellement.

C'est dans ce but que l'ordre du jour suivant a été voté :

« La Fédération corporative des Médecins de la Région parisienne, réunie le 7 juin 1935, à la Faculté de Médecine,

« Mise au courant des travaux de la Commission nationale des Assurances sociales, déclare :

« 1° Que le contrôle des Caisses doit toujours être conditionné par les nécessités du traitement, nécessités dont est seul juge le médecin ou le spécialiste traitant qui a la responsabilité du malade ;

« 2° Que les observations et le protocole opératoire ne peuvent être mis à la disposition du contrôle des Caisses ;

« 3° Que l'entente directe est et demeure une des libertés et des garanties qui constituent la Charte médicale et, de ce fait, une des conditions mises à la collaboration des médecins à la loi sur les Assurances sociales ; s'il est des situations de fait regrettables à ce point de vue particulier, et si nombreuses même qu'elles puissent se présenter, ni les groupements médicaux, ni la Confédération ne peuvent, par une acceptation officielle, et sous quelque forme que ce soit, transformer une situation de fait en situation de droit. »

A. HERPIN.

Le rhumatisme et la goutte, leur pathogénie, leur traitement, par le docteur Jacques SÉDILLOT. — Prix : 15 fr. Paris, Louis Arnette.

Néphropathies et néphrites, par le professeur R. RATHERY. In-8° de 208 pages. — Paris, J.-B. Baillière et Fils.

### RENSEIGNEMENTS

## Le bas médical NESSUS

Contention parfaite. Envoi sur demande à MM. les docteurs des directions pour la prise des mesures, 18, avenue d'Orléans, Paris (XIV<sup>e</sup>).

ANÉMIES  
DYSPEPSIES  
ANTITOXIQUE



DOSE: 4 à 6  
TABLETTES  
PAR JOUR

BIOXYDE DE MANGANESE COLLOÏDAL SELS MAGNÉSIENS  
Laboratoire SCHMIT, 71 Rue Sainte-Anne, PARIS. 2<sup>e</sup>

Néuralgies  
Néurites

**BROMÉINE MONTAGU**

**Phosphopinal Juif**  
Reconstituant général, est au Phosphore blanc ce que la Cacodylate est à l'Arsenic  
Littérature et Echantillons: 40, Impasse Milord, PARIS (4<sup>e</sup>)



## MALADIE VEINEUSE ET SES COMPLICATIONS

## VEINOTROPE

## VEINOTROPE M COMPRIMÉS (masculin)

POUDRE DE PARATHYROÏDE.....	0.001
POUDRE ORCHITIQUE.....	0.035
POUDRE DE SURRÉNALES.....	0.005
POUDRE D'HYPOPHYSE (lob. post.).....	0.001
POUDRE DE PANCRÉAS.....	0.10
POUDRE DE NOIX VOMIQUE.....	0.005
EXTRAIT DE MARRON D'INDE.....	0.005
EXTRAIT D'HAMAMELIS VIRGINICA.....	0.01
POUR 1 COMPRIMÉ ROUGE	

## VEINOTROPE F COMPRIMÉS (féminin)

POUDRE DE PARATHYROÏDE.....	0.001
POUDRE D'OVAIRES.....	0.035
POUDRE DE SURRÉNALES.....	0.005
POUDRE D'HYPOPHYSE (lob. post.).....	0.001
POUDRE DE PANCRÉAS.....	0.10
POUDRE DE NOIX VOMIQUE.....	0.005
EXTRAIT DE MARRON D'INDE.....	0.005
EXTRAITS D'HAMAMELIS VIRGINICA.....	0.01
POUR 1 COMPRIMÉ VIOLET	

FORMULES

COMPRIMÉS : 2 AU LEVER ET 2 AU COUCHER,  
OU SUIVANT PRESCRIPTION MÉDICALE,  
3 SEMAINES PAR MOIS.

## VEINOTROPE POUDRE

EXTRAIT EMBRYONNAIRE.....	1 gr.
PROTÉOSES HYPOTENSIVES DU PANCRÉAS.....	3 gr.
CALOMEL.....	4 gr.
TALC STÉRILE, Q. S. pour.....	100 gr.

## LABORATOIRES LOBICA

46, AVENUE DES TERNES — PARIS

POUDRE : TRAITEMENT DES ULCÈRES SIMPLES  
ET VARIQUEUX, DES PLAIES EN GÉNÉRAL

PARFAIT SÉDATIF DE TOUTES LES **TOUX**

ADULTES ET ENFANTS  
DE TOUT ÂGE

**GOUTTES NICAN**  
**GRIPPE**

TOUX DES TUBERCULEUX

COQUELUCHE

ÉCHANTILLONS &amp; LITTÉRATURES Laboratoires CANTIN A PALAISEAU S.-O. FRANCE

LABORATOIRES CARTERET

# Tonique Cardiaque Diurétique Puissant

avec

tous les principes actifs  
de l'Adonis vernalis

---

*Pas d'Accumulation*

---

*Pas d'Accoutumance*

---

*Pas toxique*

---

*Agit vite*

Pas d'accoutumance • Agit vite • Pas d'accumulation

**DIURÈNE**

"Extrait total" d'ADONIS VERNALIS

CARDIOPATHIES - ARTÉRIO-SCLÉROSE  
NÉPHRITES & CIRRHOSSES  
OEDÈMES &  
ASCITES

LIQUIDE      PILULES

Posologie : 2 à 6 cuillerées à café  
ou 4 à 12 pilules par jour.

Echantillons et Littérature : 15, RUE D'ARGENTEUIL, PARIS



## REVUE GENERALE

## L'HYSTÉRIE

Par M. HENRI EY,

Ancien chef de clinique à la Faculté de Paris,  
Médecin chef à l'Asile de Bonneval.

F. Les troubles mentaux de l'hystérie. — Il peut paraître bizarre de faire un chapitre particulier pour décrire une partie seulement de l'ensemble psychopathique que constitue l'hystérie. Quoi qu'il en soit, la question des *psychoses hystériques* est classique. Nous situerons plus loin ce problème relativement aux autres. Le travail le plus important consacré à ce point est celui de Laruelle, « les psychoses hystériques » (1908). Il est extrêmement intéressant. Cette question des rapports « de l'hystérie et de la folie » a été également traitée par Gilbert Ballet (Congrès de Clermont-Ferrand 1894). A cette époque, la question était de savoir si l'hystérie fait partie du groupe des dégénérescences ou non. G. Ballet concluait que non, Joffroy affirmait que oui.

C'est déjà sous cette forme que dans l'esprit d'Esquirol se posait la question quand il écrivait : « L'hystérie dégénère et passe souvent à la folie. » Ce qui est certain, c'est que dans la symptomatologie même que nous venons d'exposer, il existe des états, des syndromes psychotiques. De plus, il y a chez les hystériques des délires, des états délirants et hallucinatoires. Si nous voulons donner un aspect général des troubles proprement *délirants* (c'est ce que l'on appelle généralement troubles mentaux de l'hystérie), nous pouvons présenter les choses ainsi et distinguer avec Laruelle : 1° les troubles psychiques liés aux attaques ; 2° les troubles psychiques indépendants des attaques.

1° Les troubles psychiques liés aux attaques. — Nous les avons décrits en décrivant l'attaque dont ils font partie intégrante : auras, délire d'action, délire de mémoire (Richer).

2° Les troubles psychiques en dehors des attaques. — Il y a lieu de distinguer : a) les états *somnambuliques* ; b) les états *affectifs pathologiques* ; c) les états *crépusculaires avec dépersonnalisation* ; d) les *délires proprement dits*.

a) Nous avons déjà envisagé les états *crépusculaires somnambuliques*, déroulement onirique de l'état fixe (cf. plus haut). Il ne faut pas confondre ces états dits *somnambuliques* avec le *somnambulisme banal* qui est le plus souvent comitial. Ces états *somnambuliques* sont des états seconds qui accompagnent parfois le sommeil hypnotique.

b) En ce qui concerne les états *affectifs pathologiques*, il faut distinguer les états *dépressifs* parfois stuporeux qui surviennent après une émotion et les états d'agitation *hypomaniacale* avec excentricités, turbulence, bavardage, insomnie, etc.

c) Les états *crépusculaires avec dépersonnalisation*. Les caractéristiques de ces « *Dämmerzustände* » sont avant tout et par-dessus tout l'obnubilation de la cons-

cience. Leur apparition et leur disparition sont brusques, leur durée est assez courte, de quelques heures généralement. A l'opposé des grandes crises *somnambuliques* où le sujet est pour ainsi dire concentré sur sa personnalité inconsciente, ici il y a stupeur, demi-conscience, obtusion, sentiment de dépossession, d'influence, de mort, d'étrangeté. C'est dans ce groupe que Ganser a décrit son syndrome qui est un état *crépusculaire hystérique* au cours duquel on voit survenir cette trilogie : réponses à côté, actes à côté, et *analésies*. (Ce petit point est à peu près ignoré chez nous où on parle de syndrome de Ganser à propos du seul symptôme : réponses à côté.)

d) Les *délires proprement dits*. Les thèmes *mystico-érotiques* sont la règle. Les principaux délires que l'on observe chez les hystériques sont les *délires de possession zoanthropiques ou lycanthropiques* (la malade se croit transformée en chat, par exemple, comme dans la fameuse observation de Charcot), le *délire de possession démoniaque*, le *délire d'extase*, le *délire prophétique*, le *délire spirite*, le *délire d'auto et d'hétéro-accusation* (Dupré). — Ces délires sont pour la plupart des *délires d'influence* à structure « *paranoïaque* » (c'est-à-dire systématisés, clairs, ordonnés et lucides, dans le sens de Claude et ses élèves). Leurs relations avec les états paroxystiques sont évidentes. Pour Janet il y a une continuité profonde sous les divers aspects psychopathiques superficiels : les délires systématisés sont l'expression des idées fixes fondamentales dans les manifestations paroxystiques. C'est dans ce sens aussi que Dupré signale que l'onirisme hystérique passe plus facilement dans les délires que « l'hallucination toxique », car « l'hallucination onirique » a beaucoup plus de ténacité.

En ce qui concerne les *hallucinations* des hystériques, elles se répartissent en deux groupes : l'activité hallucinatoire onirique visuelle des états hypnoïdes et l'activité pseudo-hallucinatoire (hallucinations psychiques, représentations mentales vives, syndromes d'influence) des délires hystériques. En ce qui concerne les premières, il faut lire dans les anciens auteurs (notamment dans Janet et Régis) ce qui concerne l'influence et la suggestion et l'évolution de ces hallucinations dans les états seconds hystériques qui peuvent réaliser de vrais délires *ecmésiques* (Pitres). On comprendra alors que ces délires hystériques n'ont pas disparu, ils sont classés autrement, voilà tout. Tels sont les troubles mentaux hystériques, ceux qui surviennent chez les sujets hystériques. Raimann parle de 11 % de psychoses hystériques chez la femme et de 2 % chez l'homme. Pour Nissel, il n'y aurait que 1,5 % de troubles mentaux.

Mais à côté des *psychoses hystériques* proprement dites, il y a, pour certains auteurs, possibilité d'association entre hystéries et autres psychoses. Kaepelin, Nissel, se sont prononcés contre cette dernière possibilité. Binswanger au contraire note la fréquence des liaisons de l'hystérie et de la *paranoïa* (ce qui n'est pas sans intérêt pour notre propre point de vue des relations profondes qui unissent les délires hystériques d'influence à la structure *paranoïaque*). Furstner admet une association d'hypocondrie, de mélancolie et de *paranoïa* avec l'hystérie.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôp.*, 1935, n° 46, p. 797.

**G. Les états hystéroïdes symptomatiques.** — Nous désignerons avec Marinesco les états d'allure, disons même nettement *de nature hystérique*, tels qu'on les rencontre au cours de syndromes psychotiques ou neurologiques bien déterminés.

**A. GROUPE DES « ÉTATS HYSTÉROÏDES » DES PSYCHOSSES.** — 1° *Les états hystéroïdes épileptiques, l'hystéro-épilepsie.* — La combinaison, l'intrication des troubles d'automatisme comitial avec des « structures » hystériques est à peu près universellement admise. Landouzy (1846) dans son traité de l'hystérie (p. 144) propose le nom d'*hystéro-épilepsie* et indique que sur 273 hystériques il y avait 32 épileptiques. Une discussion s'est engagée depuis pour savoir si l'hystéro-épilepsie était plus du domaine de l'hystérie ou de l'épilepsie. Charcot, Crocq, Bernheim, Marchand, ont défendu la nature hystérique de l'hystéro-épilepsie. Trousseau, Gowers, Binswanger ont plaidé pour sa nature épileptique (cf. l'excellent article de Marchand, *Presse Médicale*, sept. 1920). La combinaison de crises comitiales et hystériques, l'apparition d'états crépusculaires, d'amnésies, de délires, de mutisme, de paralysies hystériques chez des épileptiques, telles sont les formes les plus fréquentes de l'hystéro-épilepsie.

2° *Les états hystéroïdes de la Démence Précoce.* — Cliniquement, les attaques hystéroides, les états crépusculaires (notamment du type Ganser), les inhibitions, les accès de sommeil cataleptique sont fréquents dans les formes de début de la D. P. La mentalité même de l'hystérique avec sa psychoplasticité, ses rêveries objectives (idées fixes), son comportement bizarre, extravagant, se rapproche de celle du dément précoce dont on connaît la forme « bouffonne » de certaines agitations catatoniques. On ne compte pas les syndromes hystériques de la puberté ou de l'adolescence qui deviennent des catatoniques (Kaepelin).

Ce sont en effet les analogies entre la catatonie et l'hystérie qui ont frappé tous les auteurs. Raymond, Seglas, Chaslin, ont noté ces analogies. Laruelle qui les cite disait en 1908 : « A-t-on pu fournir de la plasticité musculaire persistante du catatonique, une autre explication que celle que l'on donne de la catalepsie hystérique? » On serait tenté après les travaux de Claude et Baruk, de se demander s'il existe pour l'hystérie une autre explication que pour la catatonie. Récemment Damaye (1929) a publié un nouveau cas d'hystéro-catatonie et Perelman en 1926 a fait une étude analytique très intéressante d'un cas où les analogies éclatent aux yeux. Ellenberger (1933) dans sa thèse, détaille un cas qui est un exemple typique d'hystéro-catatonie. Les faits sont nombreux et classiques. On comprend que Claude les réunisse dans le même groupe, celui des « Schizoses ».

3° *Les états hystéroïdes dans les états confusionnels et démentiels.* — On peut observer notamment au cours et au début des évolutions démentiels (P. G., démence sénile) des états de types hystériques (crises, délires, agitation théâtrale).

Au cours d'ailleurs de tous les états d'agitation, d'anxiété, de délire, on peut trouver des états hystéroïdes. Notons; une fois encore, les relations de ces

états avec certains délires paranoïaques (syndrome d'action extérieure, syndrome d'influence). Kaepelin avait signalé également les relations de ces syndromes hystéroides avec ce qu'il avait tenté d'isoler sous le nom de « psychoses d'attente », variété de psychoses anxieuses. Enfin notons les analogies avec les *psychoses carcérales* qui admettent fréquemment des états de ce genre à leur base ou dans leur évolution.

**B. GROUPE DES « ÉTATS HYSTÉROÏDES » DES AFFECTIONS NEUROLOGIQUES.** — Au cours des *tumeurs cérébrales*, on a pu observer des réactions de type hystérique. Encore récemment Strosa (1932) rapportait l'observation d'un syndrome hystérique au cours de l'évolution d'une tumeur cérébrale. De même Rouquier, Lhermitte, Trelle, ont rapporté le cas d'une évolution d'un gliome du corps calleux qui avait commencé par un syndrome hémiplegique de type hystérique.

A l'occasion des *traumatismes cranio-cérébraux* et indépendamment du choc émotionnel, on peut voir se développer des syndromes hystéroïdes. Jusqu'à quel point les cas de *sinistrose* entrent dans ce groupe, il est bien difficile de le déterminer. Quant aux *troubles physiopathiques* ou réflexes, ils représentent certainement la forme mineure des états hystéroïdes traumatiques.

Au cours de l'encéphalite et notamment du *parkinsonisme*, on a pu voir évoluer des syndromes hystéroïdes. L'importance de cette question sera soulignée plus loin. Signalons comme type de ces cas l'observation de Wimmer. Il s'agissait d'une fillette de 12 ans qui au mois de juillet 1920 était considérée comme une grande hystérique et dont la maladie s'est trouvée plus tard à l'autopsie comme dépendant principalement d'une lésion striée. Nous avons pu observer plusieurs cas semblables. D'ailleurs on trouve quelques vieilles observations dans ce sens. Austregesilo (1908); Gaussel (paralysie agitante hystérique 1907), Valentin (thèse Montpellier 1908). Enfin signalons quelques troubles hystériques observés au cours de diverses lésions du cerveau : hystérie et maladies du cervelet (Eschner 1909), Sabrazès et Gebaune (nystagmus vibratoire hystérique spontané et provoqué par suggestion dans l'hypnose — R. N. 1896), Couros (sclérose en plaques), etc.

**H. L'hystérie chez l'enfant.** — L'hystérie infantile a fait l'objet d'un rapport de Bezy au Congrès de Toulouse en 1897. Il distingue chez l'enfant une *hystérie convulsive* (avec paralysies, contractures, spasmes, ataxie-abasie), le *mutisme* et l'*anorexie*. Soulignons ces deux dernières formes qui s'observent assez fréquemment. D'une particulière importance sont chez l'enfant ce que l'on a appelé la pseudo-coxalgie (Charcot), le pseudo mal de Pott (Charcot-Poncel), la pseudo-méningite (Sardol). Schnyder dit que les troubles hystériques chez l'enfant constituent une « hystérie massive ». Laruelle insiste sur la fréquence des troubles mentaux, des délires hystériques chez l'enfant. Ces délires sont généralement courts, à allure maniaque (Gilles de la Tourette) et il est assez aisé de les rattacher à un trauma émotionnel. Rappelons que



pour Bruns il y a deux fois plus de filles que de garçons hystériques.

### III. — LE DIAGNOSTIC D'HYSTÉRIE

Nous disons bien « le diagnostic d'hystérie » pour bien montrer que nous n'allons pas seulement envisager le problème clinique. Il est impossible en effet dans l'état actuel de la science de ne pas donner quelques éclaircissements, quand on pose le diagnostic d'hystérie qui reste pour une très grande part très solidaire de conceptions théoriques. Nous allons donc successivement envisager la valeur nosographique de l'hystérie et le diagnostic clinique de l'hystérie.

1<sup>o</sup> *Valeur nosographique de l'hystérie.* — Que l'hystérie n'existe plus, c'est ce que prétendent dogmatiquement ceux qui croient la supprimer en l'adressant dédaigneusement au psychiatre (1) ignorant que le domaine de la psychopathologie et de l'hystérie est aussi concret et rigoureusement déterminable que celui de n'importe quelle tranche de la science médicale. Que l'hystérie soit une pure fantaisie, c'est ce que laissent entendre les coups d'œil complices et entendus qu'échangent médecins et infirmières également peu frappés du drame psycho-physiologique dont le trouble hystérique est l'expression. Enfin, que l'hystérie soit un mensonge, c'est ce que laisse supposer en fin de compte un traitement qui manié un peu brutalement cesse d'être seulement élastique pour devenir punitif ! Telles sont les étranges opinions qui demeurent les plus répandues sur l'hystérie et les hystériques. En ce qui concerne l'assimilation de l'hystérie, de toute l'hystérie à des affections neurologiques, quelles que soient les idées pathogéniques défendues, il semble bien que personne n'y ait sérieusement songé.

Il reste donc pour définir l'hystérie la notion d'une névrose à *structure psychoplastique* telle que nous l'avons définie plus haut, réalisant sous des formes diverses l'érection ou la suppression de fonctions idéomotrices fortement psychogénétiques. EN CE SENS L'HYSTÉRIE C'EST QUELQUE CHOSE.

La situation paradoxale de cette névrose résulte clairement de sa structure. Un des traits — mais soulignons bien que ce n'est pas le seul — de l'hystérie, est la « simulation » des maladies organiques. Autrement dit, c'est le propre de l'hystérie d'apporter dans l'activité de l'organisme des troubles qui rappellent, sans se confondre avec eux, les effets des maladies connues. Il n'en reste pas moins que l'hystérie est elle-même un trouble, une maladie vraie, qui se manifeste par de fausses maladies. Telle est l'originalité de la névrose hystérique.

Si, maintenant, le cadre de cette névrose s'est limité, c'est parce qu'il s'était trop étendu. Mais il s'est peut-être trop limité. A cet égard, la double notion

de névrose hystérique et d'états hystéroïdes symptomatiques doit être retenue. On appellera névrose hystérique l'état de structure hystérique pour ainsi dire pure et foncièrement intégrée dans la personnalité du sujet. On appellera états hystéroïdes des syndromes où la structure hystérique s'intègre à titre de simple partie dans une structure psychopathique ou neurologique comme le Bernard l'ermite dans le mollusque, selon le mot de Clovis Vincent.

Ainsi le problème pratique de l'hystérie est légitimé par ces considérations nosographiques. Le diagnostic positif de névrose hystérique étant établi, le diagnostic différentiel s'établira à l'égard des autres névroses et psychoses d'une part (et notamment des états hystéroïdes psychotiques) et à l'égard des troubles neurologiques (et notamment des états hystéroïdes dans les affections nerveuses).

2<sup>o</sup> *Le problème pratique de diagnostic d'hystérie.* — Le diagnostic d'hystérie doit se faire par les critères positifs. Rappelons que les critères de Pitres sont encore bons. Les principaux éléments retenus seront : le pithiatisme, le caractère scénique et théâtral, le découpage des troubles selon des fonctions instinctivo-affectives (attitudes, comportements, croyances émotionnelles ou passionnelles), l'adhérence au trouble, le renouvellement fréquent des troubles, l'ensemble de la mentalité névrotique. Disons aussi que le groupement plus ou moins complet des divers accidents que nous avons précédemment décrits dans leurs formes typiques, aideront au diagnostic. Ce diagnostic, nous ne pouvons l'envisager qu'à grands traits et très rapidement :

*S'il s'agit de troubles évoluant dans le cadre de la névrose hystérique, il faudra éliminer :*

a) *Le déséquilibre simple*, avec crises de nerfs, réactions émotives simples.

b) *La psychasthénie et la névrose occasionnelle* (angoisse, obsessions, phobie, etc.).

c) *La neurasthénie introspective*, généralement hypocondriaque.

d) *Les troubles neurologiques communs* (paralysies, syndromes extra-pyramidaux).

e) *L'épilepsie larvée* avec accidents névropathiques (mentalité épileptoïde, examen neurologique).

f) Enfin *la simulation* (analyse de l'ensemble de la mentalité et des accidents).

*Dans le cas de troubles évoluant dans le cadre de la psychose hystérique, on éliminera :* a) les délires passionnels ou d'influence, sans structure hystérique.

b) Les délires d'imagination sans psycho-plasticité.

c) La simulation (en raison du caractère excessif, outré, caricatural des attitudes, ce diagnostic se pose très souvent).

*Quant à la question de savoir si l'on a à faire à l'hystérie ou à des états hystéroïdes symptomatiques, il faudra penser à toutes les grandes affections où l'on trouve généralement ces états hystéroïdes, d'une part, épilepsie, D. P., d'autre part encéphalite épidémique dans ses formes parkinsonniennes ou tumeur cérébrale avec syndromes extrapyramidaux qui sont souvent si chargés d'une composante hystérique (Schilder, Jelliffe).*

3<sup>o</sup> *Diagnostic de quelques aspects de l'hystérie par*

(1) Il s'agit là d'une attitude trop constante pour être négligeable. Sous le couvert de souci d'objectivité et de faits, certains médecins n'hésitent pas à considérer que le domaine du psychopathologique ne peut être qu'un objet amusant d'études sans valeur. Les maladies mentales sont des maladies imaginaires, l'hystérie est une maladie mentale, c'est donc une maladie imaginaire. Or, ce qui est imaginaire n'existe pas...

*ticulièrement délicats.* — C'est presque uniquement les rapports avec l'épilepsie et la simulation qui constituent les points les plus délicats.

a) *La crise d'hystérie.* — On fera le diagnostic avec la *crise névropathique simple* plus courte, moins dramatique, *mais déjà suspecte* et surtout avec la *crise d'épilepsie* (durée, signes d'inconscience et d'automatisme profonds, troubles des réflexes, etc.).

b) *Les automatismes hystériques.* — Une fugue, un état crépusculaire, sont-ils épileptiques ou hystériques ? Aucun caractère, aucun signe pris en particulier ne fera faire un diagnostic qui s'avère sous cette forme impossible. C'est par l'ensemble des troubles, leur évolution générale qu'on fera le diagnostic. Dans l'épilepsie, il y a violence, lenteur, troubles du caractère, états d'inconscience, évolution dementielle. Dans l'hystérie, il y a mythomanie, perversité (ou pseudo perversité), dramatisation, idée fixe et délires riches, romancés, états de suggestibilité, etc. (1).

c) *L'hypnose*, et particulièrement le sommeil cataleptique, posera le diagnostic de stupeur et celui de *catatonie*. Nous dirons à propos de la catatonie et de l'hystérie la même chose que ce que nous venons de dire à propos des automatismes comitiaux et hystériques : c'est l'ensemble du tableau clinique qui fait faire le diagnostic et non pas l'analyse de la catalepsie qui est la même dans les deux cas (groupe de schizoses de Claude). La lecture de la thèse de Sisawy, qui porte en sous-titre « diagnostic de la catatonie et de la catalepsie hystérique » (1931) est édifiante à ce sujet malgré l'opinion de l'auteur.

d) *Les paralysies et autres syndromes neurologiques.* — Il n'y a pas lieu d'insister ici sur les différences entre un syndrome de désintégration lésionnelle et un syndrome fonctionnel. Ces points se trouvent traités dans tous les manuels.

e) *Hystérie et simulation.* — Tout ce que nous avons dit sur le caractère grotesque, théâtral, affecté des manifestations, accidents et caractères hystériques, indique suffisamment que c'est un diagnostic qui se pose souvent. En réalité, quand on a l'esprit prévenu et avec un peu d'habitude le diagnostic est moins difficile en pratique qu'en théorie, car on suppose assez rapidement le degré de sincérité d'un sujet. En tout cas, en règle générale, *l'aspect affecté et théâtral* ne doit pas entraîner le diagnostic de simulation sans qu'aient été résolues par un examen systématique les deux questions : s'il n'y a pas d'hystérie, s'il ne s'agit pas d'un état hystéroïde symptomatique. Règle pratique que l'on voit trop souvent transgresser par des cliniciens même réputés, notamment à propos de certaines formes hystéroïdes de Démence Précoce.

#### IV. — CONCEPTIONS PATHOGENIQUES DE L'HYSTERIE

Les théories explicatives de l'hystérie, comme nous l'avons signalé plus haut, se partagent en deux grou-

pes. C'est le domaine où la « *batrachomyomachie* » organo-psychogénétique a été et est la plus farouche. C'est qu'en effet rien ne se prête mieux à ce genre de querelle. L'hystérie dont nous venons de voir les divers aspects se présente avec un cortège de symptômes physiques et une série d'idées, de croyances, de suggestions, qui lui donnent une physionomie psychique d'apparence consciente et volontaire. Dès lors pour expliquer l'ensemble de ces troubles les uns disent l'idée, l'image rien que l'image, les autres le trouble organique est tout. Ce qu'il y a de curieux à observer, c'est que les neurologues voient surtout son côté psychique (ce sont eux qui ont le plus défendu la théorie de l'hystérie : image suggérée) et que les psychiatres voient surtout son aspect organique. Disons-le de suite, il y a dans le fait hystérique une coalescence très exacte du système idéo-affectif et des troubles fonctionnels, même quand ceux-ci sont symptomatiques de désordres organiques. C'est pourquoi à propos de l'hystérie, le problème inépuisable des rapports du physique et du moral a pris tant d'appuis et d'arguments contradictoires. Dans la profonde unité de nature du fait hystérique, il faut discerner que du point de vue étiologique constamment les phénomènes hystériques admettent une étroite collaboration de causes physiologiques et psychologiques, les premières conditionnent essentiellement la structure de la personnalité hystérique, les deuxièmes déterminent la constitution des symptômes et accidents.

Nous diviserons les théories pathogéniques en deux catégories : celles qui voient dans l'hystérie un pur développement idéique ou idéo-affectif, et celles qui la ramènent à un trouble de l'activité nerveuse.

a) THÉORIES DU FAIT HYSTÉRIQUE CONSIDÉRÉ COMME LE SIMPLE DÉVELOPPEMENT IDÉO-AFFECTIF (IMAGINATION, SUGGESTION, IDÉES FIXES). — Nous allons exposer ici les différents aspects du problème tels que les diverses théories psychologiques les ont mis en évidence. Nous irons dans cet exposé de théories des plus superficielles aux plus profondes.

1° *L'hystérie, maladie imaginaire* (théorie mythomane de l'hystérie de Dupré). — Une telle conception s'appuie sur une analyse sommaire et limitative du fait hystérique. De ce que l'hystérique est un mythomane par certains traits de sa mentalité on conclut que la mythomanie elle-même non expliquée (c'est-à-dire présentée comme « constitutionnelle ») est l'essence de l'hystérie. Déjà Tardieu, Falret, Legrand du Saulle, avaient insisté sur le caractère imaginatif de l'hystérie. Mais l'originalité de l'école de Dupré (Logre, Delmas, Trubert) est d'avoir considéré le fait hystérique comme un mensonge inconscient et matérialisé dans les divers aspects pathomimiques. Cette théorie, ils l'expriment en disant, d'une part, l'hystérique est inconscient et, d'autre part, l'hystérique fait ses symptômes lui-même par pathomimie. Théorie assez vague car un mensonge inconscient n'est déjà plus un mensonge et un trouble imaginaire n'est pas un trouble matériel. S'il y a trouble et s'il n'y a pas conscience, il y a quelque chose de plus que de l'imaginaire et du mensonge, c'est-à-dire quelque chose de plus qu'une pure idée ou qu'une simulation.

(1) Nous avons abordé cette question dans un travail « Mutisme pithiatique et épilepsie » paru dans l'*Encéphale* 1929. Mais on trouvera une étude approfondie de ce problème dans la thèse de Picard : « Les actes automatiques de nature comitiale » (Paris 1927).



Le principe de cette théorie est donc de ramener l'hystérie à un fait d'imagination plus ou moins consciente, ce qui est exact, et de proposer dans un deuxième temps comme explication de ce fait d'imagination, une imagination pathologique, une constitution imaginative (basée selon Delmas sur une « hypertrophie de la sociabilité »), concept purement verbal.

2° *L'hystérie, suggestion du pathologique (pithiatisme de Babinski).* — Nous avons vu qu'on pouvait, chez Sydenham, trouver une première ébauche de cette conception. C'est Bernheim (1891) qui en réaction contre l'école de Charcot, mit en évidence l'identité des états d'hypnose provoquée et d'hystérie. Il se crut ensuite en droit d'en tirer la conclusion que l'un et l'autre étaient des phénomènes d'auto-suggestion. Il mit en évidence le rôle de la culture médicale dans le déroulement des symptômes des grandes manifestations, le rôle de l'imitation, agissant par auto-suggestion. Nous verrons plus loin comment cette théorie, tout en ramenant l'hystérie au pivot « auto-suggestion », cherchait ailleurs la condition intime de cette suggestion. Babinski a vulgarisé et précisé les idées de Bernheim en 1906 et 1907. Son œuvre est magistrale dans sa partie négative (négative au point de vue de l'hystérie car il a mis en évidence lumineusement ce que l'hystérie n'est pas). Pour les opposer aux syndromes hystériques, il a été amené à étudier avec un soin génial l'ensemble des troubles organiques du système nerveux. Mais la partie positive (la théorie de l'hystérie) est faible car elle est, elle aussi, verbale et laisse entier le problème de la nature des troubles. Voici comment il résume sa conception dans sa fameuse conférence faite à la Société de l'Internat des Hôpitaux de Paris le 28 juin 1906 : « L'hystérie est un état psychique spécial qui se manifeste principalement par des troubles qu'on peut appeler primitifs et accessoirement par des troubles secondaires. Ce qui caractérise les troubles primitifs, c'est qu'il est possible de les reproduire par suggestion chez certains sujets avec une exactitude rigoureuse et de les faire disparaître sous l'influence exclusive de la persuasion. Ce qui caractérise les troubles secondaires, c'est qu'ils sont étroitement subordonnés à des troubles primitifs. » De par ailleurs, il précise : « L'hypnotisme est un état psychique rendant le sujet qui s'y trouve susceptible de subir la suggestion d'autrui qui se manifeste par des phénomènes que la persuasion fait disparaître, qui sont identiques aux accidents hystériques (cf. sur ce point Babinski, article du *Bulletin médical* 1907, n° 24, où il essaie de se dégager de la conception de Bernheim). Cette conception de l'hystérie, réduite à un phénomène de « pithiatisme », a prévalu et est devenue classique en France et spécialement dans les milieux neurologiques. Dans l'énoncé même qu'en fait Babinski, il est aisé de voir que tout repose sur la suggestion. Quand il s'agit d'hétéro-suggestion, la notion est encore assez claire et cependant limitée puisqu'il s'agit toujours de *certaines* sujets. Mais le concept d'auto-suggestion, de suggestion spontanée, est bien obscur. Aucune tentative n'est faite dans cette conception entièrement basée sur ce que n'est pas l'hystérie pour dire ce qu'est la suggestion, c'est-à-dire l'hystérie. Comme le dit plaisamment le psychologue suisse

Claparède, on ne définit pas la mort en disant qu'elle est fort exactement reproduite par la guillotine. Il n'en reste pas moins que le célèbre neurologue a fait œuvre durable de clarté et de précision. A d'autres d'aller plus loin dans la voie qu'il a tracée et d'approfondir les conditions mêmes du pithiatisme, c'est-à-dire la nature de l'hystérie.

3° *L'hystérie, développement d'une idée fixe.* — Les études de Janet, Raymond, Arnaud, ont convergé vers une conception de l'hystérie qui représente cette névrose comme entièrement explicable dans ses manifestations extérieures par le développement d'une idée ou d'un système d'idées inconscientes. Il y a là un fait d'automatisme psychologique par quoi se révèle toute une série de représentations inconscientes. Comme Bernheim allait au delà de la suggestion, nous verrons plus loin que la conception de Janet va, également, au delà de l'idée fixe et en cherche l'explication dans certaines conditions de l'activité psychique (rétrécissement du champ de la conscience).

4° *L'hystérie, névrose de conversion (Freud).* — Il faut arriver aux études de Bleuler et Freud (1) pour trouver un essai d'explication en profondeur de ce fait (si bien mis en évidence par les diverses théories dont nous venons de parler) que certaines idées, certaines images, un système inconscient, un complexe idéo-affectif, sont capables de se manifester sous la forme d'un syndrome psycho-moteur. C'est, dit Freud, qu'il s'agit d'un système privilégié, original, à forte charge affective, lié à un traumatisme moral, à un souvenir infantile généralement refoulé. Un tel système inconscient n'affleure à la conscience qu'à l'aide de travestissement et de substituts qui sont fortuitement ou symboliquement associés à ces troubles et qui se trouvent sur le plan organique. C'est en cela que réside la conversion, c'est la fixation et la manifestation sur le plan de l'activité organique des entraves psychiques, d'un conflit moral inconscient. La névrose hystérique représente un compromis entre la tendance affective et les forces qui la refoulent. C'est de là que résulte le caractère utilitaire de la névrose. Telle est résumée en quelques mots la conception de la névrose de conversion bien différente dans la théorie de Freud de la névrose obsessionnelle qui se déroule sur un plan purement psychique. On sait que les premières études de Freud sur l'inconscient eurent justement pour but de retrouver le conflit, le « trauma » des hystériques et de chercher les principes de la méthode « cathartique », drastique, qui est devenue la psychanalyse. Il faut lire par exemple comme cas typique d'une analyse d'hystérie le cas publié par Mme Odier (*Revue française de psychanalyse*) et lire aussi l'article de Lowenstein et Parcheminey, très clair et très complet avec exemples (1933).

b) THÉORIES DE L'HYSTÉRIE, CONSÉQUENCE DES TROUBLES NERVEUX. — Ce qu'il y a de commun dans les théories que nous allons maintenant examiner, c'est qu'elles envisagent l'hystérie comme l'expression de

(1) Nous pouvons rappeler que les premières études de Freud sur l'hystérie ont porté sur la description des paralysies organiques à opposer aux paralysies hystériques.

bouleversements nerveux généralement conçus comme fonctionnels.

Mais il y a lieu de faire encore une distinction dans ce groupe. Dans un premier groupe de théories, il s'agit de conceptions de l'hystérie sur le modèle des troubles neurologiques avec tentative de ramener le fait hystérique à un syndrome de localisation. Dans le deuxième groupe de théories, il s'agit de montrer l'hystérie comme l'expression d'un trouble dynamique du système nerveux et de faire dès lors appel à des notions psychologiques qui admettent et exigent même une interprétation organique (rétrécissement du champ de la conscience, émancipation de fonctions, fixations émotionnelles, etc.).

1° *Théories physiologiques proprement dites.* — C'est sur la base des théories précédentes et pour ainsi dire sur leur modèle que certains auteurs ont tenté une interprétation physiologique. Elles reposent toutes sur l'observation des troubles organiques avec lesquels l'hystérie se trouve associée. A ce titre nous devons mentionner la théorie de Charcot et les querelles récentes entre Marinesco et Froment (Thèse Imbert de Lyon 1930). Rappelons également les travaux de Tinot qui considère l'hystérie comme de nature organique.

a) *L'hystérie, affection du système nerveux* (Charcot). — L'accent était mis dans la conception de Charcot sur l'ensemble des stigmates et troubles organiques.

b) *Théorie extrapyramidale.* — L'existence de syndromes hystéroïdes, extrapyramidaux, les analogies entre les déclenchements automatiques, les spasmes, troubles du tonus, kinésies paradoxales (Souques) de type extrapyramidal et les manifestations de l'hystérie ont fait soutenir à Marinesco et Radovici (1926) ; à Papastrotigakis (1928), etc. la nature extrapyramidale des phénomènes hystériques. Cette théorie est fortement critiquée dans la thèse d'Imbert.

c) *Théorie corticale.* — Depuis 1926, Marinesco a évolué dans le sens d'une conception corticale de l'hystérie. Récemment deux grands neurologistes, Pavlov et Wilson, ont essayé de donner des interprétations physiologiques corticales de l'hystérie. Peut-être n'a-t-on pas assez remarqué que malgré l'appareil impressionnant d'expériences dont ces conceptions sont issues, elles ne font que traduire ce que Sollier disait : le principe de la théorie est de ramener les syndromes hystériques à des conditions physiologiques d'inhibition telles que le sommeil par exemple en représente la forme la plus complète. « Une grande quantité d'expériences précises, dit Pavlov, permettent d'affirmer que l'extension de l'inhibition forme les différents degrés de l'état hypnotique et qu'à son maximum elle constitue le sommeil... (que se passe-t-il chez l'hystérique ?)... il est généralement admis que l'hystérique est le produit de la faiblesse du système nerveux. Janet dit que l'hystérie appartient à l'énorme groupe des maladies mentales qui sont les suites de la faiblesse ou de l'épuisement cérébral. Il existe une base physiologique suffisante pour concevoir chez les hystériques l'inévitabilité soit des accès affectifs ou convulsifs, soit des automatismes en rapport avec la localisation, le degré de l'intensité et le déplacement de l'inhibition dans l'écorce. » Comme

on le voit (et on le verra mieux à la lecture de l'article de Pavlov (*Encéphale* 1933) pour le physiologiste russe le trouble physiologique de l'hystérie est cortical : c'est comme dit en même temps Marinesco « un trouble du processus de l'induction ».

d) *Théorie humorale.* — Marinesco avait précédemment insisté également sur les types endocriniens d'hystérie. Les études faites récemment sur l'hypnose révèlent également l'importance possible de certains troubles du métabolisme. Glaser, partant de l'idée qu'il existe dans le cerveau moyen un appareil de contrôle qui régularise les fonctions des organes, a cherché si l'hypnose n'influait pas le taux de la calcémie. Il aurait observé quelques variations. Kretschmer (de Berlin) et Krieger, ont également observé des modifications du Ca chez certains sujets en état d'hypnose et dont le taux était précédemment très labile. Kretschmer insiste sur la notion de *vagotonie*. Marinesco et Salilgreen (Stockholm) ont étudié les variations du sucre sanguin. Heyer, après ingestion d'un repas, retrouve dans le suc gastrique une réactivité peptique. Plus intéressantes sont encore les expériences de Deulzech qui portent sur le métabolisme basal (cf. l'article de Parcheminey).

2° *Théories des troubles nerveux dynamiques.* — Elles sont de deux types ou bien elles conçoivent l'hystérie comme un trouble dissociatif de l'esprit, ou comme un trouble de l'équilibre émotionnel.

a) *Théorie du rétrécissement du champ de la conscience de Janet.* — M. Pierre Janet a développé dans de nombreux ouvrages une conception de l'hystérie basée sur le rétrécissement du champ de la conscience, c'est-à-dire comme une sorte de « diaphragmisation » de l'activité psychique qui se polarise sur des systèmes que M. Janet appelle avec la terminologie de la fin du XIX<sup>e</sup> siècle : des idées fixes. Une telle théorie, soulignons-le une fois encore, se présente comme résolument organique en faisant dépendre l'hystérie d'un trouble des *capacités psychiques*.

b) *Théorie de la dissolution de Sollier.* — Voici comment lui-même la résume au terme de ses longues et intéressantes études : « L'hystérie est un trouble psychique, fonctionnel du cerveau consistant dans un engourdissement ou un sommeil localisé ou généralisé, passager ou permanent, des centres cérébraux et se traduisant par conséquent suivant les centres atteints par des manifestations vaso-motrices ou trophiques, viscérales, sensorielles ou sensitives, motrices et enfin psychiques et, suivant ses variations, son degré et sa durée, par des crises transitoires, des stigmates permanents ou des accidents paroxystiques. Les hystériques confirmés ne sont que des vigilambules dont l'état de sommeil est plus ou moins profond, ou plus ou moins étendu ». Ces idées, défendues dans des ouvrages considérables, ont été reprises récemment par Pavlov comme nous l'avons vu et également par Claude et Baruk.

c) *Théorie de l'appareil hystérogène émotionnel de Bernheim.* — La théorie de l'hystérie considérée comme une suggestion est complétée dans Bernheim par celle de l'appareil hystérogène. Bernheim entend par là l'ensemble des réactions que nous sommes tous susceptibles de manifester au moment d'une émotion et



qui chez l'hystérique dégénère en crise intense ou prolongée. L'hystérique est un individu qui possède un appareil symptomatique hystérogène qui peut être actionné par une émotion. Aussi la symptomatologie de l'hystérie est-elle ramenée à un ensemble de symptômes envisagés sur un plan très voisin du plan physiologique et organique, celui de l'appareil émotionnel.

d) *Théorie de la régression instinctive de Kretschmer.* — Dans son petit volume consacré à l'hystérie (2<sup>e</sup> édition 1927), Kretschmer expose qu'il y a dans l'architecture neuro-psychique deux plans (analogie avec la théorie de Grasset du centre O et du polygone) : un plan de contrôle et un plan d'activité archaïque. La libération de ce plan sous-jacent dans l'hystérie constitue les mécanismes hyperboliques qui sont des modalités psychomotrices inférieures. Notamment dans ces déclenchements fonctionnels de type régressif on retrouve le trait archaïque par excellence, c'est-à-dire l'identité de l'image, de l'idée et de l'action. L'hystérie se manifeste par deux grands ordres de réactions instinctives régressives : la tempête de mouvements (réaction de la peur devant le danger, réaction panique de type primitif, infantile) qui représente la crise hystérique et des divers équivalents, et le réflexe d'immobilisation (*Todreflex*, le réflexe de faire le mort) qui se manifeste par l'état cataleptique, l'hypnose, etc. Enfin Kretschmer souligne l'analogie

(vue depuis longtemps notamment par Pidoux dans le traité de médecine de Trousseau 1851) entre la crise d'hystérie et le coït.

e) *Théorie de l'isolement émotionnel des fonctions psycho-motrices de Claude.* — Avant Kretschmer, Claude a soutenu que l'hystérie est constituée par un ensemble de troubles fonctionnels de nature émotive représentant une cristallisation de réactions émotionnelles (cf. à ce point de vue son rapport au Congrès des aliénistes et neurologistes (Genève 1907). Depuis lors, avec Baruk, à propos des rapports avec la catatonie, il a précisé qu'il s'agissait de troubles du dynamisme cérébral (dans le sens de la conception de Sollier). Si bien qu'en définitive l'hystérie fait partie du groupe plus vaste des *schizoses* qui sont caractérisées par des troubles fonctionnels de la synthèse psychique, la tendance aux *isolements fonctionnels*, à l'émancipation des systèmes, désintégrées de l'ensemble du comportement adapté et harmonique.

\*\*\*

Au terme de cet exposé des théories pathogéniques, nous saisissons que dans leurs termes extrêmes (hystérie pure imagination ou hystérie troubles purement physiologiques) elles sont irrecevables. L'hystérie n'est pas un jeu imaginatif purement « gratuit ». Elle

TOUTES les Affections du **FOIE** et du **REIN** :  
1 à 2 capsulines à chacun des deux principaux repas de :

# CAPARLEM

HUILE DE HAARLEM (au Juniperus Oxycedrus)

QUALITÉ INCOMPARABLE ET ACTIVITÉ INSOUÇONNÉE

Laboratoire Lorrain de Produits Synthétiques purs

— **ETAIN** (Meuse)

A. GUERBET & C<sup>o</sup> PHARMACIENS

THERAPEUTIQUE & RADIOLOGIE

## LIPIODOL

LAFAY

Huile iodée à 40 %.

0. gr. 54 d'iode par cm. 3

22, Rue du Landy - St Ouen, près Paris

R. C., 225.7

## RHIZOTANIN CHAPOTOT

Tanin de Fraisier - Sels de chaux et de magnésie

**Tonique -- Reconstituant -- Recalcifiant**

Anémies -- Bronchites chroniques -- Prétubercules.  
Amélioration rapide des Accidents Diarrhéiques  
et des Néphrites Albuminuriques.

Cachets pour adultes -- Poudre pour enfants  
Granulé pour adultes et enfants

Éch. Méd. grat. P. AUERLOT, Ph. 56, bd Ornano, PARIS-18<sup>e</sup>

## OLÉTHYLE-BENZYLE

BENZOATE DE BENZYLE

LABORATOIRE CENTRAL DE PARIS  
122, rue du Faubourg Saint-Honoré

**DÉSINFECTION** = **CHLORAMINE**  
**INTESTINALE** = **FREYSSINGE**

1 à 3 pilules à chaque repas. - 6, Rue Abel, PARIS - Aucune contraindication

n'est pas non plus un trouble vide. Son caractère essentiel est l'isolement de certaines fonctions, de certains systèmes idéo-moteurs souvent inconscients qui requièrent une condition neuro-biologique, un trouble où, comme le disait tout récemment Bleuler, la forme et le contenu collaborent dans une même unité. L'hystérie n'est ni volontaire ni fortuite, elle représente le type même de l'*automatisme psychologique* (Janet). Elle se déploie dans ses manifestations en suivant très exactement la finalité des *fonctions* neuro-instinctives. Par là se révèle le sens plein à accorder au terme d'*affectation fonctionnelle*. Mais les fonctions plus ou moins archaïques qu'elle libère, dans lesquelles « se coulent » ses manifestations, sont essentiellement des fonctions affectives réductibles à des émotions (peur, joie, érotisme, désir). Par là se vérifie peut-être la conception que dès 1907 défendait notre maître Claude. Pour lui l'hystérie est un syndrome d'isolement d'une fonction ou d'un système psychomoteur (parfois très compliqué) qui y correspond. Cet isolement fonctionnel dans son contenu et dans sa cristallisation, ne peut être correctement interprété qu'à la lumière de la psychopathologie de l'équilibre émotionnel.

## BIBLIOGRAPHIE DES PRINCIPAUX TRAVAUX A CONSULTER

- LANDOUZY. *Traité complet de l'hystérie*, 1846.  
 BRACHET. *Traité de l'hystérie*, 1847.  
 BRIQUET. *Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie*, 1859.  
 MOREAU (de Tours). *Traité pratique de la folie hystérique*, 1869.  
 LEGRAND DU SAULLE. *Les hystériques, état physique et mental*, 1883.  
 RICHER. *Etude clinique sur la grande hystérie et l'hystéro-épilepsie*, 1885.  
 CHARCOT. *Leçons cliniques passim*.  
 THIÉBAULT (A.-A.). *Le sommeil provoqué et les états analogues*, 1889.  
 GILLES DE LA TOURETTE. *Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie normale*, 1891.  
 PITRES. *Leçons cliniques sur l'hystérie et l'hypnotisme*, 1891.  
 SOUQUES (Achille). *Etude des syndromes hystériques simulateurs*, 1891.  
 JANET. *Etat mental des hystériques et stigmates mentaux*, 1892 et 1894 ; *L'automatisme psychologique*, 1894.  
 GILLES DE LA TOURETTE. *Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie paroxystique*, 1895.  
 BEZY. *Rapport Congrès de Toulouse*, 1897.  
 SOLLIER. *Genèse et nature de l'hystérie*, 1897 (2 vol.).  
 JANET et RAYMOND. *Névrose et idées fixes*, 1898.  
 BABINSKI. *Ma conception de l'hystérie et de l'hypnotisme*, 1906.  
 Rapports de CLAUDE et SCHNYDER : *Sur la définition et nature de l'hystérie. Congrès de Genève, Lausanne*, 1907.  
 LARUELLE. *Les psychoses hystériques*, 1908.  
 Discussion de la Soc. de Neurol., 1908.  
 JANET. *Les névroses*, 1909.  
 HARTEMBERG. *L'hystérie et les hystériques*, 1910.  
 MORTON PRINCE. *La dissociation d'une personnalité*, 1911.  
 BERNHEIM (H.). *L'hystérie*, 1913.  
 BABINSKI et FROMENT. *Hystérie, pathialisme et troubles nerveux d'origine réflexe*, 1918.  
 KRETSCHMER. *Psychologie médicale*.  
 KRETSCHMER. *L'hystérie*, 2<sup>e</sup> édition, 1927.  
 TRUBERT (Edouard). *Contribution à l'étude de l'hystérie et de la mythomanie*, 1929.  
 CLOVIS (Vincent). Article in *traité de Sergent*.  
 LOGRE. Article in *traité de Sergent*.  
 BLEULER. Psychophysiologische Theorien in der Auffassung der Hysterie, *Zeits. f. d. Ne. u. Psych.*, 1932, livre 141, page 189.  
 MARINESCO et NICOLESCO. Note sur un cas d'hystérie, *J. de N. et P.*, 1932, t. I.  
 PARCHEMINEY (G.). Quelques aspects du problème de l'hypnose, *Evolution psychiatrique*, 1932, n° 3, p. 77, et Rapport au 6<sup>e</sup> Congrès de psychanalyse.  
 ROUQUIER. L'état actuel de la question de l'hystérie, *Gaz. des Hôpit.*, C. V. n° 95, 26 nov. 1932.  
 IMBERT. L'hystérie en face des états striés post-encéphaliques, *Th. de Lyon*, 1930.  
 MARINESCO. *Encéphale*, 1933, t. I, p. 257 ; t. II, p. 671.  
 PAVLOW. *Encéphale*, 1933.  
 CLAUDE. *Encéphale*, 1933.  
 DIDE. *L'hystérie et l'évolution humaine*, 1 vol., 1935.

## SOCIÉTÉS SAVANTES

## ACADEMIE DE MEDECINE

(SÉANCE DU 11 JUIN 1935)

La péritonite puerpérale généralisée à streptocoques. Son traitement par la sérothérapie antistreptococcique (A propos du procès-verbal). — M. H. VINCENT. « Si les applications de la sérothérapie au traitement de la septicémie à streptocoques sont nombreuses et efficaces, l'emploi du sérum dans la péritonite aiguë puerpérale, généralisée, par le même sérum antistreptococcique, mérite également de retenir l'attention car il peut sauver un grand nombre des malades opérés.

Dans cette forme d'infection si grave, et qui vient compliquer la septicémie, l'emploi du sérum n'a pas encore été précisé. Tantôt on a recours aux injections sous-cutanées seules, tantôt à la sérothérapie intra-péritonéale.

La première observation de guérison d'une péritonite aiguë généralisée à streptocoques, a été publiée par Péry, Balard et J. Mangé. Ce cas, véritablement dramatique, avec hyperthermie (41°8), s'accompagnait d'épanchement de pus dans tout l'abdomen. La malade a guéri à la suite de la laparotomie et des injections de sérum antistreptococcique sous la peau.

Un autre exemple de septicémie puerpérale à streptocoques hémolytiques, avec péritonite rapidement guérie par le sérum, m'a été communiqué par mon collègue, M. Paul Guéniot. Après laparotomie, le sérum antistreptococcique a été également injecté sous la peau. Par la même voie d'introduction, G. Pascalis a eu un insuccès (péritonite puride à B. coli, streptocoque, etc. par effraction intra-péritonéale de placenta putréfié).

Cyrille Jeannin et E. Chomé ont signalé cinq guérisons sur dix malades après colpotomie, drainage et injections par le drain, du sérum antistreptococcique dans le péritoine.

Il me paraît que, dans ces états infectieux d'un pronostic si redoutable, avec présence du streptocoque à la fois dans le sang et dans la cavité péritonéale, il convient, pour obtenir le maximum d'effets, d'associer ensemble la sérothérapie locale et la sérothérapie générale. Employées isolément, ces deux voies d'introduction peuvent, sans doute, amener la guérison, ainsi qu'on l'a observé, mais elle sera beaucoup plus constante si on injecte le sérum à la fois sous la peau (ou dans le muscle ou même dans la veine, lorsqu'il est possible) et dans le péritoine, au cours de l'intervention chirurgicale et après celle-ci.



**DIARRHÉES  
DES  
NOURRISSONS**  
Paquets de 0<sup>fr</sup>25

**DIARRHÉES  
SAISONNIÈRES**  
Cachets de 0<sup>fr</sup>50

**DIARRHÉES DES  
TUBERCULEUX**  
Cachets de 0<sup>fr</sup>50

# GÉLOTANIN

  
TANNATE DE  
GÉLATINE

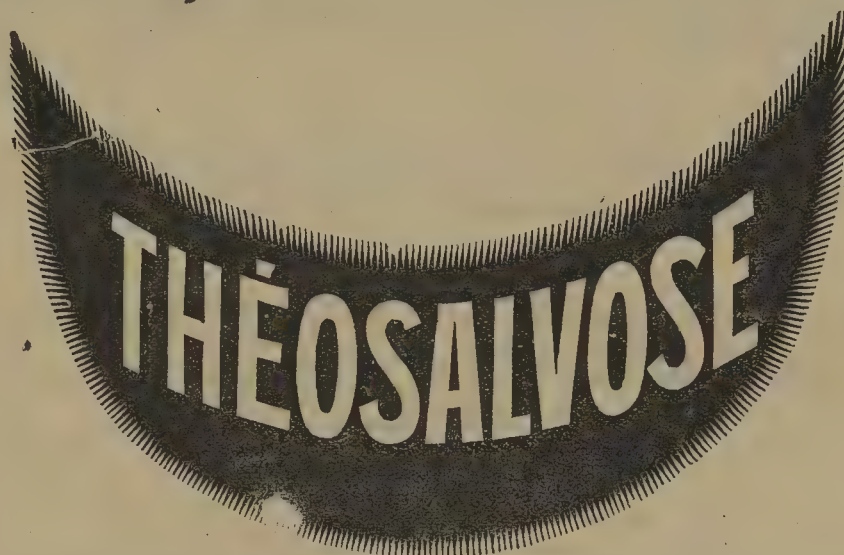
**LABORATOIRE CHOAY** - 48, rue Théophile Gautier, PARIS (XVI<sup>e</sup>)

**DIURÉTIQUE** } D'UN POUVOIR REMARQUABLE  
 D'UNE FIDÉLITÉ CONSTANTE

*Pure*  
**Digitalique**  
**Strophantique**  
**Sparléinée**  
**Scillitique**  
**Barbiturique**

Phosphatée  
 Lithinée  
 Caféinée

*Ne se délivrent  
 qu'en cachets*



*Cachets dosés*

0 gramme 25  
 et à  
 0 gramme 50  
 de Théosalvose

**DOSE MOYENNE :**  
 1 à 2 grammes  
 par jour.

**THÉOBROMINE FRANÇAISE** garantie chimiquement pure

Artériosclérose — Affections cardiaques et rénales — Albuminuries — Intoxications  
 Urémie — Urloémie — Goutte — Rhumatismes — Hydropisie — Maladies Infectieuses

**Laboratoires André GUILLAUMIN**  
 PARIS — 13, rue du Cherche-Midi, 13 — PARIS

R. G., 2, 16<sup>e</sup>, Seine.

C'est la même méthode que j'ai recommandée, dès 1925, dans le traitement des appendicites compliquées de péritonite, et dans lesquelles le sérum anticolibacillaire donne des résultats remarquables. »

**Recherches sur la perméabilité aux novarsénobenzols de la barrière hémato-méningo-encéphalique dans la paralysie générale avant et après la malariathérapie.** — MM. D. PAULIAN et G. TANASESCO (de Bucarest). — « L'existence d'une barrière interposée entre le torrent sanguin et le tissu nerveux est aujourd'hui admise par tous, histologistes et anatomo-pathologistes.

L'endothélium vasculaire de tous les vaisseaux méningo-encéphaliques et plexuels accomplit cette fonction comme une membrane perméable et à propriétés sélectives. L'intégrité de cette membrane dépend de l'intégrité de l'endothélium vasculaire qui peut être lésé par des substances nocives ou par des microbes qui, l'altérant, produisent un déséquilibre et permettent le passage de certains corps, qui, à l'état normal, n'auraient jamais passé.

Dans la paralysie générale, maladie qui altère intensément l'endothélium vasculaire en produisant des lésions assez notables et diffuses, l'arsenic, qui à l'état normal ne passe jamais dans le tissu nerveux, traverse cette barrière et apparaît dans le liquide céphalo-rachidien.

Suivant nos recherches, sur des paralytiques généraux avant la malariathérapie, nous avons décelé l'arsenic une heure après l'injection arsenicale (arsénobenzols), sous la forme de novarsénobenzol ou de néosalvarsan (dose III-a 0,45 mgr.), dans le liquide céphalo-rachidien dans les quantités suivantes :

Une heure après l'injection arsenicale 1-1,80 mgr./1.000; quatre heures après à 0,8-1,6 mgr./1.000; dix heures après à 0,8-1,6 mgr./1.000.

Après la malariathérapie, chez les mêmes malades la perméabilité à l'arsenic s'est abaissée, probablement à la suite de la modification salutaire produite par cette thérapie sur l'endothélium vasculaire.

Une heure après l'injection arsenicale, l'arsenic s'élimine par le liquide céphalo-rachidien, à doses de 0,2-0,6 mgr./1.000; après quatre heures, il atteint 0,8-1,2 mgr./1.000; dix heures après 0,4-0,8 mgr./1.000.

La malariathérapie exerce une action favorable et la recherche de cette perméabilité peut servir comme test de diagnostic et de guérison. »

**Etude d'une épidémie de poliomyélite dans le département des Bouches-du-Rhône.** — MM. H. VIOLLE et G. MONTIES. Sur 38 cas observés à Marseille en 1934, les auteurs n'ont jamais constaté deux malades dans la même famille, dans le même immeuble ni dans la même rue. Ils n'ont pu trouver aucune filiation entre les divers cas pour la plupart des enfants en bas âge. L'origine alimentaire (eau, lait) ne peut être retenue. Aucune concordance avec les vaccinations jennériennes.

La morbidité au cours de cette épidémie a été de 5 pour 100.000, et la mortalité de 16 p. 100 des cas constatés. Dans chaque cas, la sérothérapie spécifique fut mise en œuvre dans le plus bref délai possible, grâce aux stocks de sérums de Pettit et de convalescents mis à la disposition des praticiens par le Centre de récolte de Marseille (Institut d'Hygiène de la Faculté). Il fut noté que les sujets qui ont récupéré depuis leur motilité presque intégrale avaient reçu du sérum de convalescents ou du sérum de Pettit au plus tard 48 heures après l'apparition des paralysies.

Les auteurs purent vérifier le pouvoir curatif du sérum des personnes saines de l'entourage immédiat des malades par neutralisation du virus inoculé au *macacus cynomolgus*. Ce fait, déjà indiqué par M. Netter, facilite considérablement la constitution des stocks de sérums de convalescents, dont l'utilité s'impose pour l'avenir.

**La rage de laboratoire.** — M. REMLINGER.

**Election d'un membre titulaire dans la 2<sup>e</sup> section (Chirurgie et spécialités chirurgicales).** — Les candidats étaient ainsi classés : En première ligne, M. Jeannin, en seconde ligne *ex æquo* et par ordre alphabétique, MM. Paul Guéniot, Le Lorier, Lévy Solal, Metzger, Vignes. Adjoint par l'Académie : M. Devraigne.

Au premier tour de scrutin, M. le professeur Cyrille JEANNIN est élu par 47 voix sur 64 votants.

M. Devraigne a obtenu 11 voix, M. Le Lorier 3, M. Paul Guéniot 2, M. Vignes 1.

## LIVRES NOUVEAUX

**Prolapsus du rectum. Etude clinique, traitement, résultats éloignés (1),** par CARRASCO. Préface du Professeur Hartmann.

Aucune étude d'ensemble n'avait paru depuis trente ans sur ce sujet intéressant à la fois le médecin et le chirurgien. Dans ce travail, l'auteur tient compte de tous les travaux publiés jusqu'à ce jour ainsi que des observations recueillies dans la clinique du professeur Hartmann.

Il n'existe pas de traitement unique s'adressant à toutes les variétés du prolapsus rectal. Dans chaque cas particulier, il faut reconnaître le facteur étiologique et pathogénique et dans ce but employer la technique la plus appropriée.

Aussi, après avoir exposé l'étiologie, les variétés anatomiques du prolapsus, sa pathogénie et sa symptomatologie, l'auteur aborde le traitement. Ce chapitre a été divisé en plusieurs sous-chapitres suivant les techniques employées. Chacune de ces techniques est brièvement exposée avec les résultats opératoires immédiats ou éloignés et les diverses opérations s'y rattachant.

L. G.

## ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

**Samedi 15 juin.** — Jury: MM. Jeannin, président; Nobécourt, Tanon, Vaudescal. — M. BEQUIGNON. Etude de la technique des opérations césariennes basses dans les cas infectés. — Mlle DESALLAIS. Le lait au roux chez les nourrissons hypotrophiques, dyspeptiques, étude clinique. — Mlle BLIN. Thérapeutiques préventives des complications pulmonaires de la rougeole. — M. LIMASSET. Principes actuels de la thérapeutique et de la prophylaxie des intoxications par les champignons. — M. RICART. Les vieux traitements de la fièvre jaune. — M. WEISSBERG. Activité médico-sociale des dispensaires antituberculeux de l'Institut de prophylaxie sociale de l'Aude.

*L'Annuaire Médical de Marseille et de la Provence* vient de paraître pour la dix-huitième fois. Cela indique son intérêt et sa vitalité. Volume de 444 pages, très exact parce que régional, il contient la liste du corps médical de la Provence, de la Côte d'Azur et de la Corse, ainsi que la liste de tous les sanatoriums français et un très bon memento des spécialités pharmaceutiques. Envoi franco contre 15 francs. — Editions Quo Vadis, 107, rue Paradis, Marseille (Ch. P. 108-43).

(1) In-8 de 196 pages avec 41 figures. — Prix : 35 fr. — Paris, Masson et C<sup>e</sup>.

Le Directeur-gérant : D<sup>r</sup> François LE SOURD.



**Granules de CATILLON**

à 0,001 Extrait Titré de

**STROPHANTUS**

C'est avec ces granules qu'ont été faites les observations discutées à l'Académie de Médecine en 1889, elles prouvent que 2 à 4 par jour donnent une diurèse rapide, relèvent vite le cœur affaibli, dissipent ASYSTOLIE, DYSPNÉE, OPPRESSION, GÈMES, Affections MITRALES, CARDIOPATHIES des ENFANTS et VIEILLARDS

**Granules de CATILLON** 0,0001**STROPHANTINE**

CR.

TONIQUE du CŒUR par EXCELLENCE — TOLÉRANCE INDÉFINIE

Prix de l'Académie de Médecine pour "Strophantus et Strophantine", Médaille d'Or Expos. Univ. 1900

PARIS, 3, Boulevard St-Martin. — R. C. S. n° 48283

## LE VALÉRIANATE DE PIERLOT

est NEUROTROPE

*Il se fixe de préférence sur la surface extérieure de la Cellule Nerveuse.*

Il reste **toujours** et **malgré tout**  
l'unique préparation efficace et inoffensive pour le cerveau et le cœur,  
résumant tous les principes *sédatifs et névrosthéniques* de la  
**VALÉRIANE officinale.**

H. RIVIER, Ph<sup>ien</sup>, Succ<sup>r</sup> de LANCELOT & C<sup>ie</sup>, 26 et 28, Rue Saint-Claude --- PARIS

## NÉVROSES - INSOMNIES

# LOBÉLIANE

## LALEUF

ANTISPASMODIQUE PUISSANT  
EXCLUSIVEMENT VÉGÉTAL  
GOÛT ET ODEUR AGRÉABLES  
ATOXIQUE

DOSE CALMANTE = 2 à 5 cuillerées à café par jour  
DOSE HYPNOTIQUE = 1 à 3 cuillerées à café le soir

ÉCHANTILLONS ET LITTÉRATURE  
LABORATOIRES LALEUF  
20 - RUE DU LAOS - PARIS (15<sup>e</sup>)

Nouvelle adresse : 51, rue Nicolo, PARIS (XVI<sup>e</sup>).

# céréossine

## Minéralisateur complet

*Parathyroïdine*

*Vitamines D*

## Reconstituant physiologique

*Phytophosphine*

*Hémoglobine*

*Nucléines*

**CÉRÉOSSINE**

**Simple**

Cachets  
Granulés  
Poudre  
Comprimés

**Irradiée**

Cachets  
Granulés

**Méthylarsinée**

**Gaïacolée**

Cachets

**Présence de  
Vitamines  
biologiquement  
contrôlée**

**fixe le Calcium**

### POSOLOGIE

**Cachets, Poudre**  
(par cuill. à café)

Adultes, 2  
Enfants, 1

**Comprimés**

Adultes, 4  
Enfants, 2

**Granulés**  
(par cuill. à café)

Adultes, 4  
Enfants, 2  
Nourrissons, 1

Echantillons: Laboratoires DEHAUSSY, 66, Rue Nationale, 66 - Nord (LILLE).



*La Lancette Française*

# GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6°. Tél. : Danton 48-31.

PUBLICITE : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6°) - Téléph. : LITRE 54-93.

## PRIX DE L'ABONNEMENT

## FRANCE

3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.

*Etudiants* : 25 francs par an.

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

## ETRANGER

Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.

Tous les autres pays : 75 francs.

## ABONNEMENTS DE VACANCES

*La Gazette des hôpitaux met à la disposition de MM. les Etudiants des abonnements de vacances gratuits d'une durée de deux mois (juillet et août).**Il ne pourra être accepté de changement d'adresse au cours de ces abonnements.**Il ne sera donné suite à aucune demande passé le 30 juin.**Prière d'écrire très lisiblement son nom et son adresse.**S'adresser directement aux bureaux du Journal.*

## SOMMAIRE

## TRAVAUX ORIGINAUX

*Les périlites à entérocoques*, par MM. P. DECOULX et G. PATOIR.

## NOTES DE MÉDECINE PRATIQUE

*Les protides dans l'alimentation de l'enfant*, par M. L. BABONNEIX.

## SOCIÉTÉS SAVANTES

*Académie des sciences. — Société médicale des hôpitaux. —**Société de chirurgie.*

## PRATIQUE MÉDICALE

## LIVRES NOUVEAUX

## NOTES POUR L'INTERNAT

*Formes cliniques de la névralgie sciatique (suite).*

## ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

## INFORMATIONS

**HÔPITAUX DE PARIS. — DEUXIÈME CONCOURS DE NOMINATION DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — Première épreuve clinique. —** Séance du 8 juin. — MM. J. Marie, 20; Wallich et Kaplan, 19,63.*Deuxième épreuve clinique. — Séance du 12 juin. — MM. J. Marie, Mollaret et Soulié, 20; Cattán, 19,90.*

Total des points : MM. J. Marie, Mollaret et Soulié, 40; Cattán, 39,90.

MM. Julien Marie, Mollaret et Soulié sont proposés pour la nomination de médecins des hôpitaux.

**DEUXIÈME CONCOURS DE NOMINATION DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX. — Jury :** MM. Marion, Heitz-Boyer, Brocq, Leveuf, Gouverneur, Monod (Raoul), Flandin.**CONCOURS D'ÉLECTRO-RADIOLOGISTE DES HÔPITAUX (nomination). — Épreuve de radio-diagnostic (la cotation de cette**

épreuve est sur 15). — MM. Devois et Dubost, 15; Busy, 14; Foubert, 13; Stuhl, 15.

**CONCOURS D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGISTE DES HÔPITAUX. — Médecine opératoire. —** Question donnée : « Ligature de la jugulaire interne au-dessous du tronc (côté gauche), »

MM. Lévy et Lemoyne, 18; Lemariey, 19

*Épreuve théorique orale. —* Question donnée : « Chancre syphilitique de l'amygdale. Symptômes, diagnostic et traitement. »

M. Lemariey, 20.

*Épreuve clinique. —* M. Lemariey, 20.

M. Lemariey est proposé.

**HOSPICE NATIONAL DES QUINZE-VINGTS. —** Le directeur de la Clinique ophtalmologique de l'hospice national des Quinze-Vingts, 28, rue de Charenton, Paris (XII°), fait connaître qu'un emploi de chef de laboratoire est vacant à la Clinique ophtalmologique.

Cet emploi est rétribué par une indemnité de 9.000 fr.

La date du concours sera fixée ultérieurement.

Le directeur de la Clinique ophtalmologique et de l'hospice national des Quinze-Vingts prie les candidats de lui adresser leur demande avec l'énumération de leurs titres et références, 28, rue de Charenton, à Paris.

**HÔPITAUX DE PROVINCE. — TOULOUSE. —** M. Paul Mériel a été nommé médecin des hôpitaux de Toulouse.**FACULTÉS DE MÉDECINE. — PARIS. — Concours pour le clinicat. —** Des concours pour les emplois vacants de chefs de clinique s'ouvriront à la Faculté de médecine de Paris, pour les clinicats suivants :*Places mises au concours. —* Lundi 1<sup>er</sup> juillet 1935, à 9 h. : Clinicat des maladies nerveuses : titulaires, sans indem-

Laboratoire Mialhe - 8 Rue Favart - Paris - 2°

La feuille de digitale se prescrit :

**Digi - LANATINE**Extrait total des glycosides  
du Digitalis Lanata

nité, 2; — Clinicat des maladies mentales et de l'encéphale : titulaires, avec indemnité, 2; sans indemnité, 2; — Clinicat des maladies cutanées et syphilitiques : titulaire, sans indemnité, 1.

Lundi 8 juillet, à 8 h. 30 :

Clinicat des maladies des enfants : titulaire, sans indemnité, 1; adjoint, 1; — Clinicat de la première enfance : titulaires, sans indemnité, 2; — Clinicat des maladies infectieuses : titulaire, avec indemnité, 1.

Lundi 8 juillet, à 9 h. :

Clinicat médical : titulaires, sans indemnité, 9; — Clinicat thérapeutique médical : titulaires, avec indemnité, 1; sans indemnité, 2; — Clinicat propédeutique : titulaire, sans indemnité, 1; — Clinicat de la tuberculose : titulaires, avec indemnité, 1; sans indemnité, 3.

Mercredi 10 juillet, à 9 h. :

Clinicat chirurgical : titulaires, avec indemnité, 2; sans indemnité, 7; adjoint, 1; — Clinicat thérapeutique chirurgical : titulaire, sans indemnité, 1.

**Conditions du concours.** — Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de la Faculté, tous les jours, de 14 à 16 h., jusqu'au jeudi 27 juin inclus. Ils auront à produire leur acte de naissance et leur diplôme de docteur.

Sont admis à concourir : tous les docteurs en médecine de nationalité française. Il n'y a pas de limite d'âge.

Les fonctions de chef de clinique sont incompatibles avec celles d'agrégé en exercice, de médecin, chirurgien ou accoucheur des hôpitaux.

Pour tous autres renseignements, s'adresser au secrétariat de la Faculté.

**ACADÉMIE DES SCIENCES MORALES ET POLITIQUES.** — M. le professeur Jean Lépine, doyen de la Faculté de médecine de Lyon, correspondant de l'Institut, vient d'être élu membre titulaire de l'Académie des sciences morales et politiques.

**ACADÉMIE DE MÉDECINE.** — L'Académie vient d'adopter un nouveau règlement relatif au *prix du prince Albert 1<sup>er</sup> de Monaco* (100.000 fr.).

1<sup>o</sup> Six mois avant l'attribution du prix qui devra être proclamée dans la séance annuelle, l'Académie étudiera en comité secret les suggestions et les propositions de ses membres.

Quand la discussion sera close, un vote à bulletins secrets aura lieu sur le choix du sujet.

2<sup>o</sup> Une commission de cinq membres sera nommée pour désigner la candidature et présenter un rapport.

3<sup>o</sup> Le rapport sera lu à l'Académie en comité secret. Ce comité secret devra réunir au moins la moitié plus un des membres titulaires et des membres libres de l'Académie.

4<sup>o</sup> Le vote définitif qui clôturera ce comité aura lieu à bulletins secrets. La candidature devra réunir les deux tiers des membres présents.

5<sup>o</sup> En cas de majorité insuffisante après trois tours de scrutin, le vote sera remis à une séance ultérieure désignée par l'Académie.

6<sup>o</sup> Toutes les dispositions ci-dessus, sauf clauses testamentaires, pourront être modifiées à la volonté de l'Académie, après expérience, étant entendu que les modifications n'entreront en vigueur qu'après l'attribution du prix le plus prochain.

**GUERRE.** — Sont promus :

Au grade de médecin général. — M. le médecin colonel Couturier, directeur du Service de santé de la 5<sup>e</sup> région à Orléans, en remplacement de M. le médecin général Mellies, placé dans la section de réserve.

M. le médecin colonel Epaulard, directeur du Service de santé du 19<sup>e</sup> corps d'armée à Alger, en remplacement de M. le médecin général Spick, placé dans la section de réserve.

M. le médecin colonel Cazanove, des troupes coloniales au ministère des Colonies, en remplacement de M. le médecin général Viala, placé dans la section de réserve.

**ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS.** — Un poste de médecin chef de service est vacant à l'asile public d'aliénés de Saint-Robert (Isère) par suite du décès de M. le docteur Bouyer.

**TROISIÈME CENTENAIRE DE LA FONDATION DU MUSÉUM D'HISTOIRE NATURELLE.** — Le Muséum national d'histoire naturelle va célébrer par des fêtes, qui se dérouleront à Paris du 21 au 29 juin, le troisième centenaire de sa fondation par Guy de la Brosse qui obtint en 1635 un édit d'organisation signé du roi Louis XIII. Les académies, universités et institutions scientifiques du monde entier seront représentées à cette célébration.

Le programme des fêtes du tricentenaire est le suivant :

Vendredi 21 juin, à 21 h. : réception au musée d'ethnographie du Trocadéro.

Samedi 22 juin, à 17 h. : réception à l'Hôtel de Ville.

Lundi 24 juin, à 22 h. : fête de nuit au parc zoologique de Vincennes.

Mardi 25 juin, à 15 h. : séance solennelle au Jardin des Plantes, en présence du président de la République, sous la présidence du ministre de l'Education nationale.

Un banquet, des réceptions et des excursions complètent le programme.

**NÉCROLOGIE.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Cavalié, agrégé d'histologie à la Faculté de médecine de Bordeaux, professeur de Clinique dentaire à l'Ecole dentaire de la Faculté; Philippe Marcombes, ministre de l'Education nationale; C. Fontan (de Revin).

**Croisière de vacances en Orient** (Côte Dalmate, Grèce, Palestine, Egypte), du 12 septembre au 8 octobre 1935. — Cette croisière se fera à bord du paquebot « Reine-Marie », sous la direction intellectuelle de M. André Maurois, conférencier de la croisière.

**Villes visitées :** Venise, Spalato, Le Pirée, Athènes, Rhodes, Chypre, Haïfa, Jérusalem, Port-Saïd, Le Caire, Malte, Corfou, Dubrovnik (Reguse). — Retour par Venise.

**Excursions facultatives :** en Palestine et en Egypte.

Le bateau ne comporte que des premières classes et qu'une salle à manger.

Le prix de la croisière, excursions à terre comprises, sauf celle autour d'Athènes et celles de Palestine et d'Egypte, de l'embarquement au débarquement, est de : 3.935 fr., en cabine à deux personnes; 4.350 fr., par cabine seule.

Quelques cabines plus vastes et munies de salles de bains et de salons particuliers peuvent être choisies, moyennant un prix plus élevé.

Ces prix ne sont valables que pour les cabines qui auront été retenues avant le 1<sup>er</sup> juillet.

Programme complet et renseignements : Association de la Presse Médicale Française, 23, rue du Cherche-Midi, Paris (6<sup>e</sup>). Tél. : Littré 14-61.

Le radium à faible dose et la médecine générale, par le Dr G.-H. NIEWENGLOWSKI, avec une préface du professeur A. DESGREZ. Petit in-8 de 60 pages. — Prix : 10 fr. — Paris, Desforges, Girardot et Cie.

Toux  
Ossénes

**IODEINE MONTAGU**

**QUATAPLASME**

du **D<sup>r</sup> LANGLEBERT**  
PANSEMENT COMPLET  
Phlegmasies, eczémas, brûlures, etc



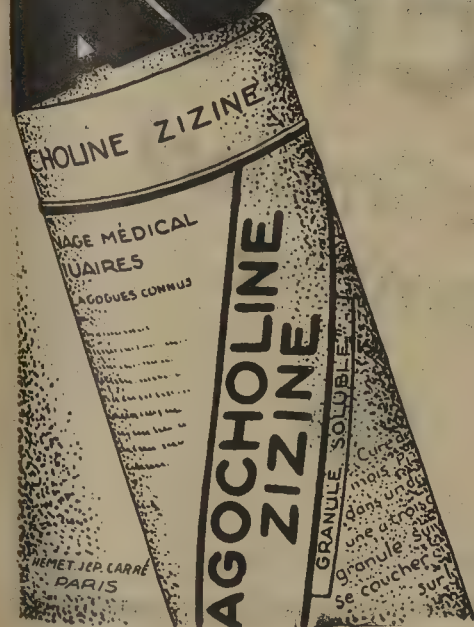
**LABORATOIRES CARTERET**LIQUIDE  
et  
COMPRIMÉS**ANTISEPTIQUE GÉNÉRAL***Sans odeur et non toxique***LUSOFORME***Formol saponiné***DÉSINFECTANT -- DÉSODORISANT**

S'EMPLOIE EN SOLUTION AQUEUSE à 1/4 ou 1/2 p. 100 en GYNÉCOLOGIE, OBSTÉTRIQUE, CHIRURGIE

Échantillon et Littérature : 15, rue d'Argenteuil, PARIS

**AGOCCHOLINE**

(GRANULÉ SOLUBLE)

**CHOLECYSTITES CHRONIQUES  
CONGESTION DU FOIE**

Lithiase biliaire - Ictère et Cholémie

Dyspepsies réflexes - Constipation  
Migraines, Vertiges, Eczéma, Pruritd'origine  
hépato biliaire**Posologie :** 1 à 3 cuillerées à café le matin à jeun, dans  
un demi verre d'eau chaude.**LABORATOIRES DU D<sup>r</sup> ZIZINE**  
24, 26, Rue de Fécamp - Paris (XII<sup>e</sup>)

VACCINATION  
EN PROFONDEUR

BACTÉRIOTHÉRAPIE  
LOCALE  
PAR LE PROPIDON

*Bouillon stock-vaccin du P<sup>r</sup> P. Delbet*

VACCINATION  
EN SURFACE

**PROPIDON**  
**ANSEMENT**

*Stui contenant 1 ampoule de Propidon  
de 5cc., 1 compresse et 1 coton stériles*

**PROPIDEX**

DANS TOUS LES CAS DE :

*Pommade à base de Propidon*

EFFRACTION DU REVÊTEMENT CUTANÉ • MENACE D'EXTENSION DE L'INFECTION  
INFECTION CUTANÉE À PYOGÈNES • CICATRISATION RETARDÉE PAR L'INFECTION

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE

**S P E C I A**

MARQUES POULENC FRÈRES & USINES DU RHÔNE

21, rue Jean Goujon • PARIS 8<sup>e</sup>

**tonique**

**“roche”**

**élixir**

2 cuillerées à café  
2 fois par jour.

phosphore • strychnine  
arsylène • manganèse

**toni-stimulant  
complet**



Produits F. HOFFMANN-LA ROCHE & C<sup>ie</sup> 10, Rue Crillon - PARIS



## LES PÉRITONITES A ENTÉROCOQUES

PAR MM.

P. DECOULX,

et

G. PATOIR,

Chef de clinique  
chirurgicale à Lille.Moniteur de clinique  
chirurgicale à Lille.

L'entérocoque a été considéré bien longtemps comme un germe saprophyte sans valeur pathogène. Mais depuis une vingtaine d'années, des publications d'abord éparses puis plus nombreuses ont peu à peu précisé son rôle pathogène et ses localisations favorites. On a décrit des localisations intestinales ou appendiculaires, urinaires, respiratoires, des endocardites, des hépatites, des méningites, des septicémies. Dans tous ces foyers on a pu déceler l'entérocoque pur ou associé, et il est incontestable qu'il faille lui réserver une place dans la pathologie.

Une de ses manifestations les plus curieuses est la péritonite, mais elle est encore peu connue. Elle n'a fait le sujet d'aucune étude d'ensemble. Les traités signalent son existence possible, la plupart des études sur les péritonites essentielles ne les mentionnent pas. Le seul travail sur la question est actuellement celui de Bertram et Böhne (*Zentralblatt für Chirurgie*, octobre 1931). Leur existence même est mise en doute par Mondor, qui se demande si l'opinion classique n'est pas exacte : « L'entérocoque, en tant qu'agent causal de péritonites, reste douteux » (*Bull. de la Sté de Chirurgie* 1935, p. 660). Seul l'avenir pourra délimiter leur place dans la nosologie.

Ces péritonites méritent cependant notre attention, en raison de leur évolution et du traitement possible à leur opposer. Leur rareté n'est peut-être due qu'aux erreurs de diagnostic, et elles sont certainement plus fréquentes que le caractère épars des publications ne le laisse supposer.

Deux points retiennent de suite l'attention :

— L'extrême gravité de l'affection, puisque tous les cas, sauf deux, se sont terminés par une mort rapide.

— Les difficultés du diagnostic, encore augmentées par la rareté de l'affection.

L'âge et le sexe ont bien moins d'importance que dans la péritonite pneumococcique. Les deux sexes sont également touchés et surtout les sujets jeunes et robustes, sans préférence absolue pour l'enfance.

Le début, sans signes caractéristiques, explique la difficulté du diagnostic à cette période. Le sujet se plaint de douleurs abdominales violentes, à type de coliques, mais diffuses et sans localisation. Signe important, ce début bruyant fait toujours suite à une période plus ou moins nette de troubles digestifs. Un malade de Moulounguet (Obs. II) était hospitalisé depuis 3 mois pour des phénomènes intestinaux avec douleurs et diarrhée. Il est rare que ces prodromes soient aussi prolongés — en général, pendant les 8 à 10 jours précédents le malade présentait de l'anorexie, de la diarrhée, quelques coliques et une sensation de malaise. Puis, peu à peu, les douleurs s'installent et l'on arrive insensiblement à la période d'état.

Parmi les trois signes fonctionnels l'un seulement est caractéristique : la diarrhée. En effet les douleurs sont diffuses et imprécises ; souvent plus marquées à droite, elles peuvent orienter le diagnostic du côté appendiculaire.

Les vomissements, inconstants, n'ont aucun caractère spécial. Au contraire, la diarrhée constitue un symptôme de grande valeur. Les selles sont fréquentes, abondantes, jaunées ocreuses, accompagnées de ténésme. Elles épuisent le malade.

Les signes généraux sont d'emblée alarmants. La température est à 39-40-41°, le pouls petit et rapide. Le faciès d'abord vultueux avec rougeur des pommettes, éclat des yeux, lèvres fuligineuses et langue saburrale, prend bientôt un aspect plus pâle, terreux, grisâtre, cerné, nettement péritonéal. Enfin les téguments deviennent livides, cyanotiques, couverts de sueurs. Il existe un léger état de prostration plus ou moins marqué.

L'examen physique ne présente, lui non plus, aucune particularité saillante. Le ventre est très douloureux, météorisé. On trouve de l'hyperesthésie cutanée et de la défense musculaire, souvent plus marquée à la partie inférieure de l'abdomen, mais il n'existe jamais de contracture franche généralisée avec « ventre de bois » typique. Le toucher rectal et le toucher vaginal qui doivent être pratiqués, montrent tout au plus un empâtement du cul-de-sac de Douglas.

Comment faire un diagnostic exact avec un syndrome aussi vague ?

On pense d'abord à un embarras gastro-intestinal banal, mais l'évolution grave fait vite repousser cette idée. La fièvre typhoïde constitue l'erreur la plus fréquente du début : même tableau grave, même diarrhée ocreuse, même douleur diffuse. L'absence de splénomégalie, de taches rosées, de « tymphos », enfin l'hémoculture négative permettront de l'éliminer.

Deux diagnostics restent possibles : péritonite primitive ou appendicite, et l'on sait la difficulté de ce problème. Pour la péritonite plaident l'absence de localisation de la douleur et de la contracture, la diarrhée, la température très élevée, le tympanisme abdominal. En réalité la prédominance légère des signes du côté droit dirige souvent le diagnostic vers l'appendicite et presque tous les cas ont été opérés avec ce diagnostic.

Si pourtant on a pu s'orienter vers une péritonite primitive, peut-on en préciser la nature ? Tout le tableau clinique rappelle celui de la péritonite à pneumocoques : mêmes douleurs diffuses, même état grave, même diarrhée, même évolution. Cette similitude clinique trouve d'ailleurs sa justification dans les ressemblances morphologiques et culturelles des deux germes. Cependant une grosse différence doit retenir l'attention : c'est l'entérite du début, alors que la péritonite pneumococcique commence brutalement, en pleine santé apparente.

Si l'on se trouve en présence d'une femme, on pourra encore penser à la péritonite généralisée gonococcique. Mais le début en est particulièrement brutal, les signes pariétaux sont très marqués et il existe



toujours des manifestations génitales. Pourtant c'est toujours là un diagnostic bien difficile.

Les examens de laboratoire ne peuvent apporter qu'une aide bien minime. L'hémoculture a été plusieurs fois pratiquée : elle s'est toujours montrée négative, mais ce fait semble dû à l'utilisation de milieux biliés, puisqu'on recherchait alors le bacille typhique. En milieu ordinaire, l'entérocoque pourrait pousser, et Lemoine et Sieur ont rapporté dans un cas semblable une hémoculture positive avec du sang de la cavité cardiaque du cadavre. La formule leucocytaire demandée une fois semble de peu d'intérêt.

La ponction exploratrice, au contraire, pourrait donner une indication décisive. Elle a permis à de Vel et de Göwin de faire, mais trop tard, le diagnostic. Elle prélève en effet directement le liquide péritonéal, où l'on peut isoler et cultiver le microbe. Mais ce procédé aveugle et dangereux paraît peu recommandable. On pourrait aussi ponctionner le cul-de-sac de Douglas.

Les lésions anatomiques trouvées à l'intervention ou à l'autopsie sont toujours les mêmes. La cavité péritonéale est remplie de pus, soit pus franc et bien lié, soit liquide louche et granuleux, mais toujours inodore. Les anses intestinales, congestives et couvertes d'exsudats pseudomembraneux sont plus ou moins agglutinées, mais on ne trouve jamais de cloisonnement vrai. On ne trouve ni perforation intestinale, ni lésion appendiculaire ou génitale. Par contre il existait dans la plupart des cas une infiltration très marquée de l'épiploon et du mésentère, et la dissection montrait dans l'intérieur de celui-ci de gros ganglions, parfois simplement tuméfiés, souvent ramollis, abcédés et contenant du pus franc.

On a pu trouver de petits abcès miliars, dans le foie (Obs. II).

Dans tous les cas, les caractères morphologiques et culturels du microbe ont été mis en évidence dans le liquide péritonéal. Il s'agit bien et uniquement d'entérocoque et ce microbe est indiscutablement la cause de la péritonite et de la mort. Comment expliquer la haute gravité de cette infection par microbe habituellement non pathogène ? On pense naturellement à une exaltation particulière de la virulence de ce germe. Mais Bertram et Böhne n'ont trouvé par des inoculations aucune différence de virulence entre l'entérocoque banal et celui-ci. Le terrain ne peut lui non plus être invoqué, puisqu'il s'agit toujours d'individus jeunes et robustes. La pathogénie reste donc complètement inconnue.

Par contre la voie d'accès paraît plus connue et la voie lymphatique semble être toujours en cause. La propagation directe n'existe pas, puisque jamais l'on n'a trouvé de perforation. La voie sanguine reste douteuse, puisque l'hémoculture fut toujours négative. Au contraire la rougeur de l'intestin, l'infiltration du mésentère, la présence de ganglions tuméfiés ou ramollis témoignent d'une propagation lymphatique. On doit donc admettre que l'infection intestinale est la première lésion : entérite spécifique, qui entraîne une véritable lymphangite mésentérique avec adénite suppurée, puis péritonite.

Le traitement de cette affection est rendu plus difficile par ces incertitudes pathogéniques. L'effroyable mortalité dont elle est entachée, la rapidité de son évolution commandent une thérapeutique immédiate et active. La même question se pose que dans la péritonite à pneumocoques : faut-il intervenir et à quel moment ?

Il semble logiquement que l'intervention immédiate soit nécessaire, pour drainer le péritoine et limiter l'infection. Mais on juge mal des résultats puisque la majorité des cas opérés se sont terminés par la mort. A vrai dire aucun traitement spécifique ne peut être appliqué, puisque le diagnostic ne fut fait que par l'examen bactériologique tardif et que, d'autre part, il n'existe pas à notre connaissance de sérum antientérococcique. D'ailleurs le seul cas non opéré fut également fatal. L'intervention semble donc logique : elle consistera en laparotomie « a minima », sans aucune manœuvre intrapéritonéale, suivie de simple drainage au drain ou à la Mickulicz, dans la zone des lésions maxima. Ajoutons que l'indication opératoire ne se pose pas en pratique, puisque le diagnostic n'est pas fait et qu'on pense à une appendicite, à une perforation ou tout autre péritonite et qu'on opère alors sans hésiter.

Le traitement adjuvant bien que banal ne doit pas être négligé : thérapeutique tonocardiaque et stimulante, thérapeutique anti-infectieuse, sels arsenicaux, charbon intraveineux, acridine, hexaméthylène tétramine, réhydratation par sérum sous-cutané ou intrarectal. Enfin le traitement spécifique, en l'absence de sérum doit se contenter de vaccins dont l'efficacité reste douteuse.

En résumé, la péritonite entérococcique constitue bien une entité clinique définie, caractérisée par un stade d'infection intestinale plus ou moins prolongé, auquel fait suite l'apparition rapide d'un syndrome péritonéal grave avec douleurs diffuses et diarrhée profuse. On pensera alors à une péritonite primitive et l'intervention permettra tout à la fois de compléter le diagnostic par la présence d'entérocoques dans l'épanchement, et de porter un pronostic des plus sombres, puisque les cas de guérison sont rarissimes.

#### Observations

En plus des 8 observations que nous allons rapporter, il faut en signaler trois autres.

1° Celle de Shaw (Virginia Medical, mars 1931), qui concerne une forme associée à une pleurésie à entérocoques, et que nous n'avons pu nous procurer ;

2° Celle signalée par Mondor (Bull. de la Sté de Chirurgie 1935, p. 660) : « J'ai vu une péritonite à entérocoques, rigoureusement identifiés, mais elle était due à un ulcère perforé : il ne saurait être question de l'appeler péritonite à entérocoques » ;

3° Une autre, citée par Mondor (même référence), provenant d'un auteur roumain non mentionné, que nous n'avons pu retrouver : « L'entérocoque, identifié avec beaucoup de soin, avait infecté le liquide d'une cirrhose ascitique ».



OBS. I. — LEMOINE et SIEUR (Sté Médicale des Hôpitaux de Paris, 1904). — Homme robuste, entre au Val de Grâce le 7 novembre 1903 pour douleurs abdominales. Quatre jours auparavant, il s'est plaint d'anorexie et de malaise général. La veille de son entrée, coliques brutales avec diarrhée et vomissements. A l'examen : faciès pâle, grippé, météorisme abdominal très marqué. La palpation éveille des douleurs assez vives dans tout le ventre, mais surtout au niveau de la fosse iliaque droite, où l'on trouve une défense musculaire très nette. La température est à 39°4, le pouls à 120, la langue saburrale. Il n'existe ni angine, ni épistaxis, ni splénomégalie, ni taches rosées, ce qui fait rejeter la typhoïde. D'ailleurs hémoculture et sérodiagnostic sont négatifs. Du 7 au 11 les signes s'amendent, les vomissements cessent, la diarrhée ne dépasse pas 5 à 6 selles par jour, les douleurs et les signes généraux diminuent.

Brusquement le 11, les vomissements réapparaissent, les douleurs et les signes généraux s'aggravent tout à coup. On intervient immédiatement. La laparotomie donne issue à un pus blanc crémeux abondant. Aucune adhérence, pas de matières fécales. Appendice sain. Les anses intestinales sont recouvertes d'exsudats.

Le malade meurt le lendemain. A l'autopsie, on trouve un épiploon infiltré. Les anses qui baignent dans un liquide séro-purulent sont distendues, congestionnées, agglutinées. Les ganglions mésentériques sont gros, ecchymotiques. Le foie et la rate sont augmentés de volume. L'examen bactériologique du sang prélevé dans le cœur montre la présence d'entérocoques.

OBS. II. — MOULONGUET (*Bull. de la Société anatomique*, 1914, p. 503). — Il s'agit d'un sujet de 35 ans, qui entre le 25 mai pour douleurs abdominales et diarrhée. Son état s'améliore en quelques jours par un traitement intestinal banal et il rentre chez lui. Il revient à nouveau le 10 août parce qu'il présente des crises douloureuses abdominales. Son état général est très mauvais. Il présente un aspect cachectique. L'abdomen est distendu, résistant, sonore. On note par le toucher rectal une tuméfaction du cul-de-sac de Douglas. La palpation donne peu de renseignements. Il n'existe aucun signe de tuberculose, la température est à 37°. On pose le diagnostic de complications péritonéales d'un abcès appendiculaire et on intervient.

Incision iliaque droite par laquelle sort un liquide louche, les anses sont agglutinées par des fausses membranes. L'appendice est rétro-coecal, sain.

Le malade meurt deux jours après.

L'examen du liquide montre la présence d'entérocoques. A l'autopsie aucune lésion du tube digestif. Les ganglions mésentériques sont volumineux, également répartis dans tout le mésentère, quelques-uns sont suppurés. On trouve de petits abcès hépatiques.

OBS. III. — DE VEL ET DE GOWIN (*Journal of Amer. Med. assoc.*, 18 février 1928, p. 518). — Il s'agit d'un enfant de 6 ans envoyé à l'hôpital le 13 décembre 1926 pour albuminurie. Il aurait présenté antérieurement, pendant deux ou trois jours, des vomissements et du gonflement de la face, de l'abdomen et des pieds. A l'examen, l'œdème de la face persiste seul, la température est à 37°5, le pouls à 90, les urines contiennent de l'albumine, la formule sanguine montre 70.000 leucocytes dont 70 % de polynucléaires, 4.400.000 hématies.

Le ventre augmente de volume et devient douloureux, la température monte à 40°5. Une paracentèse effectuée à ce moment ramène un liquide trouble, jaunâtre, contenant des polynucléaires et de nombreux diplocoques à Gram + qui se révèlent être des entérocoques. Mort cinq jours plus tard sans intervention.

A l'autopsie, liquide trouble dans l'abdomen. Les anses intestinales sont congestionnées, recouvertes d'exsudats, sans lésions intestinales, ni appendiculaires.

OBS. IV. — BERTRAM et BÖHNE (*Zentralbl. f. Chir.*, 21 oct. 1931). — Une femme de 64 ans est envoyée à l'hôpital avec le diagnostic de péritonite purulente. Elle présente des signes classiques de péritonite généralisée.

On intervient d'urgence, le ventre contient du pus jaune crémeux inodore. On ne trouve aucune lésion du tube digestif, mais la trompe droite est augmentée de volume et contient le même pus crémeux. On referme. La malade meurt rapidement. A l'autopsie, aucune lésion génitale, mais on constate des lésions d'entérite ulcéreuse au niveau du jejunum. L'examen bactériologique révèle la présence d'entérocoques dans le liquide péritonéal.

OBS. V. — BERTRAM et BÖHNE (Même référence). — Une fillette de 7 ans est reçue à l'hôpital avec le diagnostic de péritonite appendiculaire. Elle a présenté depuis une dizaine de jours de l'anorexie et de la diarrhée. L'intervention pratiquée d'urgence ne permet pas de découvrir la cause de cette péritonite. L'appendice enlevé est sain. Elle meurt en quelques jours. L'autopsie montre le même aspect que dans l'observation précédente. On a trouvé des lésions très marquées d'entérite catarrhale. L'examen du pus a montré qu'il s'agissait d'entérocoques.

OBS. VI. — LOUBAT et DESQUEYROUX (in thèse Hodoyer, thèse Bordeaux, décembre 1934, et Loubat, *Bordeaux chirurgical*, avril 1935). — Une fillette de 7 ans après léger état infectieux de deux jours se réveille brusquement avec une douleur violente dans le ventre, particulièrement à droite. Pas de selles. Vomissements verdâtres. Température à 39°, pouls à 140. Etat général très touché. A l'examen, sensibilité diffuse de tout l'abdomen avec défense plus marquée à droite. Sonorité normale. Rien au toucher rectal. On porte le diagnostic de péritonite appendiculaire, mais la diffusion primitive fait envisager la possibilité d'une péritonite primitive. Intervention. Incision de Roux sous anesthésie générale. Appendice sain qu'on enlève. Anses grêles agglutinées, hémorragiques. On ne voit pas d'autres lésions. Drainage dans le bassin. Pus à entérocoques.

Les suites opératoires sont bonnes, mais la température reste élevée. Hémoculture négative. Le drain fonctionne bien. Foyer de congestion persistant de la base gauche. Traitement : pyoformine, vaccination mixte pneumo et entérococcique. La cicatrisation complète demande cinquante jours. La malade est revue un an plus tard en bon état sans éventration.

OBS. VII. — BRECHOT (*Société de Chirurgie*, 8 mai 1935, *Bull.* 1935, page 658). — L'auteur apporte l'observation d'une fillette de 9 ans qui fut prise, 15 jours après un épisode grippal, brusquement au sortir d'un déjeuner copieux, de vomissements et de douleurs abdominales.

La température monte à 40°. Elle présente à l'examen un ventre plat, douloureux et contracturé en totalité. Le toucher rectal montre une vive sensibilité du Douglas. Pas de diarrhée.

Pas de signes urinaires. Pas de signes pulmonaires. Le faciès est normal, la langue humide.

Le diagnostic reste en suspens entre appendicite et péritonite à pneumocoques, et on décide de surseoir à l'intervention.

Le lendemain, la température est toujours à 40° et le ventre en bois, aucun symptôme nouveau. On pratique sous anesthésie locale une incision dans la fosse iliaque droite. Le cœcum et l'appendice sont congestifs, mais sans lésions manifestes. On prélève un peu de la sérosité purulente qui se trouve dans la cavité péritonéale. Drainage.

Quatre jours après, la température est à 38°. L'état de la malade s'oriente vers la guérison.

L'examen de la sérosité répondit : entérocoques.



OBS. VIII. — Personnelle. — D..., Angèle, âgée de 16 ans, entre le 8 janvier 1935, dans le service de notre Maître, M. le Professeur Le Fort, pour de violentes douleurs abdominales.

Quatre jours avant son entrée, elle a présenté des douleurs abdominales diffuses, sa température s'est élevée brusquement à 39° avec sensation de malaise général. Il est apparu à ce moment une petite métrorragie, 8 jours avant la date de ses règles. Puis peu à peu les douleurs deviennent plus vives, toujours généralisées, mais plus marquées dans la fosse iliaque droite. Jamais il n'y a eu le moindre vomissement. Par contre, il existe depuis 24 heures une diarrhée liquide, fétide, jaune ocreuse, avec émission de 4 à 5 selles par jour. La température est à 40°5. Le diagnostic d'entrée est appendicite.

A l'examen, on se trouve en présence d'une jeune fille bien constituée dont les antécédents sont négatifs. Elle était alors en traitement pour pied plat valgus, et récemment plâtrée. Lorsque nous la voyons pour la première fois, on est d'abord frappé par l'importance des signes généraux, le faciès est profondément infecté, le visage vultueux, les yeux cernés, la langue sèche et rôtie sur ses bords. La température est à 40°6, le pouls à 120.

L'abdomen est météorisé, douloureux dans toute son étendue, mais, il n'y a aucune contracture. Le toucher vaginal montre une légère douleur du cul-de-sac droit, sans aucune tuméfaction anormale de l'utérus ou de ses annexes.

En présence de ce syndrome : douleurs abdominales, fièvre élevée, diarrhée ocreuse et mauvais état général, on pense à une typhoïde bien qu'il n'existe ni taches rosées, ni splénomégalie, ni angine. On pratique immédiatement une hémoculture (qui restera stérile). On décide d'attendre quelques heures, en administrant simplement du sérum sous-cutané et des tonicardiaques.

Le lendemain matin, le tableau est profondément modifié. Les douleurs et la diarrhée ont augmenté d'intensité. La température atteint 41°, le pouls à 140 est petit et filant. La palpation de l'abdomen est extrêmement pénible, avec hyperesthésie cutanée, surtout marquée à droite. On trouve une contracture pariétale franche de toute la moitié droite de l'abdomen, tandis que la moitié gauche est encore souple. Aucun changement du côté pelvien.

On pense alors à une appendicite, malgré la très haute température et la diarrhée, et on se décide alors à l'intervention immédiate.

Sous anesthésie générale au Schleich, incision de Jala-guier. A l'ouverture du ventre, il s'échappe un flot de pus jaunâtre mal lié qui remplit l'abdomen sans aucun cloisonnement. L'appendice est congestif sans aucune lésion apparente. On l'enlève rapidement et on referme cette incision. Laparotomie médiane sous-ombilicale. Ecoulement d'une grande quantité de liquide, louche et jaunâtre sans odeur. Aucune adhérence, aucun cloisonnement : les anses intestinales sont très congestives, couvertes d'exsudats. On ne découvre rien sur tout l'intestin, aucune perforation, aucune trace d'ulcération. Du côté du petit bassin, l'utérus est de volume normal, les trompes et les ovaires, infantiles sont rouges, turgescents, violacés, très cedématiés.

On en vient alors à deux diagnostics possibles : soit péritonite généralisée gonococcique d'origine génitale, soit péritonite à pneumocoques. On applique un grand Mickulicz et on ferme en un plan aux fils de bronze.

Les suites opératoires sont rapides. Pendant 24 heures, très légère amélioration apparente, bien que la température se maintienne entre 40° et 41°. Les douleurs ont presque complètement disparu. Mais très vite l'état général s'altère, le pouls devient filant, la langue rôtie, le faciès cerné, une dyspnée intense s'installe, et la malade meurt le 3<sup>e</sup> jour après l'intervention.

Entre temps, on reçoit le résultat de l'examen bactériologique du liquide effectué à l'Institut Pasteur. Présence à l'état pur d'un diplocoque à Gram positif présentant tous les caractères morphologiques et culturels de l'entérocoque.

L'autopsie montre un épanchement abdominal purulent généralisé. Les anses intestinales sont distendues, congestionnées. Il n'existe aucune lésion du côlon, du grêle ou de l'estomac. Pas de plaques de Peyer. Dans le mésentère se trouvent de nombreux ganglions de volume varié, ecchymotiques, et certains sont en voie de suppuration. Aucune lésion interne. Les trompes sont rouges et congestives ; on les prélève pour examen anatomo-pathologique. L'examen histologique décèle des lésions séreuses et sous-séreuses sans aucune atteinte muqueuse. Petit foyer congestif banal du lobe inférieur du poumon droit.

## NOTES DE MÉDECINE PRATIQUE

### LES PROTIDES DANS L'ALIMENTATION DE L'ENFANT

Par M. L. BABONNEIX,

Médecin de l'hôpital Saint-Louis.

Etudions successivement :

1. Leur utilisation. — Elle est triple.

1° *Rôle plastique.* — C'est le principal. L'organisme combine les divers amino-acides résultant de la digestion des albuminoïdes, de façon à obtenir des polypeptides de plus en plus complexes, lesquels, en se combinant entre eux, donnent les protides dont il a besoin. Synthèse qui se passe (Lambling) dans l'intimité des tissus, qui ne s'effectue sans doute pas sans gaspillage (Schaeffer), et qu'ont pu partiellement réaliser les travaux d'Ed. Fischer : « Parmi les modes de liaison possibles, on a choisi le plus vraisemblable : liaison du CO<sup>2</sup>H d'un acide aminé avec le N H<sup>2</sup> de l'autre. On a obtenu divers polypeptides, qu'on a pu rapprocher de certains polypeptides naturels » (G. Bohn). Des tissus, celui qui bénéficie le plus de ces synthèses est le tissu musculaire.

2° *Rôle calorique.* — Par leur combustion dans l'organisme, ils dégagent de la chaleur.

3° *Rôle dynamique.* — Lorsque la ration est bien équilibrée, il est négligeable, l'individu au repos ou en plein travail musculaire utilisant à peine 4 % des protéines comme source d'énergie (Rubner et Heubner).

2. Leur minimum quantitatif et qualitatif. — *Minimum quantitatif.* — Chez l'enfant, contrairement à ce qui se passe chez l'adulte, l'équilibre azoté fait défaut, des quantités souvent considérables : 2,5/5 et 3,5/5 (J. Renault et Mad. de Tannenberg) chez l'enfant, 4/5 chez le veau âgé de quelques semaines (Fingerling), étant retenues par l'organisme, moins pour des fins énergétiques (4 %, Rubner, Heubner), que pour les besoins de la croissance. Oppenheim n'a-t-il pas constaté que la croissance en poids du nourrisson normal est proportionnelle aux quantités de lait qu'il absorbe ?

Evitons donc de nous trop rapprocher, dans l'alimentation des jeunes sujets, des minima admis pour l'adulte, et rappelons, avec M. J. Renault et Mad. C. de Tannenberg, dont nous partageons entièrement l'opinion, que, chez l'enfant, une alimentation riche en protéines n'offre que des avantages.

Ce serait, d'ailleurs, une grave erreur que de tomber dans l'excès inverse, la croissance se ralentissant si le régime ne contient pas assez de protéines ou si, les besoins



énergétiques n'étant pas couverts par les glucides, l'organisme est obligé de recourir aux matières albuminoïdes. Acceptons, à ce sujet, une moyenne, représentée soit par les chiffres de 2 gr. de protides pour 5 ou 7 gr. (selon l'âge) d'aliments ternaires, proposés par M. J. Renault et Mad. de Tannenbergh, soit par ceux d'1 gr. par kilogr. et par jour (Rubner et Heubner) ; soit par ceux de Lambling : de 2 gr. par kilogr. et par jour, de 2 gr. 50 par kilogr. chez le nourrisson, de 2 gr. 70 chez l'enfant de 14 à 15 ans. Ces données n'ont de valeur qu'autant qu'on tient compte de la quantité et de la qualité des amino-acides qu'ils contiennent. (V. *Gaz. des hôp.*, 1934, N° 100, p. 1798.)

Les protides doivent, eux aussi, d'autant plus soigneusement être équilibrés entre eux qu'ils ne sont pas interchangeables.

**Besoin qualitatif.** — Protides animaux ou protides végétaux : auxquels donner la préférence ?

Aux premiers, pour les raisons suivantes :

- 1° Ils contiennent plus d'acides aminés indispensables que les seconds ;
- 2° Ils se digèrent et s'assimilent beaucoup mieux ;
- 3° Ils laissent moins de déchets.

Toutes ces raisons d'ordre scientifique justifient la pratique courante qui fait entrer dans l'alimentation des tout jeunes le lait, dans l'alimentation des enfants plus grands, les œufs, le poisson et la viande.

La valeur alimentaire des protides végétaux a été bien étudiée dans le cours de ces dernières années (1).

Pour assurer la croissance, il faut donner beaucoup plus de céréales que de lait (Mac Collum), fait qu'explique leur pauvreté en amino-acides. Mêmes résultats, encore qu'ils aient été contestés, avec les pommes de terre, les carottes et les navets (Mac Collum, Simmonds et Parsons), les légumineuses (soja excepté). Si l'on veut obtenir, avec ces divers légumes, de bons résultats, il faut : 1° les associer entre eux, pour parer aux déficiences de chacun en tel ou tel amino-acide ; 2° les faire absorber dans du lait, dont les protéines conviennent parfaitement à l'organisme humain. Sinon, ils sont mal tolérés et ne favorisent en rien la croissance ni l'entretien.

Il n'en va pas de même de quatre autres protéines d'origine végétale : l'extrait de malt, le soja, l'aleurone du tournesol, la levure de bière.

Les extraits de malt (Liebig, Keller, E. Terrien) contiennent des amino-acides, probablement très actifs, des vitamines et des minéraux.

La graine entière de soja est riche en protéines (35 %) qui contiennent tous les amino-acides indispensables à l'entretien et à la croissance, mais certains de ces derniers, dont la lysine, en faible abondance : pour que celle-ci soit assurée, il faut ajouter à la ration, soit un peu de lait, soit des extraits de levure de bière (Ribadeau-Dumas).

Les grains d'aleurone du tournesol sont formés en grande partie (30 à 40 %) de protéines (Hartig, 1885) et de composés organiques du phosphore, dont la phytine (Pfeiffer).

Les protéines contiendraient, d'après M. Penau, 3 % de cystine, 4,6 % d'histidine, 4,9 % de lysine, et 16,8 % d'arginine et beaucoup de tyrosine (Bridel). Pour le tryptophane, on n'est pas encore fixé.

À ces résultats fondés sur la chimie, s'opposent les résultats biologiques : la farine d'aleurone de tournesol, administrée seule, suffit à assurer l'entretien, mais ne suffit pas à assurer une croissance normale : il faut qu'on y associe un peu de lactalbumine et de levure de bière (Willemink-Clog).

La levure de bière permet la croissance rapide de rats blancs soumis à un régime ne comportant qu'une quantité insuffisante de protéines (Osborne et Mendel), comme d'enfants alimentés avec divers glucides. Ce fait est attribué à sa richesse en amino-acides, minéraux et vitamines.

**3. Leurs avantages.** — Aliments à action rapide, utilisés par l'organisme avant tous les autres, d'absorption et d'assimilation faciles, ils apportent à l'économie les amino-acides, dont elle serait incapable de faire la synthèse. Ils sont, de plus, utiles par leur pouvoir calorique et énergétique, indispensables par leurs qualités plastiques (J. Renault et Mad. de Tannenbergh). Aucun aliment ne peut les remplacer.

**4. Leurs inconvénients.** — D'après les mêmes auteurs, ils sont au nombre de trois :

a) De par leur désassimilation, ils mettent en liberté une certaine quantité d'acides. Normalement, cette acidose est neutralisée, d'un côté, par l'ammoniaque dérivée des protides, de l'autre, par les carbonates alcalins qu'apportent les végétaux.

b) Certains d'entre eux donnent des bases puriques provenant, pour une part, des purines contenues dans le tissu musculaire, et, pour l'autre, des nucléo-protéines, dont sont particulièrement riches divers viscères : thymus (ris de veau), rein, foie, cervelle, et qu'on trouve aussi en abondance, dans la viande, dans la volaille, dans le poisson et dans quelques légumes : lentilles, petits pois. Normalement, ces purines se transforment en acide urique. Sont-elles administrées en quantités excessives, il pourrait en résulter un certain degré d'uricémie.

c) Ils mettent en liberté, dans l'intestin, des produits de putréfaction très toxiques neutralisés, dans les conditions habituelles, par la fermentation acide des glucides.

On le voit, les avantages des protides l'emportent de beaucoup sur leurs inconvénients qui, à l'état normal, se réduisent à peu de choses.

## SOCIÉTÉS SAVANTES

### ACADEMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 3 JUIN 1935)

**Utilisation d'un segment de la moelle comme greffon hétéro-plastique de nerfs périphériques.** — MM. Antonin GOSSET et Ivan BERTRAND. — Dans le traitement, chez l'homme, des sections nerveuses périphériques par hétérogreffe, on peut employer le nerf de veau fixé à l'alcool (méthode de Nageotte) ou le nerf frais prélevé sur le chien (méthode de A. Gosset), cette dernière méthode étant aujourd'hui la plus utilisée.

Il est admis que le développement excessif du tissu conjonctif est un des principaux obstacles à la perméabilité de la greffe.

Les auteurs ont pensé que du parenchyme nerveux central, tel qu'un segment de moelle, parenchyme ne renfermant dans tous les cas qu'une très faible proportion de tissu collagène réduit aux méninges et aux vaisseaux, pouvait être utilisé comme greffon hétéroplastique avec quelque chance de réussite.

La tentative des auteurs, exécutée sur le chien avec un certain nombre de précautions indispensables, a obtenu un succès qui les encourage à tenter l'application chez l'homme de cette nouvelle sorte de greffon.

(1) V. R. DUBOIS et R. MATHIEU. In *Encyclopédie médico-chirurgicale*, partie *Pédiatrie*, Paris 1934.



**Les variations spontanées de la courbe glycémique du diabétique.** — MM. FRANCIS RATHERY, LOUIS ROY et MICHEL CONTE.

# SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 10 MAI 1935)

**Bronchectasie cylindrique récente des bases traitée avec succès clinique et radiologique par l'alcoolisation successive des deux nerfs phréniques.** — MM. CHIRAY et MALINSKY signalent l'effet rapide et heureux de ces interventions sur l'expectoration et les signes généraux du malade, qui est cliniquement guéri. Cette observation confirme l'opinion de ceux qui voient dans la paralysie du diaphragme l'intervention de choix dans certaines bronchectasies, la meilleure indication étant la forme cylindrique et récente. L'alcoolisation du nerf phrénique est préférable à son exérèse.

Cette communication donna lieu à une discussion à laquelle prirent part MM. RIST, SERGENT, LEREBoullet, KOURILSKY.

**Sténoses inflammatoires du pylore.** — MM. GUTMANN et JORIEL. Etude de la sténose inflammatoire au cours des ulcères. Il s'agit de poussées subites dues au gonflement de la paroi par inflammation œdémateuse.

Les auteurs rapprochent ces faits des « sténoses » passagères bénignes des bouches de gastro-hétérostomies. Il faut remarquer que les phénomènes inflammatoires s'opposent aux sténoses organiques scléreuses classiques.

**Embolie gazeuse au cours d'une ponction exploratrice. Hémiplegie droite avec aphonie, amaurose transitoire. Guérison.** — MM. SERGENT, DESPLAS, KOURILSKY, GAUVIN, THUBAUT. Au cours d'une ponction exploratrice faite avant l'ouverture d'un abcès du poumon, apparition d'une embolie gazeuse se traduisant par une hémiparésie droite transitoire avec aphonie de Wernicke, amaurose avec intégrité du fond de l'œil et absence de spasme des artères rétiniennes. L'embolie gazeuse apparut constituée par un fragment de spume formé par l'aspiration sanguine à l'orifice de la veine pulmonaire perforée; la bilatéralité des accidents implique la production de spasmes vasculaires diffus dans le domaine de la sylvienne gauche et de la cérébrale postérieure droite.

**Septicémie mixte à streptocoque et à bacille d'Eberth.** — MM. FLANDIN, GALEOT, BOUSSERT, ANDRÉ, à propos de ce cas, rappellent la rareté des septicémies doubles. Il s'est agi d'une septicémie à bacille d'Eberth et à streptocoque, ayant réalisé un état anémique aigu avec grosse rate et température élevée. Evolution vers la guérison. Les deux microbes furent retrouvés dans trois hémocultures successives. La guérison est due à la thérapeutique : transfusions et vaccinations par lysats-vaccins antistreptococcique et antityphique.

**Epreuve de la sécrétion pancréatique externe provoquée par l'injection intra-veineuse de sécrétine purifiée. Deux cas de lithiase pancréatique.** — MM. CHIRAY et BOLGERT montrent l'intérêt de l'épreuve à la sécrétine purifiée pour l'exploration de la sécrétion pancréatique externe. Cette épreuve, grâce à sa précision, peut fournir des renseignements intéressants sur les altérations anatomiques et fonctionnelles du pancréas.

**Ictère hémolytique consécutif à une septicémie double à bacille d'Eberth et à streptocoque.** — MM. FLANDIN, BERNARD et MALLARMÉ. Observation d'un ictère hémolytique avec splénomégalie chronique et subictère, anémie légère, rétinocytose et fragilité globulaire. Il faut remarquer que la baisse de la résistance globulaire est un signe inconstant

du syndrome de l'ictère hémolytique. A retenir également la difficulté qu'il y a à trancher entre l'ictère hémolytique acquis et l'ictère hémolytique congénital.

**Injection intra-cardiaque d'ouabaïne considérée comme traitement de la syncope mortelle.** — M. PARAF. Observation d'un homme de 60 ans, amené à l'hôpital en état de mort apparente par syncope, ranimé par une injection intra-cardiaque d'ouabaïne de 1/4 de milligramme et qui survécut pendant plusieurs semaines.

**Myélome multiple simulant des métastases néoplasiques des os.** — MM. René-S. MACH et Evelyn MACH (Genève). Un cas de myélome multiple à plasmocytes, contrôlé à l'autopsie, ayant simulé une carcinose généralisée du squelette. Difficulté du diagnostic différentiel à raison de la ressemblance existant entre les images radiologiques des deux affections. Les auteurs signalent l'image sanguine présentée par leur malade. Anémie du type hyperchrome et réaction normoblastique.

**Trois cas de dissociation albumino-cytologique dans le liquide céphalo-rachidien au cours de la poliomyélite antérieure aiguë.** — MM. CHEVREL, CHEVREL-BODIN et BARRÉ (Rennes). Trois cas observés sur une cinquantaine de malades étudiés. La dissociation albumino-cytologique s'accompagne de l'augmentation de la teneur en globuline. Dans un cas on note la positivité de la réaction au benjoin colloïdal.

# SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 1<sup>er</sup> MAI 1935)

**Thromboses artérielles et résorption sanguine.** — M. PROUST estime que la résorption sanguine dans la grossesse extra-utérine se fait par voie transpéritonéale, puis sous-péritonéale le long de la gaine des vaisseaux, et surtout des veines.

**Appareillage des fractures compliquées du cotyle.** — M. CUILLERMÓ (Armée) a modifié l'appareil de Leveuf pour fractures transcotylodiennes et intra-pelviennes. M. BOPPE présente cet appareil, dont il a obtenu un bon résultat.

**Obstruction trachéo-bronchique après pneumectomie.** — MM. Robert MONOD et KOURILSKY, après une pneumectomie pour abcès du poumon, ont observé une obstruction trachéo-bronchique post-opératoire, et une septicémie à streptocoques. Une broncho-aspiration pratiquée d'urgence pour asphyxie, après le premier temps opératoire, permit de sauver le malade. La pneumectomie put être pratiquée. Mais elle fut suivie de septicémie à streptocoques hémolytiques, avec anémie intense. Après une série d'immuno-transfusions, le malade guérit.

M. MONOD constate la difficulté d'apprécier l'efficacité d'un traitement dans les septicémies.

M. BAZY considère que les immuno-transfusions, déterminant des abcès par leur répétition, agissent par une réaction focale suivant un procédé analogue au phénomène de Koch qui se produit après injection de tuberculine sur les tuberculeux.

M. MATHIEU a observé deux fois la suppuration d'un abcès de fixation lors de guérison spontanée d'une septicémie.

M. SORREL recommande la prudence dans le traitement des septicémies.

M. LEVEUF considère que, fréquemment, les abcès apparaissent lors de la guérison d'une septicémie.

**Fractures de la colonne vertébrale.** — M. ZÉNO (Rosario) présente sur un film sa méthode de réduction et de main-



tien en plâtre, pour les fractures vertébrales lombaires et cervicales. Les exercices physiques immédiatement entrepris permettent un bon résultat fonctionnel.

**Traitement des brûlures.** — M. ZÉNO (Rosario) traite les brûlures par appareils plâtrés et obtient de bons résultats, en supprimant les souffrances.

**Infarctus de l'intestin.** — M. GRÉGOIRE estime que certains cas d'infarctus intestinal, de cause ignorée, relèveraient de phénomènes anaphylactiques. Chez le chien, sous anesthésie locale, avec M. BINET, par injections répétées de sérum de cheval dans la paroi musculaire d'une anse intestinale, il a obtenu une crise d'anaphylaxie locale avec infarctus d'une zone plus ou moins longue de l'intestin.

Peut-être l'infarctus par shock peut-il être soupçonné cliniquement lors d'un début avec état de collapsus ? Opératoirement, lorsque les veines sont dilatées, le mésentère peu épais, on peut penser à l'infarctus par shock. Le traitement dépend de l'état de la paroi : réintégration, extériorisation ou résection suivant la gravité locale des lésions.

M. AMELINE, par injection massive d'histamine, a obtenu chez le chien une diarrhée sanglante, et a constaté opératoirement une invagination.

*Présentation de radiographies et photographies :*

M. René BLOCH. A une oblitération identique des deux

artères poplitées correspond d'un côté une gangrène ayant nécessité l'amputation de cuisse, l'autre côté restant sain.

(SÉANCE DU 8 MAI 1935)

**Péritonites à entérocoque.** — M. BRÉCHOT a observé quelques cas de péritonites primitives à entérocoque. Elles se présentent cliniquement comme des péritonites à pneumocoque et l'impossibilité où l'on est de poser un diagnostic précis lui fait proposer de toujours faire, sous anesthésie locale, une boutonnière exploratrice dans la région appendiculaire.

M. MONDOR considère comme tout à fait exceptionnelles les péritonites entérocoquiques primitives.

M. LEVEUF intervient systématiquement dans les péritonites à pneumocoque.

M. SORREL insiste sur leur bénignité habituelle.

M. MATHIEU leur oppose les péritonites compliquant une pneumococcémie.

**Anesthésie à l'évipan sodique.** — Pour M. DESPLAS, les anesthésiques barbituriques ne sont pas de tout repos ; il conseille la prudence, et pour sa part préfère, parmi eux, le sonéryl.

**ESTOMAC** | **INTESTIN**

**DYSPEPSIE** | **ENTÉRITE**

**GASTRALGIE** | **CHEZ L'ENFANT**  
**CHEZ L'ADULTE**

---

**VALS-SAINT-JEAN**

---

**EAU de RÉGIME, FAIBLEMENT MINÉRALISÉE et GAZEUSE**

Envoi gratuit d'Echantillons et de Notices à MM. les Docteurs sur demande adressée  
DIRECTION-VALS-GÉNÉRALE : 53, Boul' Haussmann, Paris (9) - Téléph. 227-76.

**ANEMIE PALUDEENNE.** — Source Dominique.  
**VALS-LES-BAINS.** — Saison du 1<sup>er</sup> juin au 1<sup>er</sup> octobre.

**CURE DE**

**DIURÈSE**

**EVIAN**  
**SOURCE**  
**CACHAT**

**VOIES URINAIRES. FOIE**

**GOUTTE GRAVELLE**  
**ARTÉRIO-SCLÉROSE**


### BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Barème pour l'évaluation sommaire de l'incapacité partielle et permanente résultant des accidents du travail, par docteur Lucien MAYET, 5<sup>e</sup> édition, révisée et complétée en collaboration avec le docteur Etienne REY. Un vol. de 292 pages, 15,3 x 9,8 cm., avec de nombreuses figures. Prix : 20 francs ; franco recommandé, 21 fr. 20. — Paris, A. Poinat, 21, rue Cassette, Paris (6<sup>e</sup>).

**Tout Déprimé**  
» **Surmené**

**Tout Cérébral**  
» **Intellectuel**

**Tout Convalescent**  
» **Neurasthénique**



est justiciable de la :

**6, Rue Abel PARIS (12<sup>e</sup>)**

**NEVROSTHENINE FREYSSINGE**

Gouttes de glycérophosphates alcalins (0,40 par XX gouttes).  
XV à XX gouttes à chaque repas. - **Ni sucre, ni alcool.**

**CHARBON DE PEUPLIER** sous forme de **GRAINS ANISÉS** de **CHARBON TISSOT**  
*Humectent, divisent, aseptisent, expulsent.*  
**DIVISION du BOL ALIMENTAIRE** et conséquences : **MAUVAISES DIGESTIONS, MIGRAINES, LOURDEURS de TÊTE**  
**CONSTIPATION** HÉMORROIDES, etc. — Une cuillerée à café avalée comme des grains de lin, après chaque repas.  
*Toutes Pharmacies. — Echantillons : PARIS 34, BOULEVARD DE GLICHY (Service 2)*



**Traitement de la sacro-coxalgie.** — M. LE FORT (Lille) estime que le greffon agit plus par le forage et l'apport calcaïque que par l'ostéosynthèse qu'il réalise.

**Traitement des adénites chroniques.** — MM. MOURE, BOUDE et ROUAULT ont obtenu, sinon dans les adénites cancéreuses, du moins dans les tuberculeuses, des résultats remarquables, par l'injection dans le système lymphatique d'une solution étherée anesthésique de chlorophylle formolée. L'auteur a guéri toutes les adénopathies tuberculeuses, même fistulisées, qu'il a traitées, et son expérience porte sur 45 cas observés pendant plus de cinq mois.

Parallèlement, il insiste sur l'amélioration de l'état général.

L'association aux rayons ultra-violets et aux injections de chlorophylle intraveineuses est à l'étude.

M. CUNÉO se demande ce qui agit, de l'éther, du formol ou de la chlorophylle.

Pour M. BAZY, la chlorophylle doit agir par tuberculisation après lyse cellulaire.

M. SORREL souligne que les tuberculeux guéris ne sont pas à l'abri de la tuberculose.

## PRATIQUE MÉDICALE

### TRAITEMENT

#### DE L'ASTHÉNIE CANCÉREUSE PAR LA CHLOROPHYLLE (1)

Par M. Robert DUPONT.

La chlorophylle isolée préalablement de ses complexes chimiques est douée de propriétés thérapeutiques très actives : son pouvoir vaso-dilatateur est grand, elle active le fonctionnement cardiaque, intestinal et rénal. Ses propriétés toniques et hémopoïétiques sont bien connues.

L'auteur l'a utilisée dans l'asthénie cancéreuse, souvent due à un état d'anémie intense, et a obtenu d'heureux résultats en employant le produit à doses suffisantes. Il a noté une disparition rapide des douleurs, et de plus, fait intéressant, la possibilité, en associant le traitement chlorophyllien aux radiations, d'utiliser d'emblée ces dernières à hautes doses.

De plus, il semble bien d'après les premières constatations, que la chlorophylle ne doit pas être sans action sur la tumeur elle-même.

L'auteur termine en insistant sur la parfaite innocuité du traitement chlorophyllien.

Cette étude confirme les travaux antérieurs de Plagniol sur le pouvoir photosensibilisateur du pigment chlorophyllien et son action dans la toxémie asthénisante du cancer, et ceux de David-Galatz sur le traitement du cancer par la chlorophylle.

Les traitements de la douleur, par M. LOEPER, H. BUSQUET, J. HAGUENAU, J. PARAF, A. LEMAIRE, J. FORESTIER, E. FORGUE, D. DANIELOPOULO, H. DAUSSET, A. PIATOT, F. WETTERWALD, E. et H. BIANCANI, L. BRACE-GILLOT, G. CAUVY, R.-R. JOLY, L. BORY, L.-M. PIERRA, L. FRIGAUX, G. DE PARREL et H. HOLLANDE. Grand in-8° de 215 pages. — Prix : 25 fr. — L'Expansion scientifique française, 23, rue du Cherche-Midi, à Paris (6°).

Des sociétés en pharmacie, par Yves-Bertin LEDOUX. In-8 de 182 pages. — Imprimerie Albert Plouvier et fils, Carvin (Pas-de-Calais).

(1) *Bull. méd.*, 16 fév. 1935, n° 7, p. 117.

## LIVRES NOUVEAUX

**Précis de pathologie externe** (1), 9<sup>e</sup> édition, entièrement mise à jour, par le professeur E. FORGUE, associé national de l'Académie de médecine, membre correspondant de l'Institut. Ouvrage couronné par l'Académie de médecine (Prix Godard 1903).

M. le professeur Forgue vient de publier la 9<sup>e</sup> édition de son *Précis de pathologie externe*. Peu de livres de médecine ont obtenu un pareil nombre d'éditions. Peu de livres ont, en effet, la valeur de ce magnifique ouvrage, qui s'abrite trop modestement sous le titre de *Précis*. En le parcourant, on reste confondu par la somme de travail que représente cette nouvelle édition. Il ne s'agit pas, en effet, d'une simple réimpression. M. le professeur Forgue, avec sa haute conscience, avec cette admirable probité qu'il apporte dans tous les actes de sa vie chirurgicale et professorale, a fait une véritable refonte de son *Précis* ; il a écrit à nouveau certains chapitres, il a ajouté des schémas et des figures nouvelles.

En lisant cette neuvième édition, on ne peut imaginer que la première édition date de 1901. C'est un livre tout nouveau. De l'ancien ouvrage, nous retenons seulement la directive à laquelle M. Forgue est resté fidèle, car c'est le bon sens lui-même : « placer les questions à leur plan relatif de fréquence clinique et de portée pratique, les hommes qui les ont fait progresser à leur juste rang, les symptômes à l'échelle de leur valeur, les traitements à leur position actuelle d'efficacité ».

Dans sa laborieuse retraite, M. le professeur Forgue continue à bien servir la vénérable Université de Montpellier, dont il reste le flambeau. Son œuvre sans cesse rajeunie mérite le respect, l'admiration et la gratitude de tous ceux qui, de près ou de loin, demeurent ses disciples.

F. L. S.

## ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

### THESES

**Lundi 17 juin.** — Jury : MM. Léon Binet, président ; Clerc, Mathieu. — M. BOUVIER. Etude expérimentale des glycosuries nerveuses. — Mlle SOULÉ. A propos de certaines modalités évolutives des sténoses mitrales. — M. DEMERLEAU. La lobectomie pulmonaire.

**Mardi 18 juin.** — Jury : MM. Laignel-Lavastine, président ; Tanon, Gastinel, Lemaire. — M. LÖBEL. Un médecin de la période révolutionnaire : H.-D. Putord (1755-1793). — M. LEW SZMUEL. Au dispensaire et maison sociale. — M. NAZO-NAOUM. Etude historique du bouton de Bagdad. — M. PETIT. Recherche et numération du colibacille dans les eaux.

**Jeudi 20 juin.** — Jury : MM. Balthazard, président ; Carnot, Maurice Villaret, Piédelièvre. — M. GROS. La pénétration accidentelle. — M. HENNET. La mort subite par les corps étrangers du larynx. — M. BRODATY. Irradiations générales et locales au moyen des lampes à arc. — M. MARTIN. De la curabilité des cirrhoses atrophiques de Laënnec. — M. CHAMPAULT. Des conceptions sur le goitre et le crétinisme de 1850 à 1910.

Jury : MM. Bezançon, président ; Lereboullet, Lenormand, Boulin. — M. GOLDMAN. Etude du pronostic de la tuberculose du nourrisson. — M. MASIAS. Rôle des infections rhino-trachéo-bronchiques dans l'asthme. — M. MARCOTIN. Le traitement de l'asthme par les sels d'or. — M. DR-

(1) Deux volumes in-8 formant 2.370 pages avec 1.164 figures en noir et en couleurs dans le texte et 4 planches en couleurs hors texte. — Prix : cartonnés, 180 fr. — Paris, G. Doin et Cie.





Le premier produit spécialisé à base d'Extrait de Sangsues.

Créé et expérimenté dans les Hôpitaux de Paris.

**INSUFFISANCES VEINEUSES  
INFECTIONS  
VASCULO-SANGUINES  
PHLÉBITES - SEPTICÉMIES  
AMÉNORRÉES**

# hirudinase

(DRAGÉES)

DOSE MOYENNE : 4 A 6 DRAGÉES PAR JOUR

LABORATOIRES "ANA", 18, AVENUE DAUMESNIL — PARIS (XII<sup>e</sup>)



**GOÛT TRÈS AGRÉABLE - TOLÉRANCE PARFAITE**  
24 grammes de Salicylate de Na  
suractivé : 15 frs

#### SOLUTION

1/2 cuil. à café = 1 gr. de Salicylate  
ou 70 gouttes de Na suractivé

**AMPOULES (INTRA-VEINEUSES)**

10 cc. = 1 gr. de Salicylate de Na  
suractivé

# Salicylate

SURACTIVÉ  
**"ANA"**

SALICYLATE DE SODIUM  
en combinaison  
CALCO-MAGNÉSIENNE  
THIOSULFATÉE

**RHUMATISME**  
articulaire aigu  
et ses **COMPLICATIONS**  
**ALGIES**  
Infections - Septicémies  
Troubles hépatiques

LABORATOIRES "ANA", 18, AVENUE DAUMESNIL — PARIS (XII<sup>e</sup>)



DIER. Considérations étiologiques sur le mode d'apparition des méningites tuberculeuses chez les enfants vaccinés au B C G. — M. CHEMINÉE. Etude de l'infiltration iléo-mésentérique spontanément curable.

## NOTES POUR L'INTERNAT

# FORMES CLINIQUES DE LA NÉVRALGIE SCIATIQUE<sup>1</sup>

L'évolution de la névralgie sciatique est très variable. Il y a des formes bénignes qui guérissent en quelques jours ou en quelques semaines ; il y a des formes graves qui peuvent durer des mois et même devenir chroniques. L'évolution dépend non seulement de la cause, mais de la forme clinique.

A côté de cette forme complète, prise comme type de description, on peut décrire des FORMES SYMPTOMATIQUES.

D'abord, notons les formes sensibles pures.

Ces formes sensibles pures sont de diagnostic délicat, car elles doivent être distinguées des sciaticques hystériques ou des sciaticques simulées, fréquentes pendant la guerre. Ces formes mettent en valeur les petits signes objectifs dus à l'hypotonie musculaire et bien étudiés par Barré : hypotonie des muscles fessiers appréciée par la palpation, par l'abaissement du pli fessier du côté malade, par la déviation du sillon interfessier du même côté ; hypotonie des muscles du mollet, au palper, et donnant le signe de l'équerre, le pied malade fait avec la jambe un angle droit ; hypotonie du tendon d'Achille, détendu, aplati, élargi, plus dépressible et donnant à la percussion un son plus bas, plus sourd que de l'autre côté (Rimbaud) ; hypotonie des muscles postérieurs de la cuisse manifestée par le signe de l'abaissement du talon. Tous ces signes sont recherchés dans la position à genoux.

C'est également dans ces formes que le signe du pédieux, atrophié du côté atteint, est important.

Enfin la diminution de la température locale (Landouzy) appréciable facilement, au niveau de la moitié inférieure de la face externe de la jambe et à la plante du pied, la recherche des petits signes électriques, hyperexcitabilité faradique et galvanique du nerf sciatique et des muscles innervés par lui, les modifications de la chronaxie (Bourguignon), la diminution de la transmission de la sensibilité électrique au travers du nerf sciatique (Néri, 1920), donneront d'utiles renseignements.

Formes avec troubles des réflexes. — On sait que pour Landouzy cette distinction était capitale : sciaticques-névralgies avec réflexes tendineux normaux ; sciaticques-névrites, durables, avec troubles des réflexes. En réalité, l'abolition ou la diminution du réflexe achilléen est tantôt un signe précoce, tantôt un signe tardif de sciatique, peut accompagner les formes graves mais se trouve au cours de formes bénignes peu douloureuses et rapidement curables. L'étude des réflexes tendineux ou périostés n'apporte pas d'éléments de pronostic : elle donne seulement des indications sur le siège des lésions nerveuses.

Formes avec gros troubles trophiques. — Dans la majorité des sciaticques, les troubles trophiques sont peu marqués ; toutefois, en particulier dans les sciaticques par compression, on voit apparaître de la sécheresse de la peau, de l'aspect violacé des téguments, des éruptions diverses, de l'adipose sous-cutanée, de gros troubles amyotrophiques avec contractions fibrillaires : ces contractions sont spontanées ou peuvent être provoquées au niveau des jumeaux

(Villaret et Faure-Beaulieu), au niveau du fessier (Lhermitte et Rose), avec exagération du réflexe glutéal. Il peut exister des troubles sphinctériens. — On peut noter à l'examen électrique une réaction de dégénérescence.

Formes bilatérales. — On sait que, pour Sicard, toute sciatique franchement bilatérale d'emblée est une sciatique secondaire.

A côté des formes symptomatiques, on peut étudier maintenant les FORMES SUIVANT LE SIÈGE.

Dans les sciaticques basses ou tronculaires, formes classiques considérées d'abord comme les plus fréquentes, on a :

Des algies, exclusivement sciaticques ; les points de Valleix, les signes de Lasègue et de Bonnet sont nets ; la scoliose est homologue le plus souvent ; les réflexes achilléen et rétro-malléolaire sont abolis, mais le réflexe péronéo-fémoral postérieur existe.

Dans les plexites ou formes moyennes de sciaticques, les principaux caractères sont :

L'irradiation des douleurs à la fesse, à la face postérieure de la cuisse et au niveau des adducteurs ; le réflexe rétro-malléolaire seul est aboli, les réflexes achilléen et péronéo-fémoral postérieur étant normaux.

Les formes hautes de sciatique sont très fréquentes et de nature très diverse.

L'algie n'est pas exclusivement sciatique : dans le domaine des nerfs crural, obturateur, fessier, on note des points douloureux ; point crural (Sicard), point obturateur (Barré) ; il s'agit souvent de lombo-sciatique.

Le signe de Lasègue peut manquer : par contre, il y a toujours un signe de Bonnet.

La toux provoque une douleur du côté atteint.

Le réflexe péronéo-fémoral postérieur est souvent aboli.

Malgré les petits signes différentiels donnés entre les radiculites et les funiculites, il est difficile cliniquement de dire à quelle variété de sciatique haute on a affaire. Seule, l'étude du liquide céphalo-rachidien et la recherche étiologique feront faire un diagnostic topographique exact.

LES FORMES ÉTIOLOGIQUES de sciatique ne font d'ailleurs qu'extérioriser les recherches cliniques, que l'on doit toujours faire, en présence de sciatique.

Parmi les formes secondaires :

LES SCIATICQUES AVEC LÉSIONS OSTÉO-ARTICULAIRES doivent d'abord nous arrêter : la radiographie donne des renseignements de premier ordre.

Il peut s'agir de tuberculose osseuse.

— Soit mal de Pott lombaire et sacré : il se voit généralement chez des sujets jeunes et des enfants. La sciatique est bilatérale et a tous les caractères d'une sciatique haute. Les troubles sensitifs ont une topographie radriculaire. Les douleurs sont calmées par le repos et l'immobilisation sur un lit dur. Les réflexes tendineux sont vifs au-dessous de la lésion. On peut trouver un point vertébral douloureux à l'exploration clinique. La radiographie révèle des lésions osseuses : pincement des disques, abrasement des angles des corps vertébraux, raréfaction tissulaire des corps vertébraux. La ponction lombaire permet souvent de noter une compression médullaire (pachyméningite ou abcès ossifluent).

— Soit sacro-coxalgie : le début du syndrome est souvent brusque et à la sciatique s'ajoutent des signes d'arthrite sacro-iliaque avec douleur à la pression, douleur provoquée à distance, par les crêtes iliaques. Là encore, la radiographie, parfois difficile à lire, montre une atteinte de l'interligne sacro-iliaque et des zones de raréfaction osseuse, sacrée ou iliaque.

(A suivre.) ALBERT FIEHRER.

Le Directeur-gérant : D<sup>r</sup> François LE SOURD.

(1) Suite. — Voir Gaz. des hôp., 1935, n° 47, p. 822.



---

OPOTHÉRAPIE CARDIAQUE

la

# **CRINOCARDINE LALEUF**

AMPOULES BUVABLES  
A BASE D'EXTRAITS SPÉCIAUX CONCENTRÉS DE  
**MYOCARDE . PANCRÉAS . FOIE . REIN  
MUSCLE STRIÉ**

RÉALISE

**SANS CONTRE-INDICATIONS**

**L'ORGANOTHÉRAPIE  
POLYVALENTE ET SYNERGIQUE**

DES

**AFFECTIONS CARDIO-VASCULAIRES**

---

ÉCHANTILLONS . LITTÉRATURE  
LABORATOIRES LALEUF  
20, RUE DU LAOS . PARIS-15<sup>e</sup>

---

Nouvelle adresse : 51, rue Nicolo, PARIS (XVI<sup>e</sup>).

# FARINES MALTÉES JAMMET

de la Société d'Alimentation diététique

## RÉGIME DES MALADES, CONVALESCENTS, VIEILLARDS

Farines très légères

### RIZINE

Crème de riz maltée

### ARISTOSE

à base de farine maltée de blé et d'avoine

### CÉRÉMALTINE

(Arrow-root, orge, blé, mais)

Farines légères

### ORGÉOSE

Crème d'orge maltée

### GRAMENOSE

(Avoine, blé, orge, mais)

### BLÉOSE

Blé préparé et malté

Farines plus substantielles

### AVENOSE

Farine d'avoine maltée

### CASTANOSE

à base de farine de châtaignes maltée

### LENTILOSE

Farine de lentilles maltée

*Alimentation  
des Enfants*

**CACAOS, MALTS, SEMOULES, CÉRÉALES** spécialement préparées pour **DÉCOCTIONS**

Usine et Laboratoires à LEVALLOIS-PERRET. — Brochure et Échantillons sur demande.

**ÉTABLISSEMENTS JAMMET** Rue de Miromesnil 47 Paris



# UROMIL

ÉTHER PHÉNYL CINCHONIQUE — PIPÉRAZINE — HÉXAMÉTHYLÈNE TÉTRAMINE



**MOBILISE — DISSOUT  
ÉLIMINE**

**L'ACIDE URIQUE**

**ARTHRITISME**

DE L. BELIERES - 19, RUE DROUOT - PARIS

Hypertensions  
ET TOUS ÉTATS  
SPASMODIQUES  
DE LA MUSCULATURE  
LISSE

BENZOATE DE BENZYLE

**OLETHYLE-BENZYLE**

Le seul en **GÉLULES**  
**CAPSULES**  
**MOLLES**

Littérature - Échantillons - Posologie,  
LABORATOIRE CENTRAL DE PARIS  
122, Rue du Faubourg Saint-Honoré, Paris



*La Lancette Française***GAZETTE DES HOPITAUX****CIVILS ET MILITAIRES****PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI****ADMINISTRATION ET RÉDACTION :****49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6<sup>e</sup>. Tél. : Danton 48-31.****PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6<sup>e</sup>) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.****PRIX DE L'ABONNEMENT****FRANCE**

3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.

*Etudiants : 25 francs par an.*

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

**ETRANGER**

Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.

Tous les autres pays : 75 francs.

**ABONNEMENTS DE VACANCES***La Gazette des hôpitaux met à la disposition de MM. les Etudiants des abonnements de vacances gratuits d'une durée de deux mois (juillet et août).**Il ne pourra être accepté de changement d'adresse au cours de ces abonnements.**Il ne sera donné suite à aucune demande passée le 30 juin.**Prière d'écrire très lisiblement son nom et son adresse.**S'adresser directement aux bureaux du Journal.***SOMMAIRE****REVUE GÉNÉRALE***Les dolichocôlons, par MM. A. BERNARD et A. DE TAYRAC.***SOCIÉTÉS SAVANTES***Académie de médecine. — Société de biologie.***NÉCROLOGIE***F. Wetterwald, par M. R. BLONDEL.***INTÉRÊTS PROFESSIONNELS***La loi folle, par M. A. HERPIN.***PRATIQUE MÉDICALE****LIVRES NOUVEAUX****ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS****INFORMATIONS****HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS D'OPHTALMOLOGISTE DES HÔPITAUX. — Epreuve théorique anonyme. — Séance du 15 juin.**

— Questions données : « Anatomie et physiologie de l'artère centrale de la rétine. — Séméiologie des hémorragies rétiennes. »

Résultats de l'admissibilité :

*Composition écrite anonyme. — MM. Veil, 29; Dollfus, 28; Hudelo, 27; Blum, 26.**Epreuve clinique anonyme. — MM. Veil, Dollfus et Hudelo, 20; Blum, 18.*

Total des points : MM. Veil, 49; Dollfus, 48; Hudelo, 47; Blum, 44.

Sont déclarés admissibles : MM. Veil et Dollfus.

**— CONCOURS D'ÉLECTRO-RADIOLOGISTE DES HÔPITAUX (nomination). — Séance du 15 juin. — MM. Stuhl et Dubost, 14; Devois, 15.**Total des points : MM. Devois et Dubost, 58; Stuhl, 56.  
MM. Devois et Dubost sont proposés.**HÔPITAUX DE PROVINCE. — LYON. — Le concours pour une place d'accoucheur des hôpitaux s'est terminé par la nomination du docteur Emile Bansillon.****FONDATION NATIONALE DE LA CITÉ UNIVERSITAIRE. — Service médical. — Un concours est ouvert pour la nomination de deux internes résidents à la Cité universitaire.***Conditions du concours. — Les étudiants en médecine, de nationalité française, pourvus de 12 inscriptions au moins peuvent être inscrits pour le concours.*

Le concours comprend une épreuve écrite anonyme d'admissibilité portant sur trois questions (anatomie, pathologie externe, pathologie interne) et une épreuve orale sur un sujet de pathologie. Cette épreuve orale est subie par les candidats admissibles désignés en nombre double de celui des places à pourvoir.

Le concours commencera le lundi 8 juillet 1935, à 9 h. 30, à la Sorbonne, salle V.

*Règlement des fonctions d'interne à la Cité universitaire.*

— Les internes reçus au concours seront logés gratuitement au pavillon médical de la Cité universitaire.

Ils recevront, en outre, de la Fondation nationale une indemnité mensuelle de 300 fr.

1<sup>o</sup> Ils auront à assurer la garde à la Cité chacun un jour sur trois. Toutefois, dans la matinée, des dispositions spéciales leur permettront d'assurer la permanence médicale de la Cité sans abandonner la fréquentation hospitalière.2<sup>o</sup> Ils feront, à tour de rôle, à la Cité, une courte consultation, le matin à 8 h. 30 et le soir de 14 à 15 h.3<sup>o</sup> Ils devront, à tour de rôle, assister le médecin de la Cité pendant les consultations médicales avec examens radiologiques, c'est-à-dire deux fois par semaine (une fois à**DIGITALINE NATIVELLE**LABORATOIRE NATIVELLE, 27, Rue de la Procession, PARIS (XV<sup>e</sup>)

8 h. 30, l'autre à 19 h. 30) et un dimanche sur deux à 10 h. 30.

Les internes affectés au service médical de la Cité universitaire seront tenus d'observer les règlements généraux de la Cité. Ils relèveront du médecin de la Cité universitaire à qui ils rendront compte régulièrement de leur activité. Ils devront prendre leurs fonctions le 1<sup>er</sup> octobre 1935.

**Inscriptions.** — Les inscriptions sont reçues jusqu'au 1<sup>er</sup> juillet inclusivement au secrétariat de l'Académie de Paris, à la Sorbonne (bureau 6), tous les jours, de 10 à 12 h. et de 14 à 16 h.

Pièces à produire : demande d'inscription sur papier libre; certificat de 12 inscriptions.

**NÉCROLOGIE.** — Nous apprenons avec une très vive peine la mort de M. le docteur Fernand Coca, directeur de la *Medicina Ibera*, à Madrid. Fernand Coca était un vieil ami de la France. Il nous rappelait il y a quelques mois, lors d'une de ses visites à ses amis parisiens de la Fédération de la Presse médicale latine, qu'il avait été l'élève du professeur Champy.

Coca était un savant estimé et un très grand journaliste. Ses travaux ne l'empêchèrent pas de s'intéresser aux affaires publiques. Rappelons qu'il fut député aux Cortès et vice-président du Conseil municipal de Madrid. L'an dernier le gouvernement français lui décerna la croix de la Légion d'honneur.

Très tristement nous adressons à Madame et Mesdemoiselles Coca l'expression respectueuse de notre émotion et de nos regrets.

F. L. S.

— Nous apprenons aussi la mort de MM. les docteurs W. Dubreuilh, professeur honoraire de clinique dermatologique à la Faculté de médecine de Bordeaux; Gernez (d'Hermies, Pas-de-Calais); Ferdinand Tribout, chef du laboratoire d'électro-radiologie de la Clinique de la Faculté à l'hôpital Laennec, décédé à Paris à l'âge de 47 ans; Achille Frimaudeau (de Fontenay-le-Comte, Vendée); Henri Hamon (de Paris); Germain Roque, professeur honoraire de clinique médicale à la Faculté de médecine de Lyon.

**Journées d'aviation médicale et sanitaire de Berck (29 et 30 juin 1935).** — Sur l'initiative de l'Association médicale Aéronautique française, du Syndicat des Médecins de Berck et de l'Aéro-Club de Berck, une grande manifestation d'aviation médicale et sanitaire aura lieu les 29 et 30 juin sur l'aérodrome de Berck.

Répondant à l'appel des organisateurs, M. le Général Denain, ministre de l'Air, a bien voulu promettre de présider cette manifestation qui est déjà assurée du patronage des Ministères de la Guerre et de la Santé Publique et de l'Aéro-Club de France.

On peut juger de l'utilité de cette manifestation et de l'ampleur que ses organisateurs veulent lui donner si on se rappelle qu'il y a en traitement à Berck plus de 8.000 malades dont une grande majorité de malades allongés. Aucun centre médical ne peut présenter plus d'intérêt pour la mise au point des nouvelles formules de transport de malades et blessés. C'est la raison pour laquelle, à la demande de M. Delesalle, sénateur, M. le Ministre de l'Air a bien voulu marquer toute l'importance qu'il attache à cette manifestation.

Pour tout renseignement, s'adresser à M. le docteur Renaudin, Hôpital Maritime, Berck-Plage.

**L'Oscillateur à longueurs d'ondes multiples**, par Georges LAKHOVSKY. Petit in-8 de 58 pages avec 20 figures. — Paris, Doin et Cie.

Néuralgies  
Névrites

**BROMÉINE MONTAGU**

## F. WETTERWALD

Avec le docteur F. Wetterwald vient de disparaître un des pionniers des études qui ont conduit les pathologistes modernes à une conception toute nouvelle du mécanisme de la douleur, en faisant intervenir la notion de « cellulite ».

Le mot cellulite a été créé originairement par les Suédois et désignait les œdèmes douloureux et les nodosités qu'ils constataient dans le tissu sous-péritonéal du petit bassin en pratiquant le massage gynécologique tel qu'ils l'avaient inventé.

A F. Wetterwald, élève et continuateur de Stapfer, revient le mérite d'avoir généralisé cette conception et d'avoir envisagé la cellulite comme une maladie du tissu cellulaire, c'est-à-dire comme un état de présclérose, lié aux diverses formes d'altération des humeurs que l'on englobe sous la dénomination vague d'arthritisme.

Dès 1910, dans son ouvrage sur les névralgies, il établit que les phénomènes douloureux locaux peuvent se manifester avec un nerf intact, mais dont l'ultime terminaison cutanée est emprisonnée dans un feutrage de fibres conjonctives constituant une plaque de sclérose. Il démontra que beaucoup de ces fausses névralgies, de ces fausses arthrites étaient curables par une mobilisation manuelle du feutrage de fibres conjonctives, libérant le nerf emprisonné et n'ayant rien de commun avec le massage habituel.

Cette conception si originale a fini par s'imposer, mais, comme il arrive souvent en France, après que les Allemands se furent rendu compte de l'importance du rôle joué en pathologie générale par la « cellulitis ». Aujourd'hui, la cellulite est à l'ordre du jour, et l'on retrouve ses méfaits partout où l'on parlait vaguement de sclérose organique et de dégénérescence viscérale. Il est juste de saluer d'un dernier hommage la mémoire du savant français modeste et persévérant, qui, loin des cercles officiels, et par les seuls moyens d'une patiente observation et d'une pratique attentive, aura été le promoteur de cette évolution considérable dans le domaine de la pathologie générale.

D<sup>r</sup> RAOUL BLONDEL.

### RENSEIGNEMENTS

## Le bas médical NESSUS

Contention parfaite. Envoi sur demande à MM. les docteurs des directions pour la prise des mesures, 18, avenue d'Orléans, Paris (XIV<sup>e</sup>).

ANÉMIES  
DYSPEPSIES  
ANTITOXIQUE



DOSE: 4 à 6  
TABLETTES  
PAR JOUR

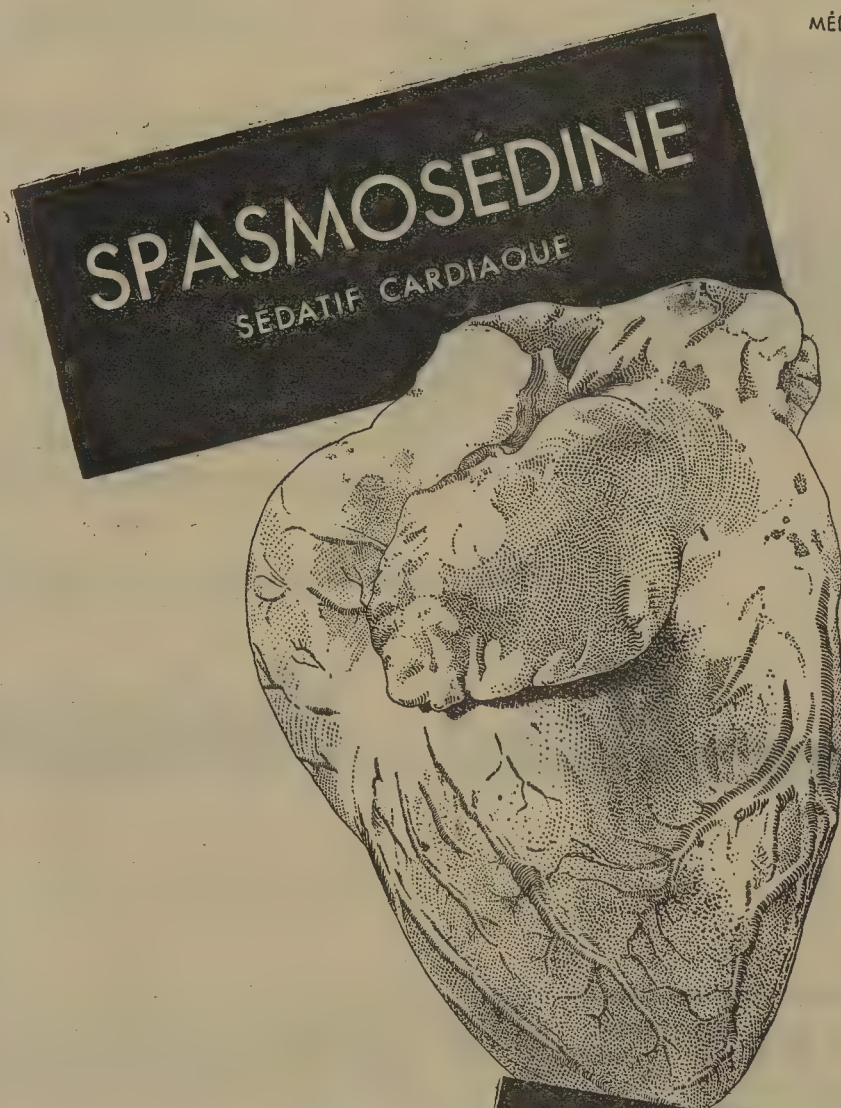
**BIOXYDE DE MANGANESE COLLOÏDAL SELS MANGNÉSIENS**  
(Laboratoire SCHMIT, 71 Rue Sainte-Anne, PARIS 2<sup>e</sup>)

**Phosphopinal Juif**  
Reconstituant général, est au Phosphore blanc ce que le Cacodylate est à l'Arsonio  
Literature et Echantillons: 10, Impasse Milord, Paris (14<sup>e</sup>)



LABORATOIRES DEGLAUDE  
15, BOUL<sup>d</sup> PASTEUR, PARIS (XV<sup>e</sup>)

MÉDICAMENTS CARDIAQUES  
SPÉCIALISÉS



**SPASMOSEDINE**  
SEDATIF CARDIAQUE

**DIGIBAINE**  
TONIQUE CARDIAQUE

*les 2 médicaments cardiaques essentiels*



# BRIANÇON

1350 M.

d'Altitude

125 Chambres pour Dames  
et Jeunes Filles.

Organisation sanatoriale  
et médicale moderne

Galeries de Cure privées

Train rapide & direct: PARIS-LYON  
Briançon • Autocars: GRENOBLE  
MARSEILLE

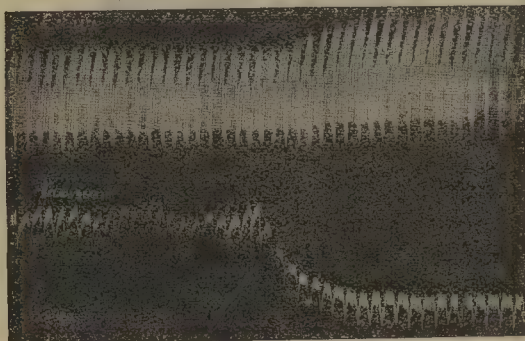
Médecins Présidents: D<sup>rs</sup> M. & O. PIN

## Sanatorium Hôtel des NEIGES.

### Le SEDO-HYPOTENSEUR DAUSSE

Phényléthylbarbiturate de Yohimbine  
Phényléthylbarbiturate de Quinine

HYPOTENSEUR — TONICARDIAQUE — SÉDATIF



Augmente l'amplitude  
des contractions ventriculaires

Fait baisser

la pression artérielle

2 à 3 comprimés par jour, un avant chacun des principaux repas

ECHANTILLONS ET LITTÉRATURE : 4, RUE AUBRIOT, PARIS - IV°



## REVUE GÉNÉRALE

# LES DOLICHOCOLONS

## ÉTUDE PATHOGÉNIQUE

PAR MM.

Le professeur suppléant A. BERNARD et le Dr A. DE TAYRAC.  
Faculté libre de Lille.

La pathogénie des dolichocôlons a suscité de nombreuses théories qu'on peut grouper sous deux chefs distincts :

1° D'une part les *Physio-Pathologistes* qui considèrent les allongements coliques comme une affection acquise et liée soit à des phénomènes inflammatoires, soit à des stases intestinales ;

2° D'autre part, ceux qu'on pourrait appeler avec Chiray les *Anatomistes* qui ne voient dans les dolichocôlons qu'une malformation congénitale, soit d'origine *foetale* : troubles du développement intestinal chez le fœtus ; soit d'origine *infantile* : persistance chez l'adulte d'un état anatomique normal chez le nouveau-né.

**Théories physio-pathologiques.** — Marfan (1), en 1903, envisageait l'influence de la dyspepsie dans l'augmentation de la longueur de l'intestin chez les nouveau-nés. Déjà en 1843, Cruveilhier (2) « parmi les causes d'allongement, regardait la constipation comme jouant le principal rôle ». Lane (3) (1911), Caucci (4) (1921), et Pauchet (5) (1927) considèrent la constipation chronique comme un facteur de dolichocôlon.

Pour Lardennois (6), la stase intestinale chronique et la colite entraînent l'allongement du sigmoïde, ou l'accroissent. Même dans la première enfance, l'hypothèse de l'origine congénitale ne résisterait pas à la critique : « Il est des dolichocôlons chez des enfants de cinq ans, dont l'intestin a déjà une longue histoire ».

Actuellement les travaux de Belot (7), Béclère (8), Girault (9) et Mlle Reichenecker (10) ont démontré qu'une thérapeutique appropriée, faisant disparaître la stase intestinale, entraîne fréquemment une diminution de longueur des dolichocôlons, ce qui précise singulièrement l'importance du facteur constipation.

**Théories anatomiques.** — 1° HYPOTHÈSE DE L'ORIGINE EMBRYOLOGIQUE OU FOETALE. — Cruveilhier n'admettait

pas l'origine congénitale des malformations du côlon : « Il serait important, déclarait-il, de réunir toutes les variétés de longueur et de disposition de l'arc du côlon. Ces différences de longueur ne sont nullement congénitales, car chez tous les enfants nouveau-nés, le gros intestin me paraît avoir à peu de choses près la même longueur ».

Bryant (1) et Larrymore (2) démontrèrent l'inexactitude de cette affirmation. Dans son étude comparée des intestins de l'enfant et de l'adulte, ce dernier fournit à l'appui de ses dires de nombreux documents radiographiques extrêmement convaincants.

Les partisans de l'hypothèse embryologique basent leur argumentation sur le fait que l'intestin du fœtus qui, durant les premiers mois de la vie intra-utérine, était resté médian, subit du 5<sup>e</sup> au 9<sup>e</sup> mois un accroissement rapide qui peut être à l'origine des malformations du côlon. La rotation et la fixation du canal intestinal seraient des facteurs éventuels d'allongement colique.

Bianchi (3) signale « l'importance des vices de position congénitaux dans la pathologie du gros intestin » et cite un cas d'allongement de l'anse sigmoïde consécutive à une insuffisance de rotation du cadre colique, avec un cœcum haut situé. Ce dernier point semble cependant sujet à caution, car Chiray (4) signale au contraire la fréquence des cœcums bas situés dans les dolichosigmoïdes.

On attribue parfois aussi le dolichocôlon à une anomalie de fixation : « L'accroissement trop rapide du mésocôlon pourrait, par exemple, empêcher la fixation, et expliquerait en même temps l'allongement excessif de l'anse correspondante (Chiray). Plusieurs auteurs ont cité des cas de dolichocôlons à cœcum fixé à gauche (Zorzi) (5), (Sauerbeck, Möller) (6).

D'autre part, la longueur excessive et la motilité de certains mécos (type de méso mobile et long de Grégoire), notamment le mécosigmoïde, peuvent être à l'origine de dolichosigmoïdes. Lardennois signale l'importance de ces sortes de mécos dans la pathogénie des dolichocôlons : « En général, à un côlon allongé est adapté un méso long et flottant qui laisse à l'intestin une mobilité excessive. Si le méso reste court, l'intestin est obligé de se plisser en replis onduleux. C'est l'exception. Hors le cas d'adhérences dures de péricolite inflammatoire, les mécos allongés permettent à l'intestin de décrire une longue boucle, déformée par quelques accollements, par quelques tractus allant du méso à une frange ou à un bord intestinal. Si l'on sectionne ces fins tractus, si les accollements sont libérés, l'anse dolichocolique se déploie en une courbe régulière ».

(1) MARFAN. *Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, avril 1903.

(2) CRUVEILHIER. *Anatomie pathologique du corps humain*, 1842.

(3) LANE. *Chronic intestinal Stasis*, *Brit. med. Journ.*, 1911.

(4) CAUCCI. *La chirurgia del colon*. Bologne, Cappelli, 1921.

(5) PAUCHET. *Volvulus iliaque*, *Paris méd.*, avril 1921.

(6) LARDENNOIS et AUBOURG. *Allongements segmentaires du gros intestin*, *Journ. de radiologie et d'électrol.*, fév. 1914.

(7) BELOT. *Un cas de dolichocôlon*, *Bull. de la Soc. de Radiol. méd. de France*, 1920.

(8) BÉCLÈRE. *A propos des variations de longueur du gros intestin*, *Arch. des mal. de l'app. digestif*, 1923.

(9) GIRAULT. *Un traitement médical des dolichocôlons*, *Presse thermale et climatique*, 1926.

(10) REICHENECKER (Mlle). *Traitement des mégadolichocôlons*, *Arch. mal. app. digestif*, 1929.

(1) BRYANT. *Observations upon the growth and length of the human intestine*, *Amer. Journ. of med. sc.*, 1924.

(2) LARRYMORE. *Human large intestine in new born and in adult*, *Ann. of clin. med.*, 1926.

(3) BIANCHI. *Sull' importanza dei vizi di posizione congeniti nella patologia del grosso intestino*, *Radiologia med.*, juin 1925.

(4) CHIRAY. *Le Dolichocôlon*, Masson.

(5) ZORZI. *Sull' etiologia del Dolichocôlon*, *Radiol. med.*, 1925.

(6) MÖLLER. *The redundant colon*, *Acta Radiol.*, 1926.

2° HYPOTHÈSE DE L'ORIGINE INFANTILE OU POST-EMBRYOLOGIQUE. — Marfan, constatant que la longueur de l'intestin du nouveau-né était considérable et de beaucoup supérieure à celle de l'intestin de l'adulte, fit de la persistance de cette disposition infantile l'origine des dolichocôlons.

Larrymore (1), critiquant cette opinion, démontra que le grêle seul participait à cet allongement démesuré, à l'exclusion du gros intestin qui, au contraire, subissait peu de variations de l'enfance à l'âge adulte ; que ces variations étaient pratiquement négligeables et étaient surtout localisées au sigmoïde.

La thèse de la persistance d'une disposition infantile était dès lors nettement infirmée.

\*  
\*\*

Que conclure de cet ensemble de théories ? A notre avis, aucune ne résout le problème pathogénique des dolichocôlons, parce qu'elles n'envisagent chacune qu'un des aspects de la question.

Un fait s'impose : l'entité anatomique du dolichocôlon, amplement démontrée par les travaux de Fleischmann (2), de Trèves (3) et de Walther (4). Journellement, d'ailleurs, la radiologie confirme cette existence. Depuis que Lardennois et Aubourg (5) ont attribué aux anomalies de longueur du gros intestin le terme de « dolichocôlons » et précisé la technique radioscopique à suivre pour mettre ceux-ci en évidence, rien n'est devenu plus facile que d'examiner à l'écran une anse dolichocolique.

Il semble que le développement de ces anses soit facilité par certaines prédispositions d'ordre anatomique. A la faveur d'une variation des mésos, soit dans leur hauteur, soit dans leur fixation à la paroi, une anse intestinale pourra se distendre ou se coudre. Ces allongements, plicatures ou coudures, auront un aspect différent suivant leur localisation le long du cadre colique.

Faisons appel à quelques commémoratifs anatomiques concernant les moyens de suspension ou de fixation des côlons dans la cavité abdominale.

Normalement, le côlon ascendant est accolé directement au péritoine pariétal. Embryologiquement, un mésocôlon ascendant réunissait la portion intestinale à la paroi. La persistance d'un reste de ce mésocolon peut intervenir dans la genèse d'un dolichocôlon droit et entraîner des coudures.

Il n'en est pas de même du côlon transverse, relié en avant à l'estomac par la lame antérieure du grand épiploon et en arrière à la paroi par la lame postérieure de celui-ci accolée au mésocôlon transverse. Cette suspension entre deux lames péritonéales engendrerait,

au dire de Chiray (1), « plus facilement des ptoses que de véritables dolichocolies ».

Le côlon descendant, à l'instar du côlon droit, est fixé directement à la paroi. Cependant, un défaut de coalescence entre le péritoine pariétal et le mésocôlon descendant peut entraîner une persistance partielle de celui-ci, qui sera à l'origine d'un dolichocôlon descendant.

Quant à l'anse sigmoïde, fixée en bordure du mésocôlon pelvien, elle sera d'autant plus mobile et plus allongée que le méso sera plus long et plus haut inséré. Cet allongement et cette mobilité favoriseront l'évolution ultérieure d'un dolichosigmoïde avec éventuellement tendance au volvulus.

Une fois l'anse anormale constituée apparaît toute une série de manifestations pathologiques qu'il est classique de considérer comme formant la symptomatologie des dolichocolies. Ce sont : la stase intestinale, la pneumocolie, et les crises douloureuses abdominales à type subocclusif. Cette triade symptomatique se complique parfois de volvulus, ou de lésions inflammatoires, telles que les adhérences, ou la colite entraînant des hémorragies.

On peut se demander s'il n'y a pas un rapport étroit, une relation de cause à effet, entre la malformation anatomique d'une part et les manifestations pathologiques d'autre part.

Cette question a soulevé deux opinions nettement opposées. Les uns, avec Loeper et Tazun (2) ne voient dans le dolichocôlon qu'une curiosité anatomique qui n'a aucun rapport avec les troubles pathologiques qu'on a coutume de lui attribuer ; les autres, avec Chiray (3) voient dans le dolichocôlon une entité clinique définie.

Pour Loeper et Tazun, il n'existe pas de manifestation clinique spécifique des dolichocolies, aucun des éléments de la triade symptomatique n'étant constant ou exclusif.

A la constipation, ils opposent les formes diarrhéiques presque aussi fréquentes, ces fausses diarrhées paradoxales décrites par Mathieu et plus tard par Richet ; ou bien encore les selles régulières des individus qui vident journellement leur trop-plein colique, et qui, malgré la présence d'un dolichocôlon, prétendent n'avoir jamais présenté de stase intestinale.

Il en est ainsi des autres symptômes. Les crises pseudo-occlusives « ne surviennent que dans une période peu avancée et sont des éléments bien tardifs de diagnostic. Bien des cas de dolichocôlon avéré entrent dans la période pathologique sans jamais avoir présenté de crises pseudo-occlusives ».

Ce serait également un tort d'attribuer exclusivement la pneumocolie à un allongement du gros intestin. Elle pourrait tout aussi bien tirer son origine d'une insuffisance de résorption des gaz par déficience hépatique ou par paresse de la circulation porte.

Quant à la tolérance aux lavements, ce serait « affaire d'intestin où l'allongement organique n'est point

(1) LARRYMORE. Cité plus haut.

(2) FLEISCHMANN. *Leiboffnung bei der Asiatischen Choléra*, 1815.

(3) TRÈVES. The anatomy of the intestinal canal, *Brit. med. Journ.*, T. 1, p. 415, 1885.

(4) WALTHER. Anomalie du gros intestin. Développement exagéré de la dernière portion de l'S iliaque, *Bull. soc. anat. de Paris*, t. 63, p. 256, 1888.

(5) LARDENNOIS et AUBOURG. Allongements segmentaires du gros intestin, *Journ. de Radiol. et d'électrol.*, p. 65, fév. 1914.

(1) CHIRAY. *Le Dolichocôlon*, Masson.

(2) LOEGER, TAUZUN. Diagnostic du dolichocôlon, *Presse méd.*, 31 mars 1933, p. 873-874.

(3) CHIRAY, LARDENNOIS, LOMOND. *Presse méd.*, 24 fév. 1932.



encore compliqué de spasme. Celui-ci arrive tôt ou tard et substitue la protestation à la tolérance ». Et ce serait là l'origine des phénomènes douloureux, faisant défaut dans les formes au début et le plus souvent déclenchés par des thérapeutiques brutales ou intempestives.

Dès lors, la conclusion s'impose : les allongements coliques ne seraient que des anomalies anatomiques, facteurs de gêne dans le transit intestinal, se manifestant à l'occasion d'une complication quelconque.

Chiray, Lomond et Rosanoff (1) ne partagent pas ces conceptions. Pour eux, la triade symptomatique « conserve toute sa valeur et permet d'affirmer l'existence de la maladie ». Le fait d'en isoler chaque élément et de démontrer sa non-spécificité ne prouve pas que ce groupement soit sans valeur.

Nobécourt, Brodin, Carnot (2) reconnaissent l'importance de cette triade, dont la signification séméiologique leur apparaît comme évidente. Kantor signale la constance de ces symptômes dans les affections dolichocoliques : Stase intestinale dans 75 % des cas, pneumocolie dans 72 % des cas, et crises douloureuses abdominales dans 60 % des cas.

A l'objection de Loeper, « Le dolichocôlon est une malformation et non une maladie, il ne devient maladie que quand il se complique de colite », Chiray répond qu'il y a lieu de distinguer entre la période latente et la période patente dans l'évolution d'un dolichocôlon. Cependant, même durant la période de latence, les allongements coliques ne restent pas absolument silencieux. Si l'on scrute attentivement l'histoire de la maladie, on s'aperçoit qu'antérieurement celle-ci s'est manifestée pendant des périodes d'une durée variable. Le malade présentait alors soit de la constipation, soit du météorisme abdominal. Comme l'anse dolichocolique n'avait pas encore atteint des dimensions considérables et propres à entraîner des troubles importants du transit, on conçoit que ces légers symptômes soient passés inaperçus et aient rapidement cédé à une purgation légère. Plus tard, avec la colite apparaîtra la période patente, mais à ce moment le diagnostic ne présentera guère de difficultés.

« Pourquoi refuserait-on, dans ces conditions, de reconnaître une entité morbide aussi nettement individualisée ? » conclut Chiray. Cette maladie présente une anatomie toute particulière, une physiologie pathologique caractéristique et une thérapeutique autonome et efficace dans la grande majorité des cas. Tout au plus, l'apparition de la colite accentuera-t-elle des phénomènes pathologiques déjà préexistants, et confirmera-t-elle une individualité clinique qui s'est manifestée depuis longtemps.

Nous nous rangerons à l'avis de Chiray. Pour nous, le dolichocôlon est une entité anatomo-clinique et nous allons essayer de démontrer qu'elle est due à des troubles de la motricité intestinale favorisés par une prédisposition anatomique : anomalie de fixation ou de longueur des mésos.

Deux alternatives se présentent qui correspondent aux périodes latente et patente de Chiray. Ou le dolichocôlon reste cliniquement muet et passe inaperçu ; ou bien apparaît la triade symptomatique correspondant à certains troubles caractéristiques des côlons.

Comment expliquer cette latence d'un dolichocôlon constitué et éventuellement mis en évidence par une radiographie ? Il nous semble qu'on puisse l'attribuer à une bonne musculature intestinale. Sans doute, anatomiquement l'intestin est-il allongé, mais les contractions se font normalement et l'évacuation de ce fait ne présente aucun trouble. « A bonne musculature dolichocôlon silencieux. »

Au contraire, dès l'apparition de la triade symptomatique, on peut affirmer que la motricité intestinale est atteinte. On constate à l'écran radioscopique que le transit se fait sur un mode anormal que Chiray dénomme avec justesse le « transit anarchique ». En effet, le bol fécal qui, normalement, sous l'action des contractions et du péristaltisme intestinal devrait progresser d'un mouvement continu et s'évacuer en masse, progresse par saccades, subit des périodes de stase assez prolongées et s'évacue par fractions plus ou moins importantes, mais à intervalles assez éloignés.

Ces troubles de la motricité intestinale entraînent un certain nombre de désordres. Sous l'action des gaz accumulés, l'intestin se distend, c'est la pneumocolie. Cette pneumocolie entraînera la stase des matières en amont, généralement dans le côlon droit. Le phénomène est bien connu des bulles gazeuses arrêtant la circulation d'un liquide dans un tube quelconque. Cette stase se produira d'autant plus aisément que l'intestin présente un certain degré d'atonie musculaire.

Si le dolichocôlon favorise la stase, celle-ci à son tour accentuera la déformation dolichocolique. L'intestin distendu et étiré à l'état permanent finira par perdre toute tonicité. Cette atonie ne sera pas localisée à l'anse dolichocolique puisque le transit à ce niveau n'est pas modifié et parfois même accéléré (Chiray), mais elle s'étendra à tout le cadre colique.

Puis apparaîtront les complications, colite avec débâcles abondantes succédant à des crises subocclusives, péricolite plastique, mésosigmoïdite rétractile, dues à la stase au niveau d'un segment colique et aux fermentations et putréfactions des fèces à ce niveau. Ces complications, la plupart du temps, attireront l'attention et feront poser le diagnostic.

On conçoit l'importance de ce rapport entre l'état moteur de l'intestin et l'apparition de signes pathologiques. Un dolichocôlon qui ne se laisse pas distendre et dont les contractions sont normales, ne présentera pas de signes pathologiques.

Dans ce cas, l'épreuve radiologique du lavement montre un gros intestin dont la contenance ne dépasse guère celle d'un intestin normal. Il n'en est pas de même pour certains dolichocôlons atoniques dont la capacité dépasse parfois trois et même quatre litres sans qu'il y ait pour cela mégacôlon.

Cette répercussion des troubles de la motricité intestinale sur la pathogénie des affections dolichocoliques est encore mise en évidence par certaines actions thérapeutiques.

(1) CHIRAY, LOMOND, ROSANOFF. Le dolichocôlon, *Press méd.*, 1933.

(2) CARNOT. Sur le dolichocôlon, *Paris méd.*, 2 avril 1932, p. 305.

Certains traitements médicamenteux et notamment le traitement de Girault (1) ont entraîné parfois, en plus de l'amélioration des manifestations pathologiques, une régression des anses allongées. Ces faits ont été signalés par Girault (1925), Chiray (1931) (2), Aubourg (1932) (3), Bernard (1933) (4). Le traitement de Girault s'adresse surtout à la musculature intestinale.

Il est basé sur l'ingestion horaire de laxatifs végétaux, les uns ayant une action mécanique, les autres une action chimique.

— L'action mécanique sera produite par l'ingestion de graines de psyllium.

— Le rôle chimique sera obtenu par l'emploi d'une solution hydro-alcoolique des végétaux suivants :

1° Racines de podophylle : action cholagogue et excitation secondaire des fibres lisses.

2° Lin purgatif : renforçant l'action mécanique des graines de psyllium.

3° Racines de gratiole, racines de Bryone et baies de nerprun, tous trois purgatifs drastiques, provoquant des mouvements péristaltiques énergiques et facilitant l'évacuation du gros intestin.

Ce traitement semble particulièrement apte à susciter les fonctions de motricité du côlon.

Cette aptitude des dolichocôlons à se modifier morphologiquement sous l'action d'un traitement approprié semble particulièrement bien démontrée dans l'observation publiée par Aubourg (1932). Il s'agit d'un malade observé à vingt ans de distance, pour troubles dolichocoliques.

Le premier examen date de 1912. Le malade, âgé de 5 ans, présentait, à cette époque, un dolichocôlon pelvien, un dolichocôlon iliaque et un dolichocôlon descendant. En somme un allongement généralisé à tout le côlon gauche. Un traitement fut institué : lavements, régime alimentaire et port d'une ceinture. Une amélioration s'en suivit qui se prolongea jusqu'en 1919.

A cette époque, de nouveaux troubles se manifestent. Nouvel examen radiologique en 1932 qui permet de constater la persistance du dolichocôlon pelvien. La disparition du dolichocôlon iliaque, la disparition du dolichocôlon descendant et l'apparition d'un dolichocôlon transverse.

Deux faits semblent ressortir de cette observation : d'une part, la possibilité de régression d'un dolichocôlon sous l'action d'une thérapeutique appropriée ; d'autre part, le développement éventuel d'un dolichocôlon chez l'adulte, ce qui infirme l'hypothèse congénitale des dolichocôlons.

L'influence des troubles de la motricité dans la genèse des dolichocôlons semble bien démontrée. Quel

peut être le mécanisme de ces troubles de la motricité ?

Alvarez (1922) (1), étudiant le processus digestif, établit d'abord que les contractions rythmiques de l'intestin seraient une propriété du muscle intestinal. Le système nerveux autonome (plexus d'Auerbach) contrôlerait automatiquement ces mouvements et les coordonnerait. Mais ce système nerveux autonome serait lui-même sous la dépendance des systèmes sympathique et parasympathique.

Pour Keith, il existerait un tissu nodal au niveau duquel les cellules nerveuses entreraient en contact avec les fibres musculaires lisses. Ce tissu nodal aurait en effet été rencontré dans certaines zones de l'intestin « notamment là où celui-ci présente un état habituel de contraction. Ce tissu nodal dirigerait tout l'automatisme intestinal ». (Carnot et Glénard) (2).

On conçoit dès lors la répercussion que peut avoir la moindre lésion localisée sur l'ensemble de l'intestin par l'intermédiaire de ce système nerveux autonome ; et les perturbations qu'un processus pathologique quelconque peut entraîner dans le transit intestinal en modifiant le rythme des contractions.

Le système nerveux vago-sympathique peut également intervenir dans la pathogenèse des dolichocôlons, soit directement, soit par un mécanisme réflexe. Carnot signale l'importance de ce système sur le fonctionnement intestinal : « Si le système nerveux intra-intestinal est susceptible d'entretenir et de régulariser les mouvements rythmiques de l'intestin (qui sont une qualité proprement musculaire) le rôle coordinateur général est dévolu aux rameaux du plexus solaire où viennent se mélanger la plus grande partie des nerfs pneumogastriques et sympathiques... D'autre part, les nerfs ont charge de mettre la motricité intestinale en harmonie avec le fonctionnement de tout le reste de l'organisme ». Une lésion organique pourrait de ce fait avoir une action par l'intermédiaire du système sympathique ou parasympathique et par répercussion sur le plexus d'Auerbach, ou sur les centres nodaux de Keith, sur les fonctions motrices de l'intestin.

Evidemment, des lésions cérébrales ou médullaires pourront entraîner des troubles intestinaux et être à l'origine d'une affection dolichocolique. Mais ces faits sont rares. Bensaude, Cain et Layami citent le cas d'un malade de 16 ans présentant des troubles dyspeptiques avec douleurs de la région sous-hépatique ; grands vomissements intermittents, ballonnements, et rejet de gaz par l'anus. L'examen radiologique mit en évidence un dolichomégacôlon. Ce malade avait à 14 ans fait une encéphalite épidémique. Les autres attribuent le développement de ce dolichomégacôlon « à des troubles complexes neuro-musculaires d'origine encéphalitique ».

La coïncidence entre la présence d'un dolichocôlon et des lésions des glandes endocrines a fait penser à la possibilité d'une action endocrinienne sur les allongements coliques. Mais ces cas sont peu fréquents.

(1) ALBAN GIRAULT. Un traitement médical des dolichocôlons, *Arch. mal. app. digest., Soc. de Gastro-Entérol.*, mai 1926.

(2) CHIRAY. *Gazette méd. de France*, nov. 1931, p. 3 à 9.

(3) AUBOURG. Diagnostic et traitement dans les formes cliniques latentes du dolichocôlon, *Soc. de Méd. de Paris*, 10 juin 1932.

(4) BERNARD (Adolphe). *Journ. des Sciences méd. de Lille*, 4 décembre 1932. — BERNARD et DE TAYRAC. Réflexions sur le dolichocôlon, *Soc. méd. et anatomo-clinique de Lille*, 3 juillet 1934.

(1) ALVAREZ. *The mechanic of digestive tract-Haeber*, New-York, 1932.

(2) CARNOT et GLÉNARD. *Traité de physiologie*.



Un fait est cependant démontré : c'est que certains extraits opothérapiques ont une action thérapeutique manifeste dans les dolichocôlons et en particulier l'hypophyse qui exerce un pouvoir d'excitation très marqué sur les fibres lisses de l'intestin (Richet, Carnot, Glénard, Houssay, Léopold Lévy). Carnot et Glénard citent le cas d'une « femme obèse, à dolichocôlon, qui ne va spontanément à la selle que tous les 10 jours, chez qui les purgatifs ne donnent que de mauvais résultats, et qui, depuis trois mois, ne va régulièrement à la selle, en évitant les crises d'obstruction, qu'après injections sous-cutanées de post-hypophyse.

Il est possible qu'une déficience endocrinienne intervienne dans la genèse d'un dolichocôlon. Mais actuellement la question est loin d'être résolue. Carnot signale cependant un cas de dolichocôlon chez un malade atteint d'une tumeur de l'hypophyse.

Faut-il attribuer les dolichocôlons à une insuffisance hormonale? On a signalé l'action d'une hormone péristaltique duodénale (Henriquez, Zuelzer, Dorhn, Marxer, Bion) (1). Cette hormone provoquerait une importante vaso-dilatation et des contractions intestinales très énergiques. Mais, quant à attribuer les stases intestinales et les allongements segmentaires coliques à une insuffisance de l'hormone péristaltique-duodénale, rien n'est moins prouvé.

On objectera peut-être que les troubles de la motricité intestinale interviennent dans d'autres affections que dans les dolichocôlons, et qu'on peut observer même avec un intestin de longueur normale de la stase, une dilatation éventuelle sous l'action mécanique d'un lavement opaque et de l'aérocologie. Ceci nous semble indiscutable, mais ce qui fait l'importance de ces facteurs dans le diagnostic d'un dolichocôlon, c'est leur groupement, leur constance. On est loin de retrouver dans les autres affections intestinales cette triade symptomatique avec la même fréquence. D'autre part, les complications, notamment le volvulus, sont plus particulièrement l'apanage d'une affection dolichocolique.

Enfin l'atonie musculaire présentera, du fait de l'existence d'un dolichocôlon, des conséquences plus importantes et susceptibles de modifier le pronostic.

Pour conclure, et quoique le problème pathogénique du dolichocôlon soit loin d'être éclairci, il semble néanmoins indiscutable que des troubles de la motricité intestinale soient à l'origine de cette affection.

En conséquence, le traitement à préconiser, en dehors des complications justiciables d'une intervention chirurgicale, sera surtout physiologique. Il visera à rétablir le transit au niveau du gros intestin en excitant les fonctions motrices de celui-ci. Il s'agira en fait d'une rééducation de la motricité intestinale, qui sera difficile et forcément longue.

Annuaire médical des stations hydrominérales, climatiques et balnéaires de France (Sanatoriums, Maisons de Santé), 62<sup>e</sup> édition, année 1934. Un volume relié toile, grand in-8 de 771 pages illustrées. — L'Expansion scientifique française, rue du Cherche-Midi, 23, à Paris (6<sup>e</sup>).

## SOCIÉTÉS SAVANTES

### ACADEMIE DE MEDECINE

(SÉANCE DU 18 JUIN 1935)

**L'action bactéricide de l'acide carbonique sur les germes de l'eau.** — MM. A. GUILLERD et P. LIEFFRIC étudient l'action bactéricide de l'acide carbonique sur les germes de l'eau. Les auteurs introduisent des quantités connues de *B. coli* et de *B. d'Eberth* dans les eaux mises en expérience, qui sont soumises à l'action du gaz carbonique à saturation, terme qui est atteint en quelques minutes ; bien que le passage du gaz soit prolongé jusqu'à 30 et 60 minutes, les numérations de germes, faites avant et après l'action du gaz carbonique, montrent qu'il ne peut être fondé aucun espoir sérieux et justifié sur son pouvoir bactéricide, en vue de la stérilisation des eaux.

**Les charges du sang artériel en gaz thermaux pendant la balnéation carbo-gazeuse.** — MM. A. MOUGEOT, V. AUBERTOT et R. GROS se sont demandé s'il subsiste une surcharge en gaz thermaux dans le sang artériel après que le sang s'est débarrassé d'une partie des gaz thermaux pendant son passage à travers le poumon.

Les auteurs ont résolu la question par l'affirmative en se fondant sur une étude systématique de la tension en CO<sup>2</sup> de l'air alvéolaire au cours du bain et sur la tension en CO<sup>2</sup> libre dans les urines émises après le bain. Ces deux tensions s'élèvent d'une façon constante, mais dans une proportion qui varie entre 45 et 83 p. 100 suivant la variété du bain expérimenté à Royat.

**Diagnostic radiologique de la présence de grains de plomb intra-appendiculaires.** — M. LEDOUX-LEBARD. Parmi les corps étrangers que l'on rencontre dans l'appendice au cours des interventions, seuls les calculs contenant des sels de chaux peuvent être décelés radiographiquement.

L'auteur a eu l'occasion de constater sur des clichés des taches très opaques, qu'il a attribuées à la présence de plombs de chasse avalés en mangeant du gibier.

Il a pu plusieurs fois vérifier ce diagnostic après ablation de l'appendice.

Les grains de plomb sont susceptibles de séjourner longtemps dans l'appendice, et dans certains cas de jouer un rôle prédisposant en favorisant l'éclosion des processus appendiculaires.

**Election d'un membre titulaire dans la première section (Médecine), en remplacement de M. Jeanselme (décédé).**

Le classement des candidats était le suivant : en première ligne, M. Villaret ; en seconde ligne, *ex æquo* et par ordre alphabétique : MM. Clerc, Laignel-Lavastine, Milian, Pagniez, Ribadeau-Dumas ; adjoints par l'Académie : MM. Babonneix, N. Fiessinger, C. Flandin, Gougerot.

Au premier tour de scrutin, M. Maurice VILLARET, professeur d'hydrologie à la Faculté de médecine de Paris, est élu par 66 voix sur 75 votants.

### SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 30 MARS 1935)

**Destruction de l'histamine par le poumon.** — M. L. BINET et Mlle M. MARQUIS. Le taux des imidazols dans le sang baisse après la traversée du poumon.

D'autre part, si l'on ajoute de l'histamine à du sang qui circule dans un poumon isolé et ventilé, on constate

(1) Cités par CARNOT et GLÉNARD. *Traité de physiologie*.

qu'elle disparaît du sang et l'analyse du phénomène montre qu'il s'agit d'une véritable destruction.

Ces expériences, rapprochées des résultats obtenus par C.-H. Best, permettent de conclure à l'existence d'un pouvoir histaminolytique du poumon.

**Réaction de Bordet-Wassermann pratiquée avec des sérums préalablement soumis à l'action de certains sels.** — MM. R. DUJARRIC DE LA RIVIÈRE et HOANG TICH TRY. Effectuant 568 examens sur 256 sérums positifs préalablement soumis à l'action des sels de mercure, d'arsenic et de bismuth, ils ont observé 146 cas de négativation à la réaction de Bordet-Wassermann, soit 25,7 % des cas.

Ces recherches établissent l'exactitude des faits qu'ils avaient avancés : l'action exercée *in vitro* par les solutions diluées de sels de mercure, de bismuth et d'arsenic sur nombre de sérums syphilitiques est manifeste et se traduit par une modification de la réaction de Bordet-Wassermann vers la négativité.

**L'acide ascorbique ou vitamine C dans les différentes parties de l'hypophyse.** — MM. A. GIROUD, C.-P. LEBLOND et R. RATSIMAMANGA. Les trois parties fondamentales de l'hypophyse se comportent différemment au point de vue teneur en acide ascorbique. Le lobe postérieur est relativement pauvre en acide ascorbique. Le lobe antérieur et le lobe moyen, surtout ce dernier, sont au contraire très riches. Ce sont même les tissus les plus riches de l'organisme. Si l'on confronte ce fait avec les dosages de glutathion, on constate que c'est un exemple de plus des variations parallèles du glutathion et de l'acide ascorbique.

**Rôle de la bile dans l'étiologie et l'évolution de la péritonite biliaire expérimentale.** — MM. M. WEINBERG et S. LEVENSON ont étudié les effets de l'injection de bile dans le péritoine, son action sur le passage des microbes de la flore intestinale dans la cavité péritonéale ainsi que son action *in vivo* sur quelques microbes qu'on trouve le plus souvent dans la péritonite observée chez l'homme.

1° L'injection intrapéritonéale de bile provoque chez le cobaye une intoxication générale caractérisée par des convulsions suivies d'un abattement général, quelquefois de paralysies des membres, et compliquée souvent, soit de péritonite aseptique, soit de péritonite infectieuse, quand une forte congestion du tube digestif a favorisé le passage des microbes de la flore intestinale dans la cavité péritonéale.

2° Les microbes qui ont traversé la paroi intestinale sont dans l'ordre de fréquence : *B. coli*, staphylocoque entérocoque, *B. perfringens*, streptocoque, *B. paratyphique B.*

3° La réaction de l'organisme au passage de la bile dans le péritoine est individuelle, une petite dose provoque exceptionnellement une intoxication à issue fatale, tandis qu'une dose forte peut être quelquefois supportée sans donner lieu à des symptômes cliniques graves.

L'action de la bile sur les microbes, *in vivo*, est inconstante.

4° Ces constatations imposent la conduite thérapeutique dans le cas de péritonite biliaire. L'intervention chirurgicale d'urgence doit être immédiatement suivie de l'injection d'un sérum très actif contre les principales espèces microbiennes responsables de l'infection péritonéale.

**L'oxyde de carbone dans le sang de quelques malades.** — MM. LOEPER, BIOY, TONNET et VARAY. On peut supposer que l'oxycarbonémie ne se limite pas à l'oxalémie et que l'oxyde de carbone d'origine endogène et tissulaire peut s'accroître dans d'autres affections aiguës ou chroniques. Les auteurs ont étudié des malades atteints d'affections vasculaires cardiaques, des pulmonaires, des infectés et des diabétiques.

Nous avons utilisé avec une précision aussi parfaite que possible la méthode de Nicloux.

L'oxyde de carbone, pratiquement nul à l'état normal et dans la convalescence d'un ictère catarrhal, s'accroît déjà notablement dans certains troubles neuro-musculaires, il s'accroît plus encore dans l'asthme et dans l'asthme compliqué de bronchite chronique ; il s'accroît encore dans une hépatite compliquée d'ascite, et dans deux cas de diabète ; enfin dans une maladie de Bouillaud avec complication péricardique.

Il est difficile de rapporter à sa présence un quelconque des symptômes observés. Pourtant l'abondance dans l'asthme, permettrait d'établir un certain rapport entre la crise dyspnéique et l'oxyde de carbone.

Quant à son origine, elle réside certainement dans la combustion imparfaite au sein des tissus de certaines substances nutritives.

La richesse du sang du diabétique permet d'incriminer les glucides.

Il est difficile de dire s'il existe un intermédiaire et si cet intermédiaire est l'acide oxalique. Aussi comparerons-nous ultérieurement les chiffres sanguins d'oxyde de carbone, d'acide carbonique, ceux de la glycémie et de l'oxalémie. Nous verrons même si chez un diabétique oxycarboné, l'insuline fait baisser parallèlement le sucre et l'oxyde de carbone, comme elle fait baisser le sucre et l'acide oxalique.

**Sur le passage du bacille de Koch dans les glandes mammaires et à travers le placenta.** — MM. A. GAIGINSKY et J. PETRESCO, dans le dessein de rechercher si on peut révéler la présence de bacilles de Koch dans les glandes mammaires et dans le lait de cobayes femelles tuberculeuses et dans les organes de leurs fœtus ou de leurs petits, ont infecté, par voie trachéale ou veineuse, deux lots d'animaux : 16 par voie trachéale et 30 par voie veineuse. Dans les cas où les cobayes ont été inoculés par voie trachéale, ils n'ont pas obtenu de résultats positifs ; au contraire, sur 30 cas inoculés par voie veineuse, 17 ont été positifs.

**Surinfection tuberculeuse pleurale.** — MM. A. BOQUET et R. LAPORTE montrent que la surinfection pleurale a surtout pour effet de provoquer la formation de tubercules pariétaux accompagnés, dans certains cas, d'un épanchement hémorragique et d'adhérences. Ainsi une infection en cours laisse à la plèvre une réceptivité assez grande pour que des bacilles puissent s'y développer activement en créant de véritables lésions nodulaires évolutives, susceptibles de s'accroître et de s'étendre graduellement. Néanmoins, l'immunité générale est assez forte pour ralentir la dispersion hémotogène des germes d'épreuve et retarder l'envahissement des organes sous-jacents ou éloignés. La formation d'un épanchement durable, chez le cobaye et chez le lapin tuberculeux, s'effectue après un délai aussi long et d'une manière aussi inconstante que chez les animaux témoins ; elle est donc indépendante de la réaction initiale presque immédiate, mais transitoire — sorte de phénomène de Koch ou de phénomène de Bail, — provoquée par la brusque irruption des corps bacillaires dans une plèvre hypersensible.

**Sur la coexistence, dans le sang d'animaux en état de présensibilisation anaphylactique, d'une substance sensibilisante et d'une substance préservatrice.** — M. F. MARONON a extrait du sang des animaux en état de présensibilisation anaphylactique (chien saigné six jours après une injection de sérum ou d'ovalbumine), et cela par un procédé d'extraction de diastases, une substance sensibilisante et une substance préservatrice. Cette dernière, injectée à des sujets sensibilisés (chien, cobayes), produit une atténuation et quelquefois la suppression des manifestations anaphylactiques, lors de l'injection déchaînant. La première substance est adsorbable par l'antigène alors que la seconde ne l'est pas.



**La réaction phospho-vanillique des sels biliaires dans les extraits tissulaires du chien ictérique.** — MM. Etienne CHABROL, R. CHARONNAT et Jean CORTET ont recherché la réaction de l'acide cholalique dans les différents organes de trois chiens soumis à la ligature du canal cholédoque et d'un quatrième animal soumis à l'intoxication ictérique de la toluylène-diamine. Comme on pouvait le prévoir, le parenchyme du foie a donné une réaction phospho-vanillique très intense chez les chiens en état de rétention biliaire, sensiblement normale chez le chien intoxiqué par la toluylène-diamine. Réciproquement on notait en territoire intestinal un déficit biliaire considérable après la ligature et une excrétion cholalique quasi physiologique au cours de l'intoxication diaminique.

Cet ensemble de faits donne un nouvel appui à l'intérêt biologique de la réaction des sels biliaires. L'accumulation de l'acide cholalique dans le parenchyme du foie contribue à expliquer la dissociation fort curieuse que l'on observe au cours des rétentions ictériques entre le taux élevé des pigments sanguins et le faible degré de la cholalémie.

**Déséquilibre sanguin et œdème chez la femme enceinte normale.** — MM. E. LÉVY-SOLAL et M. LAUDAT étudient les déséquilibres protidique, lipidique et minéraux du sérum de la femme enceinte normale et ils examinent leur influence sur l'exagération de la rétention aqueuse qu'ils ont démontrée expérimentalement.

La chlorémie plasmatique et globulaire est normale pendant toute la grossesse. La lipidémie augmente progressivement depuis le début, mais le rapport existant entre le cholestérol et les acides gras reste le même que chez les individus sains en dehors de la gravidité. Le taux des protides est diminué chez la plupart des femmes enceintes et cet abaissement affecte plus la sérine que la globuline ; il en résulte une chute de la pression colloïdo-osmotique du sérum et la production de l'œdème est ainsi favorisée.

Il s'agit bien d'une cause favorisante, mais non déterminante, car, au regard de ces résultats généraux, les auteurs apportent des exceptions importantes qui semblent démontrer que l'abaissement du taux des protides n'est pas nécessairement en rapport avec la production des œdèmes.

L'hypoprotidémie qui apparaît dès le début de la grossesse, leur semble être plutôt la conséquence du bouleversement des sécrétions hormonales qui se produit à partir de la fécondation.

**Absence de dégénérescence graisseuse du foie après dérivation du suc pancréatique par anastomose pancréatico-urétérale.** — M. G. LOEWY. Par des expériences de dérivation pancréatique, montre que la dégénérescence graisseuse du foie, qui se produit après une dérivation pancréatique externe, n'a pas lieu lorsque cette sécrétion est dérivée dans les voies urinaires. Ces faits tendraient à prouver l'existence dans le suc pancréatique d'une substance nécessaire au métabolisme des graisses dans le foie. Au cours de la dérivation pancréatique dans les voies urinaires, cette substance serait réabsorbée par l'organisme.

**Cauterets, Station des voies respiratoires,** par le docteur A. CORONE. Un vol. in-16 Jésus de 200 pages, à l'Expansion scientifique française, 23, rue du Cherche-Midi, Paris (6<sup>e</sup>). Prix : 20 fr.

**La radiologie des scissures pulmonaires,** par H. D'HOUE, avec une préface du professeur LANGERON. Grand in-8 de 179 pages et 152 figures. — Prix : 75 fr. — Paris, G. Doin et Cie.

**Contribution à l'étude des états sclérodermiques,** par le Dr J. R. BEN-NOUN. In-8 de 77 pages aux éditions Argento-ratum, à Strasbourg. (Thèse.)

# DINITRA

alpha-dinitrophénol 1.2.4

## OBÉSITÉ

HYPOTHERMIES — HYPOSPHYXIES  
HYPOTHYROÏDIES

HYPOMÉTABOLISMES

RALENTISSEMENTS

de la NUTRITION



SOCIÉTÉ D'APPLICATIONS PHARMACODYNAMIQUES, 5 & 7, rue Claude Decaen - PARIS 12

DREVILL - grav.

## INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

### LA LOI FOLLE

Rien ne saurait mieux montrer la nocivité de la loi de 1930 que la quantité de parlementaires qui s'agitent autour d'elle et s'efforcent de la rendre à la fois moins funeste à l'économie générale du pays et plus propice à ceux qui lui sont assujettis. D'où une avalanche de projets, de propositions de loi et de résolution qui, dans l'ensemble, n'apportent guère de remède, car les meilleures intentions des uns et des autres sont stérilisées par les préoccupations politiques et électorales.

Nous avons une de ces propositions sous les yeux, et bien qu'elle porte la signature de 113 députés, nous n'en parlerions point si l'exposé des motifs ne nous fournissait quelques chiffres intéressants.

Cette proposition porte le n° 5102 et est datée du 26 mars 1935. Elle conclut à la séparation de l'assurance-vieillesse de l'assurance-maladie et tendrait à confier cette dernière aux organismes mutualistes ou corporatifs.

Les auteurs sont certainement animés des meilleures intentions, mais ils paraissent s'être un peu trop laissé impressionner par le mot magique « mutualité ».

Ils n'ont pas pensé que le seul avantage que peut présenter une mutualité est la surveillance de ses membres, qui ne s'exerce avec fruit que dans les organismes à effectifs très réduits. Dès qu'ils prennent quelque importance, ils perdent naturellement cet avantage et présentent les mêmes inconvénients que les caisses à effectif nombreux. Et quand nous disons les mêmes, nous laissons de côté ceux qui ont défrayé ces années dernières la chronique scandaleuse et judiciaire.

Lorsqu'une mutualité a acquis une certaine importance, on arrive à un prix de l'acte médical très élevé. Si on ajoute que par le jeu des subventions les mutualités touchent des sommes importantes, on se rend compte que la transformation projetée ne procurerait d'économies ni à l'Etat, ni aux particuliers.

C'est cependant le but que poursuivent les auteurs de cette proposition de résolution, puisqu'il réclament notamment :

« Réduction du taux des cotisations au prorata des besoins réels des caisses. »

Et pour faire cette proposition qui contredit un peu les affirmations faites lors de la signature des conventions pour la Seine, les auteurs s'appuient sur des chiffres officiels qu'il n'est pas sans intérêt de reproduire.

Tout d'abord, ils font ressortir que l'organisation actuelle des assurances sociales est le « règne de la pape-rasse ». En effet, au cours de l'année 1933, il a fallu établir :

9.341.373 cartes individuelles,  
24.437.970 feuillets trimestriels.

Pour l'utilisation de cette pape-rasse, l'Etat a dû recruter 5.000 fonctionnaires nouveaux, et les caisses primaires environ 8.000.

Pour l'année 1934, il en a coûté à l'Etat pour les frais de gestion 108.540.572 francs ; on peut en ajouter autant pour les frais généraux des caisses.

« Au total, les frais généraux des assurances sociales ressortent à plus de 200 millions par an, 200 millions dépensés sans nul profit pour les assurés et prélevés pour la plus large part sur leurs cotisations. »

Les capitaux prélevés sur l'économie nationale sont énormes : du 1<sup>er</sup> juillet 1930 au 30 juin 1935, ils s'élèvent à 17 milliards 130 millions.

L'emploi approximatif de ces 17 milliards est le suivant :

Prestations versées aux assurés.....millions	4.500
Frais d'administration .....	800
Placements et fonds disponibles.....	11.800

Il n'a donc été versé aux assurés que 26 p. 100, alors que 5 p. 100 ont été absorbés par les frais d'administration et 69 p. 100 capitalisés.

A n'envisager que les caisses de répartition, on estime justement excessif qu'elles aient pu réaliser un boni de près de 2 milliards et demi, et on en conclut fort légitimement qu'il conviendrait de diminuer les cotisations.

Il nous apparaît qu'il eût convenu plutôt de ne pas lancer le pays dans cette aventure.

A. HERPIN.

## PRATIQUE MÉDICALE

### RACHITISME ET LYMPHATISME ÉTATS MIXTES ET TRAITEMENT (1)

Par M. le docteur ULRICH-LÉVY.

Le Congrès du Lymphatisme à La Bourboule a eu, entre autres mérites, celui d'apporter dans la notion jusqu'alors assez vague d'une affection peu définie, quelques précisions étiologiques, pathogéniques et thérapeutiques. La thérapeutique y a trouvé des orientations assez précises, compte tenu de ce qui appartient aux apports héréditaires et de ce qui est acquis. Chez le lymphatique essentiel, qui se présente sous l'aspect d'un enfant gras, mou physiquement et psychiquement lent, le régime et l'endocrinothérapie occupent une place importante. Mais les médicaments chimiques ne seront point négligés, en particulier le fer, le phosphore, l'iode qui sont toujours utiles. Le phosphore et le fer seront prescrits sous des formes organiques assimilables ; la Phytine et la Ferrophytine sont les prototypes des médicaments de cet ordre ; l'auteur souligne la constance des résultats qu'il en a obtenus chez tous ses petits malades de 3 à 12 ans présentant un syndrome lymphatique plus ou moins nuancé d'hérédos-spécificité, de rachitisme ou de pré-tuberculose.

La mer, la montagne, l'arsenic et le soufre sous forme de cures thermales, achèveront de compléter, pendant l'été, le traitement institué en hiver et ayant pour base une hygiène bien entendue, associée au fer et au phosphore organique.

## LIVRES NOUVEAUX

**Hérédité du cancer (2)**, par M. E. DUROUX, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lyon.

M. Duroux estime avec raison que « le problème de l'hérédité cancéreuse doit faire partie de la croisade entreprise pour chercher le moyen de délivrer l'humanité d'une tare angoissante ».

Sans avoir la pensée d'apporter une solution définitive, il vient de réunir en un beau volume tous les documents : études expérimentales, statistiques, résultats biologiques, faits cliniques, qui permettent d'éclairer la question.

On lira avec intérêt ses chapitres sur l'hérédité en général, l'hérédité cancéreuse expérimentale, l'hérédité cancé-

(1) *Progrès méd.*, 10 nov. 1934, n° 45.

(2) In-8. — Prix : 25 fr. — Lyon, librairie scientifique Camugli.



# RUBIAZOL

(CHLORHYDRATE DE SULFAMIDO-CHRYSOÏDINE)  
(C<sup>12</sup>H<sup>13</sup>N<sup>5</sup>SO<sup>2</sup>)HCL

## CHIMIOOTHERAPIE DES AFFECTIONS A STREPTOCOQUES

### LE RUBIAZOL

#### EXPERIMENTALEMENT

*Guérit régulièrement les  
souris infectées par dix doses  
mortelles de STREPTOCOQUES.*

#### PREVENTIVEMENT

*Réalise une véritable  
immunité chimique  
contre le STREPTOCOQUE.*

#### CLINIQUEMENT

*Jugule l'ERYSIPÈLE le rend  
apyrétique en 24 à 48 heures  
Est indiqué dans toutes les affections  
provoquées ou aggravées par le  
STREPTOCOQUE.*

**LE RUBIAZOL EST PRATIQUEMENT ATOXIQUE**

#### PRÉSENTATIONS :

*Dragées à 0,25 — 6 à 10 par jour.  
Ampoules de 20 c.c. voie intraveineuse 3 à 4 par jour.*

LABORATOIRES DU D<sup>r</sup> ROUSSEL 89, Rue du Cherche-Midi - PARIS (VI<sup>e</sup>)

reuse humaine, la classification de l'hérédité cancéreuse. Deux chapitres consacrés l'un à l'interprétation des résultats, le dernier aux considérations pratiques qui en découlent tant du point de vue préventif particulier que du point de vue social, terminent l'ouvrage.

En conclusion, l'auteur déclare que l'hérédité du cancer est une vérité pathologique qui intervient à tout moment dans la constatation de la terrible maladie.

L. G.

**Thérapeutique médicale : VIII. — Système nerveux (1),** par MM. M. LOEPER, Th. ALAJOUANINE, R. GARCIN, P. MOLLARET, J. DECOURT, Ph. PAGNIEZ, A. LEMAIRE, R.-A. MARQUÉZY, Th. DE MARTEL, J. HAGUENAU, PASTEUR VALLERY-RADOT, L. DELHERM, H. CODET, M. VILLARET.

I. *Les médications générales* (M. Loeper). — Les sédatifs du système nerveux. Les sédatifs de l'appareil végétatif. L'anesthésie générale. Les hypnotiques. Les médications générales de la douleur. Les méthodes d'analgésie directe. Les toniques du système nerveux.

II. *Les médications spéciales.* — Les indications thérapeutiques au cours d'ictus (Th. Alajouanine). — Traitement des maladies à virus neurotrope (R. Garcin). — La pyrétothérapie dans les maladies du système nerveux (P. Mollaret). — Les indications du traitement spécifique au cours de la syphilis nerveuse (J. Decourt). — Le traitement de l'épilepsie (Ph. Pagniez). — Le traitement de l'hypertension intracrânienne (A. Lemaire). — Traitement de la méningite cérébro-spinale (R.-A. Marquézy). — Les grandes indications chirurgicales dans le traitement des tumeurs cérébrales (Th. de Martel). — Le traitement radiothérapique des tumeurs cérébrales (J. Haguenau). — Traitement des migraines (Pasteur Vallery-Radot). — Le traitement des algies par les agents électriques (L. Delherm). — La psychothérapie (H. Codet). — Créno-climatothérapie sédative et affections neurologiques (M. Villaret).

*Thérapeutique médicale.* — I. *Maladies du tube digestif* (2<sup>e</sup> édition), en préparation. — II. *Aliments médicaux* (1930), 45 fr. — III. *Maladies du foie, des glandes endocrines et de la nutrition* (1931), 50 fr. — IV. *Poumons et tuberculose* (1932), 50 fr. — V. *Peau, syphilis, cancer* (1932), 50 fr. — VI. *Cœur et vaisseaux* (1933), 45 fr. — VII. *Vaisseaux et reins* (1934), 50 fr. — VIII. *Système nerveux* (1935), 50 fr.

L. G.

## ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

### THESES

**Samedi 22 juin.** — Jury : MM. Gougerot, président ; Nobécourt, Justin Besançon, Gayet. — M. BENIGLAS, L'érythème noueux est-il tuberculeux ? — M. CANIZARI ORLANDO, Le traitement du xanthelasma. — M. LEITNER, Etude clinique du mycosis fongioïde à type interverti. — M. ADELSTEIN, Hérédo-syphilis et maladie de Friedreich. — M. JOSOPVICI, Etude des méningites aiguës lymphocytaires bénignes chez l'enfant.

**Mardi 25 juin.** — Jury : MM. Balthazard, président ; Carnot, Rathery, Piédelièvre. — M. FRICOU, Lésions buccales dans les maladies professionnelles, étude clinique. Législation. — M. HÉBERT, Etude anatomo-radiologique de l'appareil circulatoire par opacification post mortem. — M. PICART, Etude expérimentale et clinique du principe

actif cristallisé du guara *Scolymus*. — Mme ROY, née DAUBAN, Diabète et grossesse.

**Mercredi 26 juin.** — Jury : MM. Gosset, président ; Ombrédanne, Cadenat, Petit-Dutaillis. — M. Jean LIOT, Contre-indications et indications de la néphrectomie dans la maladie polykystique des reins. — M. REBOUL, Etude critique de l'artériographie de membres et de l'aorte abdominale. — M. TCHATCHACHEVILI, Tumeurs papillaires du bassin et de l'uretère. — M. YECTIMOVITCH, Etude des fractures isolées fermées des apophyses transverses lombaires. — M. NAULLEAU, L'artériographie dans les artérites des membres inférieurs.

Jury : MM. Baudouin, président ; Clerc, Robert Debré, Aubertin. — M. CLAUDET, Les causes d'erreur dans la radiographie de la voûte crânienne. — M. CAMPESCO, Sur l'évolution de l'érythrémie vers l'anémie. — M. DUBOIS, La forme intra-thoracique de la maladie de Recklinghausen. — M. COSTIL, Le diagnostic bactériologique de la tuberculose par la culture du bacille de Koch.

**Jeudi 27 juin.** — Jury : MM. Cunéo, président ; Claude, Lemaître, Marion. — M. CUVILLIER, L'ostéotomie par perforation préalable sous-cutanée dans le redressement des courbures rachitiques des membres inférieurs. — M. GOROTÈCHE, Etude des indications opératoires en chirurgie gastro-duodénale. — M. MAUCOSTEL, Etude de la sympathectomie présacrée. — M. ARONOWICZ, Résection chirurgicale du frein gingivo-labial supérieur et des brides gingivo-jugales. — M. GUTTIÈRES, Sur une forme clinique particulière de l'alicolyse d'origine arthritique. — M. LIMASSET, Traitement chirurgical par résection colique segmentaire du mégacolon et du dolichocolon sigmoïde. — M. PARRAIN, Etude de la tuberculose primitive du col de l'utérus.

Jury : MM. Bezançon, président ; Gougerot, Sergent, Sezary. — M. BENMUSSA, Forme gastrique de la tétanie spontanée de l'adulte. — M. BONDALY, Sur un cas de maladie de Hodgkin avec anémie grave. — M. RISSERY, Des hypertension artérielles permanentes de l'adulte jeune. — M. KASATZKER, Etude du traitement des collections purulentes par la protéinothérapie locale. — M. TROZAT, Etude du traitement moderne de la paralysie générale.

**Vendredi 28 juin.** — Jury : MM. Brumpt, président ; Couvelaire, Lacomme, Portes. — M. ZRAZABAL Luigi, Etude expérimentale du traitement de la lambliaze. — M. ARREAZA Guzman, Etude du traitement de la strongyloïdose. — M. ROSSAL, L'état actuel de l'onchocercose humaine. — M. BROMBERG, Synergie hypophysofolliculaire dans les troubles menstruels. — M. DEYRIS, Traitement rapide des hémorragies de la délivrance par les injections intra-veineuses de post-hypophyse combinées à la révision utérine. — M. POIRAT, La dénatalité française. Ses causes. Ses remèdes. — M. ROBINSON, Etude de l'hydrocéphalie fœtale.

**Samedi 29 juin.** — Jury : MM. Nobécourt, président ; Tanon, Chevallier, Richet. — M. BRISSET, Le syndrome d'hypertension artérielle permanente chez l'enfant. — M. DUPONT, Etude sur quarante cas d'acrodynie, observés dans la région de Rennes de 1922 à 1935. — M. DOUZIECH, De certaines indications thérapeutiques modernes du tubage duodénal. — M. KULA, Les moustiques dans les grandes villes. — M. KUNSTLICH, Valeur alimentaire et thérapeutique des fruits. — M. STORCH, L'hormonothérapie ovarienne dans l'hémophilie familiale.

**Le diagnostic des phlébites des membres,** par M. AUDIER. In-8 de 180 pages. — Prix : 25 fr. — Paris, Doin et Cie.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

(1) In-8 de 380 pages avec figures. — Prix : 50 fr. — Paris, Masson et Cie.



**AÉROCID** nouveau traitement  
DE L'AÉROPHAGIE  
AIR TUE PAR L'OPOTHERAPIE  
un cachet ou  
deux comprimés  
au lever et  
au coucher  
LABORATOIRE DE L'AÉROCID, 71, RUE SAINTE-ANNE, PARIS

**DÉSINFECTION** = **CHLORAMINE**  
**INTESTINALE** = **FREYSSINGE**

1 à 3 pilules à chaque repas. - 6, Rue Abel, PARIS - Aucune contrindication

MEDICATION CHLORHYDRO-PEPSIQUE  
**ELIXIR GREZ**  
DYSPEPSIES Anorexie Vomissements LIENTÉRIE  
CHLORHYDRO-PEPSIQUES Amers et Ferments digestifs  
DOSES : 1 verre à liqueur ou 2 à 3 pilules par repas. Enfants : 1 à 2 cuillerées à dessert  
Dérôt : 49, Rue de Maubeuge, PARIS — Envoi franco Echantillons.

**Épilepsie!!**

dans l'état actuel  
de la Science, les

**Dragées Gelineau**

(Bromure de potassium arsenical et Picrotoxine)  
demeurent toujours

le remède le plus actif,  
le plus puissant  
à combattre l'Épilepsie  
J. Mousnier, Sceaux (Seine) près Paris.

**PEPTONATE DE FER ROBIN**

Gouttes - Vin - Elixir

**ANÉMIE-CHLOROSE-DÉBILITÉ**

LABORATOIRES ROBIN, 13, Rue de Poissy, PARIS

R. C. 221.839,  
a. Seine.

**CINNOZYL**

SOLUTION HUILEUSE DE  
CINNAMATE DE BENZYLE  
CHOLESTÉRINE, CAMPHRE

PRÉTUBERCULOSE,  
TRAITEMENT ADJUVANT  
DES TUBERCULOSES MÉDICALES  
ET CHIRURGICALES

AUGMENTE LA CHOLESTÉRINÉMIE

De 1 à 2 ampoules  
par jour ou  
tous les 2 jours.  
Séries de 15  
à 20 injections.  
Boîte de 8 ampoules  
de 5 cc.

AMÉLIORE L'ÉTAT GÉNÉRAL, AIDE A METTRE L'ORGANISME  
EN ÉTAT DE RÉSISTANCE VIS-A-VIS DE L'INFECTION BACILLAIRE  
INJECTIONS sous-cutanées INDOLORES ou intramusculaires  
Aucune réaction Pas de contre-indications

: : LABORATOIRES CLIN, COMAR & C<sup>ie</sup>, 20, rue des Fossés-St-Jacques, PARIS : :



**ESTOMAC**

# SEL DE HUNT

**HYPERCHLORHYDRIE  
FERMENTATIONS ACIDES  
GASTRALGIES**

**LABORATOIRES ALPH. BRUNOT  
16, Rue de Boulainvilliers, PARIS**

## SIROP GUILLIERMOND

**IDO-TANNIQUE**

**AFFECTIONS CARDIO-VASCULAIRES, AFFECTIONS PULMONAIRES CHRONIQUES  
LYMPHATISME, GOITRE, DERMATOSES, ALBUMINURIE**

**DOSES : 2 à 4 cuillerées à bouche, à dessert ou à café suivant l'âge**

**PRESCRIRE :  
SIROP GUILLIERMOND, un flacon**

**BERTAUT-BLANCARD FRÈRES  
64, Rue de La Rochefoucauld, PARIS (9<sup>e</sup>)**

## SULFARSENOL ARSENOS-SOLVANT

ADOPTÉS PAR LES HOPITAUX

## EKTOPHANOL

**SELS DE LITHIUM DE L'ACIDE PHENYLQUINOLEINE CARBONIQUE**

*Indications :* Rhumatismes musculaires ou articulaires, aigus ou chroniques, Goutte, Sciatique, Lumbago, etc.

**LABORATOIRES DE BIOCHIMIE MÉDICALE CH. DESGREZ, Dr en Ph<sup>ie</sup>, 19-21, rue Van-Loo, PARIS XVI<sup>e</sup> — Tél. Auteuil 26-62**



*La Lancette Française***GAZETTE DES HOPITAUX****CIVILS ET MILITAIRES****PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI****ADMINISTRATION ET RÉDACTION :****49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6°. Tél. : Danton 48-31.****PUBLICITE : M. A. THIOILLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6°) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.****PRIX DE L'ABONNEMENT****FRANCE**

3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.

*Etudiants : 25 francs par an.*

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

**ETRANGER**

Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.

Tous les autres pays : 75 francs.

**ABONNEMENTS DE VACANCES***La Gazette des hôpitaux met à la disposition de MM. les Etudiants des abonnements de vacances gratuits d'une durée de deux mois (juillet et août).**Il ne pourra être accepté de changement d'adresse au cours de ces abonnements.**Il ne sera donné suite à aucune demande passée le 30 juin.**Prière d'écrire très lisiblement son nom et son adresse.**S'adresser directement aux bureaux du Journal.***SOMMAIRE****ANALYSES ET INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES***La radiologie en 1934, par MM. Louis DELHERM et P.-Henri CODET.***SOCIÉTÉS SAVANTES***Académie des sciences. — Société médicale des hôpitaux. — Société de chirurgie.***INTÉRÊTS PROFESSIONNELS***Le secret professionnel, par M. A. HERPIN.**La question des médecins étrangers devant la Chambre, par M. Maurice MORDAGNE.***PRATIQUE MÉDICALE****LIVRES NOUVEAUX****NOTES POUR L'INTERNAT***Formes cliniques de la névralgie sciatique (suite).***INFORMATIONS****HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS D'OPHTALMOLOGISTE DES HÔPITAUX. — Epreuve de médecine opératoire. — Séance du 21 juin. — Question donnée : « Extirpation de la glande lacrymale orbitaire. »****MM. Dollfus et Veil, 18.****Epreuve clinique. — Séance du 22 juin. — MM. Dollfus et Veil, 19.****Classement des candidats : MM. Veil, 29 + 20 + 18 + 19 = 86; Dollfus, 28 + 20 + 18 + 19 = 85.****M. Veil est proposé.****SYNDICAT DES MÉDECINS DE LA SEINE. — Le bureau a été renouveau ainsi qu'il suit dans la séance du 19 juin 1935 :****Président : M. Bongrand; vice-présidents : MM. Tissier-Guy et Herpin; secrétaire général : M. Barlerin; trésorier :****M. Armand-Lévy; secrétaires adjoints : MM. Boelle et Vasselin; directeur de l'Office de répression de l'exercice illégal : M. Boelle.****L'EXERCICE DE LA MÉDECINE AUX COLONIES. —** Afin de faciliter l'exercice de la profession médicale aux médecins libres soumis à patentes, déjà installés aux colonies, et de créer des situations nouvelles pour les médecins français, M. Louis Rollin, ministre des Colonies, vient de demander aux gouverneurs généraux et gouverneurs des colonies de prendre les mesures nécessaires.

En principe, dans tous les centres où existe un médecin libre, c'est à lui seul que sera réservé le droit à la clientèle payante. Dans les agglomérations où il n'existe pas de médecin libre spécialiste, une dérogation à cette règle pourra être admise en faveur des médecins fonctionnaires de la spécialité en cause; elle sera accordée par l'administration après entente avec le syndicat des médecins libres. En toute circonstance, les médecins fonctionnaires pourront être appelés en consultation par leurs confrères libres.

**ÉCOLE D'APPLICATION DU SERVICE DE SANTÉ DES TROUPES COLONIALES. —** L'article 9 du décret du 22 août 1928 fixant l'organisation de l'Ecole d'application du Service de santé des troupes coloniales est complété par les dispositions suivantes, qui seront insérées après le troisième alinéa dudit article :

« Le professeur de la chaire d'enseignement militaire (législation, administration, Service de santé en France et aux colonies) est choisi, en principe, parmi les médecins ayant accompli un stage à l'Ecole supérieure de guerre. »

**COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CLINIQUE DES MALADIES NERVEUSES. (Professeur : M. GUILLAIN.) — M. le professeur Aloysio de Castro, de l'Université de****NATIBAÏNE**

ASSOCIATION DIGITALE NATIVELLE ET OUBAÏNE ARNAUD

LABORATOIRE NATIVELLE, 27, Rue de la Procession, PARIS (XV°)

Rio de Janeiro, fera le vendredi 28 juin, à 10 h. 30, à l'ampthéâtre de la Clinique Charcot, une conférence sur le sujet suivant : « Aspects cliniques de quelques maladies nerveuses au Brésil. »

## INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

### LE SECRET PROFESSIONNEL

Le secret professionnel a une destinée singulière. Alors que c'est la chose la plus précise du monde, telle qu'elle est exprimée dans l'article 378 du Code pénal, chacun l'accorde un peu à sa façon sans tenir compte de cette codification qui ne devrait laisser aucune place à la fantaisie. Il s'agit là d'une loi pénale qui doit être interprétée *stricto sensu* comme disent les juristes. Cependant, certains s'imaginent qu'on peut prendre des libertés avec la loi comme on en prend trop souvent avec les textes et introduisent dans leur interprétation une sentimentalité qui en fausse complètement le sens et qui risque de leur attirer à l'occasion quelques désagréments.

Cela s'est produit surtout à propos de l'application des lois sociales et en particulier de la loi de 1930. La raison en est principalement l'erreur commise qui fut de confier à des organismes purement financiers la gestion d'une loi intéressant la Santé publique. Parfaitement incompetents en la matière, ces organismes, envisageant avant tout et surtout leurs intérêts financiers, se sont imaginé qu'ils étaient menacés par le secret médical ; ils ignoraient que ce secret avait été institué dans l'intérêt des malades et non pas des médecins ; ils n'ont pas compris sa nécessité absolue et sa haute valeur au point de vue de la santé publique ; ils ont prétendu que ce secret n'était point fait pour eux et ont voulu qu'il leur fût dévoilé ; ce faisant, ils ont manifesté l'intention véritablement paradoxale de jouer le rôle d'arbitres entre le médecin et son malade, si bien que le traitement ou la décision utile pour ce dernier appartenaient en dernière analyse à des incompetents.

Cette question se trouvait compliquée par le fait que ces organismes financiers avaient des contrôleurs eux-mêmes médecins et on n'a pas manqué de dire que le médecin traitant n'était pas tenu au secret professionnel vis-à-vis d'un confrère qui devait le respecter lui-même.

Malheureusement, ces affirmations ne tenaient aucun compte de la situation juridique du médecin contrôleur qui n'est que le représentant de son mandant et ne peut être tenu au secret vis-à-vis de ce mandant. Même lorsque cette notion juridique fut portée à la connaissance de ceux qui l'ignoraient, en particulier par notre ami Dévé, on continua à discuter la question en se basant toujours sur des arguments de sentiment et sans vouloir tenir compte des consultations juridiques.

Aussi, pour mettre un terme à ces discussions byzantines et surtout pour mettre en garde nos confrères contre les responsabilités que des opinions erronées leur feraient supposer, nous croyons devoir préciser que s'ils divulguent le secret à un médecin contrôleur, ce sont eux et non pas ce dernier qui encourent ces responsabilités : cela résulte non pas simplement d'une interprétation juridique, mais bien de la chose jugée. Il s'agit en l'espèce d'un arrêt de la Cour de Cassation du 9 mai 1913 (1).

La veuve d'un accidenté du travail réclamait à une com-

pagnie d'assurances l'allocation d'une rente. Elle fut déboutée parce que le médecin de l'hôpital où avait été traité son mari avait communiqué au médecin contrôleur de la compagnie d'assurances les constatations qu'il avait faites au sujet de l'état de santé du malade, constatations qui pouvaient faire supposer que le décès était dû à des causes étrangères à l'accident.

La veuve poursuivit alors en violation du secret professionnel à la fois le médecin traitant et le médecin contrôleur. L'affaire vint en cassation et l'arrêt rendu débouta la demanderesse en ce qui concerne le médecin contrôleur qui ne pouvait être tenu au secret vis-à-vis de son mandant, mais accepta le pourvoi en ce qui concernait le médecin traitant pour avoir violé le secret professionnel vis-à-vis du médecin contrôleur.

La question est donc jugée.

A. HERPIN.

### LA QUESTION DES MÉDECINS ÉTRANGERS DEVANT LA CHAMBRE

La Chambre des députés vient de voter la proposition de loi Cousin, rapportée par le docteur Nast, qui avait accepté en partie les projets des étudiants en médecine. Si je reviens sur cette origine, c'est qu'à deux reprises j'ai parlé au nom de l'Association corporative des Etudiants en médecine de Paris et au nom de l'Entente des étudiants en médecine, à la commission d'Hygiène de la Chambre. Chaque fois j'ai précisé notre point de vue essentiel, qui se résumait ainsi :

*Le doctorat d'Université doit être réservé aux étrangers, et le doctorat d'Etat aux citoyens français seuls. En conséquence, une cloison étanche sera établie désormais entre ces deux doctorats.*

C'est parce que les diverses personnalités qui ont traité avec les Pouvoirs publics ont délaissé ce principe, qui a toujours été celui de l'Association corporative, que la Chambre, en séance publique, a voté un invraisemblable texte, dans lequel plusieurs articles se contredisent. Je ne puis l'analyser, il est beaucoup trop long et ne constitue en somme qu'une réédition de la loi Armbruster. Un seul fait paraît acquis, c'est qu'on n'accorderait plus de dispense d'examens aux gens qui passeront du diplôme d'Université au diplôme d'Etat ; mais jusqu'en 1940, toutes les dispenses actuelles continueront à jouer. La Chambre s'est moquée de nous une fois de plus.

MAURICE MORDAGNE.

Travaux pratiques de physiologie et principes d'expérimentation, par A. JULIEN, préface de H. CARDOT. In-8° de 500 pages avec 307 figures. — Paris, J.-B. Baillière et Fils.

### RENSEIGNEMENTS

COLLÈGE DE GARÇONS. COLLÈGE DE JEUNES FILLES. Soissons. Préparation aux divers baccalauréats. Etablissements neufs. Internats tout confort. Hygiène et sports. A 1 h. 1/4 de Paris par le train. Autobus Citroën.

**OUATAPLASME** du D<sup>r</sup> L'ANGLEBERT  
PANSEMENT COMPLET  
Phlegmasi, eczéma, brûlures, etc

**Phosphopinal Juin**  
Reconstituant général, est au Phosphore blanc ce que le Cacodylate est à l'Arsonio  
Littérature et Echantillons : 10, Impasse Milord, Paris (18<sup>e</sup>)

(1) Fédération corporative des médecins de la Région parisienne, 7 juin 1935.

Insomnies  
Toux nerveuse. **BROMÉINE** MONTAGU



**ATONIE INTESTINALE  
POST - OPÉRATOIRE**

# PROSTIGMINE

## "ROCHE"

Une injection de 1<sup>cc</sup> sous-cutanée ou intramusculaire indolore  
déclanche l'évacuation des gaz  
rétablit la paix abdominale

Aucune action secondaire  
aux doses thérapeutiques.

Chaque Ampoule contient 0 Milligr. 5 de l'ester diméthylcarbamique du m-oxyphényl-triméthylammonium-méthyl-sulfate.

Produits F. HOFFMANN - LA ROCHE & C<sup>ie</sup> 10, Rue Crillon, PARIS (IV<sup>e</sup>)

**Traitement du Parasitisme intestinal**  
par les Pyréthrine (du *Pyrèthre*)

{ C. R. Acad. Sciences, p. 1847, 1923  
C. R. Acad. Médecine, 24-4 1928  
C. R. Soc. Thérapeutique, 9-5 1928

# CHRYSEMINE

**Pyréthrine Carteret**

AUCUNE TOXICITÉ

SANS CONTRE-INDICATION

**PERLES**

**GOUTTES**

ASCARIS, OXYURES ET TOUTS HELMINTHES OU PROTOZOAIRES = cent cinquante gouttes ou trois perles glutinisées par jour.

TRICHOCEPHALES ET TÆNIAS = trois cents gouttes ou douze perles glutinisées par jour.

Pour les enfants, abaisser ses doses suivant l'âge en commençant par cinquante gouttes.

*Echantillons et Littérature : LABORATOIRES CARTERET, 15, rue d'Argenteuil, PARIS.*

dans :

l'Erythème solaire diffus,  
le " Coup de Soleil ",  
les Radiodermites,

et toutes réactions inflammatoires du tégument  
aux agents physiques et chimiques

*Le Percaïnal*

à base de Percaïne



**Analgésie,**

prévient la vésiculation et ses suites

*Dans toutes affections cutanées il fait disparaître*

**DOULEUR et PRURIT**

**LE TUBE : 12 FRANCS**



## ANALYSES ET INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

## LA RADIOLOGIE EN 1934

PAR

Louis DELHERM

et

P.-Henri CODET

CHEF

ASSISTANT

DU SERVICE CENTRAL D'ÉLECTRO-RADIOLOGIE DE LA PITIÉ

Cette revue est forcément trop courte eu égard aux très nombreux et très intéressants travaux qui ont été publiés au cours de l'année 1934. Nous avons dû nous limiter plus particulièrement aux questions cliniques qui ont fait l'objet de communications au IV<sup>e</sup> Congrès international de Radiologie de Zurich. Aussi nous nous excusons par avance auprès de ceux de nos confrères dont les importants et intéressants travaux n'ont pas été (faute de place) cités dans cet article.

## OS. CRANE. ARTICULATIONS

**Radiodiagnostic des inflammations des os.** (M. KIEUBÖCK (Vienne). IV<sup>e</sup> Congrès internat. radiol., Zurich, 1934.) — En faisant l'étude radiologique des inflammations des os, l'auteur insiste sur la nécessité de faire le diagnostic entre infections et dystrophies.

L'ostéomatose multiple, dans sa forme exostosique cartilagineuse multiple, est une affection bénigne, de même que le fibrome kystique solitaire et les xanthomes.

Les myélomes et les myélosarcomes métastasent rapidement ; le sarcome d'Ewing, à métastases multiples ; les tumeurs mixtes (lymphoépithéliomas de l'amygdale), sujettes aux métastases, sont au contraire des tumeurs malignes.

**Sarcomes osseux. Tumeurs osseuses malignes. Statistique personnelle.** (M. MATHEY-CORNAT, IV<sup>e</sup> Congrès intern. de rad., Zurich, 1934.) — En s'entourant de grandes réserves, l'auteur pense qu'il est possible, jusqu'à un certain point, d'établir le diagnostic différentiel de ces diverses tumeurs.

Lorsqu'il y a doute, il ne faut pas hésiter à recourir à la biopsie.

**La radiographie simple et la radiographie stéréoscopique du massif pétro-mastoidien dans le diagnostic des otites moyennes.** (A. GUNSETT, D. SICHEL, E. BOUTON. *Journ. de radiol.*, janv. 1934.) — L'application de la radiographie à l'examen du massif pétro-mastoidien, depuis son apparition, a puissamment contribué au diagnostic des otites aiguës ou chroniques, des lésions de l'antre et des cholestéatomes. Les auteurs ont employé dans leurs travaux : 1<sup>o</sup> L'incidence temporo-tympanique ou temporo-mastoidienne, décrite par Schüller ; 2<sup>o</sup> l'incidence fronto-tympanique, décrite par Mayer ; 3<sup>o</sup> l'incidence occipito-zygomatique décrite par Stenvers. Ces trois techniques sont classiques et permettent de déterminer facilement les otites moyennes aiguës ou chroniques, les otites chroniques réchauffées avec mastoidites, etc... ; l'emploi de la stéréoradiographie apporte encore une notable simplification dans la lecture des radiographies.

Cf. — La stéréoradiographie de la mastoïde. Technique et instrumentation pour la prise et l'examen de clichés. (P. COTTENOT. *Bull. et Mém. Soc. de Radiol.*, mai 1934.)

**La selle turcique : étude radiologique dans les tumeurs de l'hypophyse et de la région hypophysaire.** (P. PUECH et L. STUHL. *Bull. et Mém. Soc. rad. méd.*, fév. 1934.) — Après avoir brièvement rappelé que la selle turcique normale échappe dans la plupart des cas à une description schématique, étant donné les variations individuelles, les auteurs ont pu démontrer, dans le cadre des faits cliniques, qu'il existe des variétés de sellés, d'allure pathologique ; ce sont les selles d'adénomes chromophobes, agrandies dans tous les diamètres, à parois atrophiques, à orifice supérieur élargi et les selles d'adénomes chromophiles à parois épaissies, aux apophyses clinoides longues et épaisses, avec modifications acromégaliques et bec acromégalique, formé par le tubercule de la selle.

Ces connaissances comportent un intérêt clinique et chirurgical très important.

**La pachybase sellaire, signe d'hérédosyphilis.** (J. LHERMITTE et NEMOURS-AUGUSTE. *Société Franç. d'Electro et Radiol.*, déc. 1934.) — Les auteurs ont rencontré chez des spécifiques héréditaires, des selles turciques caractérisées par un épaississement plus ou moins marqué du plancher de la selle et de la lame quadrilatère, épaississement qui peut parfois se propager dans toute l'étendue des apophyses clinoides postérieures. La selle paraît surélevée sur une base osseuse.

Cf. — Appareil pour l'exploration radiologique du crâne, adaptation aux appareils de radiographie, pourvus ou non de filtres antidiffuseurs. (L. DELHERM, P. THOYER-ROZAT et Mme FAINSILBER. *Bull. et Mém. Soc. de Radiol. méd.*, juillet 1934.)

**Ostéochondrite disséquante.** (M. PICOT. *Journ. de radiol.*, avril 1934.) — L'ostéochondrite est une affection rare, de l'âge adulte, rencontrée chez les sportifs, les travailleurs manuels exposés à des traumatismes accidentels ou fonctionnels fréquents. Son siège d'élection est au genou, sur le versant axial du condyle interne. Elle peut siéger au coude, au niveau du condyle externe de l'humérus, ou encore épiphyse humérale supérieure, deuxième métatarsien, astragale. Au niveau du genou, la lésion typique est constituée par un corps étranger, provenant du foyer osseux nécrosé et réalisant une souris articulaire.

**La maladie de Köhler.** (T. GEORGIU. *Journ. de radiol.*, mai 1934.) — Si le scaphoïde normal est déjà, plus que les autres os du tarse, prédisposé aux traumatismes et aux infections, le scaphoïde altéré, hypoplasique, condensé, l'est encore davantage. Pour T. Georgiou, « les cas de scaphoïdite typhique, tuberculeuse, ostéomyélite, ne sont pas une maladie de Köhler, mais une infection surajoutée sur un syndrome d'hypoplasie décrit par Köhler. »

**Les centres articulaires de la hanche. Nouveau procédé pour l'étude radiologique de la statique articulaire de la hanche.** (P. BARDET et A. PERROT. *Journ. de radiol.*, juil-

# CONSTIPATION

AUCUNE ACCOUTUMANCE

ACTION RÉGULIÈRE  
ET CONSTANTE

1 à 6 comprimés par jour  
aux repas ou au coucher  
Commencer par deux comprimés

LABORATOIRES  
LOBICA

46, AVENUE DES TERNES, PARIS



à base de :

- POUDRE DE MUQUEUSE  
INTESTINALE
- EXTRAIT BILIAIRE
- FERMENTS LACTIQUES
- AGAR-AGAR

# TAXOL

POSOMÉTRIE ABSOLUMENT RIGOUREUSE

## CALOMEL VICARIO

PETITS COMPRIMÉS

Un milligramme, quart et demi-centigramme  
un, deux et cinq centigrammes  
DÉSAGRÉGATION RAPIDE

NÉVRALGIES — GRIPPE — RHUMATISMES

## NOPIRINE VICARIO

ASPIRINE RENFORCÉE

Pharmacie VICARIO, 17, boul. Haussmann, PARIS



let 1934.) — La statique articulaire de la hanche est définie par la forme, les rapports et l'orientation de la tête fémorale et du cotyle. La recherche des centres articulaires de la hanche doit être considérée comme un complément indispensable des autres épreuves et examens de la statique : on fait un calque fidèle du cliché radiographique. Le centre de la tête fémorale C se détermine au compas, par l'intersection des lieux géométriques d'arcs de cercle pris sur le contour de la tête. Le centre du cotyle T est déterminé par l'arête du toit en haut, le milieu de l'échancrure ischio-pubienne, en bas, et le point de jonction du toit et de l'arrière-fond, comme point intermédiaire.

Sur une hanche normale, adulte ou enfant, on obtient la superposition précise des centres C et T, ce qui traduit les rapports normaux de la tête fémorale et du cotyle, avec conformité de courbures concentriques. Les auteurs, après avoir décrit les hanches normales, passent en revue les malformations congénitales de la hanche et les arthrites de la hanche, qu'ils étudient en recherchant les centres articulaires.

**Les formes diverses de l'acromion et les deux espèces d'os acromial.** (P. LAQUERRIÈRE, LÉONARD et BRODEUR. *Journ. de radiol.*, août 1934.) — L'os acromion présente un très grand nombre de variations individuelles, au point de vue morphologique. En se basant sur l'étude des points d'ossifications, les auteurs décrivent deux types d'acromion. 1° Os acromial vrai, à système d'ossification transversal ; 2° os acromial accessoire, dû à un système d'ossification marginal.

**Les périarthrites scapulo-humérales. Etude statistique.** (G. CHAUMET. *Journ. de Radiol.*, sept. 1934.) — Dans une étude clinique et radiologique très documentée, l'auteur considère que les périarthrites scapulo-humérales sont le plus souvent rapidement et considérablement améliorées par le traitement radiothérapique, avec association des infra-rouges et des autres agents physiques.

**Un cas de dysostose hypophysaire (maladie de Schuller-Christian).** (A. GUNSETT, D. SICHEL et E. BOUTON. *Bull. et Mém. de la Soc. de radiol.*, oct. 1934.) — C'est une affection extrêmement rare (3 cas publiés en France), s'observant presque toujours chez l'enfant et non familiale ; caractérisée par : a) des lacunes ostéoporotiques, surtout sur les os du crâne ; b) de l'exophtalmie ; c) un diabète insipide ; d) un arrêt de la croissance.

La radiothérapie semble avoir une action favorable.

**Considérations radiologiques sur les traumatismes des vertèbres.** (W. JAEGER. *Société d'électro-radiol. de l'est.*, 18 février 1934.)

**Lombalisation, sacralisation, accentuations du processus normal de transition lombo-sacrée. La notion d'hypertransition.** (M. P. WEILL (Paris) et G. VAN DAM (Amsterdam). *Presse méd.*, 31 oct. 1934, page 1700.) — Le nombre des vertèbres lombaires et sacrées n'est pas immuable.

Aussi, en présence de la difficulté que l'on éprouve dans l'étude des sacralisations ou des lombalisations, les auteurs proposent d'accepter une notion plus simple et permettant mieux de saisir la disposition et la situation des vertèbres lombo-sacrées. Ils proposent, en un mot, le terme d'hypertransition, c'est-à-dire d'accentuation du processus normal de transition, traduisant bien les conditions statiques et évolutions particulières de la région lombo-sacrée.

**L'hypertransition douloureuse lombo-sacrée.** (M. P. WEILL et G. VAN DAMM. *Presse méd.*, 28 nov. 1934, p. 1919.) — Ce travail met en évidence les manifestations douloureuses dans les cas d'hypertransition dans la région lombo-sacrée.

## PŒUMONS

**Etude de la structure fine du tissu pulmonaire** (G. HERRNKEISER. Prague, IV<sup>e</sup> Congrès intern. de Rad., Zürich, 1934.) — Toute analyse structurale radiologique doit être fondée sur une connaissance anatomique approfondie des territoires étudiés, car la lecture des clichés radiologiques, qui comportent une abondance de fins détails réalisée par les techniques actuelles, serait extrêmement difficile.

L'auteur propose, en conséquence, une base morphologique ; pour chaque lobe pulmonaire, on considérera :

a) Un pédicule lobaire, réalisant une continuation de l'image hilare ;

b) Un noyau lobaire ;

c) Une corticale lobaire, de structure très fine, visible dans la région apicale ou à la périphérie des champs pulmonaires.

Il convient, par exemple, de savoir discriminer les processus pathologiques d'avec les formations normales. L'auteur recommande l'anode rotative pour la finesse des clichés.

**Le « frühinfiltrat » en radiologie pulmonaire.** (H. ASSMANN. Königsberg, IV<sup>e</sup> Congrès internat., Zürich, 1934.)

— Le frühinfiltrat sous-claviculaire est connu en France sous le nom d'infiltration intercléido-hilaire.

Le frühinfiltrat est caractérisé par son apparition précoce, sa forme arrondie, ses contours flous et sa situation sous-claviculaire. Il évolue vers la guérison ou vers la généralisation de l'infiltration.

**L'interprétation radiologique des images en mailles de filet et la granulie froide.** (Prof. E. SERGENT, P. COTTENOT, G. POUMEAU-DELILLE. *Presse méd.*, 17 nov. 1934, p. 1809.) — L'image en « mailles de filet » est une image radiologique constituée par un réseau de mailles très fines, d'étendue et de siège variables, uni ou bi-latérale.

Les mailles sont représentées par un mince contour opaque, arrondi ou polygonal, d'un diamètre de un à deux millimètres, tandis que les nœuds sont constitués par des opacités punctiformes, de dimensions plus réduites.

L'image en mailles de filet peut traduire une accentuation de la trame interstitielle, extra ou périlobulaire, de nature inflammatoire, aiguë ou chronique (périlobulite) ou d'origine vasculaire (congestion, cardiopathies). Dans d'autres cas, elle peut signifier un épaississement de la paroi : alvéolite, lobulite, ou bien encore elle peut résulter d'une accentuation du contour alvéolaire par exsudat intra-alvéolaire et même par reliquat de lipiodol. L'image en mailles de filet traduit l'opacification pathologique du contour alvéolaire.

La granulie froide ne peut être diagnostiquée que par l'examen histologique.

Cf. — Etude critique du syndrome granulie pulmonaire froide. (Prof. A. DUFOURT et J. BRUN, *Presse méd.*, 17 mars 1934, p. 434.)

**Gommes syphilitiques du poumon (Contribution à l'étude clinique et radiologique des).** (Prof. E. SERGENT, Et. PIOT et J. IMBERT. *Presse méd.*, 21 avril 1934, p. 641.) — Les gommes syphilitiques du poumon ne sont pas une rareté, ce qui implique que l'examen systématique du poumon doit être mené avec beaucoup d'attention et d'esprit de recherche chez tout syphilitique. Bien que raisonnée et prudente, l'interprétation radiologique ne peut jamais fournir une affirmation de nature, mais néanmoins elle autorisera à soupçonner la syphilis en présence d'une image arrondie, « obronde », correspondant à la gomme à son début, tandis que l'image cavitairale hydro-aérique indique déjà la fonte et l'évacuation dans la bronche voisine. Enfin, l'ima-



Par l'Extrait hépatique foetal  
les Tréphones embryonnaires  
le Sérum hémopoïétique

# le Tréphonyl

**SOUS SES TROIS FORMES**

- 1°. Boîte de 6 ampoules de 10 cc.
- 2°. Boîte de 10 ampoules de 5 cc.
- 3°. Flacon de Sirop de 300 grammes

*constitue le traitement spécifique*

de  
**TOUTES les ANÉMIES**  
de **TOUTES les**  
**DÉFICIENCES ORGANIQUES**

Prix : 18 Frs.



Par **VOIE BUCCALE** Exclusivement  
UN à DEUX FLACONS-AMPOULES DE 10 cc.  
DEUX à QUATRE FLACONS-AMPOULES DE 5 cc.  
DEUX à TROIS CUILLERÉES DE SIROP **PAR JOUR**

*Echantillons et Littérature*  
Laboratoires du D<sup>r</sup> ROUSSEL  
97, r. de Vaugirard, PARIS-6°  
TÉLÉPHONE : LITRÉ 68-24



ge cicatricielle, étoilée ou nodulaire, représente l'ancienne gomme guérie.

Cf. — Syphilis pulmonaire congénitale précoce (pneumonie blanche en foyers disséminés). (E. LESNÉ, A. HÉRAUX, R. WAITZ et Mlle HOUZEAU. *Presse méd.*, 17 nov. 1934, p. 1858.)

La tuberculose et la maladie de Hodgkin (Quelques exemples d'associations cliniques entre). (G. MARCHAL et J.-M. LEMOINE. *Progrès méd.*, 24 nov. 1934, n° 47, p. 1825.) — Les auteurs apportent des exemples personnels, dans le domaine clinique, de coexistences fréquentes entre la maladie de Hodgkin et les diverses manifestations tuberculeuses. Les cas rapportés portent sur des faits de transition, sur des associations avec la tuberculose pulmonaire, sur des associations avec d'autres manifestations tuberculeuses.

Mycoses pulmonaires et thoraciques (A propos de quelques cas de). (Prof. E. SERGENT et H. MAMOU. *Presse méd.*, 20 sept. 1934, p. 1497.) — Si la réalité et la fréquence des mycoses pulmonaires sont bien évidentes, il n'en reste pas moins vrai que le polymorphisme des lésions qu'elles occasionnent rend leur diagnostic extrêmement délicat. Elles peuvent simuler la tuberculose pulmonaire sous toutes ses formes, la syphilis, la néoplasie, la suppuration pulmonaire ou un kyste suppuré. Elles peuvent également masquer une tuberculose ou toute autre affection pulmonaire. Il convient donc de s'entourer de tous les renseignements qui peuvent être fournis par la clinique.

L'emploi dans les collectivités de la radioscopie systématique pour le dépistage de la tuberculose pulmonaire. (J. BOSQUET, *Th. de Paris*, 1934.) — Cette excellente thèse développe à nouveau un sujet d'actualité importante au point de vue de l'hygiène des collectivités, par la protection des sujets sains et le dépistage des malades méconnus.

De nombreux exemples, tant en France (Delherm et Thoyer-Rozat) qu'à l'étranger, font ressortir les avantages de cette méthode. La radioscopie pulmonaire systématique est un procédé rapide, donc efficace, mais dont l'efficacité est suffisante pour un triage, et il convient de faire ensuite une radiographie de contrôle.

Il est aujourd'hui possible d'étendre ce procédé de dépistage à toutes les petites et grandes collectivités, sans grands frais, et là encore, les dépenses engagées sont largement compensées par les avantages d'un diagnostic et d'un traitement précoce.

Contribution à l'étude radiologique du poumon des mineurs. (J. MINET, P. DUPIRE et A. HAYEM. *Presse méd.*, 16 juin 1934, p. 913.) — Il s'agit des images pseudo-tumorales observées chez des mineurs de houille.

Si l'anthracose ne doit être considérée que comme une simple surcharge du tissu pulmonaire par de fines particules de charbon, ne comportant que rarement des dépôts charbonneux intraparenchymateux ou pleuraux, par contre, la silicose est une sclérose pulmonaire évolutive, due à la silice. L'anthraco-silicose est une association résultant de l'inhalation de poussières siliceuses et charbonneuses.

Les images radiologiques présentent une ou plusieurs opacités denses, en placard, en nappe, sans rapports avec la topographie lobaire, ou bien encore images milliaires d'aspect granuleux, enfin simples réactions hilaires.

Cf. — La silicose pulmonaire du mineur. (R. CASSOU et C. BLANCARDI. *Presse méd.*, 15 sept. 1934, p. 1443.) — Troubles respiratoires dyspnéiques, formes chez les ouvriers tailleurs de pierre, avec description radiologique des lésions pleuro-parenchymateuses.

Contribution à l'étude de la rétractilité et de l'expansion lobaires au cours du pneumothorax artificiel. Etude clinique,

radiologique et radiokymographique. (R. SWYNGHEDAUW. *Th. de Lille*, 1934.) — La radiokymographie, méthode d'inscription des mouvements d'un organe mobile, permet l'étude et l'enregistrement, sur le film radiographique, de la motilité du moignon pulmonaire après pneumothorax.

La radiokymographie renseigne également sur les différents mouvements des organes thoraciques et sur la corrélation qui peut exister entre eux et le moignon pulmonaire. Elle montre qu'il existe, de fait, des mouvements d'expansion, indiquant la motilité respiratoire complète des lobes sains et des mouvements de translation, soulignant l'immobilité relative des régions collabées et des lésions rétractées.

De plus, la méthode kymographique permet d'établir la dissociation cinématique des lobes : le lobe supérieur (sain) suit les mouvements des côtes supérieures ; le lobe inférieur (sain) a des mouvements de même sens que les côtes inférieures et le diaphragme.

### CŒUR. VAISSEAUX

L'examen fonctionnel du cœur par la radiokymographie. (DELHERM, THOYER-ROZAT, FISCHGOLD. *IV<sup>e</sup> Congrès intern. Radiol.*, Zürich, 1934.) — Les auteurs ont perfectionné la technique primitive de Stumpf et l'ont complétée par l'adjonction d'une grille à 5 fentes, permettant l'étalement de la courbe kymographique. On utilise toujours le film mobile. Le déplacement de la cassette pendant trois secondes permet l'inscription de 4 révolutions cardiaques sur une bande de film de 45 cm.

La radiokymographie devient une méthode graphique comparable aux méthodes manométriques de Chauveau et Marcy ou aux épreuves mécaniques de Pachon.

Les courbes radiokymographiques parviennent à traduire les variations volumétriques des cavités cardiaques. On inscrit également le rythme, mais on ne peut caractériser l'excitabilité et la contractilité cardiaques.

L'analyse des courbes et leur interprétation demeurent délicates.

Une année de kymographie cardio-vasculaire. Résultats obtenus. (COTTENOT et HEIM DE BALSAC, *IV<sup>e</sup> Congrès intern. de Radiol.*, Zürich, 1934.) — Les auteurs établissent une distinction très nette entre kymographie à grille fixe et kymographie à grille mobile ; la première permettant les étallements des courbes, la seconde permettant de mieux dissocier les contours ou d'établir la topographie des points étudiés.

Cf. — Röntgenkymographie cardiaque et regmographie. Technique d'application. (Prof. CIGNOLINI. Bologne, 1934.)

Cf. — Les résultats de ma méthode de röntgenkymographie dans le normal et le pathologique. (CIGNOLINI. *IV<sup>e</sup> Congrès intern. Radiol.*, Zürich, 1934.) — Présentation d'un excellent appareil permettant l'analyse à 1/100 de seconde de révolutions cardiaques prises sur divers points cardio-vasculaires et interprétation des résultats.

Cf. — L'étude radiokymographique de la configuration cardio-vasculaire et médiastinale. P. THOYER-ROZAT, CODET, BONTE, *IV<sup>e</sup> Congrès intern. Radiol.*, Zürich, 1934.) Etude de l'ombre médiastinale normale ou déformée. Diagnostic des anévrysmes et des tumeurs.

Nature, place et interprétation de la séméiologie radiologique en cardiologie. (ROUTIER et HEIM DE BALSAC, *IV<sup>e</sup> Congrès intern. Radiol.*, Zürich, 1934.) — L'étude analytique de la silhouette cardiaque est plus instructive que les mesures des diamètres et le degré d'intensité ou d'opacité des ombres. Il convient de repérer avec exactitude les contours du cœur et de l'aorte, car la radiologie indique en général une réaction myocardique ou vasculaire.



# DIURÉTIQUE { D'UN POUVOIR REMARQUABLE D'UNE FIDÉLITÉ CONSTANTE

**Pure**  
**Digitalique**  
**Strophantique**  
**Sparléinée**  
**Scillitique**  
**Barbiturique**

Phosphatée  
Lithinée  
Caféinée

**Ne se délivrent**  
**qu'en cachets**



**Cachets dosés**

0 gramme 25  
et à  
0 gramme 50  
de Théosalvose

**DOSE MOYENNE :**

1 à 2 grammes  
par jour.

## THÉOBROMINE FRANÇAISE garantie chimiquement pure

Artériosclérose — Affections cardiaques et rénales — Albuminuries — Intoxications  
Urémie — Urémie — Goutte — Rhumatismes — Hydropisie — Maladies infectieuses

**Laboratoires André GUILLAUMIN**

**PARIS — 13, rue du Cherche-Midi, 13 — PARIS**

R. G., 2,16. Seine.

# "CALCIUM-SANDOZ"

**Injectable, sans inconvénients, par la voie intramusculaire et la voie veineuse**

**Ampoules de 5 cc. et 10 cc.**  
(solutions à 10 % et à 20 %)

**Tablettes chocolatées**

**Comprimés effervescents**

**Poudre granulée**

**Ampoules de 2 cc.,**  
(solution à 10 %)

3 à 6 par jour.

2 par jour.

3 cuillérées à café par jour.

Une ampoule tous les jours  
ou tous les 2 à 3 jours.

**FORME NOUVELLE : "Calcium-Sandoz" Sirop.**

**PRODUITS SANDOZ, 20, rue Vernier. — PARIS-17°**

**B. JOYEUX, Pharmacien de 1<sup>re</sup> classe**

# OLÉTHYLE-BENZYLE



**Etude radiologique de l'appareil cardio-vasculaire des vieillards.** (Mme TEDESCO, HEIM DE BALSAC, BRODIN, *IV<sup>e</sup> Congrès intern. Radiol.*, Zürich, 1934.) — Chez les sujets âgés de plus de 80 ans, on note la rareté des lésions organiques au niveau du cœur, et par contre la sénilité se manifeste par la fréquence des calcifications aortiques (plaque d'athérome, élargissement du col de cygne).

**Les modifications des ombres cardiaques et pulmonaires par l'inhalation du nitrite d'amyle.** (C. KATSIAMBROS, *Journ. de Radiol.*, avril 1934.) — L'auteur a pu étudier à l'écran les modifications des ombres cardiaques et pulmonaires après inhalation de nitrite d'amyle. Poursuivant ses recherches depuis deux ans, à l'aide de la scopie et de la graphie, immédiatement après inhalation, l'auteur a pu noter une diminution du volume du cœur avec tachycardie intense et amplitude des mouvements ; les hiles sont bien éclairés, l'espace vasculo-cardiaque de Delherm-Chaperon est très net. Les champs pulmonaires deviennent plus transparents, avec dessin du système vasculaire intra-pulmonaire.

**Topographie artérielle du poumon.** (LOPO DE CARVALHO et J. ROCHETA. *Presse méd.*, déc. 1934, p. 2057.)

**Hématomes sous-arachnoïdiens et anévrismes cérébraux.** (Egas MONIZ, *Presse méd.*, juin 1934, p. 1017.) — L'emploi du thorostrat dans la pratique de l'angiographie cérébrale a rendu cette méthode entièrement inoffensive et la visibilité de l'arbre artériel et veineux du cerveau est venue apporter des renseignements précis pour le diagnostic et le traitement des anévrismes et angiomes cérébraux. On peut par cette méthode avoir la notion de siège et de volume.

Il faut toujours prendre deux films à 4 ou 5 secondes d'intervalle.

**Artériographies en série avec appareil radio-carrusel.** (Pereira CALDAS. *Journ. de Rad.*, janv. 1934.) — Cet appareil permet de prendre six films consécutifs de format 24 x 30, dans un temps de six secondes, grâce à un disque rotatif.

**Sur la méthode radiographique de mise en évidence des lymphatiques chez le vivant.** (R. CARVALHO, A. RODRIGUES et S. PEREIRA. *Journ. de Radiol.*, avril 1934.) — Par l'emploi du tordiol, de l'abrodil et du thorostrat, selon les cas envisagés, les auteurs sont parvenus à mettre en évidence le système lymphatique chez le vivant, par injection dans les follicules lymphatiques intra-ganglionnaires ou dans les mailles des réseaux lymphatiques.

## TUBE DIGESTIF

**Etude radiologique de l'œsophage du nourrisson.** (P. AIMÉ et M. LELONG. *Journ. de radiol.*, sept. 1934, p. 466.) — L'image de l'œsophage du nourrisson normal est très différente de celle de l'adulte et rappelle, au premier abord, une image de dilatation diffuse essentielle. Cet aspect résulte d'une considérable aéro-œsophagie, accompagnant la déglutition chez l'enfant, et déterminant une grosse aéro-gastrie. Le cardia du nourrisson n'offre qu'une barrière peu résistante au reflux gastrique, mais par contre, les contractions péristaltiques œsophagiennes paraissent beaucoup plus vives que chez l'adulte.

**Considérations sur l'examen radiologique de la muqueuse gastrique.** (M. MAINGOT et R. SARRASIN. *Bull. et mém. Soc. Radio. Méd. France*, 9 janv. 1934.) — Il n'y a pas d'examen complet de l'organe gastrique sans étude radiologique de la muqueuse qui permet de poser les diagnostics les plus délicats.

Les auteurs préconisent la technique suivante :

1° Etude des plis en lumière collabée, après ingestion d'environ 15 cmc. d'une crème épaisse composée de 20 à 30 grammes de sulfate de baryum, intimement mélangé au blanc et au jaune d'un œuf.

2° Etude du liseré marginal, des plis et du fond après insufflation, en lumière distendue.

3° Etude après complet remplissage de la cavité gastrique par un repas baryté.

Cette technique facilite le diagnostic différentiel des diverses altérations de la muqueuse.

Cf. — Examens gastriques par remplissage en couche mince. (M. HÉLIE et R. SARRASIN. *Bull. et Mém. Soc. Radio. Méd. France*, fév. 1934.)

**La hernie diaphragmatique de l'estomac.** (F. TRÉMO-LIÈRES, A. TARDIEU et G. CAQUOT. *Arch. mal. app. digestif*, mai 1935, t. XXIV.) — L'exploration radiologique permet de mettre en évidence la situation et le fonctionnement des viscères abdominaux, ainsi donc, la hernie diaphragmatique est-elle souvent une découverte de l'examen radiologique. Il convient de ne pas confondre l'éventration diaphragmatique avec la hernie diaphragmatique, qui peut être d'origine congénitale ou acquise, soit traumatique, soit spontanée.

**Indications et contre-indications de l'insufflation gastrique.** (MAINGOT et SARRASIN. *IV<sup>e</sup> Congrès intern. de radiol.*, Zürich 1934.) — L'étude des plis de la muqueuse gastrique doit être complétée par l'insufflation gastrique. Cette technique renseigne sur la souplesse et la mobilité passive des parois gastriques, augmente le contraste des muqueuses, souligne les manifestations de périviscérite. Elle rend de plus grands services dans les cas d'ulcus que dans les cas de néoplasie ; mais elle est contre-indiquée, si l'état du malade est précaire ou si l'on craint une perforation.

**Etude stéréographique du duodénum.** (DIOGLÈS. *IV<sup>e</sup> Congrès int. de rad. méd.*, Zürich 1934.) — La stéréoradiographie apporte de précieux renseignements pour la localisation des images diverticulaires et pour les malformations du duodénum.

**Diagnostic radiologique des diverticules duodénaux.** (M. ROCHA (Barcelone). *IV<sup>e</sup> Congrès intern. de radiol.*, Zürich 1934.) — Les diverticules du duodénum peuvent être classés dans 4 groupes :

- a) Diverticules congénitaux.
- b) Diverticules secondaires résultant de dilatations saccolaires dues à de la périiduodénite.
- c) Diverticules, de petites dimensions, dus à l'image directe d'un ulcus pénétrant.
- d) Images diverticulaires par opacification de l'ampoule de Vater.

**Contribution à l'étude radiologique de l'intestin grêle.** (G. RONNEAUX et BRUNEL. *Bull. et mém. Soc. radiol. méd. France*, 13 fév. 1934.) — Cette étude porte sur toute la morphologie de l'intestin grêle, depuis l'angle duodéno-jéjunal jusqu'à l'abouchement iléo-cœcal. Elle apporte des précisions sur la topographie de l'iléon et sur la durée du transit grêle.

**L'appendicite calculeuse. Contribution au diagnostic radiologique de la lithiase appendiculaire.** (S. KADRKA et P. BORDET. *Journ. de rad. méd.*, oct. 1934.) — La constatation radiologique de calculs est un des signes les plus importants dans la sémiologie de l'appendicite ; la lithiase appendiculaire prédispose à des formes graves d'appendicite. Les calculs appendiculaires ne doivent pas être confondus

Troubles digestifs  
de l'enfance

1 cuillère à café  
par année d'âge

# EUPHORYL INFANTILE

GRANULÉ SOLUBLE

LABORATOIRES "ANA"  
18, AV<sup>UE</sup> DAUMESNIL - PARIS

DERMATOSES  
PRURITS  
ANAPHYLAXIES

De Trouette-Perret

<sup>1<sup>re</sup></sup>  
**Aphloïne**

Spécifique des Troubles  
de la Ménopause  
et du système veineux

<sup>1<sup>re</sup></sup>  
**Nisaméline**

(Guaco)  
Prurits - Eczémas - Prurigos  
Néuralgies

<sup>1<sup>re</sup></sup>  
**Papaine**

Gastro-Entérites  
Diarrhées - Vomissements  
Troubles Dyspeptiques

61, AVENUE PHILIPPE-AUGUSTE — PARIS

# AGOCCHOLINE

(GRANULÉ SOLUBLE)

**CHOLECYSTITES CHRONIQUES  
CONGESTION DU FOIE**

Lithiase biliaire - Ictère et Cholémie

Dyspepsies réflexes - Constipation  
Migraines, Vertiges, Eczéma, Prurit

d'origine  
hépatobiliaire

**Posologie :** 1 à 3 cuillères à café le matin à jeun, dans  
un demi verre d'eau chaude.

**LABORATOIRES DU D<sup>r</sup> ZIZINE**  
24, 26, Rue de Fécamp - Paris (XII<sup>e</sup>)





avec des calculs urinaires, biliaires, avec des ganglions calcifiés iléo-cœcaux et une bonne technique radiologique, en permettant le diagnostic différentiel, évitera des interventions erronées.

**Cf.** — Une technique simple d'examen radiologique de l'appendice. (NEMOURS-AUGUSTE. *Bull. et mém. de la soc. de radiol. méd. de France*, 9 janv. 1934.)

**L'anatomie radiologique des angles coliques et du recto-sigmoïde dans les positions transverses.** (M. COLIEZ. *IV<sup>e</sup> Congrès intern. radiol.*, Zürich 1934.) — Pour procéder à une bonne étude du cadre colique, pour obtenir une visibilité complète de l'ensemble du gros intestin, principalement la visibilité des angles et le recto-sigmoïde, il faut éviter de donner au rayon normal une incidence provoquant la superposition d'images et pouvant laisser ignorer des altérations de la muqueuse colique.

**Cf.** — A propos du dolichocôlon. Notes cliniques, radiologiques, physiopathologiques et thérapeutiques. (M. CHIRAY, A. LOMON et G. ROSANOFF. *Presse méd.*, 25 avril 1934.)

### RADIOTHERAPIE

**Evolution et orientation des techniques en radiothérapie des épithéliomas cervico-utérins.** (A. LACASSAGNE. *IV<sup>e</sup> Congrès intern. de radiol.*, Zürich, juillet 1934.) — M. Lacassagne, rapporteur, a tenu à détailler l'exposé du développement (ou de la régression) qu'ont subi les différentes techniques d'irradiation des épithéliomas du col au cours de ces sept dernières années. Son rapport, remarquable dans sa clarté et son ordre d'exposition, est divisé en 4 parties qui traitent des diverses modalités de curie ou de radiothérapie et des méthodes chirurgicales. C'est ainsi qu'il étudie successivement la curiethérapie utéro-vaginale locale, la curiethérapie par foyers extérieurs, la roentgenthérapie et les techniques mixtes. Il donne enfin l'étude critique des diverses statistiques obtenues en France ou à l'étranger.

**Considérations sur la radiothérapie des cancers cervico-utérins, d'après l'expérience et les résultats acquis de l'Institut du radium de Paris.** (Prof. REGAUD. *IV<sup>e</sup> Congrès intern. radiol. intern.*, Zürich, juillet 1934.) — Dans son rapport, le prof. Regaud insiste sur les données du traitement radiothérapique des cancers cervico-utérins et sur les conditions anatomiques locales et régionales.

Il étudie l'étendue du territoire à irradier, il indique l'insuffisance de la curiethérapie intracavitaire seule, la nécessité de l'irradiation transpelvienne par voie extérieure, les avantages de l'irradiation globale et uniforme de tout le bassin.

Il donne ensuite la description de chaque technique. Il ne reconnaît aucun avantage au procédé du radium chirurgical.

Le traitement est également conditionné par les inégalités de radiosensibilité des tumeurs cervico-utérines, par l'infection microbienne concomitante, par l'influence du facteur temps : radio-immunisation des tissus néoplasiques, radio-immunisation des tissus généraux, et enfin, il mentionne la relativité radiophysologique de la notion dose.

**De la roentgenthérapie des cancers du pharynx.** (H. COUTARD. *IV<sup>e</sup> Congrès intern. de radiol.*, Zürich, juillet 34.)

— Le rapporteur ne traite que des cancers de l'hypo-pharynx, parmi lesquels il ne va étudier que les épithéliomas.

Les épithéliomas des sillons glosso-pharyngiens, sans envahissement des muscles de la langue ; les épithéliomas de la paroi pharyngée postérieure, au-dessus du plan des ary-ténoïdes ; les épithéliomas des bords latéraux de l'épiglotte ou de l'origine des replis glosso-pharyngo et ary-téno-épiglottiques constituent les formes favorables. Au contraire, les épithéliomas des bords latéraux de l'épiglotte devenus

sus-hyoïdiens ; les épithéliomas de la face linguale de l'épiglotte et des fossettes glosso-épiglottiques sont des formes défavorables.

Au bout d'un an, après traitement, le pourcentage des survivants est de 61 %, au bout de 2 ans, 33 % avec 21 % de malades paraissant guéris localement ; au bout de 3 ans, 15 % de survie.

L'auteur utilise la technique suivante : 6.000 r. à 8.000 r. mesurés à la peau par champ de 75 à 125 cmc. en moyenne ; 200 Kv ; filtre 2 millim. de zinc. Durée chronologique des irradiations : 25 à 32 jours.

**Cf.** — La radiothérapie des cancers de la cavité buccale et du pharynx. (Felice PERUSSIA, rapporteur. *IV<sup>e</sup> Congrès intern. de radiol.*, Zürich, juillet 1934.) — Travail très documenté et extrêmement intéressant.

**La radiothérapie dans les fistules ano-rectales.** (DEVOIS et L. DELHERM. *IV<sup>e</sup> Congrès int. de rad.*, Zürich, juillet 1934.) — Les auteurs rappellent les différents modes de traitement utilisés dans les cas de fistules ano-rectales : actinothérapie, électrolyse avec ion zinc, aiguille diathermique, etc...

Ils procèdent à une exploration du trajet fistuleux par injection de lipiodol ou de ténébryl et considèrent cet examen préliminaire indispensable avant toute mise en traitement.

Puis, on procède à l'irradiation par un champ unique, intéressant non seulement l'orifice externe des trajets, mais également leur projection dans le plan sous-cutané. On utilise la radiothérapie moyennement pénétrante.

Il a paru avantageux d'injecter une solution d'un sel double de quinine et d'urée ou de placer un fil de cuivre. Les résultats sont très encourageants.

**Cf.** — Les indications de la roentgenthérapie dans les affections bénignes ano-rectales. (M. BENSUADE, I. SOLOMON, J. MARCHAND. *IV<sup>e</sup> Congrès internat. de radiol.*, Zürich, juill. 1934.) — Pour les fistules anales : 50 % de guérison ; pour les fissures anales : 75 % de guérison.

Thrombose hémorroïdaire, avec prolapsus, 70 % de guérison ; rectites suppurées, condylomes, résultats satisfaisants, rectites hémorragiques, amélioration temporaire.

**La radiothérapie des névralgies.** (COTTENOT, ZIMMERN, CHAVANY. *IV<sup>e</sup> Congrès int. rad.*, Zürich, juill. 1934.) — Si la radiothérapie constitue un traitement très efficace dans les algies, il n'en reste pas moins qu'elle est trop peu fréquemment prescrite et surtout, après échec des médications analgésiques.

Avant d'entreprendre un traitement radiothérapique pour algie, être sûr du diagnostic causal.

La sciatique et les névralgies du plexus lombo-sacré sont très rapidement améliorées ; il n'en est pas toujours de même pour les affections algiques du plexus brachial et pour la névralgie faciale.

**La radiothérapie du sympathique.** (DELHERM et BEAU. La radiothérapie du sympathique, par son action excitante ou modératrice, par la rééquilibration fonctionnelle qu'elle détermine, par la suppression des causes de perturbation d'une fonction a donné de très beaux résultats entre les mains des radiothérapeutes.

Les irradiations portent sur l'axe cérébro-spinal : champ cervical, champ lombaire de Gouin et Bienvenue ; mais aussi, et c'est là un des principaux intérêts de cette technique, sur les chaînes et les ganglions des plexus solaire et mésentérique, sur les rameaux périvasculaires (triangle de Scarpa, creux poplité, sur les terminaisons cutanées.

Les syndromes tégumentaires, vaso-moteurs, sensitifs, cutanéotrophiques ; les syndromes circulatoires ; les syndromes respiratoires ; les syndromes digestifs ; les syndro-

## THÉRAPEUTIQUE IODORGANIQUE &amp; RADIODIAGNOSTIC



**LIPIODOL**  
**LAFAY**

Huile Iodée à 40 %.

**Pour combattre**

Asthme  
Artériosclérose  
Lymphatisme  
Rhumatisme  
Algies diverses  
Sciatique  
Syphilis

**Pour Explorer**

Système Nerveux  
Voies respiratoires  
Utérus et trompes  
Voies urinaires  
Sinus nasaux  
Voies lacrymales  
Abscesses et fistules

Ampoules, Capsules, Emulsion, Comprimés

A. GUERBET & C<sup>ie</sup>, Pharmacien, 22, Rue du Landy — S<sup>t</sup>-OUEEN, près Paris.

NET-JEP-CARRÉ

La plupart des états de carence

sont des carences complexes.

Les quatre vitamines sont nécessaires.

Les troubles d'hypo-calcémie qui conduisent au rachitisme et pour lesquels l'ergostérol irradié (Vitamine D) donne de si beaux résultats ne sont presque jamais purs. Les troubles de l'appétit, l'anémie, les troubles du développement indiquent que le sujet souffre aussi du manque des facteurs de croissance et d'utilisation nutritive qu'apportent les autres vitamines.

Il existe des vitamines dans les végétaux frais; mais l'expérience prouve qu'elles y sont en quantités trop faibles pour réduire les états de carence déjà caractérisés. Ceux-ci ne cèdent qu'aux vitamines offertes en abondance sous forme concentrée.

# Le Vitamyl Irradié

apporte de l'Ergostérol irradié en solution huileuse finement émulsionnée dans un extrait concentré de Vitamines A. B. et C. et permet de réaliser cette médication poly-vitaminique.  
sous sa forme la plus active,

car l'Ergostérol irradié s'y trouve en solution huileuse, condition nécessaire pour lui permettre de garder son efficacité,  
sous une forme agréable,

en solution, le goût de l'émulsion huileuse est complètement masqué par la saveur légèrement sucrée du milieu glyciné; en dragée le médicament est un véritable bonbon.

**RACHITISME — CARENCES et PRÉ-CARENCES**  
**TROUBLES de CROISSANCE — DÉMINÉRALISATION**

Solution : 2 à 3 cuill. à café par jour — Dragées : 4 à 6 par jour. — Demi-dose chez l'Enfant.

Laboratoires AMIDO, 4, Place des Vosges, PARIS-IV<sup>e</sup>



mes génitaux ; les syndromes endocriniens, etc., ont été ainsi traités avec succès. Il semble que la radiothérapie du sympathique agisse comme une médication de choc et aussi comme agent local catalytique.

**La radiothérapie dans les syndromes sympathiques viscéraux.** (A. ZIMMERN et BRUNET. *IV<sup>e</sup> Congrès intern. radiol.*, Zürich, juill. 34.) — Les auteurs étudient les multiples applications de la radiothérapie, radiothérapie sympathique, dont l'action semble relever d'un retentissement sur le système neuro-végétatif. Ils rappellent à cet effet les expérimentations physiologiques et les renseignements de la chirurgie du sympathique.

**Radiothérapie splénique dans l'urticaire récidivant.** (M. J. CHERFILS. *IV<sup>e</sup> Congrès internat. de radiol.*, Zürich, 1934.) — La radiographie splénique donne d'excellents résultats, réussissant, dans un très grand nombre de cas, à amener la guérison.

**Essais de radiothérapie dans les abcès pulmonaires.** (D. GHIMUS. *IV<sup>e</sup> Congrès internat. radiol.*, Zürich, juill. 1934.) — Apportant observations et radiographies, l'auteur expose les résultats obtenus avec le traitement radiothérapique seul dans différentes formes d'abcès pulmonaires ; résultats semble-t-il remarquables, guérison complète, même dans les cas graves.

**Le traitement des cancers graves de la peau par la radiothérapie pénétrante à hautes doses journalières.** (J. BELOT et F. LEPENNETIER. *IV<sup>e</sup> Congrès intern. radiol.*, Zürich, 1934.) — Certains épithéliomas baso et spino-cellulaires, soit à cause de leur extension à la peau, soit par leur propagation au delà des limites de la peau ; soit encore par leur siège (pavillon de l'oreille, paupières) ne peuvent être traités selon la technique ordinaire devenue aujourd'hui classique, de Brocq et Belot. Les auteurs ont conçu une technique röntgenthérapie nouvelle : radiothérapie pénétrante filtrée sur cuivre, applications journalières jusqu'à un total de 4.000 à 5.000 r. (8.000 à 10.000 r.).

Ils obtiennent des résultats extrêmement intéressants au point de vue clinique et esthétique.

**Curiathérapie des cancers de l'amygdale.** (L. MALLET. *IV<sup>e</sup> Congrès intern. de radiol.*, Zürich 1934.) — L'auteur traite les cancers de l'amygdale par des appareils moulés ; les lymphosarcomes sont une forme très favorable ; les cancers malpighiens sont plus fréquents et plus radio-résistants. Néanmoins, avec sa technique, l'auteur obtient la régression complète de ces cancers dans plus de la moitié des cas.

**La Revue du Memento Cartier**, parue en janvier et éditée par les Editions du *Memento Cartier*, constitue une mise à jour périodique de l'Annuaire bien connu.

Elle donne, six fois par an, les modifications, changements d'adresses, installations nouvelles décès, survenus dans le Corps médical.

D'autre part, elle publie diverses chroniques de mondanité médicale ; un calendrier fiscal et sportif et une étude originale et inédite d'une question juridique ou fiscale intéressant le Corps médical, ainsi que le Calendrier des Réunions scientifiques, Congrès, etc...

La *Revue du Memento Cartier* paraît en deux éditions : l'édition lyonnaise (15 départements) ; l'édition méditerranéenne (13 départements) ; l'abonnement est de 50 fr. par édition.

Prix spécial pour les médecins exerçants et ressortissant du rayon du *Memento Cartier du Sud-Est* : 20 fr.

## SOCIÉTÉS SAVANTES

### ACADEMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 12 JUIN 1935)

**Nouvelle méthode de titrage des sérums antipneumococciques par la neutralisation des anticorps « in vitro ».** — MM. Louis COTONÉ et Jacques POCHON.

**Phénomène de Bail et intoxication tuberculinique.** — MM. Alfred BOQUET et Roger LAPORTE.

### SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 17 MAI 1935)

**1° Asthme et tuberculose pulmonaire dissociés dans la descendance de certains tuberculeux.** — **2° Asthme de la première enfance et tuberculose pulmonaire.** — **3° Intrication de crises d'asthme et de polypnée paroxystique chez un tuberculeux pulmonaire.** — MM. G. CAUSSADE et R. AMSLER (Angers). Modalités différentes dans la transmission de l'asthme et même du rhume des foins dans la descendance de tuberculeux pulmonaires.

**1° A)** De deux enfants issus de père ou de mère tuberculeux, l'un est tuberculeux, l'autre asthmatique ; **B)** une bis-aïeule tuberculeuse a un fils qui est d'abord tuberculeux, puis asthmatique et son enfant est atteint d'asthme et de rhume des foins ; **C)** un père tuberculeux a deux enfants, sa fille est tuberculeuse à 20 ans et son fils est à la fois tuberculeux et asthmatique ; **D)** une mère, issue de tuberculeux, est asthmatique et tuberculeuse, et ses deux enfants sont seulement asthmatiques.

**2°** L'asthme de la première enfance peut se prolonger au delà de la puberté, et le sujet est, ultérieurement, tuberculeux ; dans d'autres cas, le père étant tuberculeux, ses trois enfants, l'asthme ayant disparu, sont devenus tuberculeux. Autres modalités : ascendance tuberculeuse, deux enfants, l'un âgé de 12 ans, asthmatique depuis l'âge de 8 ans, l'autre, asthmatique à 8 mois ; — mère tuberculeuse, fils tuberculeux et asthmatique, petit-fils asthmatique dans la première enfance.

**3°** Les auteurs citent un cas concernant un tuberculeux qui a éprouvé d'abord des crises d'asthme, puis de polypnée paroxystique ; ensuite intrication de ces deux dyspnées ; elles ont persisté non seulement pendant une bronchectasie putride, dont les crachats contenaient des anaérobies et pus de bacilles de Koch, mais aussi pendant une poussée consécutive de tuberculose pulmonaire avec expectoration bacillifère.

**Syndrome humoral du myxœdème.** — MM. DECOURT, MEYER et GUILLAUMIN. Dans deux cas, les auteurs ont pu suivre les modifications du syndrome humoral sous l'influence du traitement thyroïdien. Ils ont observé, parallèlement à l'amélioration clinique et au relèvement du métabolisme basal, l'abaissement de la cholestérolémie et le retour vers la normale de l'équilibre protidique : diminution de la sérine, relèvement du taux des globulines. Pour les auteurs, l'élévation du rapport sérine-globuline doit être considérée comme un des stigmates du myxœdème.

**Comas diabétiques avec complications. Dosage des corps cétoniques dans les tissus.** — MM. DALOUS, RISER et VALDIGNIE. Deux cas de coma dans lesquels les lésions rénales et pulmonaires ont aggravé l'évolution clinique et paraissent avoir joué le rôle principal dans leur terminaison.

Le rôle de l'acidose diabétique dans les accidents a été suivi grâce à des dosages répétés des corps cétoniques, portant dans chaque cas sur le sang, les humeurs, les urines, l'air expiré et grâce à une détermination faite sur certains organes après la mort. Les dosages montrent la persistance des corps cétoniques dans les tissus alors que les taux sanguins ont baissé sous l'influence de l'insuline.

**Etude radio-cinématique d'un épanchement interlobaire.** — MM. RIST et HAUTEFEUILLE. Femme présentant des signes de tuberculose d'un sommet avec une ombre homogène due vraisemblablement à un épanchement interlobaire.

**Réactions sérologiques de la leishmaniose chez un malade atteint d'endocardite maligne.** — MM. GIRAUD, BERTHIER, CIANDO et PRALIAUD (Marseille). Malade atteint d'endocardite maligne, dont le sérum donnait la réaction sérologique de la leishmaniose interne. L'absence de parasites vérifiée par ponction sternale et par examen histologique permet d'éliminer l'association des deux affections. Il en résulte que l'examen du sérum sanguin ne saurait remplacer la recherche directe du parasite dans le diagnostic de la leishmaniose interne.

**Dilatation bronchique du lobe supérieur droit et mastite.** — MM. COSTEDOAT, COUMEL et BOURDON. Jeune soldat atteint successivement de quatre poussées inflammatoires du lobe supérieur droit avec bronchorrhée fétide et abondante. Au cours d'une de ces poussées, la région du sein se tuméfia et devint douloureuse ; le mamelon s'infiltra. Cette mastite disparut sans avoir abouti à un abcès.

**Un cas d'adénopathie médiastinale volumineuse calcifiée chez un adulte.** — MM. RIST et HAUTEFEUILLE. Femme de 36 ans en bonne santé, sans aucun signe stéthacoustique, présentant une adénopathie médiastinale volumineuse et calcifiée. Les auteurs insistent sur l'abus qu'on fait du diagnostic d'adénopathie trachéo-bronchique. Aucun incident dans le passé ne pouvait être attribué à une affection tuberculeuse.

**Myoclonies arythmiques localisées du psoas gauche persistant depuis 17 ans.** — MM. RATHERY, MOLLARET et Mlle SAINTON. Malade âgée de 31 ans, atteinte d'un syndrome myoclonique depuis 10 ans. Le phénomène est plus apparent dans la position couchée, où s'observent des soulèvements irréguliers de la moitié gauche de la paroi abdominale. Ce sont des contractions du psoas se présentant de façon isolée avec un examen neurologique négatif. Peut-être s'agit-il d'un phénomène encéphalitique.

**Syndrome bulbaire chez un syphilitique avec insuffisance aortique.** — MM. URECHIA et DRAGONIOS (Cluj). Observation d'un ancien syphilitique porteur d'une insuffisance aortique, qui, à l'occasion d'un effort violent, fit un syndrome bulbaire obtenu par embolie bulbaire.

**Infarctus du myocarde à forme digestive.** — M. DOUMER (Lille). a) Homme de 53 ans, réveillé en pleine nuit par des nausées et des vomissements, avec brûlures à l'estomac, sans douleurs intra-thoraciques. Plus tard des symptômes digestifs : ballonnement, éructations... Le 9<sup>e</sup> jour, les symptômes cardiaques apparaissent (palpitations, dyspnée). Plus tard on put reconnaître un infarctus du myocarde mortel avec signes d'insuffisance cardiaque. b) Homme de 70 ans se plaignant de nausées, mais déformations de l'électro-cardiogramme qui furent les seules manifestations cliniques d'un processus de coronarite rapidement mortel.

**Maladie de Hanot avec biopsie du foie.** — MM. CHIRAY, ALBAT et MALINSKY estiment que la maladie de Hanot est une entité bien définie, cliniquement par une hépato-splénomé-

galie chronique ; biologiquement par l'absence de troubles de la galactopexie et du métabolisme de l'eau ; anatomiquement par des lésions d'hépatite mésentérique diffuse.

**Névralgie du petit sciatique et du sciatique après une injection de quinine.** — MM. URECHIA et DRAGONIOS (Cluj) rapportent ce cas, survenu à la suite d'une injection de quinine faite au niveau du pli fessier, en dehors des points d'élection.

**Influence de la coqueluche sur la tuberculose chez l'enfant.** — MM. Roger AMSLER (Angers) et Eugène RUAIS montrent que, dans la clientèle privée, la tuberculose consécutive à la coqueluche de l'enfant est peu fréquente ; mais cette éventualité est plutôt observée à l'hôpital, chez des enfants contaminés déjà dans le milieu familial. Rarement cette tuberculose évolue rapidement, sans aucune rémission. Le plus souvent, il s'agit de formes graves au début mais curables.

La tuberculose préexistante à la coqueluche n'est pas forcément influencée défavorablement par celle-ci ; ainsi une coqueluche peut évoluer chez un enfant tuberculeux sans infliger à sa tuberculose une poussée aiguë, ni, quand elle se manifeste, empêcher sa guérison ultérieure.

## SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 15 MAI 1935)

**Amputation abdomino-périnéale du rectum par le procédé de Coffey.** — M. HARTMANN précise qu'il a employé depuis longtemps cette technique un peu modifiée.

**Infection opératoire par les poussières de l'air.** — M. MOURE a observé des accidents dans certaines salles d'opération. Le coton cardé, non stérile, ne doit pas être utilisé dans les salles d'opération.

M. DESPLAS a observé une contamination par courants d'air chaud du chauffage central.

M. PROUST propose l'étude systématique de l'atmosphère des salles d'opération, par boîtes de Pétri.

**Immuno-transfusion.** — M. DESPLAS a observé de bons résultats des immuno-transfusions dans une cellulite diffuse sans abcès collecté et phénomènes septicémiques dus vraisemblablement au streptocoque.

**Déformation duodénale causée par une ptose rénale droite.** — M. ALGLAVE rapporte ce travail de M. Marc Breton, et rappelle les accidents d'ordre digestif causés par les ptoses rénales. Des douleurs épigastriques post-prandiales duraient depuis cinq ans, avec amaigrissement. La néphropexie fit disparaître les troubles cliniques et l'encoche duodénale constatée sur des radiographies antérieures. M. Alglave rappelle à ce propos, avec planches à l'appui, les principaux troubles gastro-duodénaux-coliques déterminés par des ptoses rénales.

**Suites éloignées de pancréatites hémorragiques.** — M. HUET a suivi un malade opéré pour pancréatite hémorragique : le malade présentait des douleurs intermittentes avec apparition d'une tumeur très passagère. Depuis, une troisième intervention suivie de cholécystostomie, il n'y a pas eu de crise importante.

M. MOULONGUET estime qu'on peut injecter du lipiodol dans les voies biliaires, si le malade est à jeun.

M. SÉNÈQUE a revu un malade trois ans après pancréatite hémorragique. A ce moment, nouvelle crise douloureuse qui guérit seule.



M. BROcq a vu dans son service un malade qui ne guérit bien qu'après cholécystostomie. Le drainage sert parfois à l'élimination de fragments pancréatiques.

M. LARDENNOIS a vu une crise douloureuse après injection opaque des voies biliaires.

M. GRÉGOIRE rappelle que le tubercule de Vater est bien plus fréquent que l'ampoule commune aux voies biliaires et pancréatiques.

M. OKINCZYC rappelle l'utilité du drainage des voies biliaires dans la pancréatite hémorragique.

M. DESPLAS juge que la cholécystostomie est d'autant plus logique que la vésicule est plus distendue.

M. Robert MONOD rappelle l'existence de pancréatites œdémateuses, pouvant distendre radiologiquement l'anneau duodénal, et donnant cliniquement des tumeurs.

**Epilepsie Bravais-Jacksonienne.** — M. FÉREY (Saint-Malo) a obtenu une guérison datant de neuf mois, après traitement d'une arachnoidite par ponctions multiples.

#### Présentation de pièces :

M. SORREL. — Kyste du ménisque externe.

(SÉANCE DU 22 MAI 1935)

**Nouvelles observations d'occlusion après appendicite aiguë.** — M. HUET a eu l'occasion d'en observer quatre nouveaux cas. Il a toujours pu s'attaquer directement à la cause de l'occlusion : deux fois par incision d'abcès, une fois par libération d'adhérence, une fois par section de bride, et a guéri ses quatre malades. Il a ainsi opéré 18 occlusions, a fait une seule fistulisation en amont, avec dix-sept succès et une seule mort dans le cas de fistulisation. Il insiste sur ce que cette méthode doit rester une opération d'exception et de nécessité.

**Petite exstrophie vésicale chez la femme.** — M. GAUTIER (Angers) en a observé un cas se rapprochant de l'épididymite avec amincissement et aspect cicatriciel de la peau, sans disjonction pubienne. Guérison complète de l'incontinence par dissection et plastie urétrale et cervicovésicale.

**Documents pour servir à la prévention du tétanos.** — M. BAZY rapporte une statistique précise, et impersonnelle, de 755 cas avec deux tiers de guérison, 3 % de tétanos malgré sérothérapie préventive, 70 % des cas sont apparus après des plaies insignifiantes que le médecin n'avait même pas été appelé à voir. 5 % des cas sont survenus sans plaie préalable.

Le risque de tétanos est donc imprévisible, et l'on ne peut songer à améliorer l'immunisation par la sérothérapie préventive.

L'auteur étudie ensuite le mode d'apparition des états antisérum et en montre les dangers.

La vaccination permet seule de lutter contre le tétanos, elle est sans danger, et très réalisable du point de vue économique. La seule question à discuter est celle de la durée d'immunisation.

**A propos de la prévention du tétanos.** — M. FREDET apporte la très importante statistique des chemins de fer P.-L.-M., il montre que la vaccination est très souhaitable tout au moins dans certaines professions.

**Indications opératoires dans les ptoses rénales.** — M. WOLFROMM montre que les troubles attribués à la ptose rénale n'ont peut-être pas tous une explication aussi mécaniquement simple, et que la néphropexie n'est pas indiquée

dans tous les cas de ptose, même avec distension pyélique. L'incertitude règne encore, aussi bien dans les indications que dans la technique et les résultats de la néphropexie. Et des résultats paradoxaux se voient aussi bien après que sans intervention.

## PRATIQUE MÉDICALE

### TRAITEMENT DES ATONIES ET PARALYSIES INTESTINALES POST-OPÉRATOIRES (1)

Par M. le docteur MANDILLON.

Revue générale de toutes les médications utilisées dans le traitement des atonies intestinales post-opératoires et technique d'emploi de la prostigmine ; d'après l'auteur, qui continue la série de travaux publiés par MM. Tourneux, Chalochet, Jeanneney, Perget, Lefort, Massias, etc., les résultats de l'injection de ce péristaltigène synthétique sont particulièrement remarquables. On sait que, pour provoquer l'évacuation des gaz, il suffit de pratiquer une injection sous-cutanée de prostigmine, le lendemain de l'opération, et que, pour provoquer l'évacuation alvine, on peut soit réitérer l'injection, soit la compléter par l'administration d'un lavement glyciné à 10 %.

Ce médicament n'a pas de contre-indications d'après l'auteur, même dans les cas de parésie intestinale due à un début de phlébite. En revanche, nombreuses sont les indications : atonie intestinale post-opératoire, atonie réflexe qu'on observe après certains accouchements et au cours de certaines affections médicales (crises douloureuses, coliques néphrétiques, hépatiques, aérocolie, etc...). La prostigmine a aussi une action efficace contre le syndrome douleur et dans toutes les algies abdominales ; on a signalé son emploi contre la rétention d'urine post-opératoire par parésie vésicale et surtout contre le spasme de l'urètre (Dargel) ; enfin M. Massias l'a utilisée (1/4 de cc.) avec succès dans l'obstruction intestinale du nourrisson intoxiqué.

## LIVRES NOUVEAUX

**Néphrites toxiques aiguës (2),** par M. FAURE-BEAULIEU, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, et Robert CAHEN, ancien chef de clinique à la Faculté, assistant à l'hôpital Saint-Antoine.

S'il est une « actualité de médecine pratique », c'est bien la question des néphrites toxiques aiguës ; a) actualité en raison des formes nouvelles que la chimiothérapie moderne a fait éclore, et des recherches biochimiques qui, de jour en jour, nous font pénétrer plus avant dans le mécanisme des lésions et des symptômes ; b) intérêt pratique en raison des progrès réalisés dans le traitement des néphrites aiguës, et des précautions à prendre pour éviter les erreurs thérapeutiques.

Les auteurs ont développé tout particulièrement le chapitre de la néphrite mercurielle ; c'est à son propos que la physiologie pathologique générale des néphrites a été exposée en détail, ce qui a dispensé d'y revenir à propos des autres formes.

L. G.

(1) *Concours méd.*, Paris, avril 1934, n° 13.

(2) In-16 de 150 pages avec figures dans le texte. — Prix : 20 fr. — Paris, G. Doin et C<sup>ie</sup>.

## NOTES POUR L'INTERNAT

FORMES CLINIQUES DE LA NÉVRALGIE  
SCIATIQUE<sup>1</sup>

Il peut s'agir de *métastases osseuses cancéreuses*.

Soit au niveau des *vertèbres* : le cancer vertébral, rarement primitif, survient après un cancer du sein, du rein, de l'ovaire, du pancréas, de la thyroïde... il donne naissance à une sciatique très violente, continue jour et nuit, avec des troubles de la sensibilité objective à topographie radiculaire, avec souvent des éruptions zostérisiformes ; la radiographie montre des lésions caractéristiques du corps vertébral.

Soit au niveau du *fémur* : notons d'ailleurs que l'on peut avoir un ostéosarcome du fémur, ou une métastase à ce niveau.

Quelquefois, il s'agit d'*anomalie de transition lombosacrée*, sacralisation de la cinquième lombaire ou lombalisation de la première sacrée, bien visible sur les clichés radiographiques.

Souvent, ce sont des *lésions de rhumatisme chronique vertébral* que l'on peut noter sur les films. Récemment encore (J. Forestier, 1931), on est revenu sur les *productions anormales*, décelables par les rayons X, dans le rhumatisme chronique vertébral. Elles sont de deux sortes : les *ostéophytes* et les *syndesmophytes*. Les ostéophytes, ayant la structure et la corticale de l'os, donnent des *becs osseux* ; la saillie osseuse anormale est toujours constituée, soit par le corps vertébral lui-même se prolongeant en bec, soit par un épaississement de la corticale du corps vertébral ; de toute façon, il y a une corticale et les bords de l'éperon osseux sont nets ; le point d'implantation est le coin même du corps vertébral, ou se trouve situé à peu de distance de ce coin et le bec osseux se développe surtout transversalement. Les syndesmophytes, calcifications ligamentaires au niveau de certains espaces intervertébraux, prolongent le coin vertébral par une traînée verticale, saute d'un corps vertébral à l'autre en pont ; il s'agit non pas d'ossification, mais de calcification ; cette syndesmophytose est cause d'ankylose précoce.

Outre les productions anormales, on peut noter des lésions de *décalcification des corps vertébraux* (en diabolos).

Le *disque vertébral* est souvent aminci, pincé. Son noyau gélatineux peut faire *hernie* dans la corticale de la vertèbre (Schmorl). Le noyau peut être calcifié.

Le rhumatisme chronique vertébral lombaire ou *lombarthrie de Léri*, se manifeste souvent par des douleurs sciatiques.

Dans ce *syndrome d'arthrite vertébrale chronique*, il importe de rechercher la cause : *goutte vertébrale* (M. P. Weil) *rhumatisme tuberculeux* (M.-P. Weil et Roederer, Mme Froyez. Thèse de Paris 1933), *arthrites staphylococciques*, *syphilitiques*, *typhique* et *paratyphique*, *traumatiques* (micro-traumatismes répétés)...

Dans un autre ordre d'idée, notons : LES SCIATIQUES SECONDAIRES A DES LÉSIONS DU PETIT BASSIN. Toute sciatique, primitive, en apparence, nécessite un toucher rectal ou vaginal. Ainsi, l'on trouvera, suivant les cas, un cancer de la vessie, ou de la prostate, ou du rectum ; un cancer utérin, un cancer ovarien, une salpingo-ovarite...

Une classe à part doit être faite AUX SCIATIQUES AVEC SIGNES NERVEUX ASSEZ DIFFUS ET MODIFICATIONS DU LIQUIDE CÉPHALO-RACHIDIEN.

La *méningite tuberculeuse* intervient rarement.

Au contraire, *trois affections* viennent au premier plan : la *syphilis méningée*, les *tumeurs juxta-médullaires*, les *arachnoïdites spinales*.

La *syphilis méningée* peut faire partie du tableau de la syphilis secondaire (radiculites) ; il s'agit souvent de *méningite de la période tertiaire* (pachyméningite, méningite scléro-gommeuse). La sciatique haute a deux phases : algique pure et névritique, avec abolition de l'achilléen. Quelquefois, c'est un *tabès* qui est à l'origine de sciatique radiculaire. La *ponction lombaire* donne : hyperalbuminose, lymphocytose, précipitation du benjoin dans les premiers tubes, BW positif. Plus rarement, un syndrome de Froin avec BW positif.

La sciatique peut être due à une tumeur médullaire ou surtout *juxta-médullaire énucléable*, siégeant alors au niveau de la queue de cheval : la sciatique est *bilatérale* ; il existe des troubles objectifs de la sensibilité, des signes de paraplégie, et surtout la ponction lombaire montre une *hypertension rachidienne* avec *blocage* aux épreuves de Queckenstedt-Stookey ; une dissociation albumino-cytologique ; parfois syndrome de Froin ; benjoin normal ; BW négatif ; *arrêt bien net, en dôme, du lipiodol sous-arachnoïdien*.

Les *arachnoïdites spinales*, sur lesquelles on a récemment insisté (XIII<sup>e</sup> réunion neurologique internationale annuelle), donnent lieu, le plus souvent, à des cloisonnements dorso-lombaires, à de petits kystes (H. Roger) ; elles sont secondaires (tumeurs, Pott...) ou primitives, d'évolution et d'étendue assez variables ; les *arachnoïdites lombaires localisées subaiguës* donnent le tableau d'une sciatique haute (Barré), de radiculo-névrites sciatiques, curables (Guilain et Barré). Les signes nerveux sont *diffus* et d'allure capricieuse. La ponction lombaire donne des résultats variables :

— Soit tension manométrique normale, légère albuminose (0,40) et légère leucocytose (3 et 8), mais *blocage incomplet* avec ascension lente, descente peu rapide ; après soustraction de 10 cm<sup>3</sup> de liquide céphalo-rachidien, l'épreuve est nette : *épreuve sensibilisée de Chavany*.

— Soit dissociation albumino-cytologique simple.

— Soit un syndrome de Froin.

Le lipiodol intra-rachidien montre un *arrêt plus ou moins net, total, en peigne ou partiel, en chapelet* (G. M. F., 1<sup>er</sup> janvier 1934, H. Roger).

C'est dans ce chapitre des *Sciatiques par arachnoïdites spinales* que doivent rentrer la plupart des sciatiques toxiques ou infectieuses que nous étudierons maintenant.

LES SCIATIQUES TOXIQUES ET INFECTIEUSES sont assez rares :

Parmi les *toxiques*, à l'origine de la névralgie sciatique, il est classique de noter l'*alcool*, le *plomb*, le *mercure* ou l'*oxyde de carbone*.

On sait, qu'en présence de toute sciatique, d'allure primitive, il est de règle d'examiner les urines pour éliminer le *diabète*. Pour certains auteurs (J. Haguenau, P. M., 17 octobre 1934), le diabète ne serait pas responsable de la sciatique, même si elle s'installe chez des diabétiques.

De même, la *goutte* peut provoquer des *réactions sciatiques*, rarement une *sciatique pure*.

Différentes infections peuvent être causes de sciatique : *syphilis*, *tuberculose*. Landouzy a décrit la *sciatique pré-tuberculeuse*, première manifestation clinique de tuberculose. Le *paludisme*, la *blennorrhagie* à la période aiguë d'urétrite pour Fournier et durant peu, la *grippe*, la *fièvre typhoïde*, l'*infection puerpérale* sont susceptibles de produire la sciatique.

(A suivre.)

ALBERT FIEHRER.

Le Directeur-gérant : D<sup>r</sup> François LE SOURD.

(1) Suite. — Voir Gaz. des hôp., 1935, n° 47, p. 822 ; n° 49, p. 854.



# SPARTÉINE HOUDÉ

## FICHE

### DE THÉRAPEUTIQUE PRATIQUE

*Sulfate de Spartéine :  $C_{15} H_{26} N_2 \cdot SO_4 H_2 + 5H_2 O$ , sel cristallisé, chimiquement pur, préparé à partir de la Spartéine du genêt (Sarthamnus scoparius).*

*Action cardiaque démontrée par de nombreux essais physiologiques.*

### PHARMACODYNAMIE

la **Spartéine** : a) soustrait le cœur à toute action nerveuse extrinsèque (1) ;  
b) supprime les extrasystoles physiologiques et pathologiques (2) ;  
c) exerce une action cardio-tonique marquée (3).

### INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES

1° **Régulateur du cœur** : arythmies, palpitations, névroses cardiaques, etc.

2° **Cardio-tonique** : maladies infectieuses, hyposystolie, asystolie.

Très peu toxique, très maniable, ne s'accumulant pas, la **Spartéine** est le **meilleur tonique cardiaque d'entretien**.

**DOSES** : 0 gr. 10 à 0 gr. 25 et même 0 gr. 40 *pro die* sous forme de **Granules de Spartéine HOUDÉ**, titrés à 0 gr. 02 de sulfate de spartéine par granule.

- 1) F. MERCIER et L. J. MERCIER C. R. Soc. Biol., 93 (1925), 339 et 1468.
- (2) DELAS et SOULA. Arch. Int. Physiol., 25 (1925). 1.
- (3) R. ROGER. Thèse. Doct. Médecine. Toulouse (1927)



VENTE EN GROS

**Laboratoires HOUDÉ, 9, rue Dieu, PARIS**



# LORAGA

Emulsion originale d'huile de paraffine  
et d'agar-agar avec phénolphtaléine

## RÉGULATEUR PHYSIOLOGIQUE DE L'INTESTIN

S'incorpore intimement au contenu intestinal.  
Donne au bol fécal la consistance et la  
plasticité normales. Stimule doucement le  
péristaltisme sans provoquer de spasmes.

**INDICATIONS :** Toutes formes de constipation  
et à tout âge. — Paresse intestinale au cours  
de la grossesse et pendant la période de  
lactation. — Atonie intestinale des vieillards.

*Tolérance parfaite. Aucune action secondaire.  
Pas d'accoutumance ni de suintement huileux.*

*Littérature et échantillons sur demande à MM. les Médecins*

**LABORATOIRES SUBSTANTIA**

*F. Guillemoteau, Pharmacien - 13, rue Pagès, Suresnes (Seine)*



*La Lancette Française***GAZETTE DES HOPITAUX****CIVILS ET MILITAIRES****PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI****ADMINISTRATION ET RÉDACTION :****49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6<sup>e</sup>. Tél. : Danton 48-31.****PUBLICITE : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6<sup>e</sup>) - Téléph. : LITtré 54-93.****PRIX DE L'ABONNEMENT****FRANCE**

3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.

*Etudiants : 25 francs par an.*

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

**ETRANGER**

Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.

Tous les autres pays : 75 francs.

**ABONNEMENTS DE VACANCES***La Gazette des hôpitaux met à la disposition de MM. les Etudiants des abonnements de vacances gratuits d'une durée de deux mois (juillet et août).**Il ne pourra être accepté de changement d'adresse au cours de ces abonnements.**Il ne sera donné suite à aucune demande passé le 30 juin.**Prière d'écrire très lisiblement son nom et son adresse.**S'adresser directement aux bureaux du Journal.***SOMMAIRE****REVUE GÉNÉRALE***Les hémoptysies tuberculeuses, par M. G. VAJA (de Bucarest).***JOURNÉES ORTHOPÉDIQUES DE BORDEAUX****SOCIÉTÉS SAVANTES***Académie de médecine. — Société de pédiatrie. — Société de biologie.***ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS****INFORMATIONS****HÔPITAUX DE PARIS. — DEUXIÈME CONCOURS DE NOMINATION DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX. — Epreuve clinique. — Séance du 20 juin. — MM. Mouchet, 18; Seillé, 20; Chabrut, 18.****CONSEIL SUPÉRIEUR DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE. — Le Conseil supérieur de l'Instruction publique est convoqué en session ordinaire le mardi 9 juillet.**

La durée de la session est fixée à trois jours.

**MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE. — M. le docteur Girel (Georges), conservateur du musée d'anatomie de la Faculté de médecine de Lyon, a été nommé chef adjoint du cabinet de M. Mario Roustan, ministre de l'Éducation nationale.****GUERRE. — Sont promus :***Au grade de médecin colonel. — MM. les médecins lieutenants-colonels Pilod, professeur au Val-de-Grâce, laboratoire central de recherches bactériologiques et de sérologie de l'armée, membre consultant du Comité consul-**tatif de santé, à Paris, en remplacement de M. Poirée, retraité; Andrieu, médecin chef de l'hôpital Baudens, à Oran, en remplacement de M. Comte, retraité; Aubert, médecin chef des salles militaires de l'hospice mixte de Chartres et président de commission de réforme, en remplacement de M. Pichon, retraité; Godeau, médecin chef des salles militaires de l'hospice mixte de Pau et président de commission de réforme, en remplacement de M. Boyé, décédé; affecté à l'hôpital militaire Michel-Lévy, à Marseille, médecin chef (service); Pourpre, médecin chef des salles militaires de l'hospice mixte d'Avignon et président de commission de réforme, en remplacement de M. Couturier, promu.**(Troupes coloniales.) MM. Teste, du 23<sup>e</sup> d'infanterie coloniale, en remplacement de M. Cazanove, nommé médecin général; Besse, du 21<sup>e</sup> d'infanterie coloniale, en remplacement de M. Lamoureux, retraité; Blandin, du dépôt des isolés des troupes coloniales, en remplacement de M. Esserteau, retraité.**(Réserve.) MM. Duval (Pierre), de la 4<sup>e</sup> région; Okinczyc, de la 8<sup>e</sup> région; Crouzon (Octave) et Paul (Charles), de la région de Paris.**Au grade de médecin lieutenant-colonel. — MM. les médecins commandants Maratuech, de la 15<sup>e</sup> région; Pottier, de la 4<sup>e</sup> région; Froment, de la 14<sup>e</sup> région; Rimbaud (Louis), de la 16<sup>e</sup> région; Rouvière, de la région de Paris; Stepowski, de la 3<sup>e</sup> région, Pérard, des troupes du Maroc; Mathieu (Paul), de la région de Paris; Clermont, de la 17<sup>e</sup> région; Pinard (Marcel), de la région de Paris.***— Mutations :***Médecins colonels. — MM. Rebierre, médecin chef de l'hôpital Michel-Lévy, Marseille, est affecté comme sous-directeur du Service de santé de la 1<sup>re</sup> région, Lille; Vanlande, professeur agrégé du Val-de-Grâce, professeur à l'Ecole***OUABAÏNE ARNAUD****LABORATOIRE NATIVELLE, 27, Rue de la Procession, PARIS (XV<sup>e</sup>)**

d'application du Service de santé militaire, Paris, est affecté comme sous-directeur du Service de santé des troupes du Maroc (volontaire).

**UN HOMMAGE AU PROFESSEUR TANON.** — Une cérémonie intime a eu lieu mardi matin à la Préfecture de police en l'honneur de M. le professeur Tanon, inspecteur général des services d'hygiène, à l'occasion de son élection à l'Académie de médecine.

M. Liard, secrétaire général, présidait. A ses côtés, on remarquait : MM. Bressot, directeur du cabinet du préfet de police; Paul Guichard, directeur général de la police municipale; Lafenestre, directeur de l'hygiène; la plupart des chefs de la préfecture de police, les docteurs Flandin, Bourgeois, Joltrain, Bizard et un grand nombre d'employés et d'agents.

Le docteur Henriot remit au professeur Tanon un souvenir au nom de ses collaborateurs et de ses amis.

M. Liard, après avoir exprimé les regrets du préfet de police, qui n'a pu assister à cette cérémonie, dit la joie que la préfecture de police tout entière a éprouvée en apprenant l'élection du nouvel académicien. Il rendit hommage à sa science, à sa bonté et à son dévouement.

A son tour, le professeur Tanon, très ému, a rappelé ce qu'il devait aux pères de MM. Liard et Henriot. Il a fait l'éloge de tous ses collaborateurs et il a exprimé le profond attachement qui le lie à la grande maison qu'est la préfecture de police.

La cérémonie qui vient d'avoir lieu montre que cet attachement est réciproque. Cela n'étonnera aucun de ceux qui, à la Faculté de médecine comme à la Préfecture, ont eu l'occasion d'admirer l'œuvre et le caractère de Louis Tanon.

F. L. S.

**LE TROISIÈME NUMÉRO DE « PALLAS ».** — Nous venons de recevoir le troisième numéro de *Pallas*. Les deux premiers nous avaient paru atteindre la perfection. Le troisième numéro les surpasse.

La valeur du texte nous est garantie par les noms respectés des professeurs Forgue et J.-L. Faure. A côté d'eux les articles de Péchin, de Dujarric de la Rivière, de M<sup>lle</sup> Vogt, de Crinon...

La présentation du numéro est de toute beauté. Les reproductions en couleur ou en noir sont exceptionnellement réussies. Crinon n'est pas seulement un charmant confrère au robuste bon sens, il est un homme d'action, car c'est lui seul qui a mené à bien la création de *Pallas*, et a su réaliser, en dehors de tout appui, ce magnifique magazine médical. (Abonnement annuel, 40 fr.; le numéro, 12 fr.; 111, boulevard Magenta.)

**COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.** — CLINIQUE MÉDICALE DES ENFANTS. (Hôpital des Enfants-Malades.)

#### RENSEIGNEMENTS

**COLLÈGE DE GARÇONS. COLLÈGE DE JEUNES FILLES.** Soisons. Préparation aux divers baccalauréats. Etablissements neufs. Internats tout confort. Hygiène et sports. A 1 h. 1/4 de Paris par le train. Autobus Citroën.

## Le bas médical NESSUS

Contention parfaite. Envoi sur demande à MM. les docteurs des directions pour la prise des mesures, 18, avenue d'Orléans, Paris (XIV<sup>e</sup>).

Toux  
Oyspnie

**IODEINE MONTAGU**

**Professeur : M. NOBÉCOURT.** — M. Cathala, agrégé, donnera pendant les vacances (août et septembre) un enseignement clinique le matin, à 9 h. 30.

**NÉCROLOGIE.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Fontagné (de Menton), Lefranc, ancien maire de Rethel; Louis Flamand (d'Opprebaix); Groves (de New-York).

**Croisière en Italie, Dalmatie et en Grèce.** — Les étudiants en médecine organisent cette année une croisière en Italie, Dalmatie et Grèce, avec, comme départ et arrivée, Venise, et comprenant une vingtaine d'escales : Spalato, Raguse, Cattaro, Corfou, Delphes, Athènes, etc...

La première croisière, du 27 juillet au 11 août, étant presque complète, une deuxième aura lieu, du 10 au 24 août, sur le magnifique paquebot yougoslave *Kanadjorje*.

Le prix en première classe, toutes excursions hôtels et boissons compris, varie de 1.850 à 2.800 fr.

Une réduction de 50 p. 100 sera accordée sur le parcours Paris-Venise et retour.

Les inscriptions et renseignements : Comité des Etudiants en médecine, 25, avenue d'Eylau, Paris (16<sup>e</sup>).

**Une carte héliographique de la France.** — Les *Annales d'actinométrie* vont publier des cartes héliographiques de la France et, ultérieurement, de certains pays étrangers.

Ces cartes indiqueront, tous les mois, le nombre des heures d'insolation d'après les mesures des stations de l'Office National météorologique et des divers héliographes privés.

Les personnes qui disposent d'un héliographe, ou qui désirent faire des mesures actinométriques dans leurs stations, sont priées de s'adresser au Secrétaire général du Comité International : Docteur Jean Saidman, directeur de l'Institut d'Actinologie à Vallauris.

## MÉDECINS, CHIRURGIENS ET SPÉCIALISTES PRÉSENTS A PARIS PENDANT LES VACANCES

Ainsi que nous le faisons depuis plusieurs années, nous publierons la liste des médecins, chirurgiens et spécialistes qui désirent faire savoir qu'ils seront présents à Paris pendant les vacances. Nous prions nos confrères de bien vouloir nous faire parvenir ces renseignements le plus tôt possible.

ANÉMIES  
DYSPEPSIES  
ANTITOXIQUE



DOSE: 4 à 6  
TABLETTES  
PAR JOUR

**BIOXYDE DE MANGANESE COLLOÏDAL. SELS MAGNÉSIENS**  
Laboratoire SCHMIT, 71 Rue Sainte-Anne, PARIS (19<sup>e</sup>)

**Phosphopinal Juin**  
Reconstituant général, est au Phosphore blanc ce que le Cacodylate est à l'Arsenic  
L'adresse et l'échantillon: 40, Impasse Milord, PARIS (19<sup>e</sup>)



ASSOCIATION PLURIGLANDULAIRE

# COLLOÏDINE LALEUF

DRAGÉES

## OBÉSITÉ ET MALADIES PAR CARENCE DIASTASIQUE

DE 2 A 8 DRAGÉES PAR JOUR  
SUIVANT PRESCRIPTION MÉDICALE

ÉCHANTILLONS - LITTÉRATURE  
LABORATOIRES LALEUF  
20, RUE DU LAOS — PARIS - 15<sup>e</sup>

Nouvelle adresse : 51, rue Nicolo, PARIS (XVI<sup>e</sup>).

### LABORATOIRES CARTERET

LIQUIDE  
et  
COMPRIMÉS

ANTISEPTIQUE GÉNÉRAL

*Sans odeur et non toxique*

## LUSOFORME

*Formol saponiné*

DÉSINFECTANT -- DÉSODORISANT

S'EMPLOIE EN SOLUTION AQUEUSE à 1/4 ou 1/2 p. 100 en GYNÉCOLOGIE, OBSTÉTRIQUE, CHIRURGIE

Échantillon et Littérature : 15, rue d'Argenteuil, PARIS

**Granules de CATILLON**à 0,001 **Extrait Titré** de**STROPHANTUS**

C'est avec ces granules qu'ont été faites les observations discutées à l'Académie de Médecine en 1889, elles prouvent que 2 à 4 par jour donnent une **diurèse rapide**, relèvent vite le **cœur affaibli**, dissipent **ASYSTOLIE, DYSPNÉE, OPPRESSION, ŒDÈMES**, Affections **MITRALES, CARDIOPATHIES** des **ENFANTS** et **VIELLARDS**

**Granules de CATILLON** 0,0001**STROPHANTINE**

GR.

**TONIQUE du CŒUR par EXCELLENCE — TOLÉRANCE INDÉFINIE***Griz de l'Académie de Médecine pour "Strophantus et Strophantine", Médaille d'Or Expos. Univ. 1900*

PARIS, 3, Boulevard St-Martin. — R. C. Seine 48283

# SULFARSENOL

## ARSENOS-SOLVANT

ADOPTÉS PAR LES HOPITAUX

### EKTOPHANOL

SELS DE LITHIUM DE L'ACIDE PHENYLQUINOLEINE CARBONIQUE

*Indications* : Rhumatismes musculaires ou articulaires, aigus ou chroniques, Goutte, Sciatique, Lumbago, etc.LABORATOIRES DE BIOCHIMIE MÉDICALE CH. DESGREZ, Dr en Ph<sup>ie</sup>, 19-21, rue Van-Looy, PARIS XVI<sup>e</sup> — Tél. Auteuil 26-62TOUTES les Affections du **FOIE** et du **REIN** :

1 à 2 capsules à chacun des deux principaux repas de :

# CAPARLEM

**HUILE DE HAARLEM** (au Juniperus Oxycedrus)**QUALITÉ INCOMPARABLE ET ACTIVITÉ INSOUÇONNÉE**Laboratoire Lorrain de Produits Synthétiques purs — **ETAIN** (Meuse)

# NUCLÉARSITOL ROBIN

*Granulé - Comprimés - Injectable*

**TUBERCULOSE - FIÈVRES PALUDÉENNES**  
**LYMPHATISME - SCROFULE**

**LABORATOIRES ROBIN, 13, Rue de Poissy, PARIS**



REVUE GÉNÉRALE

## LES HÉMOPTYSIES TUBERCULEUSES

Par M. G. VAJA (de Bucarest).

L'hémoptysie est une des complications rencontrées le plus souvent au cours de la tuberculose pulmonaire. Elle est surtout fréquente au cours de l'évolution de la tuberculose pulmonaire chronique de l'adulte.

Si on pense aux altérations anatomiques considérables qui se produisent pendant des années dans le poumon, organe essentiellement vasculaire, alors on voit que les hémoptysies ne sont pas si fréquentes qu'elles pourraient l'être. L'explication se trouve dans le fait que « la tuberculose est essentiellement une néoplasie privée de vaisseaux et dans ses formes caséuses, elle est plus oblitérante que perforante » (Bezanson et de Jong). En effet, l'infection tuberculeuse provoque de l'artérite oblitérante.

Les auteurs ne sont pas tous d'accord sur la fréquence relative des hémoptysies au cours de la tuberculose pulmonaire chronique. Ainsi Jacquerod croit qu'elles ne se rencontrent que dans 50 % des cas de tuberculose pulmonaire. D'autres auteurs admettent que cette fréquence s'élève jusqu'à 70 à 75 % des cas (Berthier). Lazare Maulde n'a rencontré l'hémoptysie sur 367 tuberculeux pulmonaires cavitaires que dans 30 % de cas et dans la moitié des cas c'était une hémoptysie apparue brusquement, en pleine santé, à la suite des excavations rapides.

En ce qui concerne la fréquence des hémoptysies tuberculeuses, par rapport aux autres hémoptysies, il est intéressant de citer la statistique de Laufer et Vitry. Ces auteurs sur 1.000 cas d'hémorragies des voies aériennes ont trouvé que 245 seulement étaient de nature bacillaire.

L'hémoptysie peut se rencontrer aussi, mais plus rarement, au cours des tuberculoses aiguës ; elle est exceptionnelle dans la granulie, on la trouve plus fréquemment dans la pneumonie caséuse où elle aide souvent le diagnostic avec la pneumonie franche aiguë, on la retrouve aussi dans la phtisie galopante qui peut même prendre une forme hémoptoïque.

Elle est rencontrée assez rarement au cours de l'évolution de la tuberculose pulmonaire chez l'enfant.

L'hémoptysie est caractérisée par le rejet d'une quantité variable de sang, provenant des voies aériennes inférieures et le plus habituellement, à la suite d'une quinte de toux.

Le tableau clinique de l'hémoptysie varie suivant la quantité de sang rejeté. Ainsi il y a les hémoptysies proprement dites qui peuvent être d'abondance moyenne, quand le malade après une quinte de toux rejette jusqu'à 100 cc. de sang rouge aéré. L'hémoptysie peut se renouveler le jour même ou les jours suivants et être suivie, pendant quelques jours, de l'expulsion de crachats noirâtres, de fin d'hémoptysie, qui ont une grande importance diagnostique.

Dans la même catégorie entrent les hémoptysies massives, hémoptysies terminales des tuberculeux ca-

vitaires. Le malade rejette brusquement une grande quantité de sang qui lui sort par la bouche et même par le nez. Il est cyanosé, angoissé et peut mourir asphyxié en quelques minutes. D'autres fois elle est moins brutale, mais plus prolongée et la mort survient en quelques jours. Dans ces cas l'hémoptysie est provoquée par la rupture d'un anévrysme de Rasmussen.

L'hémoptysie peut aussi se manifester par quelques crachats hémoptoïques et leur caractère principal est que le sang est intimement mélangé à l'expectoration tandis que si le sang provenait de voies supérieures ou de la bouche, il se présenterait comme des filets à la surface des crachats.

Habadou, dans sa thèse, a décrit des hémoptysies occultes qu'on décèlerait par des réactions chimiques comme les hémorragies occultes du tube digestif. Il a voulu leur donner une grande importance au point de vue du diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire.

**Formes cliniques.** — Les hémoptysies peuvent se rencontrer soit au début de la tuberculose pulmonaire, quand elles ont une grande importance diagnostique, le grand rôle de révéler la maladie à des gens jusqu'à ce moment bien portants ; soit au cours de la maladie, quand elles ont plutôt une importance au point de vue du pronostic, révélant la forme que revêtent les lésions.

Les hémoptysies initiales, celles du début de la tuberculose pulmonaire, tout comme les hémoptysies survenant chez les tuberculeux avérés, se distinguent d'après le fait qu'elles sont ou non accompagnées d'une poussée évolutive des lésions parenchymateuses.

Les hémoptysies initiales non évolutives apparaissent sans être précédées d'aucun prodrome et elles ne s'accompagnent d'aucun symptôme d'évolutivité. Une fois l'hémoptysie passée, le malade redevient parfaitement bien portant et parfois aucun examen ne pourra révéler l'atteinte bacillaire des poumons. Cette hémoptysie peut rester unique. D'autres fois, après un temps plus ou moins long une nouvelle hémoptysie apparaît en se manifestant de la même façon. Ces hémoptysies traduisent une tuberculose latente. L. Bernard les considérait comme dues à une poussée congestive des états séquelles de la primo infection.

Leur importance diagnostique est énorme, car elles ne s'accompagnent qu'extrêmement rarement de la bacilloscopie positive dans les crachats et on ne peut pas toujours affirmer leur nature tuberculeuse.

Comme dans la plupart de ces cas, il s'agit de jeunes gens dont on peut briser l'existence, il ne faut pas affirmer ni nier trop légèrement la nature tuberculeuse. En effet, très souvent des hémoptysies qui ont été considérées comme de nature non bacillaire, ont été suivies de l'évolution des lésions pulmonaires. Jacquelin considère que même le fait d'avoir trouvé des lésions variqueuses ou congestives des voies aériennes supérieures n'exclut pas la nature tuberculeuse de certaines hémorragies et il termine son article sur les hémoptysies larvées en disant : « Même si ces recherches restent négatives, il faut avoir la sagesse de ne pas conclure trop hâtivement, mais au contraire



de continuer à surveiller le malade, faire tirer à plusieurs reprises, tous les trois mois par exemple, une nouvelle radiographie de son thorax et, à défaut des mesures hygiéno-diététiques trop brutales qui briseraient son existence, conseiller à de tels sujets une grande prudence et certains ménagements. Evitant les excès de travail, les veilles prolongées, surveillant leur alimentation, utilisant les thérapeutiques reminéralisantes, ils éviteront peut-être la réalisation de la menace qui pèse sur leur avenir ».

Le deuxième type d'hémoptysie de début est celui qui s'accompagne d'une poussée évolutive de la tuberculose pulmonaire et que Bezançon appelle une hémoptysie d'alarme. Parfois, dans ce cas, elle est précédée de signes d'imprégnation tuberculeuse : amaigrissement, asthénie, petites poussées thermiques, légers signes d'auscultation. D'autres fois, quand la maladie commence brusquement les signes de la poussée évolutive débutent avec l'hémoptysie et continuent à se manifester après sa disparition : la fièvre s'allume et oscille habituellement autour de 38°, le malade commence à maigrir, perd l'appétit, est dyspnéique, tousse et crache.

A l'examen physique, on trouve des signes nets d'auscultation : des râles bulleux, parfois de la matité, même un souffle s'il existe un bloc pneumonique superficiel. A l'examen radiologique on trouve des ombres pathologiques assez marquées.

Les bacilloscopies se montrent dans la plupart des cas positives et Bezançon et M. P. Weil ont insisté sur le fait que, lorsqu'une hémoptysie s'accompagne de bacilloscopie positive dès le premier examen, elle est toujours provoquée par une poussée évolutive.

A l'examen microscopique des crachats on trouve toujours des cellules pulmonaires en abondance.

En examinant la formule sanguine on trouve, comme cela est de règle dans les poussées évolutives, une leucocytose avec polynucléose neutrophile et éosinophilopénie. Si le processus va vers la guérison, la formule change et la leucopénie avec mononucléose remplace la leucocytose ; mais si le processus est plus grave la formule reste la même.

M. P. Weil distingue trois formes d'hémoptysies évolutives :

1. Légère, qui présente la période préhémoptoïque très courte, minime, réaction sanguine discrète, guérison rapide ;
2. Commune, se manifestant par des symptômes accentués mais qui disparaissent en quelques semaines ;
3. Grave, d'une durée beaucoup plus longue que la précédente, s'accompagnant d'exagération des lésions et persistance de la fièvre.

Les hémoptysies qui apparaissent chez les tuberculeux pulmonaires avérés, diffèrent suivant le fait qu'elles se manifestent chez des tuberculeux fibreux ou chez des ulcéro-caséux.

La différence entre les deux catégories d'hémoptysies est qu'elles sont ou non accompagnées d'une poussée évolutive.

Bezançon et de Jong ont classé les hémoptysies des fibreux comme des tuberculoses à forme hémoptoïque

à étapes éloignées et qui peuvent ou non s'accompagner d'une évolution intercurrente atténuée des lésions parenchymateuses.

Ces hémoptysies peuvent se répéter plus ou moins fréquemment, elles peuvent être séparées par des intervalles variant de quelques mois à plusieurs années. Elles caractérisent même la forme hémoptoïque de la tuberculose.

Cette forme est relativement bénigne et est surtout caractérisée par des hémoptysies récidivantes. Parfois le malade ne se plaint absolument pas de son état général qui est parfait. Si l'hémoptysie n'est pas abondante, ce qui arrive le plus souvent, le malade n'arrête pas son travail. On trouve dans les crachats de rares bacilles de Koch, parfois on n'arrive pas à les déceler et il faut toujours employer les plus sensibles méthodes.

D'autres fois le malade tousse et crache, présente de la dyspnée. Dans ces cas l'examen physique montre des signes d'auscultation plus importants : des bouffées de râles bulleux ou même un syndrome cavitaire. Les bacilles restent toujours rares dans les crachats.

L'examen radiologique montre soit des bandes opaques et denses, irrégulières avec des calcifications par places, soit une ombre dense d'un sommet avec déplacement de la trachée et du médiastin vers la lésion et la rétraction de la paroi costale, soit encore des aspects spéléonquaires associés aux signes précédents.

Ces malades peuvent arriver jusqu'à un âge très avancé, la tuberculose ne s'accompagnant jamais d'une évolutivité très grande des lésions.

Il existe pourtant des cas d'anciens fibreux, chez lesquels ces accidents ont toujours revêtu une allure bénigne. A un moment donné, à la suite d'une hémoptysie, la fièvre commence, les crachements de sang se succèdent à court intervalle, tandis que les lésions pulmonaires s'étendent rapidement. L'état général est très touché, l'amaigrissement est considérable et le malade meurt en deux ou trois mois. C'est cette forme clinique, caractérisée par le contraste entre la bénignité du début et la brusquerie et la gravité d'accidents terminaux, que Peter a désignée sous le nom de phthisie galopante hémoptoïque.

Une autre forme clinique, est celle d'une tuberculose ulcéreuse banale mais qui s'accompagne d'hémoptysies fréquentes. Celles-ci s'accompagnent généralement de signes bruyants mais qui disparaissent assez rapidement. Leur évolution est lente et Bard croit qu'il y a, dans ces formes, une tendance à la localisation et surtout à la récidive sur place.

Bezançon les appelle les formes éréthiques de la tuberculose fibro-caséuse.

H. AU COURS DE LA COLLAPSOTHÉRAPIE. — Au cours de la collapsothérapie et plus spécialement au cours du pneumothorax thérapeutique, les hémoptysies reconnaissent plusieurs causes provocatrices et leur tableau clinique diffère suivant la cause qui les produit.

1. L'hémoptysie traumatique est produite par une blessure instrumentale et elle est caractérisée par l'apparition de quelques crachats sanglants qui se pro-



duisent immédiatement après la piqure, même avant que l'insufflation commence.

2. L'hémoptysie apparaît quelque temps après l'introduction de l'air dans la plèvre, mais elle est assez rapprochée de l'insufflation pour qu'on puisse établir une relation de cause à effet. Dans ces cas l'hémoptysie peut être d'abondance variable et peut durer un temps plus ou moins long.

Elle reconnaît plusieurs mécanismes de production :

- a) Rupture d'une bride ;
- b) Tiraillement d'une bride sur une lésion en activité qui a des vaisseaux altérés ;
- c) Stase sanguine passive par compression brusque en cas de pneumothorax récent. En cas de pneumothorax qui dure depuis un certain temps, il peut se produire une décompression rapide à la suite d'une résorption brusque du gaz à travers la plèvre enflammée.

3. Hémoptysie qui reconnaît pour cause une poussée évolutive dans le moignon collabé ou dans le poumon du côté opposé. Ce sont des hémoptysies qui apparaissent assez tardivement en rapport avec les insufflations, qui n'ont aucune relation avec celles-ci.

Ces deux dernières catégories d'hémoptysies peuvent se produire aussi en cours de la phrénicectomie.

Les hémoptysies récentes de la phrénicectomie pourraient être de nature traumatique et dues à la lésion du poumon par l'arrachement du nerf phrénique, dans les cas où celui-ci est englobé dans la lésion pulmonaire.

**Complications.** — Les complications qui suivent les hémoptysies sont soit de nature infectieuse : ensemencement des parties saines du même poumon ou des deux poumons ; soit de nature mécanique : obstruction d'une bronche avec un caillot de sang.

Parmi les complications infectieuses, il faut placer en première ligne la forme la plus grave, celle qui fut isolée par Peter sous le nom de phthisie galopante hémoptoïque et que nous avons déjà décrite. Il s'agit dans ces cas d'une hémoptysie richement bacillifère qui a rapidement ensemencé les deux poumons.

En deuxième rang ce sont les cas où la tuberculose revêtait d'habitude une forme ulcérocaséuse et où l'ensemencement par une hémoptysie, moins riche en bacilles que celle de la première forme, amène une extension plus grande des lésions, la bilatéralisation de celles-ci. Dans cette forme l'évolution des lésions ne change pas son allure, la tuberculose ne prend pas une forme aiguë, elle suit le même cours évolutif.

En 1928, Cardis a attiré l'attention sur des lésions micronodulaires disséminées curables apparues à la suite d'une hémoptysie. Il s'agit en général des individus jeunes, avec état général peu atteint, chez qui après une hémoptysie il apparaît un aspect radiologique micronodulaire. La fièvre qui n'existait pas avant l'hémoptysie s'élève plus ou moins après celle-ci. Cette fièvre traduirait d'après l'auteur la réaction du poumon en présence de l'inondation hémorragique.

L'évolution de ces foyers est généralement bonne et ils disparaissent après un temps plus ou moins long.

Dans le service de M. Ameuille, à l'Hôpital Cochin, nous avons observé un cas chez lequel les lésions micronodulaires post-hémoptoïques, localisées à un seul poumon, restées non évolutives pendant 10 mois, à la suite d'une pleurésie apparue du côté opposé, ont commencé à évoluer et se sont excavées en nécessitant l'institution d'un pneumothorax.

L'image radiologique ressemble beaucoup à celle provoquée par l'injection de lipiodol dans un poumon normal, ce qui fait penser qu'elles sont produites par le même mécanisme : aspiration bronchique brusque.

Cette interprétation a reçu un appui à la suite des recherches expérimentales d'Austrian et Willis. Ces auteurs, en injectant du sang contenant des bacilles de Koch, dans la trachée des lapins tuberculisés, ont obtenu des lésions pulmonaires micronodulaires disséminées curables. La même expérience faite avec des animaux non tuberculisés ou avec du sang pur chez les animaux tuberculisés, n'a pas provoqué l'apparition des lésions.

Histologiquement tous ces foyers expérimentaux présentaient des lésions d'alvéolite exsudative.

Dans un cas, observé dans le service de M. Ameuille, qui avait présenté un semis de taches micronodulaires post-hémoptoïques, on a trouvé à la nécropsie des lésions qui macroscopiquement se présentaient comme des petits foyers noirâtres. Histologiquement, ils étaient constitués par des lésions alvéolaires exsudatives.

La conclusion qu'il faut tirer, c'est qu'il ne faut pas toujours porter un pronostic fâcheux devant l'apparition des nodules disséminés après hémoptysie, même s'il y a eu en même temps des signes évolutifs.

La complication mécanique est constituée par l'atélectasie ou le collapsus pulmonaire. Ce dernier terme est plus exact, comme l'ont montré Ameuille et Bordet, car celui d'atélectasie doit être réservé aux cas où la structure histologique de l'alvéole est modifiée, l'épithélium alvéolaire étant remplacé par des cellules cubiques.

La première complication de ce genre a été décrite par Wilson en 1929. Plus tard vinrent la communication de Stoïchitz à la société de la tuberculose et le mémoire de Sayé.

Le collapsus peut être total ou seulement limité à un ou deux lobes pulmonaires. Dans le premier cas, le début est brutal, dans le deuxième il passe parfois inaperçu au milieu des signes de l'hémoptysie. On trouve toujours la dyspnée, l'angoisse, un point de côté.

Les signes physiques sont caractérisés par une rétraction de tout l'hémithorax ou d'une partie seulement, la matité et le silence respiratoire, les signes d'auscultation qui existaient antérieurement ont complètement disparu. Un signe pathognomonique est constitué par l'attraction du cœur.

La radiologie montre une obscurité massive et homogène de tout l'hémithorax, la paroi thoracique rétractée avec les côtes plus serrées, le diaphragme est remonté et immobile, le médiastin est déplacé en masse vers le collapsus.

Un signe important de diagnostic est celui démontré par Jacobaeus et les auteurs américains. Il consiste à mesurer la pression intrapleurale qui est toujours en très forte négative de  $-20$  à  $-30$  ou  $-40$ .

L'évolution est lente et se fait par la résorption du caillot qui obstrue la bronche et aussi du sang qui remplit le poumon.

Sayé considère même qu'un nombre de spléno-pneumonies qui s'accompagnent d'hémoptysies et d'attraction cardiaque et qui disparaissent assez vite ne sont autre chose que des collapsus pulmonaires partiels post-hémoptoïques.

Au point de vue thérapeutique, il faut temporiser et n'instituer le pneumothorax artificiel qu'en cas d'attraction importante et gênante du cœur.

**Bactériologie.** — En ce qui concerne la recherche des bacilles de Koch dans le sang des hémoptysies, le problème est le même que celui de la bacillémie au cours de la tuberculose pulmonaire. On sait que les bacilles ne sont décelables dans le sang des tuberculeux pulmonaires que dans les formes aiguës, et aussi au cours des poussées évolutives, Loewenstein les a mis en évidence dans 35 % des cas.

Dans les crachats des hémoptoïques, Bezanson et Etchegoin ont mis en évidence dans 43 des 46 cas examinés, un spirochète qui ressemble à la *Spirochète Bronchialis*. Ces auteurs n'ont pas pu déceler le spirochète dans les crachats non hémoptoïques. Il apparaît et disparaît en même temps que l'hémoptysie et c'est par ce caractère qu'il se différencie des spirochètes observés dans la bronchite de Castellani. On n'a pas pu le trouver dans 9 cas d'hémoptysies non tuberculeuses, donc il ne peut pas être considéré comme un spirochète banal qui se développe mieux dans les crachats mélangés de sang.

Quant à son rôle, Bezanson et Etchegoin ont émis l'hypothèse que dans certaines conditions, l'acidité ou l'alcalinité aident son développement et que le spirochète une fois développé provoque l'hémoptysie.

**Diagnostic.** — Le diagnostic d'une hémoptysie et surtout de la nature tuberculeuse ou non tuberculeuse de celle-ci est toujours un problème angoissant. Le problème envisagé ainsi ne se rencontre qu'au cours des hémoptysies initiales. Dans la plupart de ces cas, il s'agit de jeunes sujets auxquels on se voit obligé d'interrompre le travail et de briser même leur carrière en les obligeant à des cures de repos prolongé, ou de leur interdire un mariage. Donc, il faut toujours envisager le problème de tous les côtés et ne pas établir un diagnostic de tuberculose alors qu'il ne s'agit que d'une hémorragie du nasopharynx, ni de permettre de travailler à des sujets qui feront ensuite une poussée pulmonaire évolutive.

En cas de tuberculose pulmonaire avérée le problème est de reconnaître si l'hémoptysie est accompagnée d'une poussée évolutive ou s'il s'agit seulement d'une hémoptysie bénigne des tuberculeux fibreux. Dans ces cas, le problème est plus intéressant au point de vue pronostic.

Le diagnostic positif a été fait quand nous avons décrit la symptomatologie des hémoptysies.

Quant au diagnostic différentiel, il se compose de deux parties bien distinctes : il faut d'abord faire le diagnostic d'hémoptysie et ensuite celui de la nature de cette hémoptysie. En ce qui concerne la première partie, il est surtout à faire avec les hémorragies des voies aériennes supérieures et de la bouche.

Le diagnostic d'hématémèse s'élimine dans la plupart des cas assez rapidement par le fait que le sang rejeté au cours de celle-ci est mélangé avec les aliments. L'hématémèse ne survient pas au cours d'une quinte de toux, comme cela arrive le plus fréquemment aux hémoptysies et le sang n'est pas aéré. Il faut rechercher aussi dans les antécédents les symptômes d'une affection gastrique.

Pour éliminer les hémorragies pharyngées il faut se baser sur le fait que celles-ci sont généralement peu abondantes, mais on ne peut pas se fier toujours à ce signe parce qu'il y a des exceptions quand les hémoptysies sont réduites à quelques crachats sanglants. Dans ces cas, le sang apparaît à la suite d'un raclement de la gorge, tandis que l'hémoptysie se produit après une quinte de toux. En cas d'hémoptysie le sang est mélangé avec les crachats tandis qu'en cas de lésions des voies aériennes supérieures, il apparaît comme des filets à la surface de ceux-ci.

Au cours des hémoptysies le malade a la sensation d'un ronflement trachéo-bronchique, à cause du sang épanché dans l'arbre trachéo-bronchique. Il peut être perçu derrière le sternum ou dans un des hémithorax.

Les crachats isolés noirâtres, qu'on expulse à la fin, ont aussi une très grande valeur diagnostique en faveur de l'hémoptysie.

Les signes généraux et les prodromes : fatigue, anorexie, fièvre, même amaigrissement, s'ils existent, plaident en faveur d'une hémoptysie tuberculeuse, tandis que leur absence ne signifie rien.

Il faut toujours interroger attentivement le malade en ce qui concerne la tuberculose familiale.

L'examen physique montre en cas d'hémorragie buccale ou des voies aériennes supérieures soit une stomatite hémorragique, dont le diagnostic est assez facile à éliminer, soit une pharyngite hémorragique, soit des varices de la base de la langue ou du pharynx, soit une laryngite chronique hémorragique ou ulcéreuse. Parfois on arrive même à trouver un caillot de sang sur un paquet variqueux du pharynx.

Dans les cas où on trouve des lésions congestives des voies supérieures il faut avoir présente à l'esprit l'existence de ce molimen congestif, décrit par Bezanson et Jacquelin chez des hémoptoïques par troubles vasomoteurs et ne conclure immédiatement à l'absence de l'hémoptysie.

En cas d'hémoptysie on doit faire l'examen pulmonaire avec beaucoup de prudence, mais on doit pourtant le faire parce que la poussée congestive qui la provoque est souvent fugace. L'auscultation permet de déceler un foyer de râles humides ou quelques sibilants ou ronflants localisés.

Dès que le malade peut être déplacé sans danger, il faut lui faire une radiographie du thorax qui dans ces cas surtout est beaucoup plus importante qu'une radioscopie, étant plus sensible.



Il faut aussi rechercher les bacilles dans les crachats par les méthodes les plus sensibles, car ils peuvent disparaître de l'expectoration avec l'hémoptysie, n'apparaissant qu'au cours de la poussée congestive provocatrice.

Suivant Bezançon et M. P. Weil, les cas chez lesquels les bacilloscopies sont positives dès le début, traduisent une poussée évolutive de tuberculose pulmonaire.

Lorsque la lésion causale est localisée dans les poumons, il faut différencier l'hémoptysie tuberculeuse de celles des autres affections pulmonaires.

On peut rencontrer l'hémoptysie au cours des diverses affections aiguës telles que : gangrène, abcès pulmonaire, pleurésie interlobaire, qui ont chacune leur symptomatologie assez particulière dans la très grande majorité des cas. L'absence des bacilles en cas d'affection se manifestant par une abondante expectoration a une grosse importance diagnostique.

A ces affections il faut associer la spirochétose bronchique de Castellani, où le diagnostic est fait par la recherche des spirochètes dans les crachats. Il faut dire la même chose sur l'amibiase pulmonaire où le diagnostic sera établi en se basant sur les antécédents du malade et la recherche des amibes dans les crachats.

Parmi les affections chroniques du poumon qui s'accompagnent d'hémoptysies il faut éliminer : le kyste hydatique, la syphilis, le cancer pulmonaire, les corps étrangers, les pierres du poumon, la bronchectasie et surtout la forme sèche hémoptoïque de celle-ci où seul le lipiodol permet le diagnostic (Bezançon, M. P. Weil, Azoulay, Et. Bernard).

Il faut éliminer aussi :

a) Les hémoptysies dues à la fissuration d'un anévrysme aortique ouvert dans une bronche ;

b) Les hémoptysies qui sont liées à des troubles de la coagulation sanguine et qui s'expliquent par la diathèse hémophilo-hémogénique ;

c) Le coup de sang pulmonaire, décrit par Gallavardin chez les grands hypertendus et s'expliquant par une poussée congestive due à l'insuffisance du cœur gauche ;

d) Les hémoptysies des maladies du cœur, surtout fréquentes au cours du rétrécissement mitral.

Nous avons dit qu'en ce qui concerne les hémoptysies des tuberculeux avérés le problème qui se pose est celui de savoir si l'hémoptysie est le signe d'une poussée évolutive ou non.

Dans ce cas il faut se baser sur la présence ou l'absence des signes d'évolutivité des lésions pulmonaires. Le premier des signes d'évolutivité c'est la présence de la fièvre, mais dans beaucoup de cas la fièvre n'apparaît que quelques jours après le crachement de sang. L'apparition de l'hémoptysie provoque une baisse de la température. Ces hémoptysies sont toujours précédées de signes d'imprégnation bacillaire.

L'examen microscopique des crachats montre la présence d'un grand nombre de cellules pulmonaires et l'analyse bactériologique décèle la présence de nombreux bacilles de Koch.

La formule sanguine montre une leucocytose avec polynucléose et éosinophilopénie.

L'état du pouls fournira aussi de précieuses indications.

L'examen stéthacoustique décèle, s'il peut être pratiqué, la présence de nouveaux foyers de râles bulleux et la radiologie montre l'étendue des ombres pathologiques.

Pour les hémoptysies non évolutives il faut renverser toute la description faite plus haut à propos des hémoptysies évolutives. Elles ne sont pas précédées de signes d'imprégnation bacillaire, ne s'accompagnent pas de fièvre ni de modification de la formule sanguine. Les bacilles n'apparaissent pas dans les crachats s'ils n'existaient pas auparavant. L'auscultation ne montre pas des signes de nouvelles localisations.

(A suivre.)

## JOURNÉES ORTHOPÉDIQUES DE BORDEAUX

(7-8 juin 1935)

Les Journées orthopédiques, qui sont instituées chaque année par la Société Française d'Orthopédie, ont eu lieu en 1935 à Bordeaux les 7 et 8 juin. Nos confrères bordelais s'étaient ingéniés à rendre aussi agréable qu'instructif le séjour des participants venus nombreux de France et de l'étranger. Un programme très important avait été élaboré dont l'exécution, confiée à M. le professeur Rocher, président du Comité, assisté des professeurs Guyot, Bégouin et Jeanneney, a été en tous points parfaite. Une bonne part du succès de cette manifestation revient à son très actif secrétaire général le docteur Pouyanne.

Le début des Journées fut marqué par la visite de l'hôpital des Enfants et en particulier du service de Clinique chirurgicale infantile, auquel se trouve annexé depuis peu un service d'orthopédie d'adultes. Au cours d'une séance opératoire, le professeur Rocher pratiqua les interventions suivantes : opération de Salaverri pour pied bot congénital, ostéotomie pour ankylose vicieuse de la hanche, réduction de luxation congénitale de la hanche, enfin butée ostéoplastique pour luxation congénitale. Pour cette dernière intervention le professeur Rocher emploie un procédé spécial permettant le rabattement des muscles fessiers, sans porter atteinte à leur insertion supérieure.

De nombreuses présentations de malades qui suivirent permirent aux congressistes de se rendre compte, de façon précise, des résultats obtenus par les méthodes thérapeutiques appliquées dans le service.

L'après-midi, au cours de la séance d'ouverture, furent prononcées des allocutions par M. le Préfet de la Gironde, par MM. les Professeurs Sorrel, Jeanneney, Sigalas et un discours de M. le professeur Rocher.

La séance de travail comporta de nombreuses présentations et communications. En raison de leur nombre et de leur variété, la place qui nous est ici réservée ne permet pas d'en donner des analyses, fussent-elles sommaires (1).

De 17 à 19 heures, les participants aux Journées visitèrent l'Ecole de Rééducation des mutilés, la Maison de Santé protestante de Bagatelle, le Sanatorium du Haut-Lévêque et l'hôpital suburbain du Bouscat.

Le soir, une représentation artistique fut offerte par le professeur et Madame Rocher, au théâtre Trianon. Parmi les artistes qui prêtèrent leur concours se trouvaient plu-

(1) Un compte rendu détaillé sera publié dans la *Revue d'orthopédie*.

sieurs membres du monde médical et ceux-ci ne furent pas les moins applaudis.

La seconde matinée fut consacrée à la visite des services des professeurs Bégouin et Guyot, dans les bâtiments des nouvelles Cliniques chirurgicales. Leur installation, qui est des mieux conçues, permit de suivre de la façon la plus satisfaisante les interventions suivantes : opération de Salaverri pour pied bot congénital ; réduction de luxation congénitale de la hanche (docteur Edouard Papin) ; surrénalectomie pour gangrène par artérite ; parathyroïdectomie pour polyarthrite ankylosante (professeur Jeanneney) ; parathyroïdectomie pour polyarthrite ankylosante (docteur Dubourg) ; triple arthrodèse du pied (professeur Rocher).

Comme la veille, d'intéressantes présentations de malades complétèrent les travaux de la matinée.

L'après-midi, une nouvelle séance de travail eut lieu à l'amphithéâtre des Cliniques chirurgicales. Le programme en était extrêmement chargé au point qu'il ne put être complètement épuisé. L'heure appelait en effet les congressistes à une visite rapide de la ville et à celle également intéressante des chais d'un cru célèbre du Bordelais.

Un dîner offert par le professeur et Mme Rocher clôtura, de manière particulièrement heureuse, les journées orthopédiques. Enfin, grâce à l'amabilité de la municipalité bordelaise, les congressistes purent assister à la représentation donnée au Grand Théâtre.

Le dimanche 9 juin, après une séance opératoire du professeur Rocher au sanatorium du Haut-Lévêque, une excursion fut conduite à Arcachon. Elle comporta une réception par la Municipalité et le corps médical, suivie, après déjeuner, d'une visite du Sanatorium Armaingaud, du bassin d'Arcachon et de ses abords. Le lendemain, les congressistes eurent le plaisir de parcourir les grands crus du Sauternais et du Saint-Emilionnais. Puis ils prirent congé de leurs hôtes dont l'affabilité et le charmant accueil ont été au-dessus de tout éloge.

P.

## SOCIÉTÉS SAVANTES

### ACADEMIE DE MEDECINE

(SÉANCE DU 25 JUIN 1935)

M. le PRÉSIDENT annonce la mort de M. W. Dubreuilh, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux, correspondant national de l'Académie.

Notice. — M. GUÉRIN donne lecture d'une notice sur M. Sendrail (de Toulouse), correspondant national dans la section vétérinaire.

**Les appareils vaso-sensoriels de thermo-stabilisation.** — M. DUBREUIL, note présentée par M. REGAUD. La présence de dispositifs vasculaires de type veineux, annexés à la plupart des organes des sens spécialisés, permet de classer ces organes sous le terme général d'« appareils vaso-sensoriels ». Ces dispositifs vasculaires sont constitués en général par un lacis veineux ou un sinus veineux très important, accolé ou annexé à l'appareil nerveux, et se situent dans la couche conjonctive immédiatement adjacente à ce dernier.

Les parties vasculaires doivent être considérées comme des circulations fonctionnelles, au même titre que la circulation du glomérule rénal ou celle des lobules hépatiques ou des lobules pulmonaires. Leur fonction semble être le maintien d'une température optima dans l'organe sensoriel par des échanges calorifiques entre le sang circulant et

la zone sensorielle proprement dite ; c'est pourquoi l'auteur les désigne comme « appareils de *thermostabilisation* ».

La nécessité d'une température optima pour la perception sensorielle est démontrée par les variations du réflexe dépressif circulatoire à point de départ dans le sinus carotidien ; l'abaissement de la température locale à la terminaison du nerf de Héring atténue ou même abolit le réflexe.

Du même coup, le rôle des appareils vaso-sensoriels de thermostabilisation dans les organes des sens exposés au refroidissement se trouve démontré.

Les organes profonds (oreille interne), soustraits aux variations de température par leur situation même, en sont dépourvus.

**Stase papillaire et méningites séreuses.** — M. Félix TERRIEN, se basant sur soixante observations de méningite séreuse, en recherche les symptômes caractéristiques. Ce sont : la stase papillaire, des troubles visuels subjectifs et des troubles oculo-moteurs.

La stase, toujours bilatérale et ne faisant jamais défaut, se différencie de celle des tumeurs cérébrales par son apparition très précoce, son intensité et son extension généralement moindres, enfin par son évolution plus aiguë, apparaissant avec la méningite et disparaissant avec elle.

Les troubles visuels (obnubilations, diminution très accusée de l'acuité), quasi constants, sont, avec les nausées et les céphalées, le premier signe d'hypertension intracranienne.

Les troubles oculo-moteurs sont moins fréquents. Exceptionnellement, le traitement mercuriel et arsenical a suffi à amener la guérison. Elle a été d'ordinaire rapidement obtenue par les seules ponctions lombaires, prudentes et répétées, complétées au besoin par une craniectomie décompressive.

**La culture du bacille de la lèpre.** — M. A. VAUDREMER et Mlle C. BRUN font une très importante communication, accompagnée de fort belles projections en couleurs.

Le bacille de la lèpre, découvert en 1871 par le médecin norvégien Armauer Hansen, est le microbe pathogène le plus anciennement connu. Depuis l'époque de sa découverte, les biologistes du monde entier se sont livrés à d'innombrables recherches pour le cultiver. Jusqu'à présent ces recherches étaient restées vaines. Elles ne le sont plus aujourd'hui.

M. A. Vaudremer et Mlle C. Brun exposent leurs recherches et montrent que le bacille de la lèpre se développe comme le bacille de la tuberculose, en parcourant des stades successifs qui, de la forme initiale granulaire, passent par la forme bacillaire privée d'acido-résistance, pour atteindre ensuite la forme acido-résistante. Ces différents aspects du bacille sont déterminés par le milieu de culture employé et par l'âge des cultures elles-mêmes.

Pour voir le bacille de Hansen parcourir le cycle de son développement, il est nécessaire de le soumettre aux substances contenues dans un milieu de Raulin ayant servi à la culture de l'*Aspergillus Fumigatus* et débarrassé par filtration des éléments aspergillaires. Dans ce milieu, le B. de Hansen inclus dans les lésions lépreuses commence à se développer. Il est alors facile de le réensemencer dans des milieux différents — et de faire apparaître l'acido-résistance caractéristique du B. de Hansen, en l'ensemencant dans du bouillon de pommes de terre glyciné à 4 p. 100.

Après deux ans de recherches, M. A. Vaudremer et Mlle C. Brun ont pu conclure que le bacille de Hansen était un microbe à spores.

Les études biologiques faites par les auteurs leur ont montré que le B. de Hansen cultivé par eux était agglutiné par les sérums des lépreux et seulement par eux ; que ces



sérums lépreux détruisaient en 24 heures les bacilles de la lèpre.

Ils ont rappelé aussi les résultats thérapeutiques satisfaisants obtenus par MM. A. Sézary, G. Lévy et M. Bolgert, ainsi que par MM. Touraine et Solente, puis par M. Milian et Mme Spitzer, qui ont employé un vaccin préparé avec les souches de B. de Hansen cultivées par les auteurs.

De ces travaux il résulte que la culture positive du bacille de Hansen est enfin et pour la première fois obtenue.

Etude d'un cladosporium nouveau (cladosporium tropicalis N. Sp), isolé d'une dermatomycose tropicale. — MM. A. et R. SARTORY, J. MEYER et R. WEISS.

Le carotène ambosexuel des hormones génitales et ses conséquences. — M. CHAMPY.

# SOCIÉTÉ DE PÉDIATRIE

(SÉANCE DU 21 MAI 1935)

Néphrose lipidique pure chez une fillette de deux ans. — MM. NOBÉCOURT, BRISKAS et TILITCHEFF relatent l'observation d'une enfant de deux ans atteinte d'une néphrose lipidique à symptomatologie très complète — anasarque, grosse albuminurie, présence de corps bi-réfringents et absence de cylindres dans les urines, lactescence du sérum sanguin avec augmentation des lipides totaux et du cholestérol, hypoprotidémie avec inversion du rapport sérine/globuline — qui a guéri très rapidement sous l'influence d'un régime riche en protéines associé à un traitement thyroïdien. L'amélioration clinique alla de pair avec un retour à la normale des données du laboratoire. Il est cependant prématuré de parler de guérison en raison de la fréquence des reprises.

Sur un cas de maladie de Basedow infantile opérée. — MM. HUBER, PETIT-DUTAILLIS et Mlle DREYFUS ont observé chez un garçon de 13 ans un cas typique de maladie de Ba-

sedow à symptomatologie très complète. Le traitement iodé associé à l'opothérapie hypophysaire amena une légère amélioration ; cependant, le tremblement était encore assez intense pour gêner la vie scolaire de l'enfant. Dans ces conditions, l'intervention chirurgicale fut décidée et pratiquée en deux temps avec la plus grande prudence pour ne pas compromettre le développement ultérieur de l'enfant. Les suites opératoires furent très bénignes, et actuellement, cinq mois après l'intervention, il ne persiste plus qu'une légère exophtalmie. Il faut noter la discordance entre cette amélioration clinique et l'augmentation du métabolisme basal qui passa de +41,66 % avant l'opération à +45 % quelque temps après. De pareils faits ont d'ailleurs déjà été signalés.

Eczéma infantile rebelle. — M. Jean HALLÉ rapporte l'histoire d'un eczéma rebelle existant depuis l'âge de neuf mois chez un enfant actuellement âgé de 13 ans. Cet eczéma évolua avec de très légères rémissions de courte durée jusqu'au jour où l'auteur institua un traitement par les extraits spléniques : au bout de quelques mois, et à condition d'employer de fortes doses, cet eczéma, qui jusqu'alors avait été assez intense pour interdire à l'enfant toute fréquentation scolaire, rétrocéda et est actuellement presque complètement guéri. Il ne persiste plus qu'un ectropion avec chute des cils qui sera sans doute très amélioré par une cure arsenicale à la Bourboule.

Tics et obsessions avec troubles de croissance d'origine encéphalitique. — M. G. HEUYER, Mlles LORSIGNOL et MAIRE présentent une jeune fille de 20 ans atteinte de multiples tics, d'obsessions, d'impulsions, de troubles de croissance et d'un héli-parkinson caractéristique. Il semble que tous ces troubles aient un lien étiologique commun et soient la conséquence d'une encéphalite survenue à l'âge de 5 ans : les troubles actuels qui en constituent les séquelles sont ensuite apparus par poussées successives.

Hypertrophie mammaire chez une fillette de huit ans. — MM. R. DEBRÉ, Julien MARIE et Jean BERNARD présen-

**ESTOMAC - INTESTIN**

**DYSPEPSIE                      ENTÉRITE**

**GASTRALGIE                      CHEZ L'ENFANT**

**CHEZ L'ADULTE**

---

**VALS-SAINT-JEAN**


---

**EAU de RÉGIME, FAIBLEMENT MINÉRALISÉE et GAZEUSE**

Envoi gratuit d'Echantillons et de Notices à MM. les Docteurs sur demande adressée à

**DIRECTION-VALS-GÉNÉRALE : 53, Boul' Haussmann, Paris (9<sup>e</sup>). Tél. 227-76.**

**ANÉMIE PALUDEENNE. — Source Domlnique.**  
**VALS-LES-BAINS. — Saison du 1<sup>er</sup> juin au 1<sup>er</sup> octobre.**



**USAGE ENFANTS  
DES DOCTEURS**

**SUC D'ORANGE MANNITÉ**  
INOFFENSIF — DÉLICIEUX

**NÉO-LAXATIF  
CHAPOTOT**

Echant. : 56, Boul' Ornano PARIS

**OLÉTHYLE-BENZYLE**

BENZOATE DE BENZYLE

**LABORATOIRE CENTRAL DE PARIS**  
 122, rue du Faubourg Saint-Honoré

**INFECTIONS  
AIGUES  
FÉBRILES**

**SEPTICEMINE CORTIAL**

7, r. de l'Armoric  
PARIS (XV<sup>e</sup>)

**CHARBON DE PEUPLIER** sous forme de **GRAINS ANISÉS** de **CHARBON TISSOT**

Humectent, divisent, aseptisent, expulsent.

**DIVISION du BOL ALIMENTAIRE**  
**CONSTIPATION**

et conséquences : MAUVAISES DIGESTIONS, MIGRAINES, LOURDEURS de TÊTE, HÉMORROÏDES, etc. — Une cuillerée à café avalée comme des grains de lin, après chaque repas. Toutes Pharmacies. — Echantillons : PARIS - 34, BOULEVARD DE GLICHY (Service A)



tent une fillette de 8 ans atteinte d'une hypertrophie mammaire de type un peu spécial : les deux seins ont en effet plutôt l'aspect des seins de la femme enceinte que celui de la jeune fille pubère.

**Monoplégie brachiale complète.** — M. SORREL.

**Sténose tardive du pylore chez le nourrisson.** — M. PAISSEAU, Mlle BOEGNER et M. VAILLE rapportent l'observation d'un nourrisson de 22 mois, chez lequel ils ont observé une sténose pylorique diagnostiquée radiologiquement. Il ne s'agissait pas de la sténose hypertrophique habituellement rencontrée chez le nourrisson, car il n'existait pas d'olive pylorique et la pylorotomie sous-muqueuse n'apporta aucune amélioration. Il fut nécessaire d'avoir ultérieurement recours à la gastro-entérostomie.

**Sténose duodénale chez le nourrisson.** — M. PAISSEAU, Mlle BOEGNER et M. VAILLE ont observé un cas de sténose duodénale chez le nourrisson. Le diagnostic fut soupçonné sur la constatation de vomissements très abondants, d'abord muqueux, puis bilieux. L'examen radiologique permit de confirmer ce diagnostic. L'évolution fut fatale et l'enfant succomba alors qu'il était rentré chez lui depuis quelques jours.

**À propos d'une série de cas de maladie de Leiner-Moussous observés dans une pouponnière.** — MM. LEREBoullet et BOHN commentent une série de 50 cas de maladie de Leiner-Moussous survenus simultanément à la pouponnière d'Antony. Les enfants atteints étaient tous au même étage de la pouponnière, alors que le second, absolument semblable, resta indemne ; tous étaient de plus nourris au lait de vache ou au lait condensé.

Les auteurs insistent sur le polymorphisme des aspects cliniques, malgré un début constant par un érythème intertrigo du siège, sur la facilité du diagnostic, sur la benignité de l'évolution et sur la fréquence de l'hypotrophie consécutive. Ils pensent qu'il s'est agi de réactions cutanées secondaires à une sensibilisation de l'organisme. L'origine de cette dernière est difficile à préciser et on peut incriminer aussi bien les rhino-pharyngites et les otites fréquentes à cette époque que les troubles gastro-intestinaux également d'observation courante. Enfin la tendance spontanée à la guérison ne doit faire admettre qu'avec la plus extrême réserve la valeur des traitements institués.

#### SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 6 AVRIL 1935)

**La glycolyse pulmonaire chez le chien normal et chez le chien dépancréaté.** — MM. LÉON BINET et M. MARQUIS étudient le pouvoir glycolytique du poumon isolé, perfusé et ventilé, en faisant des déterminations en séries du Q. R. dans l'air qui ventile le poumon. Avec des préparations provenant de chiens normaux, le Q. R. reste égal à l'unité ou oscille autour de l'unité durant trois heures, dans les conditions expérimentales où les auteurs se sont placés. Si la préparation provient d'un chien dépancréaté, le Q. R. diminue après une heure de perfusion, alors que la glycémie du sang perfusant reste très supérieure à la normale ; il est possible de ramener ce Q. R. à sa valeur de départ en ajoutant au sang soit du glucose, soit de l'insuline.

**Polypeptides de la sécrétion salivaire.** — Mme S. DELAUNEY et M. R. JAHIEL, effectuant des recherches sur la salive humaine, ont établi la présence de polypeptides dans cette sécrétion chez l'individu sain. Ils ont dosé ces polypeptides suivant la méthode du double azote après deux défécations trichloracite et tungstique et se proposent d'autres travaux sur les polypeptides salivaires dans les cas pa-

thologiques et leurs rapports avec les polypeptides des liquides de l'organisme.

**Anticorps du sérum normal vis-à-vis du B. Chauvoei et du vibron septique.** — MM. WEINBERG et J. DAVESNE. Lorsqu'on fait sur le cobaye des expériences avec le B. Chauvoei, on éprouve souvent des difficultés dans l'interprétation des résultats obtenus : le cobaye neuf résiste souvent à l'infection causée par cet anaérobie.

D'après Weinberg et Davesne, un cobaye sur cinq est naturellement réfractaire au charbon symptomatique. Cette immunité naturelle s'explique par la présence dans le sérum de cet animal d'anticorps spécifiques qui neutralisent la toxine du B. Chauvoei.

Weinberg et Davesne ont aussi recherché des anticorps anti-Chauvoei et antiseptique dans le sérum normal d'homme, de cheval et de bœuf.

L'homme et le cheval, très sensibles au vibron septique, ne contractent jamais le charbon symptomatique. Leur sérum est, en général, inactif vis-à-vis du vibron septique ; par contre, leur pouvoir est très actif vis-à-vis de la culture de B. Chauvoei.

Fait curieux, le sérum normal du bœuf, qui contracte si souvent le charbon symptomatique, possède presque toujours des anticorps spécifiques pour le B. Chauvoei. On peut expliquer ce fait, soit par l'absorption de la toxine sécrétée par cet anaérobie au niveau de l'intestin, soit par une infection bénigne causée par le même microbe et que les bœufs auraient subie lors de leur jeune âge.

**Infection expérimentale et immunité antitoxique staphylococcique.** — M. P. NELIS. L'immunité antitoxique staphylococcique confère au lapin une certaine résistance vis-à-vis d'une infection sévère par le staphylocoque, réalisée par voie sanguine. Cette résistance s'obtient aussi bien passivement qu'activement ; elle est exactement en rapport avec le degré d'immunité de l'animal.

La base de la thérapeutique antistaphylococcique par l'immunité antitoxique est ainsi établie.

**Recherches expérimentales sur l'immunisation antitétanique passive. Elimination rapide de l'antitoxine lors des réinjections de sérum antitétanique.** — MM. G. RAMON et E. FALCHETTI. L'immunité antitoxique passive due aux réinjections successives de sérum antitétanique devient, après chacune d'elles, de plus en plus faible et de plus en plus précaire.

Les expériences relatées permettent de mesurer toute la différence qui sépare l'immunité passive procurée par la sérothérapie préventive, de l'immunité active conférée par la vaccination. Alors qu'à la suite des injections de sérum antitétanique, l'antitoxine spécifique qu'elles apportent disparaît de plus en plus rapidement, à tel point qu'après la troisième injection, l'immunité passive procurée est très réduite et à peu près disparue au bout de quelques jours, par contre, les injections répétées d'anatoxine tétanique augmentent progressivement et considérablement le taux d'antitoxine dans le sérum du sujet vacciné et accroissent ainsi constamment la valeur de l'immunité conférée. Ces considérations militent en faveur de la vaccination antitétanique par l'anatoxine spécifique.

**Action immunisante de l'antitoxine diphtérique d'origine équine chez le lapin sensibilisé par le sérum de cheval.** — M. Adalberto BERNABAI. Les lapins traités au préalable par le sérum normal de cheval, ne sont pas protégés contre la toxine diphtérique par l'injection simultanée d'une dose de sérum antidiphtérique suffisante pour protéger complètement un animal neuf ou qui a reçu primitivement du sérum humain au lieu de sérum équin. Cette question est de première importance du point de vue du traitement spécifique de la diphtérie.



**ANTISEPTIQUE  
PULMONAIRE**

**calme  
la toux**

# Guéthural

ALLOPHANATE DE GUÉTHOL

**puissant modificateur des  
sécrétions bronchiques**



**GRANULÉ**

**POUVANT ÊTRE CROQUÉ  
OU PRIS DANS UN PEU  
D'EAU, DE TISANE**

**DOSES QUOTIDIENNES : 3 ou 4 cuillerées à café prises  
dans l'intervalle des repas.**



**Échantillons & Littérature sur demande à MM. les Docteurs**

**Laboratoires PÉPIN & LEBOUcq**

**30, Rue Armand-Sylvestre**

**COURBEVOIE (Seine)**

**Le rôle du système nerveux vaso-moteur dans le déterminisme des infarctus pulmonaires emboliques.** — MM. J. DELARUE, L. JUSTIN-BESANÇON et Pierre BARDIN exposent les résultats de longues expériences et de nombreux examens anatomo-pathologiques qui apportent des vues nouvelles sur la pathogénie de l'infarctissement hémorragique du poumon après embolie. Ils ont étudié expérimentalement l'évolution histologique des lésions depuis la minute même de la production de l'embolie jusqu'à la cicatrisation complète de l'infarctus, et le mécanisme immédiat, initial, de ces lésions emboliques. Ils prouvent que l'infiltration hémorragique du parenchyme pulmonaire est surtout l'effet d'une brusque vaso-dilatation capillaire dans un territoire limité ; celle-ci provoque un épaississement considérable des cloisons intervalvéolaires qui triplent ou quadruplent d'épaisseur, et une exsudation œdémateuse et hémorragique intralvéolaire. Tel est l'aspect constaté sur l'animal sacrifié aussitôt après l'embolie ; au bout de quinze minutes, des foyers d'infarctissement apparaissent déjà ; une heure après, les phénomènes congestifs diffus rétrocedent et les lésions en foyer s'accroissent ; au bout de vingt-quatre et quarante-huit heures, c'est l'aspect de l'infarctus classique, lésion qui devient de plus en plus nette les septième, dixième et quinzième jours. Enfin, les lésions rétrocedent à partir de la troisième semaine, la cicatrisation se faisant du trentième au quatre-vingt-dixième jour. Les auteurs ont confirmé leur conception pathogénique par l'étude histologique des poumons après section unilatérale du pneumogastrique dans la région carotidienne, ou l'excitation chimique également unilatérale du tronc du sympathique cervical. Du côté de l'opération, les lésions pulmonaires précoces, purement histologiques, ont le même aspect que celles de l'infarctus hémorragique post-embolique au même stade évolutif.

## ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

**Lundi 1<sup>er</sup> juillet.** — Jury : MM. Clerc, président ; Harvier, Loeper, Turpin. — M. ELMAN. La néphrite hypertensive passagère. — M. WOLF-GLEJZOR. Néphrite mercurielle à évolution prolongée. — M. GULMAN. Les purgatifs par déséquilibre alimentaire. — M. LAVERGNE. Les anesthésies prolongées en médecine interne. — M. ROTHÉA. L'Alpha dinitrophénol 1-2-4 accélérateur des combustions cellulaires. — M. KANTOR. Etude clinique des lymphomatoses aleucémiques et subleucémiques. — M. MAUGENEST. Hyperleucocytose au cours des syndromes agranulocytaires. — M. ANGELINI. Etude des troubles vaso-moteurs du membre supérieur en rapport avec une côte cervicale.

Jury : MM. Léon Binet, président ; Brumpt, Strohl, Dognon. — M. GUERRA. Rôle des levures en dermatologie. — M. BOURGUIGNON. Indications de la paralysie diaphragmatique dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. — M. COMAR. De la toxicité du Beryllium Glucinium. — M. DEBROISE. Etude des points iso-électriques des protides du sérum.

**Mardi 2 juillet.** — Jury : MM. Chevassu, président ; Marion, Heitz-Boyer, Wilmoth. — M. VILLECHAIZE. La conduite à tenir dans les tumeurs vésicales intéressant la région urétérale. — M. BONNEFOUS. L'urétéro pyélographie rétrograde (méthode du professeur Chevassu). — M. FLÉACA. Le propidon en urologie. — M. PETIT. Persistance de l'infection gonococcique de l'urètre due à des cavernes de la prostate.

Jury : MM. Brindeau, président ; Jeannin, Lantuejoul, Vaudescal. — M. COSTET. De l'extraction de la tête dernière. — M. GILBERT. Extension des indications de la césarienne abdominale. — M. LACOMBE. Données récentes du problème pathogénique des intoxications gravidiques. — M. MOUTHON. Appendicite et grossesse, indications opératoires.

— M. SYNAKO. Etude des flexions avec rotation de l'utérus dans les premiers mois de la grossesse. — M. DROUET. Etude des rétinites, dans l'éclampsie puerpérale. — M. GALAN. Etude du traitement prophylactique des présentations du siège, la version par manœuvres externes. — M. RICHARD. L'anesthésie épidurale haute par voie sacrée dans la césarienne suprasymphysaire.

Jury : MM. Gougerot, président ; Leroux, Oberling, Sézary. — M. CORMÉLIE. Les hémolymphangiomes tubéreux du cuir chevelu. — M. DULGUÉROFF. Accidents buccaux de la chrysothérapie. — M. GABES. Etude de l'étiologie de la stomatite bismuthique. — M. LAFONT. L'intradermoréaction de Frée chez l'enfant. — M. MIRANDA. Traitement de la lèpre par le vaccin de Vaudremer. — M. NÉECH. Etude du traitement du Lichen plan par les sels d'or. — M. ROITENSTERN. Descendance des femmes syphilitiques traitées et non traitées. — M. TURPIN-ROITVAL. Traitement de l'acné par la méthode bi-kinétique. — M. ROCA-TAULER. Etude des zonas bilatérales. — Mlle VAN BIEMA. Traitement des angiomes tubéreux par les injections sclérosantes de chlorhydrate double de quinine et d'urée associés à la cryothérapie.

Jury : MM. Carnot, président ; Claude, Rathery, Philibert. — M. CHEVRON. Syndrome pleuropéritonéal colibacillaire. — M. MOREL. Les sténoses médiogastrique et pylorique par injection de liquides caustiques. — M. OPIN. Etude de la ptose gastrique et sa pathogénie. — M. CHAZAL. Valeur comparée des moyens d'exploration du système nerveux sympathique. — M. CUBIER. Quelques considérations sur la dernière épidémie de grippe à la garnison de Bitche. — M. LESÈNE. Etude de l'instabilité thermique en dehors des infections. — SCHARF. Les aliénés migrants. — M. PARFUS. Le pneumothorax spontané idiopathique bénin récidivant.

**Mercredi 3 juillet.** — Jury : MM. Gosset, président ; Mathieu, Ombrédanne, Algave. — M. COLLETAS. Réflexions sur la clinique et la radiologie de 117 ulcères duodénaux. — Mlle BERMI. Développement de follicule ovarien humain provoqué par action de complexes hormones dit antéhypophysaire d'origine urinaire. — M. JUDET. Technique, indications et résultats éloignés de la greffe ankylosante du rachis dans le traitement des scolioses. — M. LAVIÉ. Etude des hernies de l'appendice dans le canal inguinal gauche. — M. KORNER. Etude des ostéites tuberculeuses juxtaarticulaires du coude chez l'adolescent et l'adulte. — Mme MARCHAND. Etude comparative de l'acide picrique et de l'acide paraintrasalicylique en thérapeutique gynécologique.

Jury : MM. Couvelaire, président ; Lacomme, Le Lorier, Portes. — M. AUSLENDER. La revision utérine. Pronostic, indications. — M. CATALANPEREZ. Etude des hématomes des capsules surrénales chez le nouveau-né. — M. GRIMBAUM. La maternité consciente. — Mlle LENZ Rosa. Etude de la tension artérielle chez la femme enceinte. — M. PEYRET. Essai statistique et clinique basé sur les observations de 1930 de la maternité de Boucaut. — M. ROTH. Fonctionnement de la maternité de Saint-Antoine 1934.

Jury : MM. Tanon, président ; Aubertin, Henri Bénard, Chiray. — M. BERNARD. Etude chronologique de certaines épidémies du début de notre ère à 1900. — M. BREIMAN. Prévention de la cécité. Risques professionnels. — M. DINGWALL. Le problème de la nutrition normale par la margarine. — M. EL HADDAH. Histoire de la peste en Tunisie (de l'antiquité jusqu'à nos jours). — M. GRINIMS. Etat actuel des vitamines et leurs applications en hygiène. — M. GUÉRIN. Etude sur les tests d'intelligence, de caractère et d'aptitude professionnelle. — M. LANGLOIS. L'Ecole, centre d'hygiène d'une banlieue nouvelle.

Le Directeur-gérant : D<sup>r</sup> François LE SOURD.



## Culture pure de Ferments lactiques bulgares sur milieu végétal

GASTRO-ENTÉRITES *des Nourrissons  
et de l'Adulte.*

DIARRHÉES, CONSTIPATIONS

INFECTIONS HEPATIQUES *(d'origine  
intestinale)*

DERMATOSES, FURONCULOSES

*Prophylaxie de la FIEVRE TYPHOÏDE et du CHOLÉRA*

RHINITES, OZENES

GRIPPES, ANGINES

PANSEMENTS DES PLAIES

GINGIVO-STOMATITES, PYORRHÉES



# BULGARINE THÉPÉNIER

**Ajuter DEUX COMPRIMÉS de Bulgarine ou boire un verre à madère de BOUILLON de Bulgarine  
une demi-heure avant le repas.**

*Saupoudrer ou insuffler la Poudre de Bulgarine 3 à 4 fois par jour.*

## Phosphates et diastases des Céréales germées

ENTÉRITES et DYSPEPSIES *salivaires et  
pancréatiques*

SURALIMENTATION

PALPITATIONS *d'origine digestive*

REPHOSPHATISATION

MATERNISATION *physiologique du LAIT*

TUBERCULOSES, RACHITISMES

*Préparation des BOUILLIES MALTEES*

NEURASTHÉNIES, CONVALESCENCES

**DIGESTIF PUISSANT de tous les FÉCULENTS**



# Amylodiastase THÉPÉNIER

**Croquer DEUX COMPRIMÉS d'Amylodiastase ou prendre deux cuillerées à café de Sirop Amylodiastase  
après les repas.**

*Préparation des bouillies : délayer une cuillerée à café de Sirop Amylodiastase dans la bouillie très chaude mais non bouillante.*

Préparés par le « Laboratoire des Ferments » du Docteur THÉPÉNIER, 10 et 12, rue Clapeyron, PARIS

R. G., 150.854, Seine.



LE DIURÉTIQUE RÉNAL PAR EXCELLENCE

# SANTHÉOSE

LE PLUS FIDÈLE, LE PLUS CONSTANT, LE PLUS INOFFENSIF DES DIURÉTIQUES

SES QUATRE FORMES

**PURE**

Le médicament régulateur par excellence, d'une efficacité sans égale dans l'artério-sclérose, la pré-sclérose; l'albuminurie, l'hydropisie, l'urémie.

**PHOSPHATÉE**

L'adjuvant le plus sûr des cures de déchloration et de désintoxication de l'organisme, dans la neurasthénie, l'anémie et les convalescences.

**CAFÉINÉE**

Le médicament de choix des cardiopathies, fait disparaître les œdèmes et la dyspnée, renforce la systole, régularise le cours du sang.

**LITHINÉE**

Le traitement rationnel de l'arthritisme et de ses manifestations; juggle les crises, enrayer la diathèse urique, solubilise les accidents urinaires.

DOSES : 2 à 4 Cachets par jour. — Ces cachets sont en **FORME DE CŒUR** et se présentent en boîtes de 24.

**PRODUIT FRANÇAIS**4, rue du Roi-de-Sicile  
— PARIS —**PRODUIT FRANÇAIS**

Reconstituant - Tonique  
Hémopoïétique - Anti-Toxique

# PHYTOSPLENOL

Granulés  
ou Dragées

J. PLÉ DOCTEUR EN PHARMACIE - 111<sup>BIS</sup> rue de Turenne PARIS 3

# NESTLÉ

FAIT UN LAIT  
EN POUDRE

“Nestogène”

LAIT SEC, DEMI-GRAS  
SUCRÉ (SUCRES DIVERS)  
NON DÉVITAMINÉ  
DE BONNE CONSERVATION

LITTÉRATURE ET ÉCHANTILLONS :  
SOCIÉTÉ NESTLÉ (FRANCE) 6, Av. Portalis, PARIS



*La Lancette Française***GAZETTE DES HOPITAUX****CIVILS ET MILITAIRES****PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI****ADMINISTRATION ET RÉDACTION :****49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6<sup>e</sup>. Tél. : Danton 48-31.****PUBLICITÉ : M. A. THIOILLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6<sup>e</sup>) - Téléph. : Littré 54-93.****PRIX DE L'ABONNEMENT****FRANCE**

3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.

*Etudiants : 25 francs par an.**On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.***ETRANGER**Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.  
Tous les autres pays : 75 francs.**SOMMAIRE****TRAVAUX ORIGINAUX***L'association « Fenchone-Acétylecholine » dans le traitement des plaies et des infections cutanées, par M. J. VAIREL.***IV<sup>e</sup> CONGRÈS FRANÇAIS DE GYNÉCOLOGIE****NOTES DE MÉDECINE PRATIQUE***Farine de Malt, par M. L. BABONNEIX.***SOCIÉTÉS SAVANTES***Société médicale des hôpitaux. — Société de neurologie. — Société de médecine militaire française. — Société de thérapeutique.***LIVRES NOUVEAUX****ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS****NOTES POUR L'INTERNAT***Formes cliniques de la névralgie sciatique (fin).***INFORMATIONS****HÔPITAUX DE PARIS. — DEUXIÈME CONCOURS DE NOMINATION DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX. — Épreuve clinique. — Séance du 25 juin. — MM. Sicard, 20; Merle d'Aubigné, 17; Reinhold, 18.****Médecine opératoire. — Questions données : « Ligature de l'artère sous-clavière en dehors des scalènes. — Désarticulation médio-tarsienne dite de Chopart. »****MM. Sicard, 28; Chabrut et Merle d'Aubigné, 27; Seillé, 28; Reinhold, 26; Mouchet, 25.****HÔPITAUX DE PROVINCE. — BEAUNE. — Le vendredi 11 octobre 1935, à 9 h. du matin, il sera ouvert, au siège de la Faculté de médecine de Paris, un concours public pour une place de chirurgien en second à l'Hôtel-Dieu de Beaune. Le registre d'inscription sera clos le 19 septembre, à midi.****GUERRE. — Les médecins capitaines ci-après désignés sont nommés « assistants des hôpitaux militaires » et reçoivent les affectations suivantes :****Section de médecine. — MM. Mauvais, du 24<sup>e</sup> d'infanterie, Versailles; Simonin, du 20<sup>e</sup> escadron du train, Nancy; Moutier, du 5<sup>e</sup> cuirassiers, Pontoise, sont affectés à l'hôpital militaire d'instruction du Val-de-Grâce, Paris.****MM. Duroux, de la 11<sup>e</sup> compagnie de l'air, Romilly-sur-Seine; Rouvier, du 2<sup>e</sup> d'artillerie, Grenoble, sont affectés à l'hôpital militaire d'instruction Desgenettes, Lyon****Section de chirurgie. — MM. Parlange, du 13<sup>e</sup> dragons, Melun; Touzard, du 46<sup>e</sup> d'infanterie, Fontainebleau, sont affectés à l'hôpital militaire d'instruction Desgenettes, Lyon.****MM. Tupin, des troupes du Maroc; Pasquié, des sapeurs-pompiers, Paris, sont affectés à l'hôpital militaire d'instruction du Val-de-Grâce, Paris.****Section d'électro-radiologie. — MM. Aubert, du 1<sup>er</sup> génie, Besançon; Montagard, du 121<sup>e</sup> escadron du train, Lure, sont affectés à l'hôpital militaire d'instruction Desgenettes, Lyon.****MM. Soleil, de l'école militaire d'artillerie, Poitiers; Cantagril, du 8<sup>e</sup> zouaves, camp de Mourmelon, sont affectés à l'hôpital militaire d'instruction du Val-de-Grâce, Paris.****ÉCOLE D'APPLICATION DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE.****— La chaire de médecine opératoire et de thérapeutique chirurgicale sera vacante, à la date du 1<sup>er</sup> novembre 1935, à l'Ecole d'application du Service de santé militaire à Paris.****MARINE. — Les médecins dont les noms suivent ont obtenu, après concours, le titre de spécialiste des hôpitaux maritimes :****Bactériologie et anatomo-pathologie : M. le médecin de 1<sup>re</sup> classe Berge.****Electro-radiologie et physiothérapie : M. le médecin de 1<sup>re</sup> classe Negrié.****Médecine légale et neuro-psychiatrie : M. le médecin principal Le Cann.****Dermato-vénéréologie : M. le médecin principal Chevalier.****MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE. — Le cabinet du ministre de la Santé publique et de l'Éducation physique est composé comme suit :****Directeur : M. Félix Mainguet, chef de bureau breveté au ministère des postes, télégraphes et téléphones, directeur adjoint de la radio-diffusion.****DIGITALINE NATIVELLE****LABORATOIRE NATIVELLE, 27, Rue de la Procession, PARIS (XV<sup>e</sup>)**

Chefs adjoints : MM. Jean Eveillard, inspecteur de l'enregistrement du domaine et du timbre; Bernard Chenot, auditeur au Conseil d'Etat.

Chef du secrétariat particulier : M. Honoré Farat, inspecteur breveté des postes, télégraphes et téléphones.

Attachés : M. Paul Bouteille, rédacteur au ministère des Colonies; M<sup>lle</sup> Lafont, licenciée ès sciences, diplômée d'études supérieures de chimie; MM. Raymond Siroux, rédacteur au ministère de la Santé publique et de l'Education physique; Pierre Leroi, chef de bureau au ministère des Finances, délégué du gouvernement auprès du comité olympique français, est chargé de la coordination des services civils et militaires de l'éducation physique.

**BOURSES DE MÉDECINE.** — L'ouverture du concours pour l'obtention des bourses de doctorat aura lieu au siège des facultés de médecine et des facultés mixtes de médecine et de pharmacie le jeudi 18 juillet 1935.

Les candidats s'inscriront au secrétariat de la Faculté près laquelle ils désirent subir les épreuves du concours. Ils devront être Français et âgés de dix-huit ans au moins et de vingt-huit ans au plus. Cette dernière limite d'âge est reculée d'un temps égal à celui que les candidats auront passé sous les drapeaux.

Les registres d'inscriptions seront clos le 8 juillet 1935, à 16 h.

**UN SQUARE LEGRAND DU SAULLE A PARIS.** — Un square situé à Paris dans le XIII<sup>e</sup> arrondissement (13, rue Würtz) va recevoir le nom de Legrand du Saulle. Le nom du grand aliéniste, ancien collaborateur de la *Gazette des hôpitaux*, a déjà été donné à une rue de Dijon, sa ville natale, et à une rue de Clamart (Seine).

**L'ART A LA FACULTÉ DE MÉDECINE.** — Devant le succès rencontré par l'exposition « L'Art à la Faculté de médecine » qui devait fermer ses portes le 30 juin, le Comité a décidé de prolonger celle-ci jusqu'au 13 juillet inclus (Faculté de médecine, 85, boulevard Saint-Germain, de 10 à 18 h., y compris dimanches et fêtes; entrée, 5 fr.; pour les étudiants, 2 fr.).

**NÉCROLOGIE.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. Jean Thoulon, interne en médecine, décédé accidentellement à l'hôpital Ambroise-Paré.

**28<sup>e</sup> voyage d'études médicales aux stations hydrominérales et climatiques de l'Alsace, du Jura et des Vosges,** sous le haut patronage du Ministère de la Santé publique et le patronage des organismes officiels du thermo-climatisme. — Le 28<sup>e</sup> Voyage d'Etudes Médicales aura lieu, du 3 au 14 septembre 1935, sous la direction scientifique du professeur Maurice Villaret, professeur à la Faculté de Médecine de Paris, médecin de l'hôpital Necker, directeur des V. E. M.; du professeur Fontes, professeur à la Faculté de Médecine de Strasbourg; du Professeur Santenoi, professeur à la Faculté de Médecine de Nancy, Directeurs régionaux du 28<sup>e</sup> V. E. M.; du docteur Etienne Chabrol, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, Directeur-adjoint des V. E. M.; du docteur Louis Merklen, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Nancy; et du docteur L. Justin-Besançon, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, médecin des hôpitaux de Paris.

**Itinéraire du 28<sup>e</sup> V. E. M.** — 3 septembre : Concentration à Nancy, Strasbourg.

4 septembre : Morsbronn, Niederbronn, Strasbourg.

5 septembre : Strasbourg, Sainte-Odile, Le Hohwald.

6 septembre : Ribeauvillé, Riquewihr, Aubure, Lac Blanc, Lac Noir, Le Linge, Les Trois Epis, Colmar.

7 septembre : Soultzmatt, Soultzbach, l'Altenberg, La Schlucht, Le Hohneck, Gérardmer, Bussang.

8 septembre : Le Ballon d'Alsace, Belfort, le Saut du Doubs, Malbuisson.

9 septembre : Les Rousses, La Faucille, Divonne.

10 septembre : Salins du Jura, Besançon-la-Mouillère, Luxeuil.

11 septembre : Plombières, *Congrès des Colites*.

12 septembre : Bains-les-Bains, Bourbonne, Contrexéville.

13 septembre : Vittel.

14 septembre : Dislocation dans la matinée à Vittel. *Congrès de la Goutte et de l'Acide urique*.

Des conférences seront faites, dans chaque station, par les directeurs du voyage.

A partir de Strasbourg, le trajet se fait en autocars.

Le prix du voyage est de 1.200 francs, ce prix comportant la totalité des frais, du lieu de concentration, Nancy, au lieu de dislocation, Vittel.

Une réduction de 50 % sera accordée sur les chemins de fer français, du lieu de résidence ou de la gare frontière, au lieu de concentration, et du lieu de dislocation au lieu de résidence ou à la gare frontière.

Le V. E. M. est destiné aux médecins en exercice, aux internes des hôpitaux et aux étudiants en médecine en fin d'études. Par exception, il pourra comprendre quelques femmes ou filles de médecin, mais leur effectif ne pourra pas dépasser le quart des participants.

Les bagages étant limités, le port du smoking, suivant l'usage des V. E. M. n'est pas admis.

Les demandes d'inscription peuvent être adressées à Mademoiselle Machuré, Secrétaire des V. E. M., 138, Champs-Élysées, à Paris (8<sup>e</sup>).

Il n'y aura lieu d'effectuer le versement de la cotisation, qu'après avis de l'inscription définitive.

**Premier Congrès international des médecins amis du vin** (Lausanne 1935.) — Du 26 au 31 août 1935 doit se tenir à Lausanne, dans les salles de la Faculté de médecine de l'Université (Palais de Rumine), le 1<sup>er</sup> congrès international des médecins amis du vin.

Ce congrès se tiendra sous la présidence du professeur Portmann, président de l'Association des médecins amis des vins de France, et sénateur.

Ce congrès comportera trois jours de séances suivis de trois jours d'excursions.

Les trois questions suivantes feront l'objet d'un rapport suivi de discussion :

Les vitamines du vin, par le professeur Baglioni (Rome);

Le vin dans les maladies de la nutrition, par le D<sup>r</sup> Weisenbach, médecin des hôpitaux de Paris;

Le vin en psychiatrie, par le D<sup>r</sup> Anglade (de Bordeaux) et le professeur Riser (de Toulouse).

Les adhésions doivent être adressées à M. Douarche, Directeur de l'Office international du Vin, 1, place du Palais-Bourbon, Paris (7<sup>e</sup>). Secrétariat général : D<sup>r</sup> Gay, 8, Grand-Chêne, à Lausanne.

## RENSEIGNEMENTS

**COLLÈGE DE GARÇONS. COLLÈGE DE JEUNES FILLES. Soissons.** Préparation aux divers baccalauréats. Etablissements neufs. Internats tout confort. Hygiène et sports. A 1 h. 1/4 de Paris par le train. Autobus Citroën.

Néoralgies  
Névrites

**BROMÉINE MONTAGU**

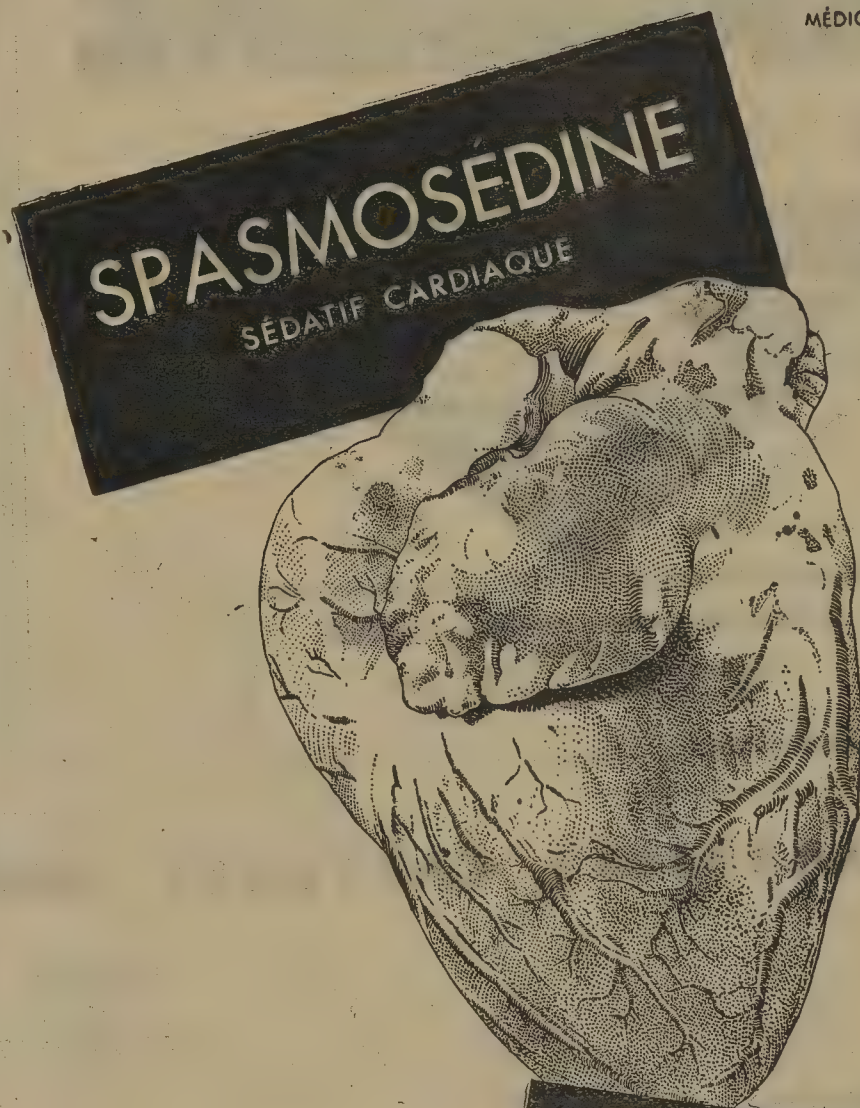
**OUATAPLASME**

du D<sup>r</sup> LANGLEBERT  
PANSEMENT COMPLET  
Phlegmasies, eczémas, brûlures, etc



LABORATOIRES DEGLAUDE ( )  
15, BOUL<sup>o</sup> PASTEUR, PARIS (XV<sup>e</sup>)

MÉDICAMENTS CARDIAQUES  
SPÉCIALISÉS



*Les 2 médicaments cardiaques essentiels*

**SANÉDRINE**

Ephédrine Lévoogyre

**AGIT PAR VOIE BUCCALE**

**EFFETS PERSISTANTS**

**TOUTES LES INDICATIONS DE L'ADRENALINE**

TUBES DE 20 COMPRIMÉS à 0.025

ADULTES: 2 à 6 COMPRIMÉS PAR JOUR

**SOCIÉTÉ PARISIENNE d'EXPANSION CHIMIQUE**  
— Specia —  
MARQUES POULENC Frères & "USINES du RHONE"  
86, rue Vieille du Temple, PARIS 3<sup>e</sup>

DRÉVILLE

## LABORATOIRES CARTERET

LIQUIDE  
et  
COMPRIMÉS

**ANTISEPTIQUE GÉNÉRAL**

*Sans odeur et non toxique*

# LUSOFORME

*Formol saponiné*

**DÉSINFECTANT -- DÉSODORISANT**

S'EMPLOIE EN SOLUTION AQUEUSE à 1/4 ou 1/2 p. 100 en GYNÉCOLOGIE, OBSTÉTRIQUE, CHIRURGIE

**Échantillon et Littérature : 15, rue d'Argenteuil, PARIS**



## L'ASSOCIATION « FENCHONE-ACÉTYLCHOLINE » DANS LE TRAITEMENT DES PLAIES ET DES INFECTIONS CUTANÉES

Par M. J. VAIREL,

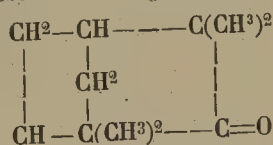
Médecin-lieutenant, licencié en sciences,  
Diplômé d'études supérieures de physiologie.

Nous utilisons depuis plusieurs mois, dans le traitement des plaies et des dermo-épidermites microbiennes, y compris les engelures et les brûlures, une pommade dont les constituants essentiels sont, d'une part, la Fenchone, d'autre part l'Acécoline ou chlorure d'acétylcholine (1).

Les bons résultats obtenus avec cette association thérapeutique nous conduisent aujourd'hui à exposer quelques-uns de nos cas les plus intéressants, après avoir, au préalable, rappelé quelques notions de chimie et de biologie concernant ces deux corps, la technique du traitement, et le rôle joué dans certains cas par le terrain.

**La Fenchone.** — La Fenchone est un liquide huileux, à odeur de camphre dont elle se rapproche par sa constitution chimique et ses propriétés physiologiques. Cétone appartenant au groupe des terpènes bicycliques, c'est un liquide limpide, stable, diffusible, non oxydant même pour tout objet métallique.

Sa formule est la suivante :



Au point de vue biologique son action désinfectante mérite d'être connue en raison des services qu'elle peut rendre. Appliquée sur la plaie, elle provoque rapidement la disparition de la fétidité, la diminution de la lymphangite ou de l'œdème inflammatoire périphérique ou profond, l'atténuation progressive de la douleur.

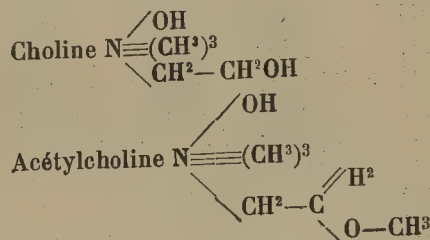
Cette action a été démontrée expérimentalement par F. Pasteur (2) : des tubes de gélose ou des boîtes de Pétri,ensemencés avec les diverses races de staphylocoques, des streptocoques et du bacille pyocyanique, dont la surface a été enduite, avant ou après l'ensemencement, de quelques gouttes de Fenchone sont restés parfaitement stériles à l'aspect et impropres à tout repiquage ultérieur.

L'observation clinique et la bactériologie ont démontré le pouvoir antiseptique de la Fenchone. Elle a également l'avantage, précieux en chirurgie et que ne possèdent pas beaucoup d'antiseptiques, de respecter l'intégrité cellulaire des tissus et leurs propriétés physiologiques et biologiques.

**L'Acétylcholine.** — C'est un liquide huileux, d'odeur caractéristique, qui résulte de l'éthérification

par l'acide acétique du OH alcoolique du radical d'une phosphatide : la Choline.

La formule de l'Acétylcholine est la suivante :



L'Acétylcholine est donc un éther et le chlorure d'acétylcholine est préparé sous le nom d'acécoline.

Les propriétés physiologiques essentielles de l'acétylcholine sont :

- 1° Une action vaso-dilatatrice s'exerçant électivement sur les artérioles ;
- 2° Une action spasmolytique vasculaire ;
- 3° Une action modificatrice et rapide de la trophicité des tissus et de rénovation épithéliale.

Les propriétés pharmacodynamiques et physiologiques de l'acétylcholine sont actuellement bien connues. Elles ont été étudiées par nombre d'auteurs dont Justin-Besançon et Villaret (3, 4, 5). Nous-mêmes avons mis en évidence, au cours de recherches sur la rate des vertébrés, ses propriétés vaso-dilatatrices (6).

**Technique du traitement.** — Elle est simple. La plaie ayant été, avec toutes les précautions d'aseptie voulues, nettoyée à l'alcool-éther, on applique sur elle et à sa périphérie avec une spatule stérile, une couche de pâte de quelques millimètres d'épaisseur. Le lendemain, sans aucun nettoyage, on applique une nouvelle couche de pâte, et ainsi jusqu'à guérison complète.

Il est à noter que les pansements n'adhèrent jamais à la plaie ; la fine couche épidermique de tissus de cicatrisation est ainsi respectée lors de chaque pansement.

Dans les dermo-épidermites microbiennes croûteuses, il est indiqué de faire pendant deux jours des cataplasmes de vaseline blanche neutre ; quand les croûtes sont ramollies, de les faire tomber avec une pince stérile et d'appliquer, comme il est dit ci-dessus, la pâte Fenchone-Acécoline. Dans l'impétigo, en particulier, le traitement est plus simple, la guérison obtenue plus rapidement que par le traitement classique à l'eau d'Alibour et pommade à l'oxyde jaune de mercure.

En cas de furoncles, anthrax ou abcès, ceux-ci sont traités par les méthodes habituelles. Le pus étant évacué, on introduit dans la cavité et on applique sur les bords de l'orifice une petite quantité de pâte.

Dans les brûlures et les engelures, il est indiqué de ne pas utiliser la pâte de suite. Certains de nos ma-

(3) J. BESANÇON. *Th. Sc.*, Paris, 1929.

(4) VILLARET et J. BESANÇON. Recherches expérimentales et cliniques sur l'acétylcholine, *Ac. Méd.*, 17 avril 1928, p. 439.

(5) VILLARET et J. BESANÇON. L'acétylcholine. Ses propriétés pharmacodynamiques et physiologiques. *Paris Méd.*, 30 juin 1928, p. 589.

(6) J. VAIREL. Action de l'acétylcholine sur la rate, *J. Physio. et Pathol. gén.*, t. XXXI, n° 1, mars 1933.

(1) Cette pommade est préparée par les laboratoires Chevreton-Lemalle, de Paris, sous le nom d'*Acécoline*.

(2) *Bull. Ac. Méd.*, 3<sup>e</sup> série, T. CHI, n° 16 ; séance du 22 avril 1930.

lades se sont plaints de sensations très désagréables de chaleur et de picotements ; aussi appliquons-nous seulement la pâte après deux à trois jours de traitement, pour les brûlures par l'huile goménolée, pour les engelures par l'axonge benzoïnée.

Nous avons traité des *plaies atones* et des *ulcères variqueux*. Le matin nous appliquons sur la plaie ou l'ulcère une couche épaisse de pâte débordant leur périphérie ; puis une bande de gaze, de l'ouate, et nous solidarisons le tout à l'aide d'une bande de crêpe ou d'une bande élastique. Les jours suivants, sans aucun lavage ou nettoyage de la plaie, nous procédons de la même manière jusqu'à guérison complète. Il nous a semblé bon, une fois la cicatrisation obtenue, d'appliquer pendant deux ou trois jours de la pâte de Lassar qui assouplit les tissus de cicatrice.

Les *ampoules*, infectées ou non, des mains et des pieds sont guéries en quelques jours. L'épiderme est enlevé avec des petits ciseaux stériles, et sur la surface mise à nu on applique tous les matins une couche de pâte.

Dans les *plaies contuses* du visage : joues, lèvres, menton, qui nécessitent la réunion des bords de la plaie à l'aide d'agrafes ou d'une suture, nous appliquons une fois la réunion pratiquée une couche de pommade. On n'observe pas de suppurations par la suite, la cicatrisation est rapide et l'ablation des agrafes ou des fils peut se faire dans le minimum de temps.

Nous n'avons pas eu l'occasion de traiter des *eczémas suintants* et *infectés*, des *eczémas post-phlébitiques* et certains *psoriasis* par la pâte Fenchone-Acécoline.

Voilà donc les affections du domaine dermatologique justiciables, avec des résultats favorables et rapides, de l'association thérapeutique Fenchone-Acécoline. Si le traitement se montre inefficace, c'est que l'affection évolue sur un terrain spécial dont il faut tenir compte, au point de vue clinique et thérapeutique, dans sa mise en œuvre.

Trois de nos malades sont typiques à ce point de vue : le premier était un « suppuratif », la deuxième une « variqueuse », la troisième une « insuffisante ovarienne ».

Le malade B... présentait des *ecthymas* et des *impétigos* à répétition des jambes et du visage. La moindre érosion cutanée était chez lui l'occasion de suppurations, abcès et phlegmons. Il a été guéri par des applications locales de pâte désinfectante et trophique et des injections quotidiennes d'un vaccin antipyogène polyvalent.

La malade S..., atteinte d'une plaie atone du dos du pied gauche évoluant depuis un mois a été traitée localement et par la prise de médicaments visant à pallier à l'insuffisance veineuse importante qu'elle présentait.

Enfin la malade G... se plaignait depuis deux hivers d'une sensation perpétuelle de froid aux extrémités ; elle présentait par ailleurs de l'œdème des chevilles, de la cyanose des pieds et des engelures infectées. Les symptômes énumérés ci-dessus et quelques troubles de la menstruation nous firent prescrire, en plus des applications locales de pâte, des cachets de poudre d'ovaire et de thyroïde.

Il ne faut donc pas attendre la guérison uniquement de la pâte, qui n'est pas une panacée universelle, mais

de son association bienfaisante avec un traitement modificateur du terrain.

*Observations cliniques.* — Nous présenterons maintenant quelques observations caractéristiques, choisis parmi les nombreuses que nous possédons. Elles mettent en lumière la facilité du traitement, ses bons effets locaux, son action contre l'infection, la rapidité de la cicatrisation.

OBSERVATION I. — Mme S..., âgée de 42 ans, est atteinte de grosses varices de la cuisse, du mollet et du pied gauches. Depuis le 25 octobre 1934, elle présente, au niveau du dos du pied gauche, une plaie atone de 5 centimètres de diamètre, suintante, cyanotique ; les tissus périphériques sont blanchâtres et marbrés de taches bleutées.

Nous la voyons le 26 novembre 1934, prescrivons une application quotidienne de pâte sous pansement élastique, un médicament destiné à lutter contre l'insuffisance veineuse, et le repos la jambe allongée. En réalité cette femme, d'un milieu modeste et mère de six enfants, a vagué à ses occupations comme normalement. Nous devons ajouter que sa plaie était douloureuse et l'empêchait souvent de bien dormir la nuit.

Le 30 novembre, la plaie a meilleur aspect, la jambe est moins douloureuse, la malade dort mieux la nuit.

Le 6 décembre : plaie régulière, nette, rosée, non suintante ni cyanotique. Les douleurs s'atténuent, le sommeil est bon.

Le 15 décembre : l'amélioration locale se poursuit, la plaie est réduite à une petite ulcération nette et rosée, les tissus périphériques sont presque normaux. Le sommeil est calme, les douleurs ont complètement disparu.

Le 21 décembre, la peau est normale d'aspect et de coloration, la petite ulcération a la grosseur d'une lentille. La malade marche sans aucune douleur, met des chaussures et se prépare à partir pour les vacances de Noël.

OBSERVATION II. — Mlle G..., âgée de 25 ans, se plaint depuis le début de l'hiver 1933 d'une sensation constante de froid aux mains et aux pieds, d'œdème des chevilles, de cyanose des membres inférieurs et de grosses engelures infectées interdisant absolument le port de la chaussure. Traitée localement par des pommades diverses, elle ne note que peu d'amélioration. A la belle saison, ces troubles disparaissent.

Le 1<sup>er</sup> décembre 1934, tous les symptômes réapparaissent sous l'influence du froid, et la malade, véritable infirme, est obligée de rester à la maison. Elle va alors consulter un médecin connu de province qui lui prescrit un régime et des applications locales de pommade à l'oxyde jauné de mercure ; la malade ne ressent aucun soulagement.

Nous voyons alors la malade, qui présente des signes certains d'insuffisance ovarienne (dysménorrhée, érythrocytose...), et lui prescrivons des cachets de poudre d'ovaire, des gouttes d'hammamélis et des applications locales quotidiennes de la pâte Fenchone-Acécoline. L'amélioration est nette et, le 20 janvier 1935, la malade nous écrit : « Je n'ai plus la sensation perpétuelle de froid que j'avais aux mains et aux pieds, mes engelures n'ont pas l'air de vouloir revenir. » Elle continue régulièrement son traitement et nous écrit au mois de mars : « Mes engelures vont tout à fait bien, elles n'ont pas suppuré comme l'année dernière ; je fais souvent dans la semaine dix kilomètres à pied. La sensation de froid a complètement disparu depuis que j'ai suivi le traitement. »

OBSERVATION III. — Le nommé J..., après une longue marche, présente au niveau des talons et symétriquement, une large ampoule d'une surface d'une petite paume de main. Avec des ciseaux stériles, on enlève l'épiderme traumatisé ;



le derme est à nu, rouge vif et non infecté. Il fallait cicatriser ces larges plaies : sur la plaie de droite on fit journellement des applications de pâte ; celle de gauche fut traitée par la pommade antiseptique de Reclus. Le traitement commença le 15 mars 1935.

Le 18, la plaie du pied droit a l'aspect suivant : plaie régulière, sèche, rose brun, en voie de cicatrisation rapide. A la même date, la plaie du pied gauche est régulière, mais encore suintante et rouge, la cicatrisation est bien moins avancée. Le 22, la cicatrisation de la plaie droite est complète ; la plaie gauche n'est pas encore complètement cicatrisée le 25.

Nous avons rapporté un peu longuement ces trois observations qui nous paraissent démonstratives de l'action désinfectante et cicatrisante rapide de la pâte Fenchone-Acécoline. Outre son action biologique intéressante, cette pâte présente les avantages d'un traitement simple (ce qui n'est pas à dédaigner pour les malades vaquant à leurs occupations), elle n'a pratiquement aucune odeur et ne tache pas.

Nous avons encore entre nos mains de nombreuses fiches concernant des dermatoses et des plaies traumatiques ; toutes nos observations sont concordantes et complètent les études cliniques et les épreuves bactériologiques de MM. Pasteur et Boidet sur l'action antiseptique de la Fenchone.

Nous pouvons donc énoncer les conclusions suivantes :

- 1° La Fenchone est un antiseptique puissant qui ne traumatise pas les tissus cicatriciels. L'Acécoline est un agent eutrophique et cicatrisant de premier ordre.
- 2° Leur association donne de bons résultats dans le traitement des dermo-épidermites microbiennes, des plaies chirurgicales ou traumatiques infectées ou non, des plaies d'origine trophique (plaies variqueuses et atones, escharres), des brûlures et des engelures.
- 3° Le traitement est simple, la guérison constante et rapide.

#### IV<sup>e</sup> CONGRÈS FRANÇAIS DE GYNÉCOLOGIE

Le 4<sup>e</sup> Congrès organisé par la Société Française de Gynécologie et qui s'est tenu les 8, 9 et 10 juin à Salies-de-Béarn vient de remporter un magnifique succès.

Dix nations étaient représentées officiellement et plus de trois cents congressistes assistaient à cette belle manifestation scientifique.

C'est M. Doleris, membre et ancien président de l'Académie de Médecine, président d'honneur du Congrès, qui, par un magnifique discours émaillé de nombreux souvenirs personnels et dans lequel il retraça l'histoire de la gynécologie depuis 1877, date à laquelle il commença les travaux qui devaient illustrer son nom, ouvrit la séance inaugurale du Congrès. La salle debout fit une ovation prolongée au doyen de la gynécologie française qui, malgré son âge, avait tenu par sa présence à apporter à cette réunion tenue dans son pays, ce précieux témoignage d'estime.

Après M. Doleris, ce fut M. le Professeur Mauriac qui vint apporter aux congressistes le salut de la Faculté de Médecine de Bordeaux.

Puis M. le professeur Guyot (de Bordeaux), président du Congrès, salua M. Doleris, M. le doyen Mauriac, les dix délégations étrangères, et en particulier les importantes

délégations italienne et roumaine, puis dans une langue châtiée il prononça l'éloge de Paul Reclus, « une des plus pures gloires du Béarn où il naquit », et qui jusqu'au dernier jour l'honora de son amitié. Il remercia ensuite M. Maurice Fabre, secrétaire général, « véritable cheville ouvrière du Congrès », de son action si utile et de son incomparable dévouement, puis M. Etienne David, ancien professeur à l'Ecole de Médecine de Limoges, vice-président, qui n'a épargné ni son temps ni sa peine pour assurer le succès du 4<sup>e</sup> Congrès Français de Gynécologie.

Après M. le Professeur Guyot, M. Maurice Fabre, secrétaire général, remercia M. Etienne David d'avoir provoqué et organisé la réunion annuelle de la Société Française de Gynécologie à Salies-de-Barn. Il exprima la reconnaissance de tous les congressistes à l'égard de M. Doleris, président d'honneur, et de M. Guyot, président, pour avoir apporté à ce Congrès l'appui de leur haute autorité, remercia ensuite les distingués rapporteurs des beaux travaux qu'ils avaient fournis et dit enfin toute sa gratitude à M. de Coulomme La Barthe, maire de Salies-de-Béarn, à MM. Hézard et Laporte, concessionnaire et directeur des Thermes ; à M. Laclau, syndic des parts-prenants ; au Président du Syndicat des Hôteliers, qui, comprenant l'importance de ces assises et l'éclat qu'elles étaient susceptibles d'apporter à la Station, avaient tenu à fournir à l'organisation du Congrès, leur inlassable activité et leur large appui financier.

Avant de passer à la discussion des rapports, M. Etienne David fit sur le traitement de Salies-de-Béarn une causerie très documentée et qui suscita les plus vifs applaudissements.

La question à l'ordre du jour était celle des « Hémorragies génitales en dehors de la grossesse et des tumeurs ».

Six rapports avaient été présentés :

Premier rapport : L'Anatomie vasculaire de l'appareil génital de la femme, par M. le Professeur Léon Dieulafé et M. Raymond Dieulafé (de Toulouse).

Deuxième rapport : Les Hémorragies de cause générale, par M. P.-E. Weil, médecin des Hôpitaux, et Isch-Wall (de Paris).

Troisième rapport : Les Hémorragies de cause locale, par M. Paul Ulrich (de Paris).

Quatrième rapport : Le traitement médical des hémorragies génitales, par M. Michel Turpault (de Paris).

Cinquième rapport : Le traitement physiothérapique, par M. Courriades et Mlle Dubreuilh (de Bordeaux).

Sixième rapport : Le traitement chirurgical, par M. F. Jayle (de Paris).

Plus de cinquante congressistes s'étaient fait inscrire pour discuter ces rapports, et trois longues séances furent nécessaires pour épuiser l'ordre du jour.

Parmi les personnalités présentes au Congrès, citons : MM. Mauriac, doyen de la Faculté de Médecine de Bordeaux ; Jayle, président de la Société Française de Gynécologie ; Cova (Turin), Gaifami (Rome), Delle Chiaje (Naples), Green-Armytage (Londres), Torre-Blanco (Madrid), Nubiola, Terrades-Pla, Lluch, Ponjoan, Mme Quadras-Bordes (Barcelone), Soimaru, Crainicianu, Jonesco (Bucarest), Schokkaert (Louvain), Rosman (Bruxelles), Chassot (Genève), Bollag (Zurich), Americo-Valerio (Rio-de-Janeiro), Rudolfo Talice (Montevideo), Harissiadis (Coritsa), Dieulafé, Mériel (Toulouse), Rocaz, Jeanneney, Jean Villar, Delmas-Marsallet, Mathey-Cornat (Bordeaux), P. E. Weil, Douay, Papillon, Pouliot, Turpault, Ulrich, J. E. Marcel, Briault, Mme Meurs-Blatter, Pecker (Paris), André Binet (Nancy), Viollet (Lyon), Cambon (Marseille), Delagenière (Le Mans), etc...

De magnifiques fêtes avaient été organisées par le Comité local : le samedi 8 juin, à midi, vin d'honneur au Casino, offert par la municipalité, le soir au théâtre, concert avec danses et chants béarnais, suivi du Gala des Roses ; le dimanche grand déjeuner auquel assistait un représentant

du Gouvernement, à dix heures du soir grand festival avec sortie du « Toro de Fuegos », réjouissance locale particulièrement goûtée ; le lundi, excursion au col et à l'Abbaye de Roncéevaux avec réception, fête locale et déjeuner champêtre à Saint-Jean-Pied-de-Port, où toute la population accueillit avec enthousiasme les dix cars de congressistes.

Mentionnons également la magnifique réception donnée par le président et Mme Guyot, et qui eut lieu à l'Hôtel du Parc de Salies.

Après le Congrès, une excursion dans les Pyrénées organisée par « Exprinter » avec arrêts aux Eaux-Bonnes, à Caunterets, Gavarnie, Lourdes et Pau, fut parfaitement réussie.

## NOTES DE MÉDECINE PRATIQUE

### FARINE DE MALT<sup>1</sup>

Par M. L. BABONNEIX,

Médecin de l'hôpital Saint-Louis (Annexe Grancher).

Recommandée depuis longtemps par des médecins français (Venel, 1776, Leroy, 1805), elle a surtout été utilisée par Liebig (1860-1870), Keller (1898), E. Terrien (1906), sous forme, pour les deux premiers, de soupe, pour le dernier, de bouillies maltosées (2).

1. SOUPE DE LIEBIG. — Elle n'est plus guère utilisée aujourd'hui, car elle provoque souvent des accidents, en raison de sa trop grande richesse en glucides. Seule, reste l'idée théorique qui a présidé à sa préparation : elle est censée contenir en même quantité que pour le lait de femme les deux grandes variétés d'aliments admises par Liebig, selon qu'elles ont un rôle calorique ou dynamique, d'une part, plastique, de l'autre. Pour transformer en sucres solubles l'amidon, que digère malaisément l'intestin du nourrisson, elle le lui apporte tout saccharifié.

#### 2. SOUPE DE KELLER.

**Principe.** — Pour Keller, la dyspepsie des nourrissons est due, en grande partie, à une intoxication acide d'origine lactée, accrue par l'ingestion de graisse. D'où l'intérêt qu'il y a de substituer au lait une bouillie de céréales, où les ferments du malt ont solubilisé l'amidon, et qu'on a alcalinisée au moyen d'une solution de carbonate de potasse.

**Préparation.** — Elle est assez délicate. Mais, en pratique, on s'adresse à une spécialité, le maltosan, qui permet d'obtenir, en quelques instants, le produit désiré.

**Composition chimique.** — La soupe de malt renferme :

a) Des *protides* ayant une triple origine : lait, extrait de malt, farine.

1 kilogr. de soupe de malt contient 2 gr. 972 d'Az. représentés, pour le lait, par 1 gr. 619, et pour les deux autres réunis, par 1 gr. 353. Autrement dit, de cet azoté, 44,9 sont d'origine végétale, et 55,1 d'origine animale ;

a) Des *lipides*, provenant de lait : 1,1 à 1,2 % ;

c) Des *glucides*, provenant : 1° de l'extrait de malt, qui contient 66,80 % de maltose et 12,41 % de dextrine ; 2° de la farine de blé, qui contient 66,80 % d'amidon et 7,5 % de dextrine ;

(1) R. LECOQ, *Le malt et la pratique du maltage*, Paris 1933, in-8° de 92 p. — A.-B. MARFAN, *Traité de l'allaitement*, Paris, 1930, 4<sup>e</sup> édition. — R. MATHIEU, *Le malt. Encyclopédie médico-chirurgicale*, Paris 1934, 4055. — E. TERRIEN, *Précis d'alimentation des jeunes enfants*, 5<sup>e</sup> édition, 1926, p. 287. — Les bouillies maltosées, in *Actualités infantiles* de L. BABONNEIX, Paris 1932, in-8°, p. 280-287.

(2) Pour ces dernières, v. *Gazette des Hôpitaux*.

d) Des *minéraux* : phosphore, sous forme de phytine, dont l'extrait de malt et la farine renferment une grande quantité ; potasse : 0 gr. 10 par litre ; acide lactique : 0,43 %.

Ses caractéristiques sont donc :

Sa faible teneur en lipides ou en protides ;

La présence simultanée de deux sucres : dextrine, maltose et d'amidon non saccharifiés, donnée essentielle (Czermy et Keller).

**Mode d'administration.** — 1° Soupe de malt. — D'après M. R. Mathieu, pour les enfants âgés de trois mois, on préparera le mélange suivant :

Lait : 1/3 de litre ;

Eau : 2/3 de litre ;

Farine : 30 gr. ;

Extrait de malt : 50 gr.

Pour les enfants plus âgés, on dilue le lait avec son volume d'eau, et on ajoute 50 gr. de farine plus 100 gr. d'extrait de malt. La valeur alimentaire de cette soupe est de 700 C. par litre.

Pour donner de bons résultats, la soupe de Keller,

1° Ne doit pas être administrée à trop fortes doses ;

2° Ne doit pas être maintenue trop longtemps (six semaines, au maximum) ;

3° Ne doit être cessée que progressivement.

2° Maltosan. — Si l'on s'adresse à la spécialité dont nous avons parlé, rien de plus simple que de la prescrire. On en donne deux mesures par repas de 100 gr. (lait et eau). On ajoute une mesure par 50 gr. de liquide supplémentaire. Cuire rapidement sans cesser de remuer. Retirer du feu au premier bouillon.

**Indications et contre-indications.** — Deux indications (Keller) :

1° Dyspepsie de lait de vache, avec phénomènes de putréfaction, même si le seul phénomène observé consiste dans l'apparition de selles blanches ;

2° Arrêt de croissance des nourrissons de 4-5 mois alimentés au lait de vache ;

#### Contre-indications :

1° Le trop jeune âge (au-dessous de 3 mois), surtout si l'enfant est un prématuré débile ; on peut, il est vrai, la donner à toutes petites doses, à moins que les selles ne deviennent molles ou liquides et n'acquiescent une réaction très acide ;

2° La dyspepsie des farineux ;

3° L'existence de troubles digestifs aigus graves.

Mais la soupe de malt convient aux fausses diarrhées écries, chez le nourrisson, par MM. Debré et Goiffon.

**Résultats.** — Lorsqu'ils sont satisfaisants, les selles, au nombre d'une à deux par jour, sont brunes, en purée, de réaction acide, la courbe de poids s'accroît régulièrement. Cette augmentation dépasse-t-elle 100 grammes par jour, s'accompagne-t-elle de météorisme, il faut, d'urgence, diminuer les doses, sous peine de voir survenir les signes dus à l'intoxication par les farineux (Keller).

D'autres fois, les selles deviennent diarrhéiques, muqueuses, acides, le poids diminue avec rapidité : la soupe de malt a échoué (Keller).

**Mode d'action.** — Dans la dyspepsie du lait de vache, les selles sont riches en savon alcalino-terreux : ainsi sont éliminés des minéraux indispensables, dont l'absence joue un rôle capital dans les phénomènes de dénutrition observés. La soupe de malt s'oppose à la formation de ces savons, sans doute parce qu'elle est constituée par un mélange où amidon, sucres et malt se trouvent en parfait équilibre (Czermy et Keller).



**Conclusions.** — Donné à hautes doses, le malt « permet aux sucres et aux amidons de pénétrer jusque dans le colon, où ils servent d'aliment à la flore saccharolytique, les phénomènes de putréfaction s'amendent, les savons alcalino-terreux disparaissent ou deviennent moins nombreux. Mais il n'est pas très facile de régler l'intensité des phénomènes de fermentation et de putréfaction colique ». (R. Mathieu). Aussi l'usage de la *soupe de Keller* ne saurait-il être que temporaire.

Quant au *maltozan*, il a une action complexe :

a) Diminution de la constipation liée à la dyspepsie de lait de vache, par réduction quantitative des protéines alimentaires, augmentation des glucides, influence laxative du maltose, modification de la flore bactérienne du gros intestin, s'opposant aux phénomènes de putréfaction ;

b) Lutte contre l'acidose ;

c) Disparition des savons calciques.

A la soupe maltosée de Keller, comme à celle de Munk et Ewald (1897), de Sevestre, Beauvy et Demarques (1904), on substitue souvent en France, la bouillie maltée préparée selon le procédé d'Eugène Terrien (1906) et que nous avons étudiée dans un article précédent.

## SOCIÉTÉS SAVANTES

### SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 24 MAI 1935)

**Adéno-cancer d'un vestige thyroïdien inclus dans la langue. Métastases multiples avec anévrysme artério-veineux de l'humérale.** — MM. MARCHAL, SOULIÉ, GRUPPER et ROY. Un cas d'adéno-cancer développé aux dépens d'un vestige thyroïdien de la base de la langue. Métastases multiples : ganglionnaire, pleurale, rénale et musculaire. Cette dernière au milieu du biceps gauche, se complique d'un anévrysme artério-veineux. C'est un exemple d'une transformation carcinomateuse d'un adénome embryonnaire.

**Un cas probable de basophilisme hypophysaire.** — MM. HUBER et LIÈVRE. L'observation est celle d'un syndrome pluri-glandulaire, comprenant la participation de la thyroïde, de l'hypophyse, des surrénales, des parathyroïdes, des testicules. Elle répond au tableau du basophilisme hypophysaire de Cushing. Elle concerne un jeune homme atteint antérieurement d'oreillons avec orchite et atrophie testiculaire, et présentant les signes suivants : obésité à développement aigu avec ichtyose et vergetures cutanées, de l'asthénie, de l'apathie, de l'hypertrichose, de l'impuissance génitale, des palpitations, de la tachycardie, de l'hypertension.

La cause pourrait être un adénome hypophysaire développé aux dépens des cellules du lobe antérieur.

**Hypertrophie cardiaque congénitale.** — MM. DEBRÉ, MARIE, BERNARD. Enfant de 15 jours, présente des convulsions toniques avec cyanose, dyspnée et tachycardie, on constate un souffle systolique. L'examen radiologique démontre une hypertrophie cardiaque congénitale, l'enfant meurt à 3 mois. A l'autopsie, cœur énorme, dur, globuleux, avec un muscle hypertrophié. Les auteurs insistent sur les caractères de la dyspnée, de la tachycardie, de l'ombre cardiaque, du « boulé ». Les examens histo-chimiques ont montré une constitution normale de la fibre musculaire et la présence de traces de glycogène.

**Valeur comparative de la ponction lombaire et de la ponction sous-occipitale. Indications respectives.** — MM.

GUILLAIN et MOLLARET. On doit tout d'abord tenir compte de la position du sujet au moment de la ponction.

La position assise donne du liquide crânien, la position dite de la préculbute donne du liquide rachidien, la position couchée un mélange des deux liquides.

A l'état normal le liquide lombaire est plus concentré que le liquide sous-occipital. La teneur en albumine et les modalités du benjoin colloïdal diffèrent dans les deux liquides.

La ponction sous-occipitale expose à des dangers réels et parfois mortels : piqure du bulbe ou des artères vertébrale et cérébelleuse postéro-inférieure.

Toute la pathologie de la moelle et de la queue de cheval ne doit relever que de la ponction lombaire. Cette ponction demeure préférable chez les agités, les émotifs, les enfants...

Longue discussion à laquelle prennent part MM. Cathala, Tzanck, Barch, Flandin, Ginard, de Sessey, Paraf, Crouzat.

### SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

(SÉANCE DU 2 MAI 1935)

**Tumeur bulbaire latente.** — MM. L. BABONNEIX et Cl. VINCENT rapportent l'observation d'un jeune homme chez lequel, pendant longtemps, existèrent seuls des troubles nerveux localisés aux membres supérieurs : parésies, atrophies, fourmillements. C'est seulement peu avant la mort qu'apparurent les phénomènes bulbares. A l'autopsie, on trouva un gliome à petites cellules qui occupait le centre du bulbe, qui se propageait vers la partie supérieure de la moelle cervicale, entièrement désorganisée, et qui, grâce à ses tendances infiltrantes, avait envahi les régions voisines, les méninges, la protubérance même.

**Syndrome hémialgique par ramollissement pariétal.** — MM. J. LHERMITTE et AJURIAGUEN ont observé un syndrome qui rappelle le syndrome hémialgique thalamique chez un vieillard de soixante-quinze ans. Les douleurs étaient spontanées et provoquées par les températures extrêmes, les excitations superficielles et profondes à caractère nociceptif dans toute la moitié gauche du corps. Les sensibilités objectives n'étaient pas grossièrement troublées, sauf la stéréognosie. L'examen anatomique sur coupes sériées montra l'existence d'un ramollissement du lobe pariétal lié à l'oblitération de l'artère pariétale de Duret. Il n'y avait pas de légion thalamique.

**Un cas de syndrome de Korsakoff d'origine gravidique.** — MM. J.-A. CHAVANY et F. THIÉBAUT relatent l'observation d'une femme de trente-deux ans, non entachée d'éthylisme personnel, qui fit une grossesse très mal supportée avec vomissements incoercibles. Devant la gravité de l'état général, l'avortement thérapeutique fut pratiqué au troisième mois. Dans les jours qui suivirent l'intervention, apparut un état d'agitation qui rappelait le delirium. Trois semaines plus tard s'installa un état de confusion mentale dans lequel prédomina une énorme amnésie de fixation avec fausses reconnaissances et fabulation de compensation. Simultanément se constituait un syndrome polynévritique excessivement pénible. Des troubles sphinctériens (d'origine psychique) entraînèrent une escarre fessière dont mourut la malade deux mois après.

Tout en insistant sur l'inefficacité de l'avortement thérapeutique dans ce cas, les auteurs signalent le rôle possible d'une infection exogène se développant sur un terrain nerveux fragilisé héréditairement (alcoolisme du père, états obsessifs chez deux frères).

**Le signe de la dysharmonie vestibulaire. Description et valeur clinique.** — M. J.-A. BARRÉ rappelle que, dans sa



conception personnelle, il y a dysharmonie vestibulaire quand, dans l'ensemble des déviations réactionnelles d'origine vestibulaire, l'une quelconque se fait en sens contraire des autres, que ce soit le nystagmus, la déviation des bras tendus ou celle du corps. Il s'agit d'un signe spontané, mis en évidence en dehors des épreuves instrumentales, et que celles-ci font d'ailleurs souvent disparaître. Il ne s'agit pas d'un syndrome vestibulaire partiel ou incomplet.

En 1925, ce signe fut décrit par l'auteur, qui s'appuyait sur 7 cas ; il en possède maintenant 17, dans lesquels l'association à un élément vestibulaire d'une altération cérébelleuse a été vérifiée anatomiquement. La dysharmonie vestibulaire signifie donc pour lui que l'appareil cérébelleux est intéressé : les troubles cérébelleux classiques (de Babinski, d'André-Thomas) coexistent le plus souvent, mais ils peuvent être légers, douteux ou même absents : le signe de la dysharmonie vestibulaire est alors le seul signe cérébelleux. C'était le cas dans 3 des 17 observations de l'auteur, suivies de vérification.

Sur une question de M. MOLLARET, M. BARRÉ précise que la déviation du corps paraît être le symptôme qui présente la plus grande valeur en faveur d'une localisation lésionnelle, qui est presque toujours homolatérale.

**Faux signe de Babinski par hyperactivité réflexe des extenseurs des orteils chez un vestibulaire.** — MM. J.-A. BARRÉ et C. D'ANDRADE rapportent l'observation d'un traumatisé crânien qui leur avait été adressé avec le diagnostic de troubles pyramidaux bilatéraux et « double Babinski ». Or, le redressement réflexe des petits orteils seuls ou de tous est en effet provoqué par l'excitation de la plante au bord externe ou sur la zone moyenne ; mais le grattage du bord externe du dos du pied n'a aucun effet. Ce simple fait distingue le réflexe observé du vrai signe de Babinski. L'étude du sujet montre par ailleurs des troubles vestibulaires post-traumatiques, caractérisés par une rétropulsion constante, contre laquelle il lutte automatiquement depuis deux ans, par la suractivité de tous ses muscles du plan antérieur, et spécialement de ses extenseurs des orteils. Les auteurs rappellent un cas de Bard, où la suractivité professionnelle des extenseurs avait provoqué le même type de faux signe de Babinski, très utile à connaître.

M. ANDRÉ-THOMAS a observé un faux signe de Babinski analogue chez un enfant atteint de paralysie infantile, dont les extenseurs des orteils suppléaient le jambier antérieur dans le mouvement de redressement dorsal du pied pendant la marche.

**Guerison d'un cas de paraplégie flasque post-vaccinothérapique chez un malade atteint de la maladie de Nicolas-Favre.** — MM. G. MARINESCO et D. GRIGORESCO rapportent l'observation d'un sujet atteint de maladie de Nicolas-Favre, chez lequel, après le traitement par du vaccin Jonesco-Mihaesti, a apparu une paraplégie flasque complète, avec abolition des réflexes, troubles de la sensibilité et des sphincters. Ces troubles ont disparu à la suite d'un traitement anti-infectieux par de l'urotropine et du salicylate de soude. Les auteurs, en se basant sur la réaction Frey fortement positive et sur l'évolution de l'affection, pensent qu'il s'agirait dans leur cas d'une manifestation radiculo-médullaire au cours de la maladie de Nicolas-Favre, qui n'est pas toujours une maladie locale, mais qui peut attaquer même le système nerveux.

**Syndrome infundibulo-tubérien d'origine traumatique (polyurie, insomnie, impuissance sexuelle, perturbations psychiques).** — MM. J. LHERMITTE et ALBESSAR ont observé, à la suite d'un violent traumatisme céphalique, chez un homme âgé de trente et un ans, bien portant jusqu'alors, une série de troubles végétatifs : augmentation de la diurèse, qui atteint 5 litres et demi par vingt-quatre

heures, diminution de la libido avec impuissance, insomnie tenace et particulièrement rebelle aux hypnotiques, enfin asthénie psychique.

Bien que la radiographie décèle une petite ombre dans le fond de la selle turcique, en rapport, probablement, avec un foyer cicatriciel hémorragique, les auteurs rattachent les manifestations observées à une atteinte du mésodiencephale, pour la double raison que l'expérimentation a démontré l'origine diencephalique de la polyurie, et que les symptômes dont celle-ci s'entoure dénoncent explicitement l'altération hypothalamique.

Enfin, ce fait montre une discordance singulière entre l'importance de la polyurie et la discrétion de la soif : discordance qui peut s'observer en sens inverse dans les lésions de même siège.

**Un cas d'anévrisme cirsoïde de la main avec ostéoporose (rôle de la circulation dans la physiologie de l'os).** — MM. ALAJOUANINE, THUREL et HORNET, à propos d'un cas anatomo-clinique d'anévrisme cirsoïde de la main, mettent en évidence le rôle de la circulation dans la physiologie de l'os. Ils attribuent l'ostéoporose constatée chez leur malade à l'hypercirculation créée par l'anévrisme cirsoïde, qui établit une communication anormalement large entre le système artériel et le système veineux. Cette hypercirculation se manifeste par une hyperpulsatilité artérielle extraordinaire et par une hyperthermie locale telle que la température cutanée est, à un degré près, égale à la température centrale.

**Un cas de nævus variqueux ostéo-hypertrophique (rôle de la circulation dans la physiologie de l'os).** — MM. ALAJOUANINE et THUREL présentent un malade atteint de nævus variqueux hypertrophique. Le membre inférieur gauche, qui est le siège d'un vaste nævus vasculaire et de varices, est plus développé que l'autre membre ; à l'âge de vingt ans, la différence de longueur d'un côté à l'autre est de 8 centimètres.

Les auteurs rattachent l'hypertrophie du membre au ralentissement de la circulation, qui porte non seulement sur la circulation veineuse, mais sur la circulation artérielle (hypotension et hypopulsatilité relative du côté malade).

Cette observation, en quelque sorte complémentaire de la précédente, met en évidence le rôle de la circulation dans la physiologie de l'os, et vient à l'appui de l'opinion de Leriche et Policard sur le rôle de la circulation vasculaire intra-osseuse dans la pathogénie des ostéoporoses.

**Les îlots paramalpighiens de l'hypophyse humaine. Leur histogénèse et leur intérêt.** — MM. ROUSSY et MOSINGER reprennent l'étude des îlots dits d'Erdheim ou nodules pavimenteux de l'hypophyse humaine, qu'ils dénomment *îlots paramalpighiens*.

Du point de vue histologique, ces îlots présentent différents types, et ils peuvent subir des modifications dégénératives et des phénomènes hyperplasiques. Ils existent dans 36,50 p. 100 des cas étudiés, et ils se trouvent localisés, par ordre de fréquence décroissante, dans le segment supérieur, le segment inférieur et la base de la *pars tuberalis*, dans le lobe intermédiaire, dans la zone de transition et plus rarement dans le lobe antérieur de l'hypophyse (1 cas). Ces îlots paramalpighiens proviennent sans doute par métaplasie :

1° Des diverticules de la fente hypophysaire, qui donnent également les kystes colloïdes et les glandes séro-albumineuses du lobe postérieur ; 2° des travées épithéliales de la *pars tuberalis*.

Les tumeurs qui se développent aux dépens de ces îlots mériteraient donc le nom de « tumeurs paramalpighiennes », de préférence à celui de « cranio-pharyngiomes ».



## SOCIÉTÉ DE MÉDECINE MILITAIRE FRANÇAISE

(SÉANCE DU 9 MAI 1935)

**Kyste hydatique de la parotide.** — M. J. MUNARET a opéré une femme indigène, âgée de 26 ans, atteinte de kyste hydatique, du volume d'une orange, de la région parotidienne gauche. Il souligne l'intérêt des kystes hydatiques primitifs extra-péritonéaux.

**Difficulté du diagnostic différentiel du bérubéri à forme anesthésique avec la lèpre.** — M. A. MOLINIER rapporte deux observations de malades atteints de bérubéri à forme anesthésique, et rappelle les difficultés de diagnostic avec l'anesthésie lépreuse.

**A propos des complications génitales de la colibacillose.** — M. DELAYE présente une observation d'un malade chez lequel la complication évolue en deux stades nettement séparés : un premier de vésiculite aiguë, et un deuxième d'épididymite bilatérale suppurée à colibacille pur.

**Sur un cas de tuberculose d'un rein à double uretère.** — M. DELAYE a observé un malade atteint de tuberculose unilatérale du rein droit ; à l'opération, le rein est formé de deux portions fusionnées ; le rein inférieur seul et son uretère sont bacillaires ; le rein supérieur est sain, mais atteint d'hydronéphrose légère.

**Spléno-pneumonie de Grancher. Image radiologique de pleurésie axillaire et diaphragmatique consécutive.** — M. G. ROULIN présente une observation de maladie de Grancher typique, avec un premier cliché montrant une opacité totale de l'hémithorax sans déplacement des organes. Des radiographies successives révèlent d'une part une ombre de la base qui peut être celle du processus spléno-pneumonique en régression, et d'autre part une image de pleurésie axillaire évoluant en pleine latence et laissant un placard de pachypleurite.

**Splénomégalie bilharzienne.** — MM. HUGONOT et SOHIER rapportent l'observation d'un sujet chez lequel, à l'occasion de crises douloureuses fébriles de l'hypocondre gauche, fut constatée une volumineuse splénomégalie d'origine bilharzienne. Cette observation est à rapprocher de celle qui fut rapportée antérieurement par M. P.-E. WEIL, et des splénomégalias d'Égypte de même origine.

**Influence de la fatigue sur certaines hématuries bilharziennes.** — En dehors de toute cystite, la bilharziose vésicale ne se manifeste cliniquement que par des hématuries terminales si minimes qu'elles sont souvent méconnues ou négligées, surtout par les indigènes. A propos d'une observation concluante, M. BLANCARDI montre que la fatigue peut provoquer des hématuries abondantes qui inquiètent le malade et l'amènent à consulter. Elle peut aussi, par quelques hématuries discrètes, attirer l'attention sur une bilharziose traitée mais non encore guérie.

## SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

(SÉANCE DU 13 MARS 1935)

**Étude pharmacodynamique du phényléthylbarbiturate d'yohimbine.** — MM. H. BUSQUET et Ch. VISCHNIAC font observer que les dérivés barbituriques peuvent contracter des combinaisons avec les bases minérales et avec certains alcaloïdes. On connaît déjà un certain nombre des composés de ce dernier type. Les auteurs ont pu en obtenir un nouveau : le phényléthylbarbiturate d'yohimbine.

Ce produit est vaso-dilatateur et hypotenseur par action sympatholytique, comme les sels ordinaires d'yohimbine, mais il possède, en outre, deux propriétés tout à fait caractéristiques : il est *cardiotonique* et *sédatif*. Grâce à la première, il se différencie des autres hypotenseurs utilisés en thérapeutique, qui ont, vis-à-vis du cœur, une action soit dépressive, soit indifférente. Grâce à l'effet sédatif, le médicament calme l'éréthisme cardiaque et l'angoisse qui accompagnent si fréquemment l'hypertension artérielle chez l'homme. Il est actif à la dose de 12 à 18 milligrammes par jour, sous forme de comprimés en deux ou trois prises fractionnées.

**L'association iodure de sodium-hyposulfite de magnésium dans le traitement des algies.** — MM. JACQUES DECOURT, L. MEYER et M. DEMANGE montrent que l'action sédatrice fréquemment exercée par les solutions d'iodure de sodium sur les algies dites rhumatismales est notablement renforcée par l'adjonction d'hyposulfite de magnésium, qui ajoute à celle de l'iodure l'action antirhumatisme du soufre et l'action neurosédatrice du magnésium. Les auteurs utilisent une solution contenant 5 grammes d'iodure de sodium et 5 grammes d'hyposulfite de magnésium pour 100 centimètres cubes d'eau. Ils l'administrent par voie intraveineuse à la dose de 10 à 20 centimètres cubes tous les jours ou tous les deux jours. Ils obtiennent ainsi, dans un grand nombre d'affections douloureuses, un résultat nettement supérieur à celui que fournissent les solutions usuelles d'iodure de sodium. Un certain nombre d'observations, choisies parmi les plus valables, montrent que le pouvoir antalgique de cette médication s'exerce non seulement sur les affections douloureuses dites rhumatismales, mais sur des algies de types divers, et en particulier sur certaines sympathalgies.

**La pancréatine et ses principales applications thérapeutiques.** — M. A. LEGRAND expose que les principales applications thérapeutiques de la pancréatine sont : l'anaphylaxie alimentaire (urticaire alimentaire) ; l'anaphylaxie dissociée (asthme alimentaire) ; l'albumine digestive ; les accidents sériques (urticaire et rhumatisme). Dans tous ces cas, les symptômes observés sont imputables aux hétéro-albumines introduites dans l'organisme par voie buccale ou parentérale. Le traitement par la pancréatine a pour but de transformer en amino-acides, par dégradations successives, les protéines en excès dans le sang. Les urticaires alimentaires et sériques guérissent en moins de douze heures ; le rhumatisme sérique en moins d'une semaine par l'association des médicaments pancréatique et antirhumatisme ; l'albuminurie digestive ne résiste pas non plus à l'action de la pancréatine.

La pancréathérapie exige, pour donner son plein effet, que soient observées les règles suivantes : 1° utiliser une pancréatine de bonne qualité, ayant une activité correspondant au titre 150, ainsi que l'exige le Codex ; 2° la durée du traitement ne doit jamais être inférieure à dix-huit jours ; 3° chez les adultes, les doses de début toujours élevées, 3 gr. par jour, pendant les huit premiers jours, doses réduites à 2 gr. 50 pendant les dix jours suivants.

La pancréatine, dans les accidents alimentaires, doit être donnée dès les premiers symptômes, en sérothérapie simultanément avec l'injection de sérum, cette dernière devant être faite lentement et autant que possible chez des sujets à jeun, ou dont la digestion est terminée.

Autour d'une conférence faite au Collège de France par le D<sup>r</sup> Georges Duhamel : **Les excès de l'étatisme : les responsabilités de la médecine et les moyens d'y remédier**, par Paul GARNAL. Une brochure in-8 de 63 pages. — Impimerie A. Coueslant, Cahors 1935.

## LIVRES NOUVEAUX

**Le traitement de l'angine de poitrine. Médical, physiothérapique et chirurgical (1),** par le docteur Camille LIAN, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, médecin de l'Hôpital Tenon.

*Les principales variétés d'angine de poitrine rentrent, d'après l'auteur, dans les cinq grands groupes suivants :*

1° *Les angors cardio-artériels*, qui apparaissent entre quarante et soixante ans et sont presque tous des angors coronariens ;

2° *Les angors cardiaques*, compliquant les affections cardiaques des jeunes adultes ;

Puis trois variétés d'angors apparaissant chez des sujets n'ayant pas de maladie cardio-vasculaire :

3° *Les angors réflexes*, dépendant d'une affection locale avec retentissement cardiaque ;

4° *Les angors névrosiques*, expression cardiaque d'une hyperexcitabilité nerveuse générale ;

5° *Les angors toxiques*, états fonctionnels dus à une auto-intoxication ou une hétéro-intoxication.

Parmi ces cinq variétés, il en est une qui domine toutes les autres et constitue presque à elle seule tout le syndrome, ce sont les *angors-cardio-artériels*, qui groupent les 4/5 des malades ayant un syndrome angineux.

Par conséquent, l'exposé thérapeutique est centré sur les angors cardio-artériels. C'est seulement après avoir terminé leur étude thérapeutique, que l'auteur envisage quelques particularités des prescriptions à mettre en œuvre dans les quatre autres variétés d'angine de poitrine.

L. G.

## ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

### THESES

**Jeudi 4 juillet.** — Jury : MM. Cunéo, président ; Lenormant, Moure, Quénu. — M. MAITRE. Les ulcères de jambe et leur traitement par les opérations sympathiques combinées aux greffes cutanées. — M. HERBERT. Etude sur le cancer du corps thyroïde. — M. KAPANDJI. Le traitement des fistules à l'anus par l'excision suivie de suture complète immédiate. — M. LEGROUX. Essai sur Robert-Louis Stevenson. — M. THIBOUMERY. Fracture de l'apophyse odontoïde et luxation alloïdo-axoïdienne. — M. VARIN. Traitement sur les suppurations par les injections intraveineuses de charbon.

Jury : MM. Roussy, président ; Sergent, Mauclair, Huguenin. — M. CAYE. Etude des tumeurs fibreuses hyperplasiques du massif maxillaire supérieur. — M. CHEDLY. Les sténoses bronchiques dans la lymphogranulomatose du médiastin. — M. DELABOS. Les manifestations infundibulo-tubérialles de la tuberculose. — M. DESMARQUES. Des encéphalites au cours de la pneumonie chez l'enfant. — M. PERVAL. Etude de l'histoire du paludisme dans la région parisienne. — M. REGAUD. Les abcès du poumon au cours du cancer de l'œsophage.

Jury : MM. Bezançon, président ; Chailley-Bert, Hazard, Lemaire. — M. ARTARIT. Traitement des septicémies staphylococciques par les injections intraveineuses de bactériophages d'Hérelle. — M. CARNIOL. Etude des anévrysmes artériels multiples syphilitiques. — M. DAVID. Etude des spirochétoses anicériques. — M. PAY. Névrite radiculaire du plexus brachial consécutive à l'arrêt du pneumo chez

deux malades porteurs de côtes cervicales. — M. GENESTOUX. L'angiomasose digestive. — M. HUBERT. Le rôle de la tuberculose dans l'œuvre artiste. — M. JOLY. Epanchements pleuraux des cardiaques.

Jury : MM. Guillaïn, président ; Laignel-Lavastine, Verne, Olivier. — M. CHARBONNEL. Etude du syndrome vestibulaire dysharmonique. — Mlle CAILLET. Un visionnaire au XVIII<sup>e</sup> siècle : P. Desmarest de Saint-Sorlin. — M. CHASSAING. Action physiologique et thérapeutique du venin de cobra dans les affections vasculaires de l'œil. — M. LAJIMI. Etude de la réflexothérapie nasale. — M. LEGRAND. Etude de l'ostéoporose. — M. R. LE QUANG. Glaucome héréditaire. — Mlle VERRIER. Recherches sur l'histophysiologie de la réline des vertébrés et les problèmes qu'elle soulève.

**Vendredi 5 juillet.** — Jury : MM. Robert Debré, président ; Marcel Labbé, Lemierre, Brulé. — M. MOZIS. Etude des rapports du foie et du diabète. — M. PENEZ. Les septicémies à pneumocoques. — M. VELASQUEZ. Etude du traitement par l'insuline des états de maigreur avec troubles nerveux. — M. VIDAL. Ulcère aigu de la vulve au cours de la fièvre typhoïde. — M. WEISSBERG. Le syndrome de Lawrence-Bardet. — M. BONNEFOI. Recherches sur l'activité antigénique des protéides des bacilles tuberculeux. — M. HAU. Etude de la primo-infection tuberculeuse bénigne chez l'adulte avec érythème noueux. — Mlle MONTROZIER. Le chancre cutané d'inoculation tuberculeuse.

**Samedi 6 juillet.** — Jury : MM. Lemaître, président ; Terrien, Halphen, Velter. — M. HÉRY. Etude de certaines lésions du fond de l'œil d'origine capillaire. — Mlle GINGER. Les variations de la tension oculaire. — Mlle VALROFF. L'hétérochromie de l'iris. — M. CHANEL. Diagnostic des corps étrangers méconnus du larynx et de la trachée. — M. FRANK. Etude des soins de la bouche dans le milieu hospitalier. — M. PIERRE-FRANÇOIS. La bronchographie lipiodolée par la méthode périnasale simplifiée. — M. PUISTIENNE. Papillome du sinus maxillaire. — M. VOISIN. Etude de la lithiase parotidienne. — Mlle BAQUÉ. La bourse pharyngée.

Jury : MM. Fiessinger, président ; Lereboullet, Nobécourt, Chiray. — M. FLORI. Les myélites de la rougeole. — M. BAUSSAN. Essai d'immuniso-transfusion sous-cutanée par le plasma humain. — M. BOSQUET. La stase iléale. — Mlle MOUSKHELICHVILI. La cholestérolémie dans les états hypothyroïdiens de l'enfant. — M. CHASTAGNOL. Le rôle de la sécrétion gastrique dans les anémies.

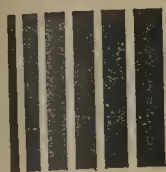
Jury : MM. Bezançon, président ; Maurice Villaret, Chevallier, Vallery-Radot. — M. LÉON. Etude du substratum anatomo-pathologique de la crise de l'asthme. — Mme HERZAN. Cas d'abcès aigus guéris par broncho-crysothérapie. — M. MARGUERITE. Etude des formes associées de l'angine à monocytes. — M. NETTI. La vaccinothérapie dans l'asthme bronchique. — M. SIENRA. Etude des cypho-ankyloses traumatiques. — M. TZANOS. Etude de l'infiltrat précoce. — M. SOUBIRAN. Avicenne, prince des médecins.

Jury : MM. Tanon, président ; Giroud, Henri Labbé, Piédelièvre. — M. LE BRUN. Etude du Sodoku en France. — Mme LE ROY DES BARRES. Les rhumatismes de la chimiothérapie. — M. LINDAKI. La fièvre boutonneuse en Grèce. — Mme RUAIS-SAVEL. Etude d'un arséno-benzol. — M. STRULOVICI. Hygiène de la bouche dans la pyorrhée alvéolo-dentaire. — M. VERDIER. Hygiène professionnelle de la boulangerie. — M. WOLFIN. Etude des maladies professionnelles dans les industries du bois.

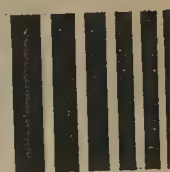
**Mardi 2 juillet** (Thèse vétérinaire.) — Jury : MM. Tanon, président ; Lesbouyries, Simonnet. — M. BRIÈRE. Intoxication des moutons par la betterave.

**Mercredi 3 juillet.** (Thèses vétérinaires.) — Jury : MM. Brumpt, président ; Henry, Lesbouyries. — M. SALLERIN. Essai de traitement des infestations internes par injections externes. — M. YAZDIZADEH. Les piroplasmoses.





**TRAITEMENT BIOCHIMIQUE  
DES  
ULCÈRES GASTRO-DUODÉNAUX**



# LARISTINE

## ROCHE

Solution à 4%  
Chlorhydrate HISTIDINE  
en Ampoules de 5<sup>cc</sup>

**SÉDATION  
RAPIDE  
DE LA  
DOULEUR**

Injection indolore  
intramusculaire ou sous-cutanée  
35 F<sup>rs</sup> la boîte de 6 Amp.

**AUCUNE CONTRE-INDICATION**

Produits F. HOFFMANN - LA ROCHE & C<sup>ie</sup> 10, Rue Crillon, PARIS (11<sup>e</sup>)

# QUINBY

QUINIO BISMUTH "formule AUBRY"

et

# SYPHILIS

# QUINBY SOLUBLE

INDOLORE - INCOLORE PROPRE - INJECTION FACILE

Adopté par :

L'Assistance-  
Publique —  
Les Ministères  
de l'Hygiène et  
des Colonies.

LABORATOIRES  
**AUBRY**

62, rue Erlanger  
PARIS 16<sup>e</sup>

Téléphone : JASMIN 33-44

**QUINBY** EST ÉGALEMENT EFFICACE

CONTRE LA **TYPHOÏDE**

**QUINBY** EST ENCORE INDICUÉ CONTRE

LA FIÈVRE DE **MALTE**



## NOTES POUR L'INTERNAT

FORMES CLINIQUES DE LA NÉVRALGIE SCIATIQUE<sup>1</sup>

LA SCIATIQUE PRIMITIVE, ESSENTIELLE, A FRIGORE est fréquente : elle mérite une description à part. Elle survient chez des *sujets jeunes, de 30 à 50 ans*, en certaines *saisons humides et froides* ; il s'agit souvent de sciaticque à *début brusque* ; de sciaticque *haute* avec *phénomènes algiques prédominants* ; pas de troubles objectifs de la sensibilité, ni de troubles électriques ; pour Sicard, l'attitude de translation latérale si particulière, de *scoliose homologue ou croisée*, se voit surtout dans la sciaticque essentielle. Le liquide céphalo-rachidien n'est pas modifié la plupart du temps ; parfois, il existe une hyperalbuminose modérée sans réaction cellulaire (Sicard). La fréquence des *récidives*, l'action assez souvent favorable du *salicylate de soude*, donnent une « *allure rhumatismale* » à la maladie. Mais les données étiologiques réelles manquent vraiment : la sciaticque est une *maladie régionale* ; le *nerf sciaticque* est le siège de *poussées inflammatoires*, mais les tissus environnants sont atteints aussi ; pour Sicard, primordiale était l'inflammation des canaux ostéo-fibreux (*névrodocyte*) ; pour Lindsedt, Verger, les tissus cellulaires ou musculaires sont pris (*théorie cellulitique ou musculaire*). Cette conception montre la part, à faire, suivant les cas, aux traitements locaux.

LES FORMES SUIVANT L'ÂGE nous arrêteront peu ; nous avons vu les différentes formes de névralgie sciaticque de l'adulte.

Chez l'enfant cependant, une forme clinique, relevant de la *maladie de Bouillaud*, est à relever : le *rhumatisme cervico-sciaticque de Nobécourt*.

Chez le *vieillard*, isolons la sciaticque, symptomatique, de *rhumatisme vertébral ankylosant progressif* ; la *cyphose hérédo-traumatique de Betcherew* des *sujets âgés* avec calcifications moniliformes du ligament commun antérieur, peut s'accompagner de sciaticque haute.

LES FORMES ÉVOLUTIVES sont importantes à connaître, pour la conduite thérapeutique.

Les formes *aiguës*, durant de *quelques jours à quelques semaines*, relèvent en effet du traitement hygiéno-diététique, des médications antinévralgiques, colloïdoclasiques, et des *injections locales*. Il n'y a pas de troubles trophiques.

Les formes *subaiguës* de quelques semaines à quelques mois sont le triomphe de la *physiothérapie*, de la *radiothérapie*.

Les formes *prolongées* durant de longs mois, avec gros troubles trophiques, relèvent des *massages*, de la *crinothérapie*.

Ces nombreuses formes cliniques des sciaticques montrent donc les difficultés fréquentes que l'on a à poser un

## PRONOSTIC

Il dépend essentiellement de la *cause*, du *siège*, de l'*allure évolutive*, de l'*action thérapeutique*.

Devant une sciaticque primitive, au début, il est difficile de juger de l'évolution ultérieure :

Les troubles des réflexes,

Les troubles trophiques, sont de peu de valeur.

Les *scolioses* indiquent en général une évolution prolongée (Sicard).

Toujours se méfier des *rechutes* et des *récidives*. Les *récidives* peuvent parfois être évitées : nombre de sciaticques subissent une *récidive* à la suite de *lever précoce* (J. Hague-

nau). Les *rechutes* sont toujours à craindre, même à de longs intervalles.

## DIAGNOSTIC

Il est de difficulté variable, suivant les formes.

Faire le diagnostic de *névralgie sciaticque* est en général chose aisée :

On doit éliminer les *autres algies nerveuses voisines* (cruale, obturatrice, fémoro-cutanée, polynévrite), les *algies vasculaires*, artérite préoblitérante, phlébite initiale ;

Deux *algies de la région fessière* sont parfois à discuter : *rhumatisme musculaire*, *coxarthrite*.

Les sciaticques *simulées* ou *hystériques* seront reconnues à un examen minutieux des *signes objectifs*.

En face de *toute sciaticque*, le diagnostic *topographique* s'impose : il aide au diagnostic *étiologique* et pour la conduite du *traitement* ; c'est un diagnostic essentiel. Une *sciaticque haute* fait penser à une cause *vertébrale* ou *médullaire*, une *sciaticque moyenne* à une *arthrite* ou à une *périarthrite sacro-iliaque*.

Nous avons vu, lors des formes étiologiques, le *diagnostic causal* de névralgie sciaticque. Pour trouver la cause d'une sciaticque primitive en apparence, on doit faire un examen méthodique.

L'examen neurologique attentif montre l'intensité, le siège de la sciaticque, les signes nerveux associés.

La recherche d'une infection récente, d'une intoxication, en particulier d'un diabète méconnu,

L'exploration de la colonne vertébrale du petit bassin (TR. TV.) donnent déjà des renseignements importants. On doit parfois les compléter par une étude radiologique de la colonne lombaire, de l'articulation sacro-iliaque, par une ponction lombaire ; dans l'étude des modifications du liquide céphalo-rachidien, on se rappellera l'importance des mesures manométriques complétée au besoin par l'injection de lipiodol.

Enfin lorsqu'on a précisé, avec soin, la forme clinique à laquelle on a affaire, on posera les *indications thérapeutiques*.

Dans les sciaticques *secondaires*,

A la *syphilis*, le traitement *spécifique* s'impose.

En cas de *tuberculose osseuse* (Pott, sacro-coxalgie), c'est l'*immobilisation plâtrée* ; en face de sciaticque secondaire à une *tumeur juxta-médullaire*, on précisera les indications opératoires.

Dans les sciaticques primitives, outre les règles d'hygiène, le *repos absolu et prolongé*, l'hygiène alimentaire, on instituera un *traitement salicylé* ou *antinévralgique* ; les révulsions locales, l'auto-hémothérapie (N. Fiessinger), les médications colloïdoclasiques ou pyrétogènes, les *injections locales* anesthésiantes, ou iodées, les injections d'alcool (Haguenau) ou d'air (Achard), l'*injection épидurale*, seront à discuter suivant les formes. La *physiothérapie* (diathermie, ondes courtes, ionisation), la *radiothérapie* avec *plusieurs portes d'entrée, toutes très larges, avec des rayons ultra ou semi-pénétrants*, les *massages*, les manœuvres *spondylothérapiques*, la *crénothérapie*, ont donné de nombreux résultats favorables.

Ce qu'il importe, avant tout, devant toute sciaticque, c'est donc de préciser à quelle forme clinique l'on a affaire, de là découlent le pronostic et le traitement.

ALBERT FIEHRER.

Traitement de la syphilis acquise, par le professeur H. GOU-CEROT. Grand in-8° de 70 pages. — Prix : 10 fr. Paris, J.-B. Baillière et Fils.

Le Directeur-gérant : D<sup>r</sup> François LE SOURD.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôp.*, 1935, n° 47, p. 822 ; n° 49, p. 854 ; n° 51, p. 890.




<b>AÉROCID</b> AIR TUE PAR L'OPOTHÉRAPIE	nouveau traitement DE L'AÉROPHAGIE	un cachet ou deux comprimés au lever et au coucher
	LABORATOIRE DE L'AÉROCID, 71, RUE SAINTE-ANNE, PARIS	

# OLÉTHYLE-BENZYLE

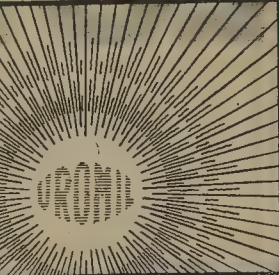
## UROMIL

ÉTHER PHÉNYL CINCHONIQUE — PIPÉRAZINE — HÉXAMÉTHYLÈNE TÉTRAMINE



MOBILISE — DISSOUT  
ÉLIMINE

L'ACIDE URIQUE



### ARTHRITISME

DE L. BELIÈRES - 19, RUE DROUOT - PARIS

## USAGE ENFANTS DES DOCTEURS

# NÉO-LAXATIF CHAPOTOT

*Sirop d'Agrément*  
au **SUC D'ORANGE**  
**mannité**  
Entièrement végétal.  
**Inoffensif — Délicieux**

**AUBRIOT** 56, Boul<sup>d</sup> Ornano  
PARIS



*Le Meilleur et le plus  
doux des Laxatifs.*

Exempt de Drastiques, de  
Phtalleïne de Phénol,  
de Belladone.

ÉCHANTILLON MÉDICAL  
GRATUIT SUR DEMANDE.

# SULFARSENOL

## ARSENOS-SOLVANT

ADOPTÉS PAR LES HOPITAUX

### EKTOPHANOL

SELS DE LITHIUM DE L'ACIDE PHÉNYLQUINOLEINE CARBONIQUE

Indications : Rhumatismes musculaires ou articulaires, aigus ou chroniques, Goutte, Sciatique, Lumbago, etc.

LABORATOIRES DE BIOCHIMIE MÉDICALE CH. DESGREZ, Dr en Ph<sup>e</sup>, 19-21, rue Van-Loo, PARIS XVI<sup>e</sup> — Tél. Auteuil 26-62

---

**NÉVROSES  
INSOMNIES**

**LOBÉLIANE  
LALEUF**

**ANTISPASMODIQUE PUISSANT  
EXCLUSIVEMENT VÉGÉTAL  
GOÛT ET ODEUR AGRÉABLES**

**ATOXIQUE**

**DOSE CALMANTE : 2 à 5 cuillerées à café par jour  
DOSE HYPNOTIQUE : 1 à 3 cuillerées à café le soir**

**ÉCHANTILLONS ET LITTÉRATURE  
LABORATOIRES LALEUF  
20, RUE DU LAOS — PARIS (XV<sup>e</sup>)**

---

**Nouvelle adresse : 51, rue Nicolo, PARIS (XVI<sup>e</sup>).**



*La Lancette Française***GAZETTE DES HOPITAUX**

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6<sup>e</sup>. Tél. : Danton 48-31.PUBLICITE : M. A. THIOLLIER, 146, boulevard Raspail, PARIS (6<sup>e</sup>) - Téléph. : LITRE 54-93.

## PRIX DE L'ABONNEMENT

## FRANCE

3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.

Etudiants : 25 francs par an.

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

## ETRANGER

Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.  
Tous les autres pays : 75 francs.**SOMMAIRE**

CINQUANTIÈME ANNIVERSAIRE DE LA PREMIÈRE VACCINATION ANTIRABIQUE PAR LOUIS PASTEUR

## REVUE GÉNÉRALE

Les hémoptysies tuberculeuses (fin), par M. G. VAJA (de Bucarest).

## SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie de médecine.

## INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

La loi sur les médecins étrangers est votée, par M. Maurice MORDAGNE.

Le secret professionnel à la Société de chirurgie.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

**INFORMATIONS**

CÉLÉBRATION DU CINQUANTIÈME ANNIVERSAIRE DE LA PREMIÈRE VACCINATION ANTIRABIQUE. — Le 6 juillet 1885 Pasteur pratiquait la première inoculation à l'homme du vaccin antirabique dont il avait poursuivi l'étude expérimentale.

Le succès vint affirmer l'innocuité et l'efficacité de la méthode pastoriennne de préservation de la rage après morsure. Cette victoire remportée sur une affection jusqu'alors toujours fatale fut le digne couronnement des travaux de Pasteur et l'illustre Savant s'élevait au premier rang des bienfaiteurs de l'humanité.

Le temps n'a fait que consacrer la valeur de cette vaccination qui est aujourd'hui répandue dans le monde entier et qui a sauvé des milliers d'existences.

L'Institut Pasteur a décidé de célébrer le cinquantième anniversaire de la mise en pratique de la vaccination antirabique dont la découverte, féconde en conséquences théoriques et pratiques, a si grandement honoré la science et notre pays.

Pour commémorer la date du 6 juillet 1885 une séance se tiendra au grand amphithéâtre de l'Institut Pasteur le samedi 6 juillet 1935, à 15 heures, sous la présidence de MM. les ministres de l'Éducation nationale et de la Santé publique.

On trouvera plus loin le texte de la note désormais historique dans laquelle Pasteur relata en 1885 cet événement.

HÔPITAUX DE PARIS. — DEUXIÈME CONCOURS DE NOMINATION DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX. — *Epreuve clinique.* — Séance du 28 juin. — MM. Merle d'Aubigné, 18; Reinhold, 19; Chabrut, 18.Séance du 1<sup>er</sup> juillet. — MM. Sicard, 19; Seillé, 17.

Classement des candidats pour l'épreuve de thérapeutique chirurgicale :

MM. Sicard, 67; Seillé, 65; Reinhold et Chabrut, 63.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — PARIS. — A la suite du concours du clinicat du 1<sup>er</sup> juillet 1935, sont proposés :Clinique des maladies mentales et de l'encéphale : M<sup>me</sup> Bernard, MM. Lagache, Rouart, Sivanon.

Clinique des maladies nerveuses : MM. Ribadeau-Dumas et Schwob.

Clinique des maladies cutanées et syphilitiques : M. Albeaux.

MÉDAILLE DES ÉPIDÉMIES. — La médaille d'or des épidémies est décernée, à titre posthume, à M. Jean Martin, professeur de clinique des maladies des voies urinaires à la Faculté de médecine de Toulouse, et à M. Bernardbeig, chirurgien chef des hôpitaux de Toulouse, morts victimes de leur dévouement dans l'exercice de leurs fonctions.

ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE. — Le premier alinéa de l'article 8 du décret du 19 septembre 1919, concernant la réorganisation de l'Ecole du Service de santé militaire, est abrogé et remplacé par le suivant :

« Nul ne peut être admis au concours s'il n'a préalablement justifié :

1<sup>o</sup> Qu'il est Français, ou naturalisé Français depuis un temps suffisant, à compter du 15 octobre de l'année du concours, pour réunir dix ans de naturalisation, lors de l'achèvement normal de sa scolarité;**EXTRAIT DE MALT FRANÇAIS  
DÉJARDIN**

Bière de Santé - Eupeptique - Galactagogue

2° Qu'il possède l'aptitude physique déterminée par une instruction ministérielle. »

**ÉCOLE D'APPLICATION DU SERVICE DE SANTÉ DES TROUPES COLONIALES.** — Sont déclarés vacants à l'Ecole d'application du Service de santé des troupes coloniales, à compter du 31 décembre 1935 :

Un emploi de professeur agrégé d'ophtalmologie et d'oto-rhino-laryngologie.

Un emploi de chef de service de stomatologie.

Un emploi de chef de service d'électro-radiologie et physiothérapie.

Les demandes formulées par les candidats à ces emplois accompagnées de l'exposé de leurs titres scientifiques et revêtues de l'avis détaillé des autorités hiérarchiques seront adressées au ministre de la guerre (direction des troupes coloniales, 3<sup>e</sup> bureau) pour le 20 octobre 1935 au plus tard.

**LES TROIS JOURNÉES HAHNEMANNIENNES.** — La Revue *L'Homoeopathie moderne* organise les 5, 6 et 7 juillet prochains, au Centre Marcelin Berthelot, 28 bis, rue Saint-Dominique, Paris (VII<sup>e</sup>), sous l'égide des sociétés homoeopathiques nationales et internationales, des Journées pour célébrer le centenaire de l'arrivée en France de Samuel Hahnemann, fondateur de l'homoeopathie. C'est en effet le 27 juin 1835 que Hahnemann arriva à Paris où il resta jusqu'à sa mort en 1843.

Adhésions et renseignements au siège de l'homoeopathie moderne, 33, rue de la Bienfaisance, Paris (VIII<sup>e</sup>).

## INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

### LA LOI SUR LES MÉDECINS ÉTRANGERS EST VOTÉE

La loi Cousin rapportée au Sénat par le D<sup>r</sup> Le Gorgeu, maire de Brest, et à la Chambre, par le D<sup>r</sup> Nast, a été votée au Sénat le 27 juin et à la Chambre le 28.

La navette de dernière heure a permis au texte législatif de revenir du Sénat à temps pour être voté in extenso par la Chambre.

La loi réclamée par les étudiants en médecine a donc bien été votée par le Parlement, et il faut savoir gré aux députés d'avoir accepté à l'unanimité en seconde lecture les modifications apportées par le Sénat.

Ceci dit, remarquons que nous n'avons pas obtenu satisfaction en ce qui concerne la limitation du droit d'exercer aux naturalisés de récente date ; le délai qui leur est fixé est tout à fait insuffisant, et il est regrettable qu'on ait abandonné la proposition de loi Dommange. Pour le moment, il fallait aller au plus pressé, et c'est pourquoi la *Confédération des syndicats médicaux*, et l'*Association Corporative des étudiants en médecine* ont multiplié leurs démarches pour épauler toutes les associations d'étudiants. Les médecins doivent remercier les sénateurs Armbruster et Le Gorgeu, pour l'intérêt qu'ils n'ont cessé de témoigner aux membres des délégations médicales pendant les multiples

entretiens qu'ils leur ont réservés, afin de discuter des modifications à apporter au texte primitif de la Chambre.

Ajoutons que le meeting de Bullier en date du 24 juin dernier, et auquel la *Confédération* avait accordé son patronage, a eu sur les parlementaires un effet salutaire. MM. Dibos, Cibré, Baron, Regaud ont exposé chacun leur point de vue en complet accord avec le Syndicat des Médecins de la Seine et la Corporative, représentés par MM. Bongrand, Herpin, Tissier-Guy, Fanton d'Andon, Domart, Brunhes et moi-même.

MAURICE MORDAGNE.

### LE SECRET MÉDICAL A LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

La Société nationale de chirurgie, réunie en comité secret le 26 juin 1935, a approuvé la motion suivante :

« La Société Nationale de Chirurgie, société scientifique, n'a pas à connaître des questions professionnelles.

Cependant, déférant à l'appel qui lui est adressé par la Fédération corporative des médecins de la région parisienne et soucieuse de voir respecter dans son intégrité un des principes fondamentaux de l'exercice de la médecine,

Constatant que certaines des dispositions proposées par la commission nationale Caisses-Confédération des syndicats médicaux sont établies en méconnaissance des obligations imposées par la tradition médicale française et par l'art. 378 du Code pénal qui vise tous ceux qui, par état ou profession, sont dépositaires des secrets des malades,

Constatant, du point de vue particulier du contrôle, que, depuis l'arrêt de la Cour de Cassation du 9 mai 1933, la jurisprudence interdit au médecin traitant de révéler au médecin contrôleur quoi que ce soit concernant le malade confié à ses soins, cette révélation constituant le délit de violation du secret professionnel,

Déclare inacceptables toutes dispositions qui, d'une façon ou d'une autre, exposeraient les malades à la divulgation de leurs secrets, par ceux qu'ils sont obligés de mettre dans la confidence de ces secrets. »

(Voir plus loin le vœu de l'Académie de médecine relatif à la même question.)

### RENSEIGNEMENTS

**COLLÈGE DE GARÇONS. COLLÈGE DE JEUNES FILLES.** Soisons. Préparation aux divers baccalauréats. Etablissements neufs. Internats tout confort. Hygiène et sports. A 1 h. 1/4 de Paris par le train. Autobus Citroën.

ANÉMIES  
DYSPEPSIES  
ANTITOXIQUE



DOSE: 4 à 6  
TABLETTES  
PAR JOUR

BIOXYDE DE MANGANESE COLLOÏDAL - SELS MAGNÉSIENS  
(Laboratoire SCHMIT, 71 Rue Sainte-Anne, PARIS. 2<sup>e</sup>)

## Le bas médical NESSUS

Contention parfaite. Envoi sur demande à MM. les docteurs des directions pour la prise des mesures, 18, avenue d'Orléans, Paris (XIV<sup>e</sup>).

Insomnies  
Toux nerveuses.

**BROMÉINE MONTAGU**

**Phosphopinal Juvin**  
Reconnaissance générale, est le Phosphore blanc ce que le Cacodylate est à l'arsenic  
Littérature et Echantillons: 10, Impasse Milord, Paris (18<sup>e</sup>)



# CONSTIPATION

## REEDUCATEUR DE L'INTESTIN

AUCUNE ACCOUTUMANCE

LABORATOIRES LOBICA  
46, AVENUE DES TERNES — PARIS



### à base de :

SELS BILIAIRES  
POUDRE DE GLANDES INTESTINALES  
CHARBON POREUX  
FERMENTS LACTIQUES  
POUDRE DE LAMINARIA FLEXICAULIS  
POUR 1 COMPRIMÉ

**1 à 6 comprimés par jour  
aux repas ou au coucher**  
Commencer par deux comprimés

# LACTOBYL

## DIURÉTIQUE } D'UN POUVOIR REMARQUABLE D'UNE FIDÉLITÉ CONSTANTE

**Pure**  
**Digitalique**  
**Strophantique**  
**Sparléinée**  
**Scillitique**  
**Barbiturique**

Phosphatée  
Lithinée  
Caféinée

Ne se délivrent  
qu'en cachets



**Cachets dosés :**

0 gramme 15  
et 0

0 gramme 50  
de Théosalvose

**DOSE MOYENNE :**  
1 à 2 grammes  
par jour.

## THÉOBROMINE FRANÇAISE garantie chimiquement pure

Artériosclérose — Affections cardiaques et rénales — Albuminuries — Intoxications  
Urémie — Uricémie — Goutte — Rhumatismes — Hydroplisie — Maladies infectieuses

**Laboratoires André GUILLAUMIN**  
PARIS — 13, rue du Cherche-Midi, 13 — PARIS

R. G., 2, 26, Seine.

LABORATOIRES CARTERET

# Tonique Cardiaque Diurétique Puissant

avec

tous les principes actifs  
de l'Adonis vernalis

---

*Pas d'Accumulation*

---

*Pas d'Accoutumance*

---

*Pas toxique*

---

*Agit vite*

Pas d'accoutumance • Agit vite • Pas d'accumulation

**DIURÈNE**  
"Extrait total" d'ADONIS VERNALIS

CARDIOPATHIES - ARTÉRIO-SCLÉROSE  
NÉPHRITES & CIRRHOSSES  
OEDÈMES &  
ASCITES

LIQUIDE      PILULES

Posologie : 2 à 6 cuillerées à café  
ou 4 à 12 pilules par jour.

Echantillons et Littérature : 15, RUE D'ARGENTEUIL, PARIS



## CINQUANTIÈME ANNIVERSAIRE DE LA PREMIÈRE VACCINATION ANTIRABIQUE PAR LOUIS PASTEUR

6 juillet 1885

Il y a aujourd'hui cinquante ans, Pasteur pratiqua sur le jeune Meister la première vaccination antirabique. Meister fut guéri, il est toujours vivant et veille à l'Institut Pasteur sur la tombe de celui qui le sauva et fut dès lors considéré à juste titre comme le bienfaiteur de l'humanité.

Voici, d'après la *Gazette des Hôpitaux* de 1885, le texte de la note émouvante dans laquelle l'illustre savant rendit compte à l'Académie des Sciences, puis à l'Académie de Médecine, de cet événement historique.

### MÉTHODE POUR PRÉVENIR LA RAGE APRÈS MORSURE (1)

PAR M. L. PASTEUR.

La prophylaxie de la rage, telle que je l'ai exposée en mon nom et au nom de mes collaborateurs, dans des communications précédentes, constituait assurément un progrès réel dans l'étude de cette maladie, progrès toutefois plus scientifique que pratique. Son application exposait à des accidents. Sur vingt chiens traités, je n'aurais pu répondre d'en rendre réfractaires à la rage plus de quinze ou seize.

Il était utile, d'autre part, de terminer le traitement par une dernière inoculation très virulente, inoculation d'un virus de contrôle, afin de consolider et de renforcer l'état réfractaire. En outre, la prudence exigeait que l'on conservât les chiens en surveillance pendant un temps supérieur à la durée d'incubation de la maladie produite par l'inoculation de ce dernier virus. Dès lors, il ne fallait pas moins quelquefois d'un intervalle de trois à quatre mois pour être assuré de l'état réfractaire à la rage.

De telles exigences auraient limité beaucoup l'application de la méthode.

Enfin, la méthode ne se serait prêtée que difficilement à une mise en train toujours immédiate, condition réclamée cependant par ce qu'il y a d'accidentel et d'imprévu dans les morsures rabiques.

Il fallait donc arriver, si cela était possible, à une méthode plus rapide et capable de donner une sécurité, j'oserais dire, parfaite sur les chiens.

Et comment, d'ailleurs, avant que ce progrès fût atteint, oser se permettre une épreuve sur l'homme ?

Après des expériences, pour ainsi dire sans nombre, je suis arrivé à une méthode prophylactique, pratique et prompte, dont les succès sur le chien sont déjà assez nombreux et sûrs, pour que j'aie confiance dans la généralité de son application à tous les animaux et à l'homme lui-même.

Cette méthode repose essentiellement sur les faits suivants :

L'inoculation au lapin, par la trépanation, sous la dure-mère, d'une moelle rabique de chien à rage des rues, donne toujours la rage à ces animaux après une durée moyenne d'incubation de quinze jours environ.

Passe-t-on du virus de ce premier lapin à un second, de celui-ci à un troisième, et ainsi de suite par le mode d'inoculation précédent, il se manifeste bientôt une tendance de plus en plus accusée dans la diminution de la durée d'inoculation de la rage chez les lapins successivement inoculés.

Après 20 à 25 passages de lapin à lapin, on rencontre des durées d'incubation de sept jours, que l'on retrouve avec une régularité frappante pendant une série nouvelle de passages allant jusqu'au quatre-vingt-dixième. C'est du moins de ce chiffre que je suis en ce moment ; et c'est à peine s'il se manifeste actuellement une tendance à une durée d'incubation d'un peu moins de sept jours.

Ce genre d'expériences, commencé en novembre 1882, a déjà trois années de durée, sans que la série ait été jamais interrompue, sans que jamais, non plus, on ait dû recourir à un virus autre que celui des lapins successivement morts rabiques. Rien de plus facile, en conséquence, d'avoir constamment à sa disposition, pendant des intervalles de temps considérables, un virus rabique d'une pureté parfaite, toujours identique à lui-même ou à très peu près. C'est là le nœud pratique de la méthode.

Les moelles de ces lapins sont rabiques dans toute leur étendue, avec constance dans la virulence.

Si l'on détache de ces moelles des longueurs de quelques centimètres, avec des précautions de pureté aussi grandes qu'il est possible de les réaliser, et qu'on les suspende dans un air sec, la virulence disparaît lentement dans ces moelles jusqu'à s'éteindre tout à fait. La durée d'extinction de la virulence varie quelque peu avec l'épaisseur des bouts de moelle, mais surtout avec la température extérieure. Plus la température est basse et plus durable est la conservation de la virulence. Ces résultats constituent le point scientifique de la méthode (1).

Ces faits étant établis, voici le moyen de rendre un chien réfractaire à la rage, en un temps relativement court.

Dans une série de flacons, dont l'air est entretenu, à l'état sec, par des fragments de potasse déposés sur le fond du vase, on suspend, chaque jour, un bout de moelle rabique fraîche de lapin mort de rage, rage développée après sept jours d'incubation. Chaque jour également, on inocule dans la peau du chien une pleine seringue de Pravaz de bouillon stérilisé dans lequel on a délayé un petit fragment d'une de ces moelles en dessiccation, en commençant par une moelle d'un numéro d'ordre assez éloigné du jour où l'on opère, pour être bien sûr que cette moelle n'est pas du tout virulente. Des expériences préalables m'ont éclairé à cet égard. Les jours suivants, on opère de même avec des moelles plus récentes, séparées par un intervalle de deux jours, jusqu'à ce qu'on arrive à une dernière moelle très virulente, placée depuis un jour ou deux seulement en flacon.

Le chien est alors rendu réfractaire à la rage. On peut lui inoculer du virus rabique sous la peau ou même à la surface du cerveau par trépanation sans que la rage se déclare.

Par l'application de cette méthode, j'étais arrivé à avoir cinquante chiens, de tout âge et de toute race, réfractaires à la rage, sans avoir rencontré un seul insuccès, lorsque, inopinément, se présentèrent dans mon laboratoire, le lundi 6 juillet dernier, trois personnes arrivant d'Alsace :

Théodore Vone, marchand épiciier à Messengott, près Schlestadt, mordu au bras le 4 juillet par son propre chien devenu enragé ;

Joseph Meister, âgé de neuf ans, mordu également le 4 juillet à huit heures du matin par le même chien. Cet enfant, terrassé par le chien, portait de nombreuses morsures, à la main, aux jambes, aux cuisses, quelques-unes profondes qui rendaient même sa marche difficile. Les principales de ces morsures avaient été cautérisées, douze heures

(1) Si la moelle rabique est mise à l'abri de l'air, dans le gaz acide carbonique, à l'état humide, la virulence se conserve (tout au moins pendant plusieurs mois), sans variation de son intensité rabique, pourvu qu'elle soit préservée de toute altération microbienne étrangère.

(1) Note lue à l'Académie des Sciences, dans la séance du 26 octobre 1885, et à l'Académie de Médecine, le 27 octobre 1885.



res seulement après l'accident, à l'acide phénique, le 4 juillet, à huit heures du soir, par le docteur Weber, de Villé.

La troisième personne, qui, elle, n'avait pas été mordue, était la mère de Joseph Meister.

A l'autopsie du chien abattu par son maître, on avait trouvé l'estomac rempli de foin, de paille et de fragments de bois. Le chien était bien enragé. Joseph Meister avait été relevé de dessous lui couvert de bave et de sang.

M. Vone avait au bras de fortes contusions, mais il m'assura que sa chemise n'avait pas été traversée par les crocs du chien. Comme il n'y a rien à craindre, je lui dis qu'il pouvait repartir pour l'Alsace le jour même, ce qu'il fit. Mais je gardai auprès de moi le petit Meister et sa mère.

La séance hebdomadaire de l'Académie des sciences avait précisément lieu le 6 juillet ; j'y vis notre confrère M. le docteur Vulpian, à qui je racontai ce qui venait de se passer. M. Vulpian, ainsi que M. le docteur Grancher, professeur à la Faculté de médecine de Paris, eurent la complaisance de venir voir immédiatement le petit Joseph Meister et constater l'état et le nombre de ses blessures. Il n'en avait pas moins de quatorze.

Les avis de notre savant confrère et du docteur Grancher furent que, par l'intensité et le nombre de ses morsures, Joseph Meister était exposé presque fatalement à prendre la rage. Je communiquai alors à M. Vulpian et à M. Grancher les résultats nouveaux que j'avais obtenus dans l'étude de la rage depuis la lecture que j'avais faite à Copenhague, une année auparavant.

La mort de cet enfant paraissait inévitable ; je me décidai, non sans de vives et cruelles inquiétudes, on doit bien le penser, à tenter sur Joseph Meister la méthode qui m'avait constamment réussi sur des chiens.

Mes cinquante chiens, il est vrai, n'avaient pas été mordus avant de déterminer leur état réfractaire à la rage ; mais je savais que cette circonstance pouvait être écartée de mes préoccupations, parce que j'avais déjà obtenu l'état réfractaire à la rage sur un grand nombre de chiens après morsure.

J'avais rendu témoins, cette année, les membres de la commission de la rage de ce nouveau et important progrès.

En conséquence, le 6 juillet, à huit heures du soir, c'est-à-dire soixante heures après les morsures du 4 juillet, et en présence de MM. les docteurs Vulpian et Grancher, on inocula, sous un pli fait à la peau de l'hypochondre droit du petit Meister, une demi-seringue Pravaz d'une moelle de lapin mort rabique le 21 juin et conservée depuis lors en flacon à air sec, c'est-à-dire depuis quinze jours.

Les jours suivants, des inoculations nouvelles furent faites, toujours aux hypochondres, dans les conditions dont je donne ici le tableau :

Une demi-seringue Pravaz.

7 juillet,	9 h. matin,	moelle du 23 juin,	moelle de 14 jours.
7	6 h. soir,	25	12
8	9 h. matin,	27	11
8	6 h. soir,	29	9
9	11 h. matin,	1 <sup>er</sup> juillet,	8
10	—	3	7
11	—	5	6
12	—	7	5
13	—	9	4
14	—	11	3
15	—	13	2
16	—	15	1

Je portai ainsi à treize le nombre des inoculations et à dix le nombre des jours de traitement. Je dirai plus tard qu'un plus petit nombre d'inoculations eussent été suffisantes. Mais on comprendra que, dans ce premier essai, je dusse agir avec une circonspection toute particulière.

Par les diverses moelles employées, on inocula par trépanation deux lapins neufs, afin de suivre les états de virulence de ces moelles.

L'observation des lapins permit de constater que les moelles des 6, 7, 8, 9, 10 juillet, n'étaient pas virulentes ; car elles ne rendirent pas leurs lapins enragés. Les moelles des 11, 12, 14, 15, 16 juillet furent toutes virulentes, et la matière virulente s'y trouvait en proportion de plus en plus forte. La rage se déclara après sept jours d'inoculation sur les lapins des 15 et 16 juillet ; après huit jours sur ceux du 12 et du 14 ; après quinze jours sur ceux du 11 juillet.

Dans les derniers jours, j'avais donc inoculé à Joseph Meister le virus rabique le plus virulent, celui du chien renforcé par une foule de passages de lapins à lapins, virus qui donne la rage à ces animaux après sept jours d'incubation et après huit ou dix jours aux chiens. J'étais autorisé dans cette entreprise par ce qui s'était passé pour les cinquante chiens dont j'ai parlé.

Lorsque l'état d'immunité est atteint, on peut, sans inconvénient, inoculer le virus le plus virulent et en quantité quelconque. Il m'a toujours paru que cela n'avait d'autre effet que de consolider l'état réfractaire à la rage.

Joseph Meister a donc échappé, non seulement à la rage que ses morsures auraient pu développer, mais à celle que je lui ai inoculée pour contrôle de l'immunité due au traitement, rage plus virulente que celle du chien des rues.

L'inoculation finale très virulente a encore l'avantage de limiter la durée des appréhensions qu'on peut avoir sur les suites des morsures. Si la rage pouvait éclater, elle se déclarerait plus vite par un virus plus virulent que celui des morsures. Dès le milieu du mois d'août, j'envisageais avec confiance l'avenir de la santé de Joseph Meister. Aujourd'hui encore, après trois mois et trois semaines écoulés depuis l'accident, cette santé ne laisse rien à désirer.

Quelle interprétation donner à la nouvelle méthode que je viens de faire connaître, pour prévenir la rage après morsures ? Je n'ai pas l'intention de traiter aujourd'hui cette question d'une manière complète. Je veux me borner à quelques détails préliminaires, propres à faire comprendre le sens des expériences que je poursuis, dans le but de bien fixer les idées sur la meilleure des interprétations possibles.

En se reportant aux méthodes d'atténuation progressive des virus mortels et à la prophylaxie qu'on peut en déduire, étant donnée, d'autre part, l'influence de l'air dans l'atténuation, la première pensée qui s'offre à l'esprit pour rendre compte des effets de la méthode, c'est que le séjour des moelles rabiques au contact de l'air sec diminue progressivement l'intensité de la virulence de ces moelles jusqu'à la rendre nulle.

On serait, dès lors, porté à croire que la méthode prophylactique, dont il s'agit, repose sur l'emploi de virus d'abord sans activité appréciable, faibles ensuite et de plus en plus virulents.

Je montrerai ultérieurement que les faits sont en désaccord avec cette manière de voir. Je prouverai que les retards dans les durées d'incubation de la rage communiquée, jour par jour, à des lapins, ainsi que je l'ai dit tout à l'heure, pour éprouver l'état de virulence de nos moelles desséchées au contact de l'air, sont un effet d'appauvrissement en quantité du virus rabique contenu dans ces moelles, et non un effet de son appauvrissement en virulence.

Pourrait-on admettre que l'inoculation d'un virus, de virulence toujours identique à elle-même, pourrait amener l'état réfractaire à la rage, en procédant à son emploi par quantités très petites, mais quotidiennement croissantes ? C'est une interprétation des faits de la nouvelle méthode que j'étudie au point de vue expérimental.

On peut donner, de la nouvelle méthode, une autre interprétation encore, interprétation assurément fort étrange au premier aspect, mais qui mérite toute considération, parce qu'elle est en harmonie avec certains résultats déjà connus que nous offrent les phénomènes de la vie chez quelques êtres inférieurs, et notamment chez divers microbes pathogènes.



Beaucoup de microbes paraissent donner naissance dans leurs cultures à des matières qui ont la propriété de nuire à leur propre développement.

Dès l'année 1880, j'avais institué des recherches afin d'établir que le microbe du choléra des poules devait produire une sorte de poison de ce microbe (voir Comptes rendus, Ac. Sc., t. XC ; 1880). Je n'ai point réussi à mettre en évidence la présence d'une telle matière ; mais je pense aujourd'hui que cette étude doit être reprise (et je n'y manquerai pas pour ce qui me regarde), en opérant en présence du gaz acide carbonique pur.

Le microbe du rouget du porc se cultive dans des bouillons très divers, mais le poids qui s'en forme est tellement faible et si promptement arrêté dans sa proportion, que c'est à peine, quelquefois, si la culture s'en accuse par de faibles ondes soyeuses à l'intérieur du milieu nutritif. On dirait que, tout de suite, prend naissance un produit qui arrête le développement de ce microbe, soit qu'on le cultive au contact de l'air, soit dans le vide.

M. Raulin, mon ancien préparateur, aujourd'hui professeur à la Faculté de Lyon, a établi dans la thèse si remarquable qu'il a soutenue à Paris, le 22 mars 1870, que la végétation de l'*aspergillus niger* développe une substance qui arrête, en partie, la production de cette moisissure, quand le milieu nutritif ne renferme pas de sels de fer.

Se pourrait-il que ce qui constitue le virus rabique soit formé de deux substances distinctes et qu'à côté de celle qui est vivante, capable de pulluler dans le système nerveux, il y en ait une autre, non vivante, ayant la faculté, quand elle est en proportion convenable, d'arrêter le développement de la première ? J'examinerai expérimentalement dans une prochaine communication, avec toute l'attention qu'elle mérite, cette troisième interprétation de la méthode de prophylaxie de la rage que j'ai exposée tout à l'heure.

Je n'ai pas besoin de faire remarquer en terminant que la plus sérieuse des questions à résoudre en ce moment est peut-être celle de l'intervalle à observer entre l'instant des morsures et celui où commence le traitement. Cet intervalle, pour Joseph Meister, a été de deux jours et demi.

Mais il faut s'attendre à ce qu'il soit souvent beaucoup plus long.

Mardi dernier, 20 octobre 1885, avec l'assistance obligeante de MM. Vulpian et Grancher, j'ai dû commencer à traiter un jeune homme de quinze ans, mordu depuis six jours pleins à chacune des deux mains, dans des conditions exceptionnellement graves.

En effet, le 14 de ce mois, — il y a aujourd'hui douze jours, — ce jeune garçon, nommé Jean-Baptiste Jupille, était au milieu d'un groupe de petits bergers comme lui, lorsqu'il vit arriver sur eux un chien enragé. Il s'élance en avant, son fouet à la main, pour faire fuir l'animal ; mais celui-ci se jette sur lui et le mord cruellement à la main gauche. Avec un courage et une présence d'esprit des plus remarquables, notre jeune berger saisit de la main droite la mâchoire inférieure du chien, lui ouvre de force la gueule, dégage son pouce de la main gauche, et, sans lâcher l'animal contre lequel il lutte avec la plus grande énergie, parvient à le museler aussi fortement que possible avec la lanière de son fouet, et prenant un de ses sabots l'en frappe à coups redoublés jusqu'à ce qu'il l'étende raide mort à ses pieds, sauvant ainsi au péril de ses propres jours ses jeunes camarades d'une mort à laquelle, je l'espère, lui-même échappera comme Joseph Meister.

Je m'empresse de faire connaître à l'Académie ce qui adviendra de cette nouvelle tentative.

Pasteur tient parole : le 1<sup>er</sup> mars 1886 à l'Académie des Sciences, le 2 mars 1886 à l'Académie de Médecine, il apporte « les résultats de l'application de la méthode pour prévenir la rage après morsure ». Le

nombre des inoculés s'élève à 350, « pour une seule personne le traitement a été inefficace ».

Pasteur pouvait donc hautement déclarer : « La prophylaxie de la rage, après morsure, est fondée. Il y a lieu de créer un établissement vaccinal contre la rage ».

## REVUE GENERALE

### LES HÉMOPTYSIES TUBERCULEUSES <sup>1</sup>

Par M. G. VAJA (de Bucarest).

**Pronostic.** — Le pronostic d'une hémoptysie est fonction de son abondance, pouvant être même fatal en cas de rupture d'un anévrysme de Rasmussen.

En général le pronostic est celui de la forme de la tuberculose pulmonaire, bénin dans les tuberculoses fibreuses et plus ou moins grave dans les formes évolutives suivant l'allure que prennent les poussées évolutives.

**Etiologie.** — On n'arrive pas toujours à déterminer les causes qui font apparaître les hémoptysies. Il semble d'après les observations de Dumarest que chez une partie des tuberculeux les hémoptysies se produisent avec une certaine régularité. Cette périodicité n'est pas très rare et elle s'observe chez l'homme aussi bien que chez la femme. Elle peut être annuelle ou bisannuelle et dans cette dernière forme, les hémoptysies se produisent habituellement aux équinoxes de printemps et d'automne, d'après les observations du même auteur.

La plus commune c'est la périodicité mensuelle et s'observe à peu près exclusivement chez les femmes au moment des règles qu'elle remplace parfois. La périodicité est surtout nette au début de la maladie.

La température extérieure ne paraît pas influencer l'apparition des hémoptysies, qui se produisent avec la même fréquence pendant les saisons chaudes que les saisons froides. Pourtant pour Daremberg les variations brusques de la température, l'abaissement thermique ou l'apparition d'une grande chaleur peuvent provoquer l'apparition des hémoptysies.

Par contre, parmi les causes externes, celles qui influencent le plus l'apparition des hémoptysies ce sont les variations barométriques, surtout quand elles sont brusques, profondes et répétées. Il paraît que cette action s'exerce le plus souvent sur les formes congestives de la tuberculose pulmonaire et se manifeste par une petite poussée congestive.

Annes Dias a montré que cette sensibilité aux variations météorologiques est plus prononcée chez les malades qui présentent un déséquilibre du système vago-sympathique et surtout chez ceux à prédominance vagotonique.

Le vent paraît aussi influencer la production des hémoptysies en provoquant des dépressions atmosphériques et hygroscopiques. Laure, à Hyères, a observé

(1) Fin. — Voir Gaz. des hôp., 1935, n° 52, p. 897.



que les hémoptysies devançaient de 24 à 48 heures l'apparition du vent.

L'insolation, surtout si elle est faite sur la tête ou sur la poitrine, est aussi une cause fréquente de congestions hémoptoïques.

Dans certains cas, le séjour au bord de la mer et surtout de l'Océan entraîne la production des hémoptysies.

L'effort musculaire, sous toutes les formes, mais surtout s'il est brusque et violent et s'il intéresse les muscles de la cage thoracique, est aussi une des causes favorisantes de l'hémoptysie.

Les facteurs alimentaires peuvent aussi influencer la production des crachements de sang si le régime est riche en viande et en alcool. Il paraît que ce dernier influence en provoquant des lésions hépatiques et donc des troubles de la coagulation du sang.

Parmi les médicaments on trouve aussi quelques-uns qui peuvent produire l'apparition des hémoptysies et c'est ainsi l'iodure de potassium, la créosote, l'arsenic à doses importantes. Il paraît aussi que les applications de teinture d'iode et les pointes de feu provoquent des hémoptysies.

Une autre cause qui peut intervenir c'est l'émotion et dans cette catégorie est typique le cas d'une jeune fille, cité par Boisseau, qui faisait une hémoptysie chaque fois qu'un ami de la famille, qu'elle aimait passionnément, entraînait dans sa chambre.

**Pathogénie. Anatomie pathologique.** — Le mécanisme de production des hémoptysies est dans la plupart des cas le même : la rupture vasculaire. Il y a des auteurs, comme M. Caussade, qui n'admettent pas un autre mécanisme, tandis que d'autres pensent que même une congestion intense peut provoquer des hémoptysies.

Pour que la rupture vasculaire puisse se produire il faut que les vaisseaux soient altérés et il est très intéressant de rappeler les expériences faites par Pissavy et Saidmann. Ces deux auteurs ont montré que les vaisseaux pulmonaires indemnes de toute atteinte lésionnelle peuvent être soumis à une pression intravasculaire 10 fois plus grande que celle normalement supportée sans qu'ils éclatent. Si on fait la même expérience sur des vaisseaux pulmonaires altérés par une atteinte tuberculeuse ou syphilitique, ceux-ci ne résistent qu'à une pression 3 fois supérieure à la normale.

Voyons maintenant quelles sont les lésions que subissent les vaisseaux au cours de la tuberculose pulmonaire. Nous avons vu que les hémoptysies sont très fréquentes au cours de la forme fibreuse de la tuberculose tandis qu'elles sont plus rares au cours de la tuberculose ulcéro-caséuse banale.

Voici comment M. P. Weil décrit les lésions vasculaires au cours de la première de ces formes :

« Les vaisseaux qui parcourent ces tissus sont élargis en véritables lacs sanguins, ils sont parfois en nombre tel que les blocs de fibrose se présentent avec des apparences de tissu érectile. Leurs tuniques sont très altérées, la tunique moyenne présente le maximum des lésions, ses fibres musculaires sont détruites, ses fibres élastiques dissociées, l'endartère et l'ad-

ventice sont souvent dégénérées ou sclérosées. Le vaisseau paraît même parfois dénué de toute paroi et semble creusé comme à l'emporte-pièce au milieu du tissu fibreux voisin. »

On conçoit donc assez facilement qu'une exagération de la pression intravasculaire pulmonaire due à une cause quelconque ou un processus congestif qui dans un poumon normal ne peut pas produire un raptus hémorragique provoquera très rapidement la rupture de cette paroi extrêmement altérée.

Ces lésions changent complètement d'aspect au cours de la tuberculose ulcéro-caséuse. Il est bien connu que dans cette forme les vaisseaux sont oblitérés par une endovascularite, ce qui fait que des grosses cavernes peuvent se creuser sans provoquer aucune hémoptysie. Parfois les vaisseaux ne sont pas complètement obstrués et alors le caillot qui se forme peut être facilement déplacé par une petite exagération de la pression sanguine. Les hémoptysies provoquées de cette manière, peuvent se produire même en dehors de toute poussée évolutive.

Les hémoptysies qui apparaissent au cours des poussées évolutives reconnaissent d'autres lésions provocatrices.

« Tout autour de la lésion tuberculeuse avasculaire apparaissent, lors des poussées évolutives, des formations non plus spécifiques mais banales d'inflammation aiguë, de congestion, de splénisation, de pneumonie que l'auscultation décèle lorsqu'elles sont superficielles et qui font que le processus caséux avasculaire se trouve entouré de formations richement vascularisées. » (M. P. Weil.)

La troisième lésion, dans laquelle la rupture vasculaire ne fait aucun doute, est celle qui provoque aussi les hémoptysies les plus abondantes, parfois même mortelles : l'anévrysme de Rasmussen. Voici comment M. Letulle le décrit : « Cachée sous la masse de sang, qui lui adhère faiblement, la lésion est constituée par une saillie, le plus souvent petite, d'un ton grisâtre, ou gris jaunâtre, parfois déjà teintée quelque peu en rouge, par imbibition cadavérique. Cette masse est lisse ou rugueuse, le plus souvent régulière. Elle dessine un fragment de sphère, plus ou moins étendu ; son relief, sessile sans presque jamais arriver à être pédiculé, attire, autant que sa couleur, l'attention.

Ses dimensions varient d'un demi-centimètre à deux centimètres et demi de diamètre. Sa consistance est, presque toujours, molle et sa friabilité très grande.

Une dissection méthodique de l'artère pulmonaire la plus voisine permet d'accéder, par elle, avec la sonde, jusqu'à l'anévrysme sans grands tâtonnements et en suivant le trajet du sang : on le voit, pariétal et sacciforme, rompu à la surface de la caverne, où il faisait relief. »

Un autre mécanisme qui peut provoquer des hémoptysies est celui des troubles vaso-moteurs, mécanisme décrit par Bezançon et Jacquelin. Ces auteurs décrivent un molimen congestif intéressant les voies aériennes supérieures et l'extrémité céphalique, accompagnant ou précédant les hémoptysies. « Ces troubles congestifs précèdent, en général, de plusieurs minu-



tes, parfois de plusieurs heures, l'hémoptysie qu'ils annoncent au malade. »

Pour expliquer l'influence fâcheuse des troubles vaso-moteurs, ces auteurs invoquent les raisons d'ordre physiologique suivantes : la circulation pulmonaire qui est très intense, de 21 litres de sang par minute, est sujette à de brusques variations provoquées par les mouvements respiratoires, les efforts prolongés, la toux. L'appareil vaso-moteur annexé au poumon est aussi extrêmement riche.

En recherchant par le R.O.C. la prédominance du vague ou du sympathique, ils n'ont pas pu trouver des résultats concluants ; ils ont trouvé seulement une instabilité vaso-motrice globale, probablement d'origine endocrinienne.

Un autre mécanisme reconnu de l'hémoptysie est celui de la pneumonie hémorragique (Tripier). Elle est due au caractère plus ou moins hémorragique que prend l'exsudat inflammatoire des poussées d'alvéolite qui constituent le substratum habituel des formes parenchymateuses. Dans ces cas, il s'agit plutôt de crachats hémoptoïques que de véritables hémoptysies.

Bard admet que le processus congestif, qu'il soit actif ou passif, peut provoquer des hémoptysies. Dans ce cas l'hémoptysie relève du même processus d'alvéolite, le sang provenant directement du réseau capillaire sous l'influence de la vasodilatation inflammatoire, mais l'exsudation vasculaire liquidienne l'emporte sur la prolifération cellulaire.

Une autre cause qui pourrait intervenir pour provoquer des hémoptysies c'est l'état de la tension artérielle, mais si parfois l'hypertension artérielle peut faire que la tuberculose prenne une forme hémoptoïque, dans la plupart des cas les variations de la tension artérielle n'influencent pas l'apparition des hémoptysies. Il est même fort probable que les tensions ne soient pas les mêmes dans les deux systèmes artériels : aortique et pulmonaire.

En ce qui concerne la pression veineuse, Villaret et Martiny ont montré que dans certains cas de tuberculose hémoptoïque, cette pression s'élève souvent avant l'hémoptysie sans conserver le parallélisme avec la pression artérielle.

En ce qui concerne l'état du sang, Léon Bernard et Thoyer, en étudiant les temps de saignement et de coagulation, ont trouvé chez les malades à hémoptysies éloignées des résultats normaux, la tuberculose n'influençant le plus souvent les phénomènes de la coagulation du sang.

Au cours des hémoptysies, les mêmes auteurs ont trouvé une diminution très nette du temps de saignement et de coagulation, mais c'est un phénomène qu'on retrouve au cours de toutes les hémorragies prolongées.

En cas d'hémoptysies très fréquentes on a trouvé chez quelques malades que ces temps étaient allongés et il est possible que parfois les troubles sanguins puissent expliquer la fréquence des hémoptysies.

**Traitement.** — Le traitement des hémoptysies varie suivant le point de vue auquel on le considère. Ainsi on pourra faire un traitement préventif des hémoptysies

cherchant à éviter toutes les causes que nous avons étudiées au chapitre de l'étiologie et qui influencent plus ou moins l'apparition des crachements de sang.

Le traitement curatif sera aussi varié selon la forme et la gravité de l'hémoptysie. De ce point de vue on peut envisager l'hémoptysie bénigne, c'est-à-dire l'hémoptysie de petite abondance et l'hémoptysie grave par son abondance et par sa persistance. Aussi il faut influencer, tant qu'il sera possible, les causes qui ont provoqué son apparition : modifier l'état congestif dans certains cas, le collapsus pulmonaire dans d'autres cas ou favoriser la fonction ovarienne en cas d'hémoptysies de la période menstruelle, aider la coagulation du sang en cas d'insuffisance, etc...

Comme traitement préventif on essaiera toujours d'éviter les causes favorisantes de l'hémoptysie. Ainsi en ce qui concerne le climat, les malades ne seront jamais envoyés dans des régions exposées aux vents et où les dépressions atmosphériques sont fréquentes, ni dans des endroits avec brusques variations de la température. Aussi on évitera toujours le climat marin et on ne prescrira pas l'héliothérapie, même si certaines formes de la tuberculose paraissent bénéficier de cette thérapeutique (Hervé). On évitera aussi le traitement par les rayons ultra-violets, surtout appliqués sur le thorax.

On ne prescrira dans les cas hémoptoïques aucun médicament ni aucun autre traitement congestionnant comme : créosote, gaiacol, iodure de potassium, arsenic à hautes doses, tuberculine, ou des applications de teinture d'iode, ou des pointes de feu.

On recherchera aussi les causes générales des tendances hémorragiques comme : l'hypertension artérielle, même si elle n'influence pas toujours l'hémoptysie ; l'insuffisance hépatique avec les troubles de la coagulation du sang en prescrivant les extraits hépatiques, et le chlorure de calcium. On aidera la fonction ovarienne par l'opothérapie et en cas de troubles vaso-moteurs on évitera au malade les émotions, les efforts physiques, surtout s'il s'agit des muscles des bras et du thorax, ainsi que toutes les causes pouvant influencer le système vago-sympathique.

Le traitement curatif sera autant que possible causal :

1) On interrompra ainsi tout traitement qui pourrait être congestif. Il paraît que les sels d'or, même s'ils provoquent parfois des accidents hémorragiques, peuvent être continués au cours des hémoptysies (Paraf, Weil).

2) En cas d'hémoptysie menstruelle on tâchera de favoriser l'apparition des règles par l'opothérapie ovarienne et des emménagogues. Il faut s'abstenir des vaso-constricteurs, si l'hémoptysie n'est pas trop abondante, et surtout de l'ergotine, qui agit électivement sur les fibres utérines.

3) En cas d'hémoptysie du pneumothorax il faut déterminer :

a) S'il s'agit d'une lésion étirée par une adhérence, quand il faut sectionner la bride ou pousser moins le pneumothorax si les insufflations ont été trop abondantes ;

b) S'il s'agit d'une poussée évolutive dans le moignon collabé, qu'il faut traiter par une collapsothérapie plus poussée ou

c) S'il s'agit d'une poussée évolutive dans le poumon, jusqu'alors sain, qui serait peut-être susceptible d'une collapsothérapie bilatérale.

Le traitement de toutes les hémoptysies indique le repos absolu du malade, dans une position à moitié assis pour éviter la congestion passive. Ce sera même indiqué parfois de mettre le malade en décubitus latéral sur le côté opposé à la lésion (Bard). On doit mettre de la glace sur le thorax, car cette thérapeutique a au moins l'effet de maintenir le malade au repos. Loeper recommande de la mettre sur la région précordiale car elle fait calmer l'éréthisme cardiaque et baisser la fièvre. Cette réfrigération et celle obtenue par l'ingestion de petits morceaux de glace peut provoquer aussi un réflexe vaso-constricteur.

L'alimentation se composera aussi de liquides glacés.

Pour obtenir un repos absolu des voies respiratoires, nécessaire à la coagulation du sang et à la cicatrisation de la plaie vasculaire, il faut recourir à l'opium et l'injection de morphine a une action indiscutable.

Le chlorure de calcium à la dose de 4 gr. par 24 heures peut aussi être utilisé, mais il paraît qu'il donne de meilleurs résultats dans les cas où il existait un trouble antérieur de la coagulation.

D'autres médicaments, qu'on peut utiliser pour augmenter la coagulation du sang, sont : la gélatine et la pectine. On ne doit user d'aucun sérum étranger car il provoque des poussées évolutives; mais l'autohémothérapie donne assez souvent de bons résultats dans les cas d'hémoptysies de moyenne abondance et durables.

Une autre série de médicaments sont ceux qui agissent sur les vaisseaux mêmes, en provoquant soit une vaso-constriction, soit une hypotension.

Parmi les vaso-constricteurs on a d'abord pensé à l'adrénaline, mais elle n'a pas donné les résultats attendus à cause de l'hypertension pulmonaire qu'elle provoque et de la vaso-dilatation secondaire assez gênante. Récemment l'adrénaline associée à des solutions coagulantes : coagulène, thromboplastine, a été utilisée par les auteurs italiens et sud-américains en injections intratrachéales avec de bons résultats, tandis que des auteurs anglais qui l'ont employée, sans l'associer à des produits coagulants, montrent qu'elle est diluée avant qu'elle ait pu agir.

Un deuxième médicament vaso-constricteur, qui est depuis longtemps utilisé dans la thérapeutique des hémoptysies, c'est l'ergotine.

L'action vaso-constrictive de l'ergotine est assez lente et restreinte à cause des diverses substances dont elle est composée, et qui ont des actions inverses. L'alcaloïde, qui est purement vaso-constricteur et qu'on doit utiliser en injections, est l'ergotinine.

Un autre médicament, qui agit sur les vaisseaux pulmonaires et les muscles bronchiques, en provoquant en même temps une hypercoagulabilité sanguine, est l'extrait du lobe postérieur de l'hypophyse.

Pour qu'il ait une action vraiment efficace et surtout rapide il faut l'injecter intra-veineux et dans ce cas il faut diluer 1/2 à 1 cc. de la solution dans 10 cc. de sérum physiologique et l'injecter très lentement dans les veines. Il faut l'utiliser prudemment car il peut provoquer des chocs.

Pour provoquer l'hypotension on a utilisé les propriétés hypotensives de l'ipéca à doses nauséuses. Actuellement on recourt plutôt à l'émétine qui est plus active et n'est pas nauséuse. On la donne en injection sous-cutanée de 4 à 10 centigrammes.

Une autre médication, étudiée surtout par M. Courcoux, et dont l'action n'est pas encore expliquée, est constituée par l'injection sous-cutanée d'oxygène. On injecte de 300 cc. à 600 cc. d'oxygène sous la peau. M. Courcoux pense que l'injection sous la peau du thorax est plus active, tandis que M. P. Bourgeois croit que le siège de l'injection n'a aucune importance. Parfois une seule injection suffit à arrêter l'hémoptysie, dans d'autres cas il faut la répéter les jours suivants. Il paraît que les hémoptysies qui accompagnent une poussée évolutive sont les plus influencées par cette thérapeutique.

Quand la lésion est unilatérale et l'hémoptysie se prolonge, il faut recourir à la collapsothérapie. Le pneumothorax qu'on institue dans ces cas est assez difficile car on ne doit pas remuer beaucoup le malade et on ne peut pas l'examiner radiologiquement. Comme technique c'est un pneumothorax où les premières insufflations doivent être assez abondantes pour comprimer vite le vaisseau qui saigne.

On doit utiliser l'une ou l'autre de ces médications suivant l'abondance de l'hémoptysie. Dans les cas d'hémoptysie abondante il faut agir rapidement et on recourra à l'extrait hypophysaire, l'ergotinine, l'émétine. Si elle ne cède pas il faut faire la collapsothérapie et recourir aux autres méthodes.

#### BIBLIOGRAPHIE

- BARD. Du rôle du décubitus dans l'évolution et le traitement des hémoptysies congestives, *Presse Méd.*, 17-8-1927, p. 1009.
- BERNARD (L.) et THOYER. Les temps de saignements et de coagulation dans les hémoptysies de la tuberculose pulmonaire, *Ann. de Méd.*, t. XXV, n° 4, 1929, p. 410.
- BERTIER. Les formes cliniques de l'hémoptysie tuberculeuse, *Journ. de Méd. de Lyon*, 5-4-1922, p. 211 ; — Tuberculose pulmonaire chronique, *Traité de pathol. méd. et de Thérap. appliquée*, 1926, p. 380.
- BEZANÇON. La forme hémoptoïque de la tuberculose pulmonaire, *Avenir Méd.*, févr. 1933, p. 51.
- BEZANÇON et BRAUN. Interprétations de certains aspects radiologiques granuleux, *Revue de la tuberculose*, 1927, p. 197.
- BEZANÇON et ETCHEGOIN. Présence d'un spirochète dans les crachats hémoptoïques des tuberculeux, *Congrès de Méd. de Nancy*, 1925.
- BEZANÇON et JACQUELIN. Hémoptysies et troubles vaso-moteurs, *Presse Méd.*, 5-6-1929, p. 733.
- BEZANÇON et DE JONG. *Précis de pathologie médicale*, t. III, 1931, p. 429 ; — Formes cliniques des hémoptysies tuberculeuses, *Bull. Méd.*, 16-5-1908, p. 451.
- BEZANÇON et WEIL (M.-P.). Bacilles de Koch et hémoptysies initiales de la tuberculose pulmonaire, *Bull. Méd.*, 21-10-1911, p. 899.



CARDIS. Aspects radiologiques micronodulaires de l'essaim hémoptoïque dans la phléisie, *Revue de la Tuberculose*, juin 1928, p. 604.

CAUSSADE. Pathogénie des hémoptysies et hémoptysies monosymptomatiques d'une tuberculose non évidente, *Bull. et Mém. de la Soc. méd. des Hôp.*, 22-6-1934.

CAUSSADE et TARDIEU. Traitement des hémoptysies tuberculeuses, *Revue de Méd.*, 30-1-1931, p. 000 ; — Traitement des hémoptysies tuberculeuses, *Journ. des Prat.*, 23-1-1932, p. 65.

CHAIZE. Hémoptysies et conditions météorologiques, *Arch. méd.-chir. de l'app. respir.*, n° 2, 1930.

CORDIER et BOUQUIN. Atélectasie pulmonaire après hémoptysies, *Paris méd.*, 17-2-1934, p. 160.

COURCOUX. Traitement des hémoptysies par les injections sous-cutanées d'oxygène, *Revue de la Tubercul.*, févr. 1934, p. 159 ; — Traitement des hémoptysies par les injections sous-cutanées d'oxygène, *Presse méd.*, 4-7-1934, p. 1065.

D'HOUR et BERA. Documents cliniques et recherches expérimentales concernant l'image granitée post-hémoptoïque, *Revue de la Tubercul.*, févr. 1934, p. 197.

DOUMER. Œdème aigu du poumon à forme hémoptoïque, *Bull. et Mém. de la Soc. méd. des Hôp.*, 15-1-1932, p. 41.

DUMAREST. Etiologie clinique des hémoptysies des tuberculeux, *Bull. méd.*, n° 32, 1907, p. 365.

GIRAUD. Les hémoptysies tuberculeuses, *Bull. méd.*, 6-2-1932.

GIRAUD et ASTIER. Tuberculose hémoptoïque sans image radiologique, *Soc. méd. de Marseille*, 12-12-1934.

GWERDER PEDOJA. Les paradoxes du pneumothorax artificiel, *Revue de la Tubercul.*, juin 1928, p. 361.

HABADOU. Les hémoptysies occultes, *Th. de Genève*, 1920.

HERVÉ, JUBEL et OLIVIER. Contribution à l'étude de l'hé-

liothérapie générale en matière de tuberculose pulmonaire, *Paris méd.*, 1927.

JACQUELIN. Les hémoptysies, *La Médecine*, avril 1931 ; — Les hémoptysies dites initiales de la tuberculose pulmonaire de l'adulte, *La Semaine des Hôp.*, juin et juill. 1930 ; — Le traitement des hémoptysies, *Journ. méd. franç.*, févr. 1928.

JACQUELIN et TURIAT. Les hémoptysies tuberculeuses larvées, *Bull. méd.*, 27-6-1931, p. 455.

LAUFER et VITRY. Les hémoptysies tuberculeuses et non tuberculeuses, *Presse méd.*, 17-5-1924, p. 436.

LETULLE. *La tuberculose pleuro-pulmonaire*, 1914, p. 174.

LOEPER. Traitement des hémoptysies, *Progrès méd.*, 21-11-1931, p. 2109.

PIERY et FAURY. Variations atmosphériques et tuberculose pulmonaire, *Lyon méd.*, 25-4-1922, p. 351.

PIGUET et GIRAUD. Les paradoxes du pneumothorax thérapeutique, *Presse méd.*, 16-4-1924, p. 333.

RAVINA, BENZAQUEN et BIBAS. Arrêt d'une série d'hémoptysies de volume considérable à la suite de la production accidentelle d'un emphysème sous-cutané, *Revue de la Tubercul.*, avril 1933, p. 404.

RAVINA. Quelques tentatives thérapeutiques au sujet des hémoptysies, *Presse méd.*, 23-11-1935, p. 125.

SAYE. Deux observations de collapsus atélectasique du poumon consécutif à l'hémoptysie, *Arch. méd.-chir. de l'app. respir.*, 1932, p. 42.

SERGENT et BRESSON. Les hémoptysies dans la collapsothérapie, *Journ. de Méd. et de Chir. prat.*, 1930, p. 77.

SERGENT, MANSEAU et ABABA. Hémoptysies et pierres du poumon, *Bull. méd.*, 20-10-1934, p. 636.

STOICHITZA. Collapsus massif aigu du poumon après hémoptysie, *Revue de la Tubercul.*, janv. 1933, p. 89.

THOYER. Lésions pulmonaires disséminées curables après hémoptysie, *Ann. de Méd.*, oct. 1933, p. 293.

# DINITRA

alpha-dinitrophénol 1.2.4

## OBÉSITÉ

HYPOTHERMIES - HYPOSPHYXIES  
HYPOTHYROIDIES

HYPOMÉTABOLISMES

RALENTISSEMENTS

de la NUTRITION



SOCIÉTÉ D'APPLICATIONS PHARMACODYNAMIQUES, 5 & 7, rue Claude Decaen - PARIS 17

DREVILL - grav.



TOBE et DEGEORGES. Collapsus pulmonaire aigu après hémoptysies, *Revue de la Tubercul.*, mai 1934, p. 499.

TRIPPIER. *Anatomie pathologique générale*, Paris, 1904.

VILLARET et MARTINY. Pression veineuse et tuberculose pulmonaire, *Presse méd.*, 28-11-1925, p. 1570.

WEILL (M.-P.). Les hémoptysies tuberculeuses, *Th. de Paris*, 1912.

WEILL et GRÉGOIRE. Grandes hémoptysies non tuberculeuses d'origine hémogénique, *Bull. et Mém. de la Soc. méd. des Hôp.*, 24-2-1928, p. 340.

## SOCIÉTÉS SAVANTES

### ACADEMIE DE MEDECINE

(SÉANCE DU 2 JUILLET 1935)

**Le secret professionnel et les assurances sociales.** — M. Henri HARTMANN, au nom d'une commission composée de MM. Balthazard, Bécère, Hartmann, Lenoir et Siredey, président, apporte un rapport dont voici la conclusion :

Le mois dernier, le Secrétaire général de l'Académie de Médecine a reçu une lettre du Secrétaire de la Fédération corporative des médecins de la région parisienne protestant contre un projet de M. Martin, sous-directeur de la Caisse interdépartementale d'assurances sociales de Seine et Seine-et-Oise.

Deux articles de ce projet avaient inquiété nos confrères.

1° La bonne qualité des soins devra pouvoir être contrôlée, et le médecin contrôleur de la caisse devra avoir la faculté de les contrôler.

2° Il sera tenu à la maison de santé des fiches médicales contenant indication du diagnostic, des traitements et des interventions, pour être mises à la disposition éventuelle des médecins contrôleurs.

Ces articles ont le gros inconvénient de ne pas tenir compte de la règle du secret professionnel, question qui a déjà été discutée à notre tribune en 1928. Nous ne croyons pas qu'il y ait lieu de modifier la règle que nous avions admise à ce moment. Certes, il est compréhensible que les caisses cherchent à se défendre contre les agissements de quelques très rares médecins qui sympathisent un peu trop avec leurs malades. Il n'en est pas moins vrai que l'on ne peut, pour quelques cas délictueux exceptionnels, supprimer la règle du secret médical. Aussi votre commission vous propose-t-elle le vœu suivant :

« Les malades ont droit au secret professionnel de la part des médecins. Ce droit doit être maintenu aux malades assujettis à la loi sur les assurances sociales. En conséquence, l'Académie de Médecine est d'avis que les médecins traitants ne peuvent communiquer des renseignements d'ordre diagnostique ou thérapeutique qu'à des médecins tenus au secret. »

Le rapport et le vœu seront discutés dans une séance ultérieure.

**Vaccination antipesteuse.** — M. GIRARD, Directeur de l'Institut Pasteur de Madagascar, fait connaître les résultats de la nouvelle campagne de vaccination antipesteuse par microbes atténués vivants. Près de 50.000 individus ont été vaccinés et on peut évaluer à 60.000 les indigènes du même district qui ne l'ont pas été. Il y a eu 22 morts de peste chez les vaccinés, contre 100 chez les témoins : donc réduction au tiers. La mortalité générale a été réduite de moitié.

Avec cette vaccination par microbes vivants, on revient aux méthodes initiales de Pasteur.

**Dix années de propagande éducative.** — Mme MONTREUIL-STAUS. Le Comité d'Education féminine créé dans le sein de la Société française de Prophylaxie sanitaire et morale, par quelques femmes médecins, a pour but de préparer la jeune fille à son rôle d'épouse et de mère, en lui enseignant les notions essentielles de l'hygiène féminine et en la mettant en garde contre les dangers qui menacent sa vie génitale (infection puerpérale, cancer, fibromes et surtout maladies vénériennes).

Il réalise sa propagande par le moyen de conférences faites par des femmes médecins, par la distribution de tracts, cartes postales et affiches, et la vente de brochures éducatives.

En 10 années, le Comité a donné 644 conférences dans 134 villes différentes, réunissant environ 140.000 auditrices, distribué près de 300.000 tracts, envoyé gratuitement 83.000 brochures aux institutrices, et vendu 120.000 de ces brochures. Son champ d'action s'étend à toutes les régions de la France et aux milieux les plus différents, mais plus spécialement parmi les œuvres de jeunesse féminine.

En 1934 l'Union internationale contre le Péril vénérien, réunie en Congrès à Madrid, a approuvé l'efficacité de la propagande du C.E.F. et émis le vœu que les différents pays adhérents à l'Union créent de telles organisations d'éducation féminine pour lutter contre les maladies vénériennes.

**Recherches sur les protéides du parenchyme hépatique chez le chien à l'état de jeûne.** — MM. Ch. ACHARD et PIETTRE.

**Importance du chien dans la prophylaxie de l'hydatidose.** — M. VELU.

**Election d'un membre titulaire dans la IV<sup>e</sup> section (Sciences biologiques).** — Les candidats étaient ainsi classés : en première ligne, M. Champy ; en seconde ligne ex aequo et par ordre alphabétique : MM. Baudouin, Binet, Gautrelet, Nattan-Larrier, Weinberg ; adjoints par l'Académie : MM. Bourguignon, Ledoux-Lebard, Henri Labbé et Vaudremer.

Sur 82 votants, M. Weinberg obtient 44 voix ; M. Champy, 37 voix ; M. Binet, 1 voix.

Au premier tour de scrutin, M. Weinberg (de l'Institut Pasteur), ayant obtenu la majorité absolue, est élu.

## ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

### THESES

**Lundi 8 juillet.** — Jury : MM. Léon Binet, président ; Champy, Clerc, Mouquin. — M. KATCHOWA. Etude clinique et expérimentale du traitement de la maladie de Vaquez par la phénolhydrazine. — M. CHUC. Fixation et élimination de la vitamine C. — M. WECHSLER. Le caractère ambisexual des hormones génitales. — M. BURSZEJN. Action du poumon sur les polypeptides. — Mlle WINKLER. L'avenir des radiologistes.

Jury : MM. Brumpt, président ; Robert Debré, Loeper, Brulé. — M. CHEIKH. Leishmaniose à Téhéran. — M. MENDIVIL. Etude de l'hérédité dans la pathologie humorale. — M. SIMON. Etude de la radiothérapie dans les sciatiques dites essentielles. — M. STEIN. Sur un cas de métorrhagie hémotogène. — M. BRUNO. Considérations sur la réaction de Schultz et Charlton. — M. ROSENBAUM. Traitement des métrites cervicales par la méthode de vaccination locale de Besredka.



# ESTOMAC-INTESTIN

DYSPEPSIE

GASTRALGIE

ENTÉRITE

CHEZ L'ENFANT  
CHEZ L'ADULTE

## VALS-SAINT-JEAN

EAU de RÉGIME, FAIBLEMENT MINÉRALISÉE et GAZEUSE

Envoi gratuit d'Echantillons et de Notices à MM. les Docteurs sur demande adressée  
DIRECTION-VALS-GÉNÉRALE : 53, Boul' Haussmann, Paris (9<sup>e</sup>). Téléph. 227-76.

**ANÉMIE PALUDEENNE.** — Source Dominique.  
VALS-LES-BAINS. — Saison du 1<sup>er</sup> juin au 1<sup>er</sup> octobre.

Tout Déprimé  
» Surmené

Tout Cérébral  
» Intellectuel

Tout Convalescent  
» Neurasthénique



est justiciable  
de la :

6, Rue Abel  
PARIS (12<sup>e</sup>)

### NEVROSTHENINE FREYSSINGE

Gouttes de glycérophosphates alcalins (0,40 par XX gouttes).  
XV à XX gouttes à chaque repas. - *Ni sucre, ni alcool.*

# CURE DE DIURÈSE



VOIES URINAIRES. FOIE  
GOUTTE GRAVELLE  
ARTÉRIO-SCLÉROSE

## OLÉTHYLE-BENZYLE

BENZOATE DE BENZYLE

LABORATOIRE CENTRAL DE PARIS  
122, rue du Faubourg Saint-Honoré

# BELLAFOLINE

## "SANDOZ"

Alcaloïdes totaux de la Belladone, à l'état pur, solubles, stables, exactement dosés, injectables

GOUTTES

COMPRIMÉS

AMPOULES

SIROP

X à XX, trois fois par jour.

1 à 2, trois fois par jour.

1/2 à 2 par jour.

2 à 6 cuillerées à café p<sup>r</sup> jour.

PRODUITS "SANDOZ", 20, rue Vernier. — PARIS-17<sup>e</sup>

B. JOYEUX, pharmacien de 1<sup>re</sup> classe

INFECTIONS  
CHRONIQUES

# IODASEPTINE CORTIAL

7, r. de l'Armorique  
PARIS (XV<sup>e</sup>)

**CHARBON DE PEUPLIER** sous forme de **GRAINS ANISÉS** de **CHARBON TISSOT**  
Humectent, divisent, aseptisent, expulsent.  
et conséquences : MAUVAISES DIGESTIONS, MIGRAINES, LOURDEURS de TÊTE  
DIVISION du BOL ALIMENTAIRE HÉMORROÏDES, etc. — Une cuillerée à café avalée comme des graines de lin, après chaque repas.  
**CONSTIPATION** Toutes Pharmacies. — Echantillons : PARIS 34, BOULEVARD DE CLICHY (Service 2)



Mardi 9 juillet. — Jury : MM. Cunéo, président ; Pierre Duval, Terrien, Velter. — M. NUNEZ-OTT. L'acide tannique dans le traitement des brûlures cutanées étendues. — M. BÉRMUDEZ. La sacralisation douloureuse de la V<sup>e</sup> vertèbre lombaire, son traitement chirurgical. — M. DEL GALLEGU. Microgénéitosomie précoce. — M. CAU. Etude des ulcérations syphilitiques des paupières. — M. DURANDY. Etude de trois cas de diplopie consécutifs à la pratique de la boxe de combat. — M. MOURGUES. L'œil et la conduite des automobiles. — M. PERROSSE. Traitement chirurgical de l'ectropion spasmodique.

Jury : MM. Carnot, président ; Maurice Villaret, Justin Besançon, Cadenot. — M. ANTONI. L'épreuve de la sédimentation globulaire. — M. BODIN. Quelques observations de tuberculose de l'adulte avec adénopathies médiastines. — M. LAMY. Le test électrique de l'angle d'impédance. — M. LEGRIER. Etude clinique des mucines en gastro-entérologie. — Mlle PICHON. Traitement de certains œdèmes chroniques des jambes. — M. PONTET. Etude du traitement ambulatoire des ulcères variqueux. — M. PUJOL IZQUIERDO. La dissociation de la pression veineuse et de la vitesse circulatoire, signe caractéristique de l'obstruction de la veine cave.

Jury : MM. Claude, président ; Guillain, Abrami, Huguenin. — M. LE MONTRÉER. Etude pathogénique des convulsions infantiles. — M. FOURNÉE. La paralysie faciale périphérique de l'hypertension artérielle. — M. MICHAËLIDES. Glycosuries infundibulo-hypophysaires.

Jury : MM. Laignel-Lavastine, président ; Lereboullet, Nobécourt, Giroud. — Mlle FEYDET. A propos d'un cas de maturité sexuelle précoce chez une fillette de 15 mois. — M. BERLIOZ. Essai sur l'obsession de négation. — M. LION. Etude de la vie et de l'œuvre de Freud. — M. DESROSIERS. Etude des septicémies à staphylocoques. — Mlle MELON. Etude de l'érythrodermie desquamative du nourrisson.

Mercredi 10 juillet. — Jury : MM. Couvelaire, président ; Gosset, Grégoire, Mathieu. — M. FARÈSASSAS. Passage de certains métaux et métalloïdes à travers le placenta. — M. TZONEFF. Etude des pertes de sang dans la grossesse tubaire. — M. GORECKI. Grossesses tubaires. — M. EURIN. Les bézoards de laque (Laquo-bézoards). — M. GROSS. De la tolérance de la prothèse métallique dans l'ostéosynthèse. — M. PRAT. Les diverticules du côlon. — M. LAMASSON. Indications et résultats thérapeutiques du vaccin antistaphylococcique.

Jury : MM. Baudouin, président ; Fiessinger, Harvier, Chevallier. — M. CAMUS. Paralysies oculaires isolées chez l'enfant. — M. BRÉHIER. Des splénomégalie familiales. — M. MASSONET. Etude de l'intoxication cyanhydrique et action antidote de l'hyposulfite de sodium. — Mlle CHEVALIER. La glossite papuleuse aiguë. — Mlle ELY. Les granulations dites toxiques, des polynucléaires neutrophiles. — M. THIBON. Des lésions gastriques au cours du mycosis fongicide.

Jury : MM. Tanon, président ; Joannon, Guy-Laroche, Valléry-Radot. — M. AZOULAY. La diphtérie des étudiants et des infirmiers dans les hôpitaux de Paris. — M. BERGERON. La balnéation à travers les âges. — M. FARGIER. Hygiène des ateliers de battage des tapis. — Mlle DIAMANT. Hygiène des ouvriers des usines de production d'éclairage. — M. DIAZ-LOPEZ. Pratique de la réaction de Bordet-Wassermann dans le sang par la méthode de M. Demanche. — M. GIL. Essais thérapeutiques récents par les principes actifs anti-hypophysaires. — M. LE GRAND. Etude clinique de l'otite aiguë du nourrisson. — M. NGUYEN-TRUNG-GRAS. L'élevage du nourrisson séparé de la mère.

Jeudi 11 juillet. — Jury : MM. Lemaître, président ; Lenormant, Halphen, Moulouquet. — M. MALARTRE. Fistules hémorragiques catéméniales. — M. OLLIVIER-HENRY. Etude des hystérectomies abdominales. — M. BEAUMETZ. Etude des cellules mastoïdiennes chez les animaux domestiques. — M.

GRATIER. Incision de Wilde. — Mlle HADJI-GEORGES. Torticolis naso-pharyngien par énucléation de l'Atlas. Maladie de Grisel. — M. HOANG-CQ-BINH. Hypertrophie du frein labial supérieur et diasténie. — M. PONCELET. L'ionisation dans le traitement des otites chroniques et des laryngites. — M. SIMHA. Etude des labyrinthites diffuses précoces consécutives aux otites aiguës.

Jury : MM. Roussy, président ; Bezançon, Gougerot, Gastinel. — M. BÉLGERT. Lésions du pancréas et troubles fonctionnels pancréatiques. — M. DE CASTRO-Y-GIBERGA. Etude du syndrome de Frankel Hochward, Pellizi. — M. NEVJINSKY. La maladie polykystique des reins. — M. COURTIAL. Etude de la péri-arthrite rhumatismale de l'épaule. Traitement. — M. LECLERCQ. Etude des stomatites. — M. RODRIGUEZ ALDERET. Etude du trisyndrome de Milian. — M. ROUVET. Etude du mercurochrome et de son emploi comme antiseptique.

Jury : MM. Brindeau, président ; Jeannin, Sergent, Vaudescal. — M. AUMOND. Etude des formes graves du mélanisme des nouveau-nés. — M. HOWALSKI. Complication exceptionnelle des kystes ovariens. — M. TANTIN. De l'induration œdémateuse du col. — M. BARTIGUEPEYROU. Pneumothorax artificiel et travail. — M. LE BARS. Quelques interventions itératives abdominales. — M. OGER. Artérites des membres inférieurs et glandes endocrines. — Mlle DELAHAYE. Etude des phlegmons du ligament large et de la gaine hypogastrique.

Thèses vétérinaires. — Lundi 8 juillet. — Jury : MM. Fiessinger, président ; Panisset, Robin. — M. DOMERCQ. De l'extraction alcool-éthérée des lipides du sérum sanguin du cheval.

Mardi 9 juillet. — Jury : MM. Champy, président ; Coquot, Verge. — M. JACQUART. Histogénèse et pathologie comparée de l'épithélioma.

Mercredi 10 juillet. — Jury : MM. Lemierre, président ; Lesbouyriès, Nicolas, Panisset, Verge. — M. RINJARD. Coryza gangréneux des bovidés.

Jeudi 11 juillet. — Jury : MM. Tanon, président ; Lesbouyriès, Létard. — M. PAVLOVITCH. Le mouton yougoslave de Lipe.

## LIVRES NOUVEAUX

La protidémie et la pression osmotique des protides. Recherches expérimentales et applications cliniques (1), par Antoine CODOUNIS, professeur agrégé à la Faculté de Médecine d'Athènes.

Les protides du sang servant de moyen de transport, dans la circulation, aux substances étrangères : antigènes, anticorps, hémolysines, toxines, antitoxines, etc., sont de ce fait étroitement liés aux phénomènes d'immunité, d'immunisation, d'allergie, d'anergie, d'agglutination, etc. L'auteur a suivi une série de recherches systématiques portant sur la protidémie, tant au point de vue physiologique expérimental qu'au point de vue clinique ; il les a groupées et il en présente la synthèse dans ce livre. On conçoit ainsi l'intérêt de cette étude d'ensemble très personnelle, qui éclaire bien des points obscurs et précise un des sujets les plus controversés de la physiopathologie, tel que l'équilibre protidique du sérum sanguin.

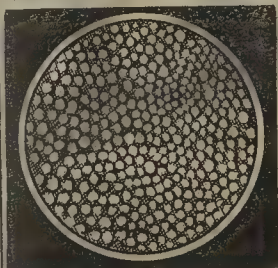
L. G.

(1) In-8 de 242 pages. — Prix : 36 fr. — Paris, Masson et C<sup>ie</sup>.

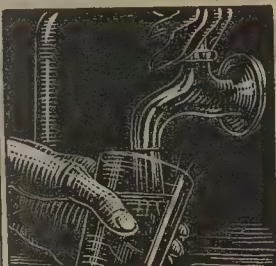
Le Directeur-gérant : Dr François LE SOUD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

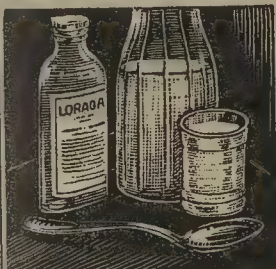




Goutte de Loraga dans laquelle on se rend compte de la ténuité et de la régularité des globules d'huile de paraffine, constituant une véritable émulsion très homogène.



Pour les malades aimant absorber leur médicament dans de l'eau : une cuillerée à soupe de Loraga dans un verre, ajouter de l'eau et boire le tout.



Pour les enfants qui répugnent, par principe, à prendre des médicaments : une ou deux cuillerées à café dans du lait.



"Une émulsion doit couler aisément", dit le bon pharmacien. Le Loraga satisfait à cette exigence sous tous les climats.



# LORAGA

Emulsion originale d'huile de paraffine et d'agar-agar avec phénolphtaléine

## Régulateur physiologique de l'intestin

S'incorpore intimement au contenu intestinal. Donne au bol fécal la consistance et la plasticité normales. Stimule doucement le péristaltisme sans provoquer de spasmes.

**INDICATIONS :** Toutes formes de constipation et à tout âge. — Paresse intestinale au cours de la grossesse et pendant la période de lactation. — Atonie intestinale des vieillards.

**TOLÉRANCE PARFAITE - AUCUNE ACTION SECONDAIRE PAS D'ACCOUTUMANCE NI DE SUINTEMENT HUILEUX**

LITTÉRATURE ET ÉCHANTILLONS SUR DEMANDE A MM. LES MÉDECINS

## LABORATOIRES SUBSTANTIA

M. GUÉROULT, Pharmacien

13, Rue Pagès  
SURESNES (Seine)





LE DIURÉTIQUE RÉNAL PAR EXCELLENCE

# SANTHÉOSE

LE PLUS FIDÈLE, LE PLUS CONSTANT, LE PLUS INOFFENSIF DES DIURÉTIQUES

SES QUATRE FORMES

**PURE**

Le médicament régulateur par excellence, d'une efficacité sans égale dans l'artério-sclérose, la présclérose; l'albuminurie, l'hydropisie, l'urémie.

**PHOSPHATÉE**

L'adjuvant le plus sûr des cures de déchloruration et de désintoxication de l'organisme, dans la neurasthénie, l'anémie et les convalescences.

**CAFÉINÉE**

Le médicament de choix des cardiopathies, fait disparaître les œdèmes et la dyspnée, renforce la systole, régularise le cours du sang.

**LITHINÉE**

Le traitement rationnel de l'arthritisme et de ses manifestations; jugule les crises, enraye la diathèse urique, solubilise les accidents urinaires.

DOSES: 2 à 4 Cachets par jour. — Ces cachets sont en FORME DE CŒUR et se présentent en boîtes de 24.

PRODUIT FRANÇAIS

4, rue du Roi-de-Sicile  
— PARIS —

PRODUIT FRANÇAIS

# BISMUTHOÏDOL

Bismuth colloïdal à grains fins, solution aqueuse

*Procédé spécial aux Laboratoires ROBIN***Injectons sous-cutanées, intra-musculaires ou intra-veineuses**

Immédiatement absorbable — Facilement injectable

**COMPLÈTEMENT INDOLORE**

1 ampoule de 2 cmo. tous les 2 ou 3 jours.

R. G., 221.839, Seine.

**LABORATOIRES ROBIN, 13. Rue de Poissy. PARIS**

Hypertensions  
ET TOUS ÉTATS  
SPASMODIQUES  
DE LA MUSCULATURE  
LISSE

BENZOATE DE BENZYLE

# OLETHYLE-BENZYLE

Le seul en **GÉLULES**  
**CAPSULES**  
**MOLLES**

Littérature - Echantillons - Posologie  
LABORATOIRE CENTRAL DE PARIS  
122, Rue du Faubourg Saint-Honoré, Paris



*La Lancette Française***GAZETTE DES HOPITAUX**

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6<sup>e</sup>. Tél. : Danton 48-31.PUBLICITE : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6<sup>e</sup>) - Téléph. : Luttre 54-93.

## PRIX DE L'ABONNEMENT

## FRANCE

3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.

*Etudiants : 25 francs par an.*

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

## ETRANGER

Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.  
Tous les autres pays : 75 francs.**SOMMAIRE**

## TRAVAUX ORIGINAUX

*Un cas de méningite tuberculeuse chez un enfant vacciné au B C G,*  
par MM. L. BABONNEIX et L. CAVEL.

## HYGIÈNE PUBLIQUE

*Comité permanent de l'Office international d'hygiène publique.*

## SOCIÉTÉS SAVANTES

*Académie des sciences. — Société médicale des hôpitaux. — Société des chirurgiens de Paris. — Société médicale et anatomo-clinique de Lille.*

## CHRONIQUE

*La célébration du cinquantième anniversaire de la première vaccination antirabique.**Banquet de l'Association des anciens élèves de l'Institut d'hygiène de Paris.*

## INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

*Assemblée générale du Syndicat des médecins de la Seine.*

## PRATIQUE MÉDICALE

## LIVRES NOUVEAUX

## NOTES POUR L'INTERNAT

*Volvulus du colon pelvien.***INFORMATIONS**

CITATION A L'ORDRE DE LA NATION. — Le gouvernement de la République cite à l'ordre de la nation :

« M. Martin (Jean-Numa), docteur en médecine, professeur de clinique des maladies des voies urinaires à la Faculté de médecine de l'Université de Toulouse.

Professeur remarquable, clinicien éprouvé, a rendu les services les plus éminents à l'enseignement et à la science.

Est décédé, le 17 avril 1935, d'une septicémie contractée en examinant devant ses assistants et ses élèves un enfant atteint d'érysipèle.

Est mort victime du devoir professionnel et de son dévouement à la science et à l'humanité. »

HÔPITAUX DE PARIS. — DEUXIÈME CONCOURS DE NOMINATION DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX. — *Epreuve de thérapeutique chirurgicale.* — Séance du 4 juillet. — MM. Reinhold, 28; Chabrut et Sicard, 29; Seillé, 28.

Classement des candidats : MM. Sicard, 96; Seillé, 93; Chabrut, 92; Reinhold, 91.

Sont proposés : MM. Sicard et Seillé.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — PARIS. — *Stages complémentaires de vacances.* — L'enseignement pour les stagiaires sera organisé, pendant les vacances du 17 juillet au 31 octobre 1935, dans les services de M. le professeur Clerc à l'hôpital de la Pitié et de M. le professeur Lénormant à l'hôpital Cochin.

MM. les étudiants ayant un stage à compléter devront le plus tôt possible adresser à M. le Doyen une demande rédigée sur papier timbré.

Ils désigneront la date à laquelle devra commencer leur stage : 17 juillet, 17 août, 17 septembre.

Pourront également s'inscrire les étudiants qui, tout en étant en règle au point de vue stage, seraient désireux de suivre un service pendant les vacances.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont promus dans l'ordre de la Légion d'honneur :

GUERRE. — *Est élevé à la dignité de grand officier.* — M. le médecin général inspecteur des troupes coloniales Boyé, inspecteur général du Service de santé des colonies.*Au grade de commandeur.* — MM. les médecins généraux Spick, directeur du Service de santé des troupes du Maroc; Spire, directeur du Service de santé de la 20<sup>e</sup> région; Viala, membre du Comité consultatif des colonies.ASSOCIATION GÉNÉRALE DES MÉDECINS DE FRANCE. — *Bourses familiales du Corps médical* (fondation de M. le docteur Roussel). — Le jury chargé de répartir les bourses de 10.000 fr. mises à la disposition de l'Association générale des médecins de France par le docteur Roussel, en faveur des médecins et veuves de médecins chargés de famille, s'est réuni le 1<sup>er</sup> juillet et a examiné 45 demandes.

Ces bourses ont été attribuées à des confrères pères de 14, 9 et 8 enfants et à des veuves de médecins dont une est restée avec 5 enfants âgés de moins de 16 ans, une autre a

**NATIBAÏNE**

ASSOCIATION DIGITALE NATIVELLE ET OUABAÏNE ARNAUD

LABORATOIRE NATIVELLE, 27, rue de la Procession, PARIS (XV<sup>e</sup>)

perdu son mari récemment ayant 4 enfants dont l'aîné a 13 ans.

Le jury d'attribution était composé de M<sup>me</sup> Jayle, vice-présidente de la Société de femmes et enfants de médecins; M. le docteur Roussel, fondateur; M. le docteur Paul Gallois, représentant l'Association des médecins de la Seine; M. Lanoye, chef du bureau de la natalité au ministère de la Santé publique; M. le médecin lieutenant-colonel Moy, représentant M. le médecin général Cadiot; MM. les docteurs Bongrand, Claisse, Paul Lutaud, Vimont, de l'Association générale des médecins de France; M. Chapon, président de l'A. G., appelé en province, s'était excusé de ne pouvoir présider la séance.

#### PRIX DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX DE PARIS.

— 1<sup>er</sup> Prix Gingeot (1.500 fr.), triennal. — Le concours pour ce prix doit avoir lieu à la fin de l'année 1935. Le sujet mis au concours est le suivant : « Les œdèmes et le métabolisme de l'eau dans les affections du foie. »

Les mémoires, manuscrits ou imprimés, doivent être déposés sur le bureau de la Société, 12, rue de Seine, le premier vendredi de novembre 1935.

Les arrérages permettront, s'il y a lieu, de décerner plusieurs prix.

2<sup>e</sup> Prix Paul Le Gendre (3.000 fr.), triennal. — Le concours pour ce prix doit avoir lieu à la fin de l'année 1935. Le sujet mis au concours est le suivant : « L'enseignement de la déontologie au lit du malade. Comment apprendre aux étudiants à résoudre les problèmes sociaux, psychologiques et légaux de la pratique professionnelle. »

Les mémoires, manuscrits ou imprimés, devront être déposés sur le bureau de la Société, 12, rue de Seine, le premier vendredi de novembre 1935.

AVIS DE CONCOURS. — Il sera ouvert à Paris, au ministère de la Santé publique, un concours pour la nomination de l'inspecteur départemental d'hygiène des Vosges.

Inscriptions avant le 28 juillet 1935 à la préfecture des Vosges. (*J. O.*, 27 juin 1935, p. 6826.)

Le premier Congrès de l'Association pour l'étude des radiations solaires, terrestres et cosmiques sera tenu, sous ce titre, à La Malou (Hérault) du 15 au 18 juillet, sous la présidence d'honneur de M. Gaston Doumergue, et la présidence de M. le professeur Euzière, doyen de la Faculté de médecine de Montpellier.

Le Comité d'organisation et de direction du Congrès est ainsi composé : président, prof. Nobécourt (clinique des maladies de l'enfance à la Faculté de Paris). — Vice-présidents : prof. Leenhardt (clinique des maladies de l'enfance à la Faculté de Montpellier) ; prof. Piéry (chaire de climatologie et d'hydrologie thérapeutique à la Faculté de Lyon) ; prof. Giraud (chaire de pathologie médicale à la Faculté de Montpellier). — Secrétaire général : D<sup>r</sup> M. Faure, directeur des études de l'Association organisatrice du congrès, à La Malou.

Une réunion préliminaire aura lieu dans l'après-midi du lundi 15 juillet à 16 heures. La séance d'ouverture sera tenue le mardi matin 16 juillet. La séance de clôture aura lieu le mercredi soir 17 juillet. Des excursions sont prévues dans les Cévennes aux environs de La Malou.

Nous publierons ultérieurement les comptes rendus des travaux du congrès, qui ne sera d'ailleurs qu'une première session destinée à l'examen des exposés généraux, à la fixation d'un programme d'ensemble, dont les études s'étendront sur une année, et à l'indication des dates et des lieux des sessions suivantes.

**NÉCROLOGIE.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs G. Rieu-Villeneuve (de Paris); Boleslas Motz, professeur honoraire à la Faculté de médecine de Vilno, ancien chef de consultation à l'hôpital Necker dans le service de F. Guyon, sénateur polonais, décédé à Paris dans sa 71<sup>e</sup> année.

## CHRONIQUE

### LA CÉLÉBRATION DU CINQUANTIÈME ANNIVERSAIRE DE LA PREMIÈRE VACCINATION ANTIRABIQUE

Le 6 juillet, l'Institut Pasteur a célébré dans son grand amphithéâtre le cinquantième anniversaire de la première vaccination antirabique par Louis Pasteur.

La cérémonie placée sous le haut patronage du Président de la République, était présidée par M. Ernest Lafont, ministre de la Santé publique. Elle s'est déroulée avec la simplicité qui est de règle dans l'illustre maison, et dans un recueillement vraiment impressionnant et digne de la grande mémoire de Pasteur.

Aux côtés du ministre avaient pris place M. Lacroix, secrétaire perpétuel de l'Académie des Sciences, président du conseil d'administration de l'Institut ; M. Louis Martin, directeur ; M. Charlety, recteur, représentant le ministre de l'Éducation nationale ; M. Achard, M. G. Ramon, M. Pasteur Vallery-Radot, M. Pierre Lépine.

M. Louis MARTIN prend le premier la parole. Il exprime sa gratitude au Président de la République qui a bien voulu se faire représenter, au ministre de la Santé publique, à la Ville qui vient de donner le nom de Pasteur à un quartier de Paris.

Puis il rappelle la mémorable suite de travaux qui, du traitement du charbon conduisit Pasteur à la vaccination antirabique.

M. PASTEUR VALLERY-RADOT, pieux historiographe de son illustre aïeul, a la rare fortune d'exposer aujourd'hui la genèse et le développement de la glorieuse découverte. Il donne lecture de la note émouvante que Pasteur apporta en 1885 à l'Académie des sciences et à l'Académie de médecine.

Cette note — que nous avons publiée dans notre dernier numéro — dit tout ce qu'il fallait dire. M. Pasteur Vallery-Radot n'y ajoute rien et se borne à citer quelques lettres que Pasteur adressait à Mme Pasteur ou à son gendre, et dans lesquelles il exprimait ses espoirs, mais aussi les angoisses qui sont l'honneur de sa vie scientifique. Ce fut simple et très émouvant.

M. Pierre LÉPINE apporta enfin les statistiques du traitement antirabique de 1885 à 1935.

Après un discours du ministre, des médailles de l'Institut Pasteur furent décernées à M. Jules Vialat, le plus ancien collaborateur de l'Institut ; à M. Joseph Meister que sauva Pasteur il y a 50 ans ; enfin à Mlle Olga Jupille, fille du jeune berger qui dut également la vie à Pasteur.

Avant de se séparer, les assistants allèrent déposer des fleurs sur la tombe de Roux et défilèrent recueillis dans la crypte où repose Pasteur.

F. L. S.

### RENSEIGNEMENTS

**COLLÈGE DE GARÇONS. COLLÈGE DE JEUNES FILLES.** Sois-sons. Préparation aux divers baccalauréats. Établissements neufs. Internats tout confort. Hygiène et sports. A 1 h. 1/4 de Paris par le train. Autobus Citroën.

Toux  
Ossphné

**IODEINE MONTAGU**

**OUATAPLASME**

de D<sup>r</sup> L'AYGLEBERT  
PANSEMENT COMPLET  
Phlegmasie, eczémas, brûlures, etc





Toutes les préparations de Digitale, nées ou à naître, ne vaudront jamais, au double point de vue scientifique et pratique, la DIGITALINE CRISTALLISÉE <sup>(1)</sup> dont l'action SÛRE & PUISSANTE, exempte de dangers, a été consacrée déjà par une expérience de 40 années.

HUCHARD

(1) Découverte par NATIVELLE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS

PRIX  
ORFILA  
1872



PRIX  
DESPORTES  
1904

# DIGITALINE NATIVELLE

## CRISTALLISÉE

EMPLOYÉE

DANS TOUS LES HÔPITAUX DE PARIS

La DIGITALINE NATIVELLE CRISTALLISÉE agit plus sûrement que toutes les autres préparations de digitale, elle est et reste l'unité étalon servant à mesurer l'action thérapeutique de tous les médicaments cardiotoniques.

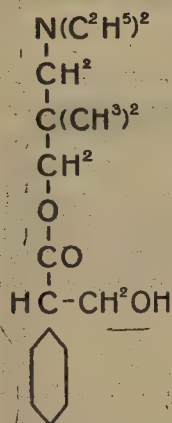
FORMES

Granules au  $\frac{1}{10}$  de milligramme  
Solution au millième

Ampoules au  $\frac{1}{4}$  de milligr. pour injections intramusculaires  
Ampoules au  $\frac{1}{5}$  de milligr. pour injections intraveineuses

LABORATOIRE NATIVELLE, 27, Rue de la Procession, PARIS (XV<sup>e</sup>)

# Syntropan



ester-3-  
diéthylamino-  
2,2-diméthyl-  
propylique de  
l'acide tropique.

## Spasmolytique

## "ROCHE"

Comprimés: 1 à 3 pro die  
Ampoules: 1 à 3 pro die  
Suppositoires: 1 à 2 pro die

Réalisation synthétique de la médication atropinique  
sans mydriase, sécheresse de la bouche etc...

Produits F. HOFFMANN - LA ROCHE & C<sup>ie</sup>, 10, Rue Crillon - PARIS (IV<sup>e</sup>)

# ANGIOLYMPHE

= Principes Actifs d'Orchidées

**Tous ÉTATS DÉFICIENTS - PRÉTUBERCULEUX - TUBERCULOSE**

AUCUNE TOXICITÉ — PAS DE CONTRE INDICATIONS

Injections intra-musculaires indolores — 2 à 5 cc. par séries de 10 à 12 injections

# ARGYCUPROL

= Ag (10 %) + Cu (0,1 %)

Attaque le Gonocoque et les Associations microbiennes

**BLENNORRAGIE** aiguë (traitement abortif) ou Chronique et  
leurs Complications - **AFFECTIONS GYNÉCOLOGIQUES** :  
Métrites simples ou gonococciques, Vulvite, Vulvo-Vagi-  
nites, etc. - **OPHTALMOLOGIE - DERMATOLOGIE**

Injections urétrales, Vaginales, Grands lavages uréthro-vésicaux

**INDOLORE — NON CAUSTIQUE — NE PROVOQUE PAS DE RÉTRÉCISSEMENTS**

Echantillons et Littérature : LABORATOIRES de l'ANGIOLYMPHE, 4 bis, rue Hébert, COURBEVOIE



## UN CAS DE MÉNINGITE TUBERCULEUSE CHEZ UN ENFANT VACCINÉ AU B C G

Par MM. L. BABONNEIX et L. CAVEL.

Il y a quelques mois, un journal de médecine ouvrait « une enquête sur l'apparition de méningite tuberculeuse après le B.C.G. » (1). Questionné, comme tant d'autres pédiatres, l'un de nous n'avait pu que faire une réponse négative. Depuis la publication de l'enquête, il a eu l'occasion, avec M. le Dr Cavel (de Villeneuve-le-Roi), de suivre un nourrisson de neuf mois, correctement vacciné au B.C.G. dès la naissance, chez qui apparut, en décembre 1934, un état fébrile, d'abord attribué à une pyélonéphrite colibacillaire et dû, en fait, à une infection tuberculeuse, comme le montrèrent la terminaison par méningite et la présence de bacilles de Koch dans le liquide céphalo-rachidien.

\*\*\*

OBSERVATION. — M. Yvette, née en février 1934.

A. H. — La mère n'a jamais eu d'affection pulmonaire. Pendant la grossesse, au 4<sup>e</sup> et au 7<sup>e</sup> mois, elle a été atteinte de violentes douleurs lombaires avec fièvre élevée : pyélonéphrite, a diagnostiqué le médecin.

Le père est en parfaite santé.

La grand'mère maternelle, âgée de 43 ans, a eu, à l'âge de 16 ans, une pleurésie. Des examens radiologiques, pratiqués depuis lors, n'ont révélé aucune atteinte pulmonaire.

Le mari d'une tante du côté maternel, en traitement pour tuberculose pulmonaire, avec bacilles de Koch dans les crachats, aurait été en contact 3 fois avec l'enfant.

A. P. — Née à terme, en février 1934, à la fondation Cognacq-Jay. Prend du B.C.G., trois ampoules, de 2 jours en 2 jours, au cours de la première semaine.

Nourrie au lait de vache, puis au lait Nestlé, reste en bonne santé jusqu'en novembre 1934.

H. de la M. — A cette date, l'un de nous est appelé parce que l'on a constaté, chez la petite Yvette, depuis quelques jours, une fièvre légère (38°). L'examen ne montre que quelques petits ganglions axillaires et inguinaux, et un peu de pus dans le cavum.

La température se maintient pendant une huitaine de jours au voisinage de 37°8-38°, puis tout rentre dans l'ordre.

L'enfant reste en bonne santé apparente pendant un mois. Vers le 15 décembre 1934, le médecin est appelé à nouveau pour les mêmes phénomènes : fièvre légère, ne dépassant pas 38°, très léger fléchissement de l'état général. Les examens effectués à cette époque ne révèlent encore aucun phénomène anormal intéressant les poumons, le système nerveux, le tube digestif, foie, rate.

En présence de cette fièvre cryptogénétique, plusieurs examens sont pratiqués : examen bactériologique de l'exsudat pharyngé : négatif en ce qui concerne le bacille de Loeffler ; examen cytotuberculeux et clinique des urines : ni pus, ni albumine, ni germes ; examen des oreilles : tympanes normaux.

La cuti-réaction est fortement positive, ce qui ne semble pas surprenant, en raison de la vaccination par le B.C.G.

De la fin décembre à la fin janvier 1935, l'état est stationnaire, l'enfant ne semble pas malade, garde un bon état général, mais sa température reste au-dessus de la normale, et, à trois reprises, on note une cloche à 38°5.

Le 7 février, poussée fébrile à 40°5, l'état général reste excellent. L'examen systématique des différents appareils ne montre rien d'anormal. Un spécialiste d'O.R.L. est appelé. Il ne note rien d'anormal, mais pratique cependant une paracentèse bilatérale, qui reste sans effet.

Les jours suivants, la fièvre persiste et l'on constate quelques vomissements.

Le 15 février, un nouvel examen des urines est pratiqué, ainsi qu'un examen radiologique des poumons, au dispensaire de Villeneuve-Saint-Georges, qui ne montre rien d'anormal.

Le 17 février, résultat de l'analyse d'urines (laboratoire Bailly), qui montre du pus et quelques colibacilles. On prescrit du vaccin anticolibacillaire (Duchon), puis de l'uroformine. L'état reste stationnaire. Un nouvel examen d'urines, pratiqué à la fin de février, montre du pus et quelques bactéries saprophytes ; absence de colibacilles.

Quatrième examen d'urines le 13 mars : il montre à nouveau la présence de pus et de colibacilles ; un auto-vaccin est préparé.

Le 18 mars, la petite malade entre à l'hôpital Saint-Louis. Examen du docteur Gouverneur, qui trouve dans les urines, recueillies par la sonde, du pus en assez grande quantité, des cylindres, des hématies, mais sans le moindre germe.

A la sortie de l'hôpital, le traitement anticolibacillaire est continué. La fièvre se maintient à 39°. La petite malade pousse des cris fréquents, vomit ses biberons, refuse le lait. On la nourrit au babeurre et au lactosérum qu'elle semble prendre plus volontiers. Cependant, on ne note, à l'examen, aucun phénomène nouveau, en particulier, pas de réactions méningées ni de tension de la fontanelle, en dehors des cris de l'enfant.

Le 24 mars, une nuit très agitée avec cris incessants. On constate un strabisme interne et une légère raideur. Une ponction lombaire est pratiquée immédiatement : liquide clair, semblant hypertendu. Elle semble soulager l'enfant, qui ne pousse plus de cris.

Le résultat du laboratoire Bailly parvient le lendemain : présence de bacilles de Koch.

Un traitement par l'allergine est institué le jour même, aux doses indiquées, par téléphone, par le docteur Jousset : 1 cc. le 25, 2 cc. les 26 et 27.

Il n'y a aucune réaction appréciable. L'enfant reste inerte dans son berceau, le regard fixe, immobile. La raideur augmentée. L'état général décline rapidement.

A partir du 28 mars, on ne peut plus l'alimenter par la bouche, même par cuillerées à café (les parents notent qu'elle « s'étroglé »). La paralysie oculaire est la même. Il y a une déviation de la tête du côté droit. La respiration devient bruyante.

Le 1<sup>er</sup> avril, ascension thermique à 40°2, puis, le soir, à 41°8, et mort à 20 h. 45.

\*\*\*

Sans doute, pourrait-on nous objecter qu'il manque à ce cas l'identification du germe, et qu'ainsi nous ne savons à quelle race appartenaient les bacilles de Koch trouvés dans le liquide céphalo-rachidien. Il n'en reste pas moins qu'un enfant correctement vacciné au B.C.G. a succombé, vers le quatorzième mois, à une méningite tuberculeuse typique.

Ce cas est d'autant plus intéressant que les parents sont en bonne santé et que, seul, un oncle par al-

(1) Enquête effectuée par M. G. SCHREIBER, *La Clinique*, avril 1935 (B), p. 137-147.



liancé est atteint de tuberculose pulmonaire ouverte. Il n'a pas été souvent en contact avec l'enfant, mais ne trouve-t-on pas, dans les ouvrages spéciaux et, en particulier, dans le classique ouvrage de MM. Péhu et Dufour, des exemples de contamination après contact très court : un quart d'heure parfois ? (1) Si cette hypothèse est exacte, l'observation de la petite M. renforcera l'opinion de ceux pour qui la vaccination au B.C.G. ne peut donner de bons résultats que si, pendant deux mois au moins, l'enfant est séparé de toute personne tuberculeuse ou même suspecte. De toutes façons, elle mérite d'être versée aux débats, car ce n'est qu'après la discussion importante et objective de faits analogues qu'on pourra se faire une opinion sur la valeur de la méthode introduite dans la science par MM. Calmette et Guérin, et qui a, comme on sait, soulevé tant de discussions passionnées.

## HYGIÈNE PUBLIQUE

### COMITÉ PERMANENT DE L'OFFICE INTERNATIONAL D'HYGIÈNE PUBLIQUE<sup>2</sup>

Le Comité permanent publie le compte rendu de sa session extraordinaire d'avril-mai 1935.

Le Comité a étudié d'abord la *Convention sanitaire internationale pour la navigation aérienne* qui entre en vigueur le 1<sup>er</sup> août 1935 et qui marque une date par l'unification des règlements sanitaires applicables au trafic aérien.

Après l'examen d'un certain nombre de questions : pathologies de santé, dératisation, pèlerinage de la Mecque — qui cette année, malgré une grande affluence, montre un état sanitaire particulièrement satisfaisant, — maison de marins, trafic des stupéfiants, etc., le Comité a abordé les grandes questions d'épidémiologie.

**Peste.** — Pour répondre aux préoccupations exprimées par le Gouvernement de l'Afrique du Sud, lors de la Conférence du Cap en 1932, l'Office a réuni des données sur la situation actuelle de la peste en Afrique, et M. Ricardo Jorge, délégué du Portugal, s'est chargé de présenter un aperçu général de son histoire contemporaine dans le continent africain. La première partie de ce travail a été exposée au Comité dans la présente session. Elle rappelle que la peste ancienne, qui frappait presque exclusivement la région méditerranéenne, a disparu dans la seconde moitié du XIX<sup>e</sup> siècle, sauf dans une partie de l'Est africain (Ouganda, Est africain allemand). Une nouvelle peste est entrée en 1899 par les ports en Egypte (Alexandrie), en Algérie (Philippeville), en Mozambique (Lourenço-Marquès), puis en 1900 dans l'Union de l'Afrique du Sud. Elle a pénétré en 1902 dans le Kenya, au moment de l'ouverture du chemin de fer de Mombassa à Kisumu (Lac Victoria), et de 1908 à 1924 dans divers pays de l'Ouest africain. Depuis 1924, pas d'invasion nouvelle. Cette peste n'a pas l'agressivité de la peste ancienne ; elle est restée presque toujours confinée aux ports, sans produire de grandes hécatombes, et a laissé indemnes de vastes territoires. Quelques foyers intérieurs se sont toutefois établis : celui de l'Egypte, occupant surtout la région d'Assiout ; celui du Maroc (régions des Doukkala, de la Chaouia, des Abda) ; celui du Lac Victoria, qui s'étend

aux territoires de l'Ouganda, du Kenya, du Tanganyika et auquel se rattache le petit foyer de l'Ituri au Congo belge ; celui du Sénégal ; et enfin celui de l'Afrique du Sud, qui offre ce caractère particulier d'être surtout une infection des rongeurs sauvages, avec peu de cas de peste humaine. Deux régions seulement ont été atteintes par des épidémies graves, l'Ouganda et le Sénégal ; elles fournissent, selon les années, une proportion des deux tiers aux 9/10 des cas africains (52.000 décès de 1910 à 1929 dans l'Ouganda ; 15.000 au Sénégal en 1920). Depuis 1932, le déclin est très appréciable dans ces deux régions, mais il y a eu en 1934 une recrudescence au Sénégal. Actuellement les ports paraissent libres de peste, sauf peut-être Dakar, qui s'assainit progressivement. Le seul point inquiétant est la persistance, et la progression vers le Nord, de l'infection de gerbilles et autres rongeurs sauvages dans l'Afrique du Sud. La règle est toujours en Afrique qu'une épidémie est précédée d'une épizootie et, si l'on excepte la « peste selvatique » de l'Afrique du Sud, les animaux atteints sont surtout le *Rattus norvegicus* et le *Rattus rattus*, dans l'Ouganda le *Mastomys coucha*, supplanté peu à peu par un rat noir, *Rattus hijabius*. Les autres espèces, tant domestiques que sauvages, ne jouent qu'un rôle restreint. La principale puce vectrice est *Xenopsylla cheopis* et dans l'Ouganda *X. brasiliensis*. La transmission interhumaine, par la puce *P. irritans* principalement, est bien établie pour certaines séries de cas au Maroc ; elle a pu intervenir exceptionnellement en Algérie, au Sénégal. Quant à la transmission de l'infection à l'homme par des puces libres, c'est-à-dire vivant dans les terriers inhabités, les poussières de céréales, les toiles de sacs, elle semble possible, mais bien rare. La seconde partie de cette étude sur la peste en Afrique comprendra les formes cliniques, les influences qui dominent l'évolution de la peste dans ce continent, et la prophylaxie.

Il est vraisemblable que l'efficacité de la vaccination antipesteuse dépend dans une certaine mesure de l'activité des vaccins employés. On s'est préoccupé depuis plusieurs années, à l'Institut Haffkine de Bombay, d'élaborer un procédé biologique de titrage des vaccins antipesteux. Ces recherches ont abouti à une méthode consistant à déterminer quelle est la plus petite quantité du vaccin à titrer qui immunise 3 souris blanches sur 5 contre une dose standardisée de bacilles pesteux. Cette quantité peut être fixée avec une grande précision ; les vaccins de diverses origines éprouvés à l'Institut Haffkine présentent entre eux des différences notables d'activité (dose minima 0,001 à 0,1 cm<sup>3</sup>).

La vaccination avec un vaccin vivant a pris une grande extension à Java. Ce vaccin est préparé par le Dr Otten à l'Institut Pasteur de Bandoeng, avec une souche de bacille pesteux devenue spontanément avirulente. Il protège le rat et le cobaye dans une proportion de 80 à 90 p. 100 des animaux vaccinés. Dans une première application à l'immunisation de l'homme, on a, dans un district contaminé, vacciné la moitié de la population (37.500 personnes). La proportion de cas de peste a été de 0,6 p. 1.000 chez les vaccinés contre 3,5 p. 1.000 chez les témoins, la létalité respectivement de 14 et 85 p. 100. Après cette expérience, 400.000 vaccinations ont été effectuées et l'on se propose de vacciner avant la mousson d'automne toute la population de la région atteinte.

**Choléra.** — Les travaux de Linton, effectués pendant les 4 dernières années à l'Institut d'Hygiène et de Santé publique All India, à Calcutta, ont apporté des notions entièrement nouvelles pour la différenciation des vibrions cholériques et cholériformes. Ils abordent le problème par la détermination de certains constituants chimiques des vibrions. Linton a réussi à caractériser dans les divers groupes de vibrions trois polysaccharides et deux protéines. Presque tous les vibrions cholériques vrais renferment le

(1) M. Péhu et A. DUFOURT. *La tuberculose médicale de l'enfance*. Paris 1927, in-8°, p. 56.

(2) Office international d'hygiène publique, 195, boulevard Saint-Germain, à Paris. — Directeur : M. Abt.



polysaccharide I et la protéine I ; chez un petit nombre on trouve le polysaccharide II et la protéine I. Les vibrions des eaux non agglutinables contiennent le polysaccharide II et la protéine II, les vibrions du type El Tor, le polysaccharide I et la protéine II. Les souches renfermant la protéine II sont peu pathogènes ou ne le sont pas du tout. Quand une souche passe du type lisse au type rugueux, la proportion de polysaccharide diminue. Enfin dans des variantes issues de diverses souches (Rangoon, Bassorah), Linton a trouvé un troisième polysaccharide avec la protéine II ; dans certaines, il y a deux polysaccharides, appartenant probablement à deux types de vibrions, qui prédominent tour à tour, prédominances entraînant des changements dans les propriétés de la culture (agglutinabilité, résistance au bactériophage). L'analyse de ces constituants chimiques semble permettre de classer à coup sûr un vibron dans un groupe déterminé et de le différencier nettement de vibrions dont il possède certaines propriétés considérées comme caractéristiques (agglutinabilité). La portée pratique de ces nouvelles méthodes d'examen n'est pas encore établie ; mais elles apportent déjà beaucoup de lumière dans la question si difficile des relations entre les vibrions cholériques vrais et les vibrions agglutinables mais non pathogènes, ou non agglutinables, et dans celle des variations des vibrions cholériques.

Une méthode rapide de diagnostic des vibrions cholériques, déjà employée avec succès pour les bacilles paratyphiques, a été mise au point par le Dr Wassén, de Gothenbourg. On ensemence en piqure dans une gélose semi-solide ; les vibrions se répandent dans le milieu plus vite que les espèces moins mobiles et viennent former à l'état pur la périphérie du nuage microbien. On peut identifier un germe en disposant, à une certaine distance de la zone ensemencée, des bandelettes de papier imprégnées d'antisérum spécifiques ; les bacilles homologues s'immobilisent au contact du sérum correspondant et forment une membrane au voisinage de la bandelette. Le résultat peut être obtenu en 5 à 15 heures ; il n'est pas aussi souvent positif que lorsqu'on emploie le procédé classique de la culture en eau peptonée suivie d'ensemencement sur la gélose Dieu-donné, mais il est plus rapide.

**Fièvre jaune.** — Il n'y a eu que quelques cas de fièvre jaune dans le dernier trimestre de 1934 et le premier de 1935, en Afrique (Gambie, Côte de l'Or, Côte d'Ivoire, Nigeria, Niger) et en Amérique (au Brésil dans les Etats de Matto Grosso et de Goyaz, en Colombie à Restrepo). Depuis 5 ans, la fièvre jaune n'a existé dans aucun port important de l'Amérique du Sud.

Au Brésil, dans la vallée de Chanaan, Etat d'Espirito Santo, on a constaté, en 1932, 83 cas suspects, 9 décès, et sur le plateau de Matto Grosso, en 1934-1935, 90 cas suspects, 8 décès. Cette dernière épidémie s'est développée dans une population de 700 habitants, disséminés sur une surface de 1.500 kilomètres carrés ; on ne trouve que peu de moustiques dans la région et pas d'*Aedes aegypti* ; réservoir de virus et mode de propagation restent inconnus. L'activité du « service anti-amaril coopératif », qui associe les efforts de l'administration sanitaire brésilienne et de la Fondation Rockefeller, sous l'énergique direction de celle-ci, en tout cas conduit à concevoir qu'il existe dans l'Amérique du Sud deux formes de fièvre jaune : la maladie classique, à localisations urbaines et côtières, qui produit des épidémies meurtrières et dont l'agent de transmission est l'*Aedes aegypti* ; et la fièvre jaune rurale, évoluant à l'intérieur du continent, à manifestations le plus souvent bénignes, atteignant des populations clairsemées, dont les modes de conservation du virus et de propagation sont encore des problèmes.

On continue à employer en Angleterre la méthode associant le virus amaril et l'immun-sérum. On se sert habi-

tuellement de sérum de cheval hyperimmunisé ; mais pour éviter les réactions sériques, parfois violentes, on éprouve la sensibilité des sujets par l'injection intradermique de 0,1 cm<sup>3</sup>, et s'il y a une réaction, on emploie de l'immun-sérum humain. Le procédé de vaccination de Laigret (virus atténué, sans sérum) continue à être appliqué à une grande échelle en Afrique Occidentale Française.

Le Comité a pris connaissance des observations du Dr Max Theiler, de la Fondation Rockefeller, sur la vaccination anti-amarile avec le virus seul, sans association de sérum.

Les milliers de vaccinations pratiquées avec le vaccin Laigret montrent que ce vaccin est bien supporté par les adultes ; les enfants sont peut-être plus sensibles. Il semble que la méthode pourrait être perfectionnée par l'emploi d'un virus moins pathogène.

Le Comité a exprimé à nouveau l'avis que pour juger de l'efficacité de la vaccination anti-amarile, il fallait suivre pendant longtemps les vaccinés dans leur existence en région endémique. En attendant, l'application de la vaccination ne doit entraîner aucun relâchement des autres mesures anti-amariles.

**Variole.** — La Commission de la variole a examiné une thèse, d'après laquelle les revaccinations seraient inutiles : l'immunité consécutive à la première vaccination durerait toute la vie et les personnes qui perdent cette immunité présenteraient un type, peu fréquent, d'immunité antivariolique instable. Cette thèse a été rejetée à l'unanimité.

**Typhus exanthématique.** — Une étude sur les caractères du typhus endémique et épidémique en Algérie a été présentée. Il existe quelques foyers permanents, surtout dans le Sud et le Sud-Est du département de Constantine, dans des régions particulièrement pauvres. La maladie se propage dans l'ensemble du pays surtout à la faveur de conditions économiques défavorables, dans les années déficitaires. Les cas légers ou inapparents sont nombreux. Il existe une organisation permanente pour le dépistage des cas, l'isolement des malades, la désinsectisation. Des observations très intéressantes ont été faites en Roumanie au sujet du typhus inapparent. Dans un groupe de 20 sujets, 6 ont été atteints de typhus ; chez les 14 autres, la réaction de Weil-Félix était positive, et chez 8 d'entre eux, le sang était infectant pour le cobaye. Le virus provenant de 2 de ces sujets, recueilli dans le cerveau du cobaye, a été employé pour le traitement pyréthérapique d'un malade mental. Il n'a provoqué aucune réaction, bien que le sang du malade ait pu infecter le cobaye ; après passage sur un rat, et deux cobayes, ce virus a déterminé chez un autre sujet une réaction fébrile typique, sans autres symptômes du typhus, avec Weil-Félix positif. Ces faits font apparaître l'utilité de la désinsectisation étendue aux contacts des malades ; peut-être expliquent-ils la persistance de l'endémicité typhique malgré les périodes de disparition de la maladie apparente.

Une maladie caractérisée par une série d'accès fébriles, à intervalles de 2 ou 3 jours, avec douleurs des muscles et des os, a frappé plusieurs des collaborateurs de Weigl, vaccinés eux-mêmes contre le typhus, à l'Institut de Biologie générale de l'Université de Lwow. La réaction de Weil-Félix était négative ; mais les poux qui avaient piqué les malades étaient infectés par une *Rickettsia* particulière. La maladie, dénommée *Rickettsiaema Weigli* a quelque analogie avec la fièvre des tranchées.

**Psittacose.** — On a constaté en France, à Limoges, en janvier, une petite épidémie : 9 cas dont 4 mortels.

**Diphthérie.** — Le pourcentage de croups et diphthéries trachéo-bronchiques est élevé : 36,4, avec une létalité de 45,9 p. 100. La létalité moyenne de la diphthérie atteint en conséquence à Bucarest 22,9 p. 100, et 13,6 p. 100 en



déduisant les malades décédés dans les 24 premières heures après l'entrée à l'hôpital. La scarlatine a été souvent associée à la diphtérie : 9,6 p. 100 des cas dans l'ensemble, mais 19,3 en 1930 et 14,6 en 1934, avec une létalité moyenne de 43 p. 100. On a employé pour le traitement 30.000 à 120.000 unités dans les cas moyens, 40.000 à 160.000 dans le croup, 100.000 à 480.000 dans les diphtéries malignes. Dans ces dernières, l'adjonction de sérum antigangréneux a donné de bons résultats. — En Suède par contre, alors qu'en 1916 on a compté 14.000 cas, il ne s'en produit actuellement que quelques dizaines par an. — En Allemagne, la maladie est en augmentation : 110.000 cas en 1934. La vaccination en masse des enfants est considérée comme le seul moyen d'enrayer cet accroissement.

*Vaccination per os contre la dysenterie et la fièvre typhoïde.* — La vaccination par voie orale — trois doses de vaccin en émulsion — a été employée en Yougoslavie dans les épidémies de dysenterie des garnisons de Skoplje et de Sarajevo, et sous la direction de l'Institut d'Hygiène de Zagreb dans un certain nombre d'épidémies de dysenterie et de fièvre typhoïde, atteignant le personnel d'usines importantes ou la population de divers villages. En général, les épidémies de dysenterie ont été arrêtées quand on employait un vaccin préparé avec des souches isolées de l'épidémie même ; les résultats étaient moins bons avec des vaccins hétérologues. Les vaccins antidysentériques-antityphiques mixtes n'ont pas eu d'influence appréciable contre la fièvre typhoïde ; il n'est pas recommandable de les employer. Quant aux entérovaccins antityphiques, homologues ou hétérologues, les résultats obtenus ne sont pas suffisamment clairs pour justifier une opinion définitive.

*Poliomyélite.* — L'épidémie de poliomyélite qui a débuté au Danemark en 1933 et a pris en 1934 une grande extension a donné lieu à beaucoup d'observations intéressantes. Elle a procédé par foyers, à côté desquels d'autres régions restaient exemptes, et où subsistait ensuite une immunité locale telle que l'année suivante la maladie n'y apparaissait plus. La courbe saisonnière a présenté en 1934 son maximum en septembre. A la même époque ont été faites beaucoup de déclarations (obligatoires) de grippe, d'angine et de « fièvre ». Ces déclarations ont suivi la même marche que celles de poliomyélite, sauf que la grippe et l'angine ont présenté ensuite en décembre et janvier la recrudescence saisonnière habituelle à ces maladies. On peut en conclure qu'au début de l'automne la plupart des cas de grippe, angine, « fièvre », étaient des cas abortifs de poliomyélite. Il a été fait un large emploi du sérum de convalescent.

*Tuberculose.* — Une étude statistique de la mortalité par tuberculose vient d'être faite en Italie, en calculant les taux par groupes d'âge et par sexes, rapportés au nombre de personnes de même âge et de même sexe. Par rapport à l'âge, il y a deux zones critiques, 0 à 4 ans pour la tuberculose extrapulmonaire, 20 à 40 ans pour la tuberculose pulmonaire. C'est pour le groupe de 0 à 4 ans que le fléchissement de la mortalité tuberculeuse est le plus marqué ; elle a diminué des deux tiers de la période 1900-1912 à la période 1930-1932, alors que la régression pour l'ensemble de la population, de 1889 à 1930, est de 50 p. 100. Cette régression s'accélère dans les dernières années, pendant lesquelles un effort considérable a été fait contre la maladie. La construction de sanatoriums, hôpitaux, centres de traitement, dispensaires, a absorbé un milliard et demi de lires en cinq ans. Cette année-ci, on a déjà procédé à l'examen clinique et radiologique de 300.000 enfants, avec le concours de 3.000 médecins. Une nouvelle forme de campagne a été inaugurée, la « Semaine nationale du diagnostic précoce ».

En Suède, dans la province de Norrbotten, 7.765 enfants

nouveaux-nés, sur 29.338 (26,5 p. 100) ont été vaccinés de 1927 à 1933 par le B C G. Le pourcentage des décès survenus chez ces enfants à la date du 31 décembre 1933 était de 4,1 chez les vaccinés et de 8,8 chez les non-vaccinés. Cette diminution de la mortalité totale ne s'explique que par le développement d'une immunité spécifique, à moins qu'on n'invoque l'existence d'un facteur encore totalement inconnu ; en effet, les enfants vaccinés ne sont pas moins atteints que les autres des maladies infectieuses infantiles et les enfants de constitution faible n'ont pas été éliminés de la vaccination. Quant aux décès par tuberculose, la proportion est de 0,1 p. 100 chez les vaccinés, 0,5 chez les non-vaccinés ; la différence est plus forte à partir de la seconde année que dans la première année. On conclut de cette expérience que la protection contre la tuberculose par la vaccination est certaine.

*Paludisme.* — La plus violente des épidémies de paludisme qui soit connue à Ceylan a sévi à partir de la première semaine d'octobre 1934, dans la zone humide du Sud-Ouest. Cette région, traversée par trois grandes rivières, Dedura Oya, Maha Oya et Kalani Ganga, est habituellement moins atteinte que la zone sèche du Nord-Est de l'île ; l'indice splénique est de 20 p. 100 et dans les plaines de 5 p. 100 seulement. Mais la malaria frappe plus sévèrement les années de sécheresse. En 1934, la mousson Sud-Ouest a presque entièrement fait défaut pendant le printemps et l'été ; la recrudescence du paludisme était prévue pour l'automne, mais a dépassé les prévisions : plus d'un demi-million de personnes avaient été atteintes à mi-décembre. Les marécages, grands étangs et cours d'eau s'étaient transformés en milliers de petits bassins d'eau claire et dormante, éminemment favorables à la pullulation de l'*Anopheles culicifacies*, seul transmetteur de l'hématozoaire à Ceylan. Les autres facteurs d'intensité de l'épidémie sont le défaut d'immunisation de la population et la mauvaise récolte de riz résultant de la sécheresse. La mortalité a été peu élevée, 1,5 p. 100 pour l'ensemble de la région, presque tous les cas relevant de la tierce bénigne. L'épidémie a décliné de la deuxième semaine de décembre 1934 au mois de mars 1935, puis a repris en avril. Il s'agit probablement des rechutes que les malariologistes anglais appellent « récurrentes » et considèrent comme inévitables 6 à 8 mois après la guérison de la première atteinte de tierce bénigne.

Une vue d'ensemble sur le problème du paludisme en Italie, tel qu'il se pose à l'heure actuelle, a été présentée au Comité. La statistique de la mortalité malarique de 1887 à 1931 fait apparaître une diminution de près de 90 p. 100. La morbidité est plus difficile à estimer, pour l'ensemble de la population ; mais elle est bien connue pour des groupements spécialement surveillés : personnel des chemins de fer, armée. Elle est passée de 32,22 p. 1.000 en 1898 à 1,5 en 1928 pour l'armée, de 22 p. 100 en 1920 à 4,59 en 1932, pour les agents des chemins de fer. Dans l'histoire, l'incidence du paludisme a varié suivant un rythme qui se manifeste dans le plan des saisons, des groupes d'années, des siècles, des époques. La campagne romaine a ainsi été violemment éprouvée au III<sup>e</sup> siècle avant notre ère, après la chute de l'Empire romain, au IX<sup>e</sup> siècle, au XIII<sup>e</sup> siècle, de 1600 à 1750, dans la première moitié du XIX<sup>e</sup> siècle. Dans la seconde moitié du XIX<sup>e</sup> siècle, il y a eu régression générale, avec des poussées de recrudescence. Depuis la période de 1900 à 1904, dans laquelle sont nées les lois contre le paludisme, la chute de la courbe s'est accélérée. Les mesures antipaludiques actuelles forment deux groupes : celles qui visent la protection des populations exposées et celles qui concernent la bonification. Les premières comportent la déclaration de zone endémique ; la constitution d'un Comité provincial de lutte antimalarique ; l'assistance antimalarique comprenant l'administration des médicaments, les visites à domicile, la fréquentation du dispensaire, l'examen



du sang, l'hospitalisation s'il est nécessaire ; les prescriptions relatives à la protection mécanique des maisons contre les moustiques ; la lutte antilarvaire. Quant à la bonification, le principe en remonte à 1882 ; mais au début elle visait à tort l'assèchement des marais et eaux stagnantes. Depuis les lois de 1923 et 1928, une conception bien préférable a prévalu : régulariser et non supprimer les cours d'eau, étendre les mesures à toutes les terres en mauvais état en vue d'arriver à un assainissement complet et permanent de la terre. De 1922 à 1932, 5.551.800.000 lire ont été dépensées pour cette *bonification intégrale*. La déclaration de zone endémique a pu être rapportée pour 115 communes appartenant à 13 provinces. L'œuvre la plus remarquable est la création de la province nouvelle de Littoria dans l'Agro Pontino, avec ses 215.000 habitants, ses 28 communes et ses trois villes de Littoria, Sabaudia et Pontinia.

Le Comité examine ensuite diverses communications relatives à la Leishmaniose viscérale, à la Tularémie, à l'Ankylostomiase.

*Lymphogranulomatose inguinale.* — Comme suite aux informations communiquées à la session précédente sur cette maladie, de nouvelles données ont été soumises au Comité, par les délégués de l'Algérie et des Etats-Unis. A Alger, une cinquantaine de cas ont été observés dans ces dernières années. Plusieurs ont été reconnus chez des indigènes dans les campagnes. On a signalé 2 cas d'origine non vénérienne, chez des enfants de 2 et 9 ans. Aux Etats-Unis, quoique la maladie existe depuis longtemps, elle n'est guère diagnostiquée que depuis 5 ans. Quelques renseignements statistiques montrent que les villes de l'intérieur sont atteintes comme les ports, et qu'une forte proportion des cas de rétrécissement anorectal ont été observés chez des femmes de race noire. On estime que les moyens de lutte employés contre les autres maladies vénériennes doivent être appliqués à celle-ci, c'est-à-dire essentiellement : établissement de centres de traitement pour les indigents, médicaments gratuits pour les indigents, service de laboratoire gratuit à la disposition des médecins et fourniture de l'antigène pour la réaction de Frei, mesures éducatives.

De la documentation actuellement réunie par le Comité, on peut conclure provisoirement que la maladie de Nicolas-Favre mérite de retenir l'attention des services de lutte antivénérienne, mais qu'il est difficile de lui appliquer une prophylaxie efficace et que la gratuité du traitement, recommandable au point de vue humanitaire, serait une charge assez lourde pour la communauté, eu égard au petit nombre de personnes qui en bénéficieraient. Pour le moment, l'action administrative semble devoir surtout s'orienter vers les mesures propres à assurer le diagnostic et partant le traitement précoces : instruction des médecins, mise à la disposition des services antivénériens de l'antigène de Frei ou création de centres régionaux organisés pour pratiquer la réaction à la demande des médecins. La question de la charge du traitement ne peut guère se résoudre que d'après les conditions locales.

*Histoire de la chirurgie française : 1790-1920*, par I. DE FOURMESTRAUX. Grand in-8° de 232 pages, avec une préface du professeur J.-L. FAURE. — Paris, Masson et Cie.

*Barème pour l'évaluation sommaire de l'incapacité partielle et permanente résultant des accidents du travail*, par le Dr Lucien MAYET, 5<sup>e</sup> édition révisée et complétée en collaboration avec le Dr Etienne REX. Petit in-8° de 292 pages avec 31 figures. — Prix : 20 fr. — A. Poinat, 21, rue Cassette, Paris (6<sup>e</sup>).

## SOCIÉTÉS SAVANTES

### ACADEMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 17 JUIN 1935)

*Syphilis expérimentale, ganglions lymphatiques. Formes minuscules du Spirochaeta pallida. Spirochétogène syphilitique.* — M. YERVANTE MANOUÉLIAN.

*L'examen radioscopique en salle éclairée.* — MM. LE-DOUX-LEBARD, LONG et SAGET.

### SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 31 MAI 1935)

*Un cas de cyanose avec polyglobulie. Sclérose primitive de l'artère pulmonaire.* — MM. MEERSSEMAN et FRIESS. Malade, 31 ans, ayant présenté pendant 2 ans une cyanose avec polyglobulie et hypertrophie du cœur droit, succomba à une insuffisance ventriculaire droite rapide. A l'autopsie : végétations endocarditiques récentes de la tricuspide et lésions de sclérose rénale banale, et aussi une artérite diffuse des fines branches de l'artère pulmonaire. Les auteurs croient à une sclérose primitive de l'artère pulmonaire et à une endocardite tricuspидienne terminale. A discuter l'action du traitement radiothérapique sur la polyglobulie.

*Après 10 ans de malariathérapie, contribution clinique et anatomo-pathologique à l'étude de la neuro-syphilis.* — M. PAULIAN (Bucarest) apporte les résultats qu'il a obtenus dans une statistique personnelle de 1.224 malades atteints de différentes neuro-syphilis et qui confirment la valeur de la méthode dont il précise la technique.

*Un cas de néphrite syphilitique secondaire tardive.* — MM. FLANDIN, POUMEAU-DELILLE, LE MELLETIER. A signaler 3 faits. La néphrite s'est accompagnée d'un syndrome cardio-vasculaire transitoire avec tension à 18-12 et bruit de galop gauche ; le syndrome humoral fut celui d'une néphrite hydropyène avec hypochlorémie et inversion du rapport sérine-globuline sans aucun des éléments du syndrome néphrosique ; le traitement fut mal supporté et la guérison incomplète.

*Sur une forme presque latente d'infarctus du myocarde.* — MM. KOURILSKY et MARCHAL. Homme de 67 ans, artério-scléreux, chez qui des troubles légers de la circulation myocardique ont pu être décelés et étudiés par l'électrocardiographie, à l'occasion d'un malaise passager banal, sans défaillance cardiaque, mais accompagné de tachyarythmie. Un enregistrement électrique immédiat montra une onde de Pardec typique malgré la bénignité apparente du tableau clinique. Nausées, fièvre légère, chute brusque de la tension artérielle étaient bien le signe d'un infarctus, mais ces signes ne s'imposaient pas et durent être recherchés. L'onde de Pardec disparut en 10 jours et le malade guérit.

*Bradyarythmie précoce dans une diphtérie écourtée.* — M. RENAUD et Mlle DÜSS. Cette observation particulièrement intéressante, confirme l'opinion suivant laquelle l'imprégnation toxique de la diphtérie est précoce, le malade, en l'espèce, n'ayant eu de bacilles dans la gorge que pendant 3 jours au plus. Elle montre combien l'imprégnation peut être élective puisqu'elle fut sans doute localisée à quelques cellules neuroganglionnaires. A propos du

déclanchement des accidents les plus graves qui se puissent observer pour une simple réaction de Schick, l'observation permet de soupçonner le rôle que joue la sensibilisation dans l'apparition de phénomènes dont elle n'est pas toujours rendue responsable. Elle marque la dissociation possible des deux séries d'accidents que provoque la diphthérie, lésions inflammatoires locales et intoxication que seule une injection précoce de sérum spécifique eût pu empêcher.

**Un cas de résection diaphysaire totale de l'humérus chez un anatomo-pathologique.** — MM. BRULÉ, HILLEMANN, DELARUE, Albert NETTER. Femme de 46 ans, ayant présenté sa première crise d'asthme à 42 ans après une électrocution. Quatre ans après le début des accidents, la malade succomba en pleine crise. A l'autopsie, obstruction complète des bronches de tout calibre par des moules de mucus. Histologiquement, hypercrinie intense avec destruction des cellules bronchiques gonflées de mucus provoquant l'oblitération des conduits aériens par des bouchons muqueux denses. Il existait en outre une éosinophilie locale considérable.

**Fièvre paratyphoïdienne B bénigne à début encéphalitique.** — MM. FERRABOU, CROSNIER et GUICHÈNE. Au début, chez un vacciné, d'une paratyphoïde B, apparition d'un syndrome fait d'un état méningé clinique, d'une paralysie des doigts de la main droite avec troubles sensitifs de l'abolition des réflexes tendineux. Les auteurs pensent que les réactions méningées au cours des états typhoïdes traduisent une encéphalite sans signes propres. La stupeur serait un symptôme encéphalitique.

#### SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

(SÉANCE DU 5 AVRIL 1935)

**A propos de l'anesthésie locale pour la gastrectomie.** — M. Jean LANOS, depuis dix ans, a toujours employé l'anesthésie locale — sans anesthésie régionale — pour la gastrectomie. Il juge cette anesthésie régionale inutile et pense qu'il n'est pas sans inconvénient d'injecter 300 à 400 cc. de solution anesthésique, comme il est de mode de le préconiser actuellement.

**A propos des fistules vésico-sigmoïdiennes d'origine néoplasique.** — M. PAPILLON en communique deux observations. L'émission de gaz par l'urètre au cours de la miction est un des principaux éléments de diagnostic, que l'examen radiologique de l'intestin confirme. Dans un des cas le cancer méconnu a été découvert à la suite des troubles urinaires. L'anus iliaque paraît préférable à la cystostomie quand celle-ci ne s'impose pas absolument.

**Observation d'un cas de luxation palmaire des os de la deuxième rangée du carpe datant de quinze jours. Réduction manuelle.** — M. BRETHONIER communique cette observation, accompagnée de radiographies. La luxation a été réduite assez facilement sous anesthésie générale, sans intervention sanglante, avec un excellent résultat fonctionnel. L'auteur insiste sur la grande rareté de cette variété de luxation médio-carpienne, dont il n'existe que très peu d'observations.

**Corps étranger de l'utérus.** — M. SÉJOURNET en communique deux observations. L'une d'elles est un exemple de tolérance prolongée pendant cinq ans d'un fil de laiton introduit à l'occasion d'un début de grossesse. La seconde se rapporte à une tige osseuse extraite au cours d'un curetage pour rétention placentaire accompagnée d'hémorragies et de début de septicémie. L'auteur dit la relative fré-

quence des corps étrangers de l'utérus, montre qu'il faut les envisager à l'occasion et en dehors de l'état gravide, insiste sur les accidents qui en découlent, les migrations étranges et lointaines qui peuvent se produire, et cite quelques rares exemples où la présence d'un corps étranger, même volumineux, oublié dans l'utérus, n'a pas été incompatible avec une nouvelle fécondation et l'évolution d'une grossesse à terme.

**Un cas de résection diaphysaire totale de l'humérus chez un malade atteint d'ostéomyélite chronique.** — M. ALVARO DE MOSCOSO (de Rio-de-Janeiro, Brésil) communique l'observation d'un malade qui, à l'âge de quinze ans, avait été pris brusquement d'ostéomyélite aiguë de l'humérus. Opération d'urgence par une incision atteignant l'os et évacuation du pus. Puis vingt et un jours après, nouvelle intervention. Il resta trois fistules suppurantes avec un mauvais état général. Le malade entra dans le service d'hôpital de l'auteur, environ deux ans après la première intervention. L'opération montra que l'humérus était creusé de trois grandes géodes. L'auteur dut enlever la presque totalité de l'humérus, gardant seulement une mince coque périphérique d'os sain. Il fit une deuxième opération cinq mois après la première. Le malade guérit et peut se servir utilement de son bras.

#### SOCIÉTÉ MÉDICALE ET ANATOMO-CLINIQUE DE LILLE

(SÉANCE DU 26 MARS 1935)

**Rhumatisme vertébral dorso-lombaire, accompagné d'arthrite des membres inférieurs, chez une diabétique ; traitement par la radiothérapie.** — M. DESPLATS.

**Anévrysme monosymptomatique de l'aorte descendante : douleur dorsale à la toux.** — M. BERNARD.

**Etats psychiques des dysparathyroïdiens.** — MM. PARTURIER, LAUER et SZTROSBERG.

**Paratyronie et syndromes hépato-ovariens.** — M. PARTURIER et Mlle CALVET.

**Paratyronie et tension artérielle.** — MM. PARTURIER, GAMELIN et LAUER.

**Paratyronie et aérophagie.** — MM. PARTURIER, LAUER et SZTROSBERG.

**Nævus verruqueux en bande.** — M. P. DAVID.

**Acétonémie et appendicite.** — M. VEBER.

(SÉANCE DU 9 AVRIL 1935)

**Arachnoïdite de la queue de cheval, laminectomie, amélioration (présentation de malade).** — MM. LANGERON, CAMÉLOT, DESBONNETS, LEDIEU et BATTEUR.

**Myélite du cône terminal, d'origine indéterminée ; évolution rapidement mortelle.** — MM. LANGERON, LEDIEU et BATTEUR.

**Recherches sur l'action des anesthésiques sur le centre respiratoire bulbaire.** — MM. A. LE GRAND et N. HERBAUX.

**Hernie médiastinale de pneumothorax, avec double niveau liquide.** — M. PIN et Mlle LAFFOIX.

**L'hystérogaphie dans le diagnostic gynécologique.** — MM. CALLENS et FOURNIER.



**Cancer primitif massif du poumon gauche, à forme de spléno-pneumonie.** — MM. BERNARD, DELATTRE, GAMELIN et SAGRÉ.

(SÉANCE DU 7 MAI 1935)

**Forme lente et progressivement ascendante des polynévrites infectieuses à virus neurotrope.** — M. LANGERON.

**Un cas d'acrodynie infantile.** — M. WALLOIS.

**Les formes bulbo-protubérantielles de la poliomyélite aiguë.** — M. BERNARD.

**Variations du taux de la vitamine C dans les organes, au cours du scorbut expérimental.** — MM. GIROUD, LEBLOND et CHUG.

**Deux cas de méningocèle occipitale.** — M. LOHÉAC.

## CHRONIQUE

(SUITE)

### BANQUET DE L'ASSOCIATION DES ANCIENS ÉLÈVES DE L'INSTITUT D'HYGIÈNE DE PARIS

Sous la présidence de M. le professeur Tanon, membre de l'Académie de Médecine, le XIII<sup>e</sup> Banquet annuel de cette Association a eu lieu le 22 juin.

M. Camille Blaisot, Sous-Secrétaire d'Etat à la Présidence du Conseil, désireux de témoigner une fois de plus sa sympathie aux médecins et aux hygiénistes, est venu à la fin du repas passer quelques instants avec les diplômés d'hygiène français et étrangers qui, au nombre d'une soixantaine, s'étaient groupés autour de leurs professeurs présents : MM. François Martin, membre du Conseil supérieur d'Hygiène publique de France ; Weill-Hallé, Directeur de l'Ecole de Puériculture de la Faculté de Médecine de Paris ; Joannon et Labbé, professeurs agrégés à la Faculté de Médecine.

Parmi les personnalités qui assistaient à cette réunion, se trouvaient : M. le sénateur Raymond Martin, membre de la Commission d'Hygiène du Sénat ; M. Liard, Secrétaire général de la Préfecture de Police ; le docteur Cavaillon, chargé de la direction des Services centraux d'Hygiène au ministère de la Santé publique ; le docteur Legros ; le docteur Hazemann, médecin inspecteur de l'Office public d'Hygiène sociale ; le docteur Lavaux, président de la Société des Médecins des dispensaires ; M. Dumont, président de la Société des Techniciens sanitaires ; les docteurs Neveu et Cambessedes, médecins des épidémies à la Préfecture de Police ; le docteur Navarre, Sous-Directeur de l'Institut d'Hygiène, etc...

Au dessert, le docteur Clerc, Conseiller technique au ministère de la Marine marchande, président de l'Association ; M. Liard, M. François Martin, M. le sénateur Martin, le docteur Legros, le docteur Weill-Hallé, le professeur Tanon, M. Camille Blaisot prirent la parole.

Le professeur Tanon, pour sa récente élection à l'Académie de Médecine, a reçu les félicitations des divers orateurs. Ceux-ci soulignèrent l'importance du rôle que les médecins hygiénistes sont appelés à jouer en collaboration avec les médecins praticiens, dans l'organisation de la médecine préventive.

Au cours de l'Assemblée générale qui précéda le Banquet, l'Association a procédé à l'élection de son Bureau pour l'année 1935-1936. Celui-ci est ainsi constitué :

Président : docteur Clerc ; Vice-Président (Français) : docteur Vielledent ; Vice-Président (étranger) : docteur Ke-

chavarz (Perse) ; Secrétaire général : docteur X. Leclainche ; Secrétaire général adjoint : docteur Cachera ; Rédacteur en chef du Bulletin : docteur Bourguin ; Trésorier : docteur Royer.

## INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

### ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DU SYNDICAT DES MÉDECINS DE LA SEINE DU 21<sup>e</sup> JUIN 1935

Vendredi 21 juin a eu lieu l'assemblée générale du premier semestre du S. M. S., à 21 heures, dans la grande salle de l'hôtel Chambon, 95, rue du Cherche-Midi, sous la présidence de M. le docteur Bongrand.

Dans une brève allocution, M. Bongrand expose les difficultés que rencontre actuellement l'exercice de la profession médicale, ce sont, notamment : la concurrence inique des hôpitaux et des œuvres subventionnées, soi-disant charitables ; les faveurs injustes accordées aux étrangers, pour s'établir chez nous ; la tolérance inexplicable dont bénéficient les illégaux, au détriment des malades.

Il regrette que le législateur, au lieu de créer un ordre des médecins, n'ait pas rendu obligatoire l'adhésion au syndicat départemental et il conclut par un appel à l'union de tout le corps médical pour conserver ses traditions de moralité et de dévouement qui lui ont valu son juste renom.

M. Lévy, trésorier, présente ensuite le compte rendu financier de 1934, qui est approuvé sans observations et à l'unanimité selon le vœu exprimé par les commissaires aux comptes dans leur rapport.

L'assemblée nomme membres honoraires les D<sup>rs</sup> Bézauguet, Chenet et Millot, puis M. Gibrie fait part des dernières nouvelles concernant les projets législatifs en discussion au Parlement sur l'exercice de la médecine en France par les étrangers. Il montre qu'il ne s'agit pas de xénophobie et que les médecins et les étudiants sont d'accord pour accorder aux étrangers les mêmes droits, du moment qu'ils auront, sans faveurs, rempli les mêmes devoirs.

Plusieurs médecins d'origine étrangère, dans la discussion qui a suivi, ont pu exprimer leurs opinions, après quoi l'assemblée a voté l'ordre du jour suivant, présenté par MM. Hartmann et Tissier-Guy :

« Le Syndicat des médecins de la Seine, réuni en assemblée générale le 21 juin 1935,

« Informé des dispositions manifestées par le Parlement dans les discussions récentes concernant la situation légale des médecins et étudiants étrangers en France ;

« Tenant à affirmer en même temps sa réprobation de tout sentiment xénophobe et son désir de conserver à la médecine française ses qualités traditionnelles ;

« Considérant que les mêmes obligations doivent être imposées pour l'obtention du diplôme d'Etat de docteur en médecine à tous les étudiants, qu'ils soient d'origine française ou étrangère, les uns et les autres devant bénéficier des mêmes droits ;

« Charge son bureau de prendre toutes initiatives nécessaires pour obtenir la réalisation légale de ses revendications. »

M. Cabessa a eu ensuite la parole comme rapporteur de la question de l'ordre des médecins. Il a exposé la genèse et les modalités du projet de loi en cours de discussion au Parlement, critiquant quelques-unes de ses dispositions, notamment celle concernant la juridiction d'appel (art. 46) qui remettrait aux magistrats, nécessairement incompétents, le soin d'apprécier le manquement à nos règles de déontologie.

Le président met ensuite aux voix, par paragraphes, les conclusions suivantes du rapport de M. Cabessa :

« Le Syndicat des médecins de la Seine réuni en assemblée générale le 21 juin,

« Constatant les lacunes et les dangers que présente la loi concernant l'ordre des médecins, votée par la Chambre et adoptée avec modifications par le Sénat le 24 février 1935,

« Emet le vœu :

« 1° Qu'un code de déontologie élaboré en collaboration avec les syndicats départementaux soit adjoint au règlement intérieur de l'ordre ;

« 2° Que le président de l'Ordre soit élu par les membres du Conseil et au sein du Conseil et non directement par les membres de l'Ordre départemental ;

« 3° Que le président du Conseil de discipline soit également élu par les membres de ce Conseil ;

« 4° Qu'un Conseil juridique soit adjoint au conseil de discipline.

« En ce qui concerne la juridiction d'appel :

« 1° Que le droit d'appel appartienne au syndicat départemental habilité au même titre qu'au doyen de la Faculté ;

« 2° Que le Conseil régional d'appel soit constitué :

a) D'un conseiller à la Cour en exercice ou honoraire désigné par le dernier président et faisant fonctions de président ;

b) De 6 médecins élus pour six ans au scrutin majoritaire par tous les médecins électeurs du ressort de la Cour d'appel. » (Adopté.)

M. Drouet estime préférable de s'opposer au vote de la loi créant l'Ordre des médecins plutôt que de la voir fonctionner avec une majorité appartenant aux magistrats.

L'assemblée adopte à la majorité cette manière de voir.

Avant de se séparer à 23 h. 50, l'assemblée générale a désigné les délégués devant représenter le S. M. S. à l'assemblée générale de la Confédération et a complété son conseil de famille en titularisant M. le Dr Pierrot qui y était suppléant.

## PRATIQUE MÉDICALE

### TRAITEMENT DES MANIFESTATIONS ÉPILEPTIQUES PAR UN COMPOSÉ BROMO-CALCIQUE INJECTABLE (1)

Par les docteurs H. DAGAND et G. LE GOARANT.

Les Docteurs H. Dagand et Le Goarant publient une première série de 9 observations d'épileptiques qu'ils ont traités, à l'Asile Saint-Pierre de Marseille, par un nouveau sel bromo-calcique injectable, le bromo-galacto-gluconate de calcium (Calcibronat Sandoz).

Il s'agissait, pour la plupart, d'anciens pensionnaires de l'Asile, épileptiques congénitaux, imbéciles ou dégénérés profonds qui, par la multiplicité et la violence de leurs crises, permettaient de suivre facilement l'action du médicament sur les paroxysmes du mal épileptique. Les auteurs insistent sur le fait que tous ces malades, suivis depuis plusieurs années, s'étaient montrés réfractaires à la phényl-éthyl-malonylurée, administrée à la dose d'au moins 20 centigr. par jour.

Les docteurs Dagand et Le Goarant ont utilisé le Calcibronat Sandoz, en solution à 10 %, à la dose de 10 cc. pro die, injectée par voie endoveineuse, par périodes de 3 à 4 semaines espacées d'un temps de repos d'égale durée.

La médication bromo-calcique a donné des résultats incontestables. Parmi les 9 cas cités, 6 ont été heureusement influencés, tant au point de vue de la fréquence que de

l'intensité des crises. Les effets les plus favorables ont été obtenus dans l'état de mal.

Dans plusieurs cas, les auteurs ont observé une amélioration des autres manifestations de l'épilepsie : troubles confusionnels, impulsions, irritabilité. Toutefois les épilepsies anciennes, avec manifestations démentielles, ne paraissent pas influencées par le traitement.

L'action du Calcibronat ne se manifeste généralement que vers la dixième injection. Par contre, elle persiste après la fin du traitement. Elle est due, pensent les auteurs, à une modification du milieu humoral par l'apport d'ions Ca et Br. Aucune intolérance n'a été notée.

« Nous croyons pouvoir conclure dès maintenant, écrivent les auteurs, que le Calcibronat intraveineux pourra être utilement employé dans les épilepsies réfractaires au gardénal. Son action sur les crises paraît certaine, dans la plupart des cas, si on l'utilise d'une manière suffisamment prolongée et régulière. »

## LIVRES NOUVEAUX

**Précis de thérapeutique et de pharmacologie (1),** par RICHAUD et HAZARD.

Septième édition, depuis longtemps désirée, d'un livre dont le succès ne s'est pas démenti, du premier jour. En dix ans, bien des nouveautés d'antan sont entrées dans la pratique courante. L'étudiant et le praticien trouveront, dégagés de toutes discussions périmées, les renseignements qui fixeront leurs idées, aiguilleront leur choix et leur permettront de faire bénéficier leurs malades des médications nouvelles avec tout le discernement nécessaire à l'emploi de substances actives. Le présent livre contient tout ce qui est utile à la pratique courante et même un peu davantage ; une étude brève et pourtant complète, chimique, pharmacodynamique et posologique suffisante et au delà à la conduite des traitements. Tâche de critique et d'exposition délicate pour qui veut demeurer dans les limites que comporte un tel genre d'ouvrage. L'auteur a brillamment atteint son but.

On ne saurait pourtant séparer la présente édition de celles qui l'ont précédée ; on y retrouvera en effet tout ce qui, dans l'esprit qui guide et enseigne, était dès le premier volume, définitif et en tout temps d'égale valeur.

Le Précis de thérapeutique du regretté professeur Richaud, — remis à la page par l'un de ses élèves préférés, devenu maître à son tour — continuera de trouver auprès de ceux à qui il s'adresse le même excellent accueil dont il est plus que jamais digne.

L. B.

**Les rhumatismes (2),** par H. GRENET, médecin à l'Hôpital Bretonneau, et H. PÉLISSIER, ancien chef de clinique de la Faculté de Médecine de Paris.

Les auteurs s'efforcent d'abord de définir autant qu'il est possible ce qu'il faut entendre par le mot de rhumatisme, car on doit éviter de réunir sous ce nom les états les plus divers et les plus imprécis.

La première partie de l'ouvrage a trait aux *rhumatismes aigus*. On étudie surtout, sous tous ses aspects, la maladie rhumatismale ou maladie de Bouillaud, dont le cadre s'est élargi par la connaissance des formes extra-articulaires.

Les autres rhumatismes aigus sont ensuite passés en revue ; et l'on trouvera entre autres une étude critique du

(1) Collection de Précis médicaux. — Paris, Masson et C<sup>ie</sup>

(2) In-8 de 280 pages. — Prix : 28 fr. — Paris, l'Expansion scientifique française.



# AGOCCHOLINE

(GRANULÉ SOLUBLE)



## CHOLECYSTITES CHRONIQUES CONGESTION DU FOIE

Lithiase biliaire - Ictère et Cholémie

Dyspepsies réflexes - Constipation  
Migraines, Vertiges, Eczéma, Prurit

d'origine  
hépatobiliaire

Posologie : 1 à 3 cuillerées à café le matin à jeun, dans un demi verre d'eau chaude.

LABORATOIRES DU D<sup>r</sup> ZIZINE  
24, 26, Rue de Fécamp - Paris (XII<sup>e</sup>)

TOUTES les Affections du **FOIE** et du **REIN** :  
1 à 2 capsules à chacun des deux principaux repas de :

# CAPARLEM

HUILE DE HAARLEM (au Juniperus Oxycedrus)

QUALITÉ INCOMPARABLE ET ACTIVITÉ INSOUÇONNÉE

Laboratoire Lorrain de Produits Synthétiques purs — **ETAIN** (Meuse)

# PHYTOSPLÉNOL

Reconstituant - Tonique  
Hémopoïétique - Anti-Toxique

Granulés  
ou Dragées

J. PLÉ DOCTEUR EN PHARMACIE - 111<sup>bis</sup> rue de Turenne PARIS 3<sup>e</sup>



rhumatisme tuberculeux aigu, du rhumatisme par *focal infection*, et du rhumatisme protéinique.

Un chapitre de diagnostic et un long chapitre de traitement, où sont exposés quelques essais thérapeutiques nouveaux, terminent cette première partie.

La seconde partie traite des *rhumatismes chroniques*. En raison même des difficultés qu'il y a pour établir une classification, les auteurs se sont tenus sur le terrain de la clinique, et ont donné surtout une étude sémiologique, une description des grands syndromes. Après un chapitre consacré aux symptômes initiaux, on passe en revue les rhumatismes non déformants, les rhumatismes déformants, les rhumatismes partiels ; on montre les évolutions différentes qui peuvent se produire ; le chapitre de diagnostic est en partie consacré à la recherche des causes et à l'étude du terrain, conditions utiles à connaître pour régler le traitement.

Sans négliger la discussion des grands problèmes soulevés à propos de la question toujours si actuelle des rhumatismes aigus et chroniques, cet ouvrage, destiné aux praticiens, a été conçu dans un esprit essentiellement clinique.

L. G.

## NOTES POUR L'INTERNAT

### VOLVULUS DU COLON PELVIEN

Torsion du sigmoïde autour de l'axe de son méso, le volvulus pelvien réalise une forme grave d'occlusion, de pronostic opératoire rapidement très sombre. D'où la nécessité d'un diagnostic précoce et d'une sanction chirurgicale immédiate et suffisante : *levée de l'obstacle*, la seule dérivation des matières n'empêchant pas les progrès rapides du sphacèle colique.

#### ETIOLOGIE

Plus de la moitié des volvulus (Guibé).

Homme quatre fois sur cinq, le plus souvent après 45 ans ; particulière fréquence dans certaines races : slaves, israélites, mais facteur étiologique bien fragile ; fréquence réelle mieux connue en France depuis qu'on a appris à le diagnostiquer, survenue possible chez femmes (rôle de l'accouchement), adultes jeunes, enfants.

#### PATHOGENIE

1. Deux facteurs essentiels y prédisposent. — a) une *anomalie d'évolution* (P. Duval). — Persistance du type infantile : ANSE LONGUE A MÉSO LONG, donc sigmoïde flottant et voué au volvulus ; souvent en outre mégacolon. L'anse énorme et alourdie se tordra d'autant plus aisément que son pied sera plus étroit.

b) une *altération du méso* (Virchow) contribue encore à rétrécir ce pied.

MÉSOSIGMOÏDITE RÉTRACTILE, autonome et primitive pour certains, secondaire à l'inflammation des diverticules coliques pour d'autres ; d'abord méso scléreux, opaque ; puis cordages denses, blanchâtres et rétractiles, rapprochant les deux pointes de l'anse à son pied, au maximum les accolant en canon de fusil. Altérations vasculaires importantes qui précipiteront le sphacèle.

2. Le volvulus va se produire. — L'anse énorme, très mobile, alourdie par la stase stercorale, va pivoter ; elle *capoté et s'engoue* à l'occasion d'un effort, d'un traumatisme, d'un accouchement, le plus souvent sans cause apparente ; elle *tombe dans le Douglas*, pliée au niveau de

l'arbre sacré ; tout peut en rester là, le côlon forçant l'obstacle ; d'autres fois le volvulus se produit.

#### ANATOMIE PATHOLOGIQUE

LA TORSION peut être incomplète (les deux jambes de l'anse se croisant à 180°) ou complète (un tour et plus).

Son mécanisme intime est mal connu et jamais on n'a pu réaliser expérimentalement de volvulus complet.

Elle se fait le plus souvent en sens inverse des aiguilles d'une montre (*rectum en avant*) plus rarement dans le sens opposé (*rectum en arrière*).

LES LÉSIONS. — A l'ouverture du péritoine un peu de liquide s'écoule ; l'anse tordue fait brutalement issue au dehors.

Elle est *énorme*, remontant haut dans l'abdomen, débordant jusque dans la fosse iliaque droite ;

Elle est *pleine de gaz et de matières*, aussi faut-il la ponctionner avant toute manœuvre de détorsion.

Elle est *plus ou moins altérée*, soit simplement congestionnée, violacée, soit sphacélée ou même perforée, les lésions prédominant au niveau du sillon sus-jacent à la torsion. *Sphacèle et perforation peuvent se voir avec une torsion qui ne dépasse pas 90° et qui n'a duré que 24 heures* (Kusnetzow). Ces lésions tiennent moins au degré de la torsion qu'à l'importance des troubles circulatoires relevant de la *mésosigmoidite*.

Le méso également étranglé, est épaissi, infiltré d'œdème, parsemé d'hématomes et de bandes scléreuses de mésoentérite rétractile. *Ses artères sont oblitérées, ses veines thrombosées*. La simple dérivation des matières n'arrêterait pas le sphacèle.

#### CLINIQUE

Le volvulus aigu n'est ordinairement que l'aboutissant d'une longue période de constipation chronique, de stase stercorale, relevant autant de la longueur, du calibre anormal, des sinuosités de l'anse pelvienne que de la mésoentérite rétractile progressive.

Cette période prodromique, souvent entrecoupée d'accidents passagers plus révélateurs, est la véritable « *phase chirurgicale à froid* » de l'affection. Malheureusement ces troubles sont habituellement négligés et ce n'est qu'en pleine occlusion qu'ils seront retrouvés par l'interrogation.

#### PRODROMES

1. C'est une *longue histoire de constipation habituelle*. — Fonctionnement intestinal paresseux depuis des années, évacuations rares, abondantes, pénibles malgré purgatifs et lavements. Parfois quelques coliques, quelques nausées.

Ni altérations notables de l'état général, ni hémorragies intestinales. La *constipation est le fait dominant*.

2. Sur ce fond chronique viennent souvent se greffer de *véritables poussées d'obstruction à rechutes* : coliques douloureuses, constipation absolue durant plusieurs jours, ballonnement progressif, nausées. Sous l'influence de la thérapeutique (lavements, belladone, sonde rectale haut poussée) survient la débâcle et tout s'arrange momentanément.

Ces phases d'obstruction correspondent à des *torsions incomplètes*, simples capotages de l'anse Oméga (Delbet). Si on a la chance de voir le malade à cette période, un *examen radiologique attentif*, après prise de belladone et lavement bismuthé, montrerait une anse énorme, dilatée, sinueuse, très mobile, au pied étroit, et entraînerait l'intervention.

(A suivre.)

CHRISTIAN PIERRA.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.



Par l'Association de  
ses composants

Extrait pancréatique désinsuliné  
Phényl - Ethyl - Malonyl - Urée  
Trinitrine

# le **Disonyl** Ex-Nidyl

Constitue  
l'Agent thérapeutique Type

dans les :

**TACHYCARDIES**

**EXTRA-SYSTOLES**

**ALGIES CARDIOTHORACIQUES**

**ANXIÉTÉS**

**INSOMNIES NERVEUSES**

**POSOLOGIE :**

3 à 6 dragées par jour  
à avaler sans les croquer

Echantillons

**LABORATOIRES DU D<sup>r</sup> ROUSSEL**  
97, Rue de Vaugirard - PARIS. (6<sup>e</sup>)



**Granules de CATILLON**à 0,001 **Extrait Titré** de**STROPHANTUS**

C'est avec ces granules qu'ont été faites les observations discutées à l'Académie de Médecine en 1889.  
elles prouvent que 2 à 4 par jour donnent une **diurèse rapide**, relèvent vite le **cœur affaibli**, dissipent  
**ASYSTOLIE, DYSPNÉE, OPPRESSION, ŒDÈMES**, Affections **MITRALES, CARDIOPATHIES** des **ENFANTS** et **VIELLARDS**

**Granules de CATILLON** 0,0004**STROPHANTINE**

CR.

**TONIQUE du CŒUR par EXCELLENCE — TOLÉRANCE INDÉFINIE**

Prix de l'Académie de Médecine pour "Strophantus et Strophantine", Médaille d'Or Expos. Univ. 1900

PARIS, 3, Boulevard St-Martin. — R. C. Seine 48283

**SIROP DU D<sup>R</sup> REINVILLIER***(Lauréat de l'Académie de Médecine de Paris)***au Phosphate de Chaux hydraté****TUBERCULOSES - RACHITISME - MALADIES DES OS & DU SYSTÈME NERVEUX  
DENTITION DIFFICILE****DOSES : 2 à 4 cuillerées à bouche, à dessert ou à café suivant l'âge****ASSIMILATION  
COMPLÈTE****PRESCRIRE :****BERTAUT-BLANCARD FRÈRES****SIROP REINVILLIER, un flacon****64, Rue de La Rochefoucauld, PARIS (9<sup>e</sup>)****°AS D'ACIDE  
LIBRE**

**diarrhée verte  
dyspepsie  
athrepsie**

**Farine MILO**  
de  
**NESTLÉ**

**prototype de la bouillie maltée**

aliment de régime énergétique  
sans lait presque sans graisse  
capable de soutenir, mieux que  
le bouillon de légumes, l'état  
général de malades chez qui  
le lait est contre-indiqué.



*La Lancette Française*

# GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6°. Tél. : Danton 48-31.

PUBLICITE : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6°) - Téléph. : LITRÉ 54-93.

## PRIX DE L'ABONNEMENT

## FRANCE

3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.  
Etudiants : 25 francs par an.

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

## ETRANGER

Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.  
Tous les autres pays : 75 francs.

## SOMMAIRE

## REVUE GÉNÉRALE

*Données d'anatomie et de physiologie sur l'axe gris de la moelle*  
(avec 4 fig.), par MM. P. MASQUIN et M. LECONTE.XIV<sup>e</sup> JOURNÉES MÉDICALES DE BRUXELLES  
(Compte rendu, par F. L. S.)

## SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie de médecine. — Société de chirurgie. — Société de médecine d'Alger.

MÉDECINS, CHIRURGIENS ET SPÉCIALISTES PRÉSENTS  
A PARIS PENDANT LES VACANCES. (V. p. 958.)

## INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PROVINCE. — MONTPELLIER. — La Commission administrative des hospices de Montpellier vient d'instituer un concours sur titres annuel entre les internes de quatrième année, en vue de l'attribution d'une médaille d'or.

— NIMES. — Un concours pour quatre places d'internes en médecine et en chirurgie aura lieu le 6 décembre 1935 au Centre médical de Nimes. Les inscriptions seront reçues jusqu'au 30 novembre 1935 inclus, dernier délai. Le nombre des places annoncé pourra être modifié au moment de l'ouverture du concours, suivant les besoins du service.

— ROUEN. — Le jeudi 21 novembre 1935, à 16 h. 30, un concours aura lieu à l'hospice général pour la nomination de deux médecins adjoints des hôpitaux.

Se faire inscrire à la direction, enclavée de l'hospice général. La liste d'inscription sera close le 27 octobre 1935, à 18 h.

— TOULOUSE. — Le concours pour une place de chirurgien des hôpitaux vient de se terminer par la nomination de M. le docteur F.-J. Bertrand.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — PARIS. — A la suite du concours du clinat du 8 juillet 1935 sont proposés :

Clinat médical infantile : MM. Veslot et Brisset.

Clinat de la première enfance : MM. Bosquet et Joseph.

Clinat des maladies infectieuses : M. Pham-Huu-Chi.

Clinat médical : MM. Antonelli, Cottet, Deparis, Gallot, Gilbrin, Loisel, Merklen (J.), Perrault (M.), Sée (G.) et Stern (J.).

Clinicat thérapeutique médical : MM. Hurez et Pautrat.  
Clinicat de la tuberculose : M. Bousser, M<sup>lle</sup> Delon, MM. Joly (F.) et Meyer (A.).

COMMISSION SUPÉRIEURE DE RÉVISION DES PENSIONS. — M. le médecin général Vallat, président de la Commission consultative médicale, et M. le docteur Coste, médecin des hôpitaux, sont nommés membres de cette Commission.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES ACCIDENTS DU TRAVAIL A MARSEILLE. — Quelques chirurgiens marseillais se sont réunis pour fonder une Société médicale des « Accidents du travail ».

Le bureau de la nouvelle Société est ainsi constitué :

Président : professeur Imbert; vice-président : docteur Alphonse Michel; secrétaires généraux : docteurs Marcel Arnaud et Jean Paoli; trésorier : docteur Bonnal.

La nouvelle Société a voté ses statuts qui comprennent quatre réunions par an ou davantage si c'est nécessaire. L'ordre du jour de chacune de ces séances comprendra obligatoirement un rapport sur un sujet intéressant la chirurgie des accidents du travail. Le sujet et le rapporteur seront choisis plusieurs mois à l'avance. Le rapport sera distribué quelques jours à l'avance aux membres de la Société et à leurs invités.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — PUÉRICULTURE. — L'enseignement préparatoire au diplôme de puériculture commencera le 12 novembre 1935 et aura lieu sous la direction de MM. les professeurs Couvelaire, Lereboullet, Nobécourt et de M. le docteur Weill-Hallé, chargé de cours, avec la collaboration de MM. les professeurs Gougerot, Terrien et Lemaître :

Puériculture avant et après la naissance. Hygiène indivi-

Laboratoire Mialhe - 8 Rue Favart - Paris - 2°

La feuille de digitale se prescrit :

**Digi-LANATINE**Extrait total des glycosides  
du Digitalis Lanata

duelle et collective (gestation, première et deuxième enfance); hygiène scolaire, médecine préventive et prophylaxie des maladies contagieuses. Organisation administrative et médico-sociale de la protection de la maternité et de l'enfance.

Cet enseignement est destiné aux étudiants en médecine pourvus de vingt inscriptions et aux docteurs en médecine français et étrangers.

*Nota.* — Pour tous renseignements et les inscriptions, s'adresser au secrétariat de l'Ecole de puériculture, 26, boulevard Brune, Paris (XIV<sup>e</sup>).

**BILLETS POUR LES STATIONS THERMALES.** — Jusqu'ici seules les stations balnéaires bénéficiaient de billets d'aller et retour à prix réduits. Grâce aux efforts du docteur Folly (d'Auxerre) les malades faisant usage des eaux minérales pourront bénéficier désormais, comme ceux qui se rendent aux stations balnéaires, de tarifs de faveur de la part des compagnies de chemins de fer.

Les compagnies accorderont des billets d'aller et retour de 33 jours, avec réduction de 20 à 25 p. 100 suivant les classes. Ultérieurement, des billets d'aller et retour pour familles nombreuses, avec avantages supérieurs, seront mis en circulation.

Pour obtenir ce billet d'aller et retour, il suffit de le demander trois jours à l'avance à la gare de départ.

**Fondation Tomarkin.** — VII<sup>e</sup> cours international de haute culture médicale de la Fondation Tomarkin Inc. under the law of New-York state charter 1 march 1927, organisé sous les auspices de l'Université libre de Bruxelles pendant l'Exposition universelle.

Les spécialités suivantes seront traitées :

Bruxelles (12-19 septembre 1935) : cancer, maladies tropicales, sub-tropicales et infectieuses ; parkinsonisme post-encéphalitique (thérapie) ; conférences libres.

Séance commémorative internationale en l'honneur de Marie et de Pierre Curie.

Spa (20 septembre-2 octobre 1935) : affections du système cardio-vasculaire ; maladies du sang ; conférences libres.

Renseignements et inscriptions : Tomarkin foundation incorporated Faculté de médecine, 97, rue aux Laines, Bruxelles.

**Association internationale de Pédiatrie préventive.** — La V<sup>e</sup> Conférence de l'Association Internationale de Pédiatrie Préventive (Section médicale de l'Union Internationale de Secours aux Enfants) aura lieu les vendredi et samedi 20 et 21 septembre 1935, à Bâle, sous la présidence du Professeur Wieland.

Les sujets à l'ordre du jour et le nom des rapporteurs sont les suivants :

1. Mesures à prendre pour éviter les contaminations intérieures et extérieures dans les hôpitaux d'enfants. Règles à observer pour les réaliser : a) dans la construction de ces hôpitaux, et b) dans leur exploitation : Dr M. Lust, Bruxelles ; Prof. Fanconi, Zurich ; et Prof. Husler, Munich.

2. Prévention de la tuberculose à l'école (l'étude est strictement limitée à l'âge scolaire) ; Dr J. H. Tuntler, Groningue ; Dr Genevriar, Paris ; et Prof. Kleinschmidt, Cologne.

Les médecins qui désirent participer à cette conférence sont priés de s'inscrire auprès du Secrétariat de l'A.I.P.P., 15, rue Lévrier, Genève (Suisse) ; il en est de même de ceux qui comptent prendre part aux discussions qui suivront l'exposé des rapports.

**Journées pharmaceutiques de Paris.** — L'Union nationale des Pharmaciens français et l'Association amicale des étudiants en pharmacie de France organisent en commun les Journées Pharmaceutiques de Paris, qui auront lieu à la Maison de la Chimie, les 7, 8, 9, 10 et 11 novembre 1935.

Les journées pharmaceutiques comporteront des séances de travail où seront examinées les questions professionnelles les plus importantes. Elles comprendront également des soirées et des fêtes, des réceptions, des visites d'usines, des excursions. Elles seront complétées par une exposition de produits pharmaceutiques où sera invité tout le corps médical.

Pour tous renseignements complémentaires, s'adresser au Président du Comité d'organisation : M. Ravaut, 6, place de Breteuil, Paris (15<sup>e</sup>).

## MÉDECINS, CHIRURGIENS ET SPÉCIALISTES PRÉSENTS A PARIS PENDANT LES VACANCES

Docteur Paul Baize, chef de clinique à la Faculté (maladies des enfants), 26, rue Daubigny, sera présent à Paris en août et septembre. — Docteur Maurice Kaplan, ancien chef de clinique médicale infantile (maladies infantiles), 12, rue César Frank (15<sup>e</sup>), sera présent à Paris en août et septembre. — Docteur Gilbert-Dreyfus, médecin des Hôpitaux de Paris, 21, avenue du Président-Wilson (16<sup>e</sup>), sera présent à Paris en juillet et août. — Docteur Arthur Grimberg (analyses médicales, autovaccins, collo vaccins), sera à Paris tout l'été, 74, rue Blanche. — Docteur Lévy Lang, 46, avenue de La Bourdonnais (7<sup>e</sup>), sera présent à Paris en août et septembre. — Docteur Odinet, 4, rue de la Renaissance, Paris (8<sup>e</sup>), sera à Paris en juillet et août.

## RENSEIGNEMENTS

**COLLÈGE DE GARÇONS. COLLÈGE DE JEUNES FILLES.** Soisons. Préparation aux divers baccalauréats. Etablissements neufs. Internats tout confort. Hygiène et sports. A 1 h. 1/4 de Paris par le train. Autobus Citroën.

## Le bas médical NESSUS

Contention parfaite. Envoi sur demande à MM. les docteurs des directions pour la prise des mesures, 18, avenue d'Orléans, Paris (XIV<sup>e</sup>).

ANÉMIES  
DYSPEPSIES  
ANTITOXIQUE



DOSE: 4 à 6  
TABLETTES  
PAR JOUR

**BIOXYDE DE MANGANESE COLLOÏDAL - SELS MAGNÉSIENS**  
Laboratoire SCHMIT, 71 Rue Sainte-Anne, PARIS. 2<sup>e</sup>

**Phosphopinal Juin**  
Reconstituant général, sel de Phosphate blanc de qui le Guadylate est à l'arsenic  
Littérature et Echantillons: 40, Impasse Millard, Paris (18<sup>e</sup>)

Néuralgies  
Névrites

**BROMÉINE MONTAGU**





Parmi les nombreux  
hypnotiques de la pharmacologie  
actuelle, le **Dial** se classe  
au premier rang.  
Sans action nocive à dose  
normale, sur le cœur, le  
foie ou le rein, il permet  
la rééducation du sommeil  
et procure à la plupart des  
insomniques et agités un  
repos calme et réparateur.

1 à 2 comprimés par jour

**DIAL**

Laboratoires Ciba O. Rolland.  
109-113, Boul<sup>d</sup> de la Part-Dieu à Lyon.

# LABORATOIRES CARTERET

Pas d'accoutumance • Agit vite • Pas d'accumulation

**DIURÈNE**

"Extrait total" d'ADONIS VERNALIS

CARDIOPATHIES - ARTÉRIO-SCLÉROSE  
NÉPHRITES & CIRRHOSSES  
OEDÈMES & ASCITES

LIQUIDE      PILULES

Posologie : 2 à 6 cuillerées à café  
ou 4 à 12 pilules par jour.

CONTIENT TOUS LES PRINCIPES ACTIFS DE L'ADONIS VERNALIS

Echantillon et Littérature : 15, rue d'Argenteuil, PARIS

**DIARRHÉES DES NOURRISSONS**  
Paquets de 0<sup>r</sup>.25

**DIARRHÉES SAISONNIÈRES**  
Cachets de 0<sup>r</sup>.50

**DIARRHÉES DES TUBERCULEUX**  
Cachets de 0<sup>r</sup>.50

**GÉLOTANIN**  
TANNATE DE GÉLATINE

LABORATOIRE CHOAY - 48, rue Théophile Gautier, PARIS (XVII<sup>e</sup>)



## REVUE GÉNÉRALE

# DONNÉES D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE SUR L'AXE GRIS DE LA MOELLE

PAR MM.

PIERRE MASQUIN,  
Ancien interne des Asiles  
de la Seine,  
Ancien chef de clinique  
à la Faculté de médecine  
de Paris.

et

M. LECONTE,  
Interne des Asiles  
de la Seine,  
Ancien interne  
de l'Assistance publique  
à l'hospice de Brévannes.

**Anatomie.** — L'axe gris est la partie centrale de la moelle : il est axial par sa situation, gris par la coloration qu'il doit aux cellules nerveuses dont il est surtout constitué.

**Morphologie interne et rapports.** — Sur une coupe transversale de moelle épinière, on constate en effet que la substance blanche qui l'entoure lui forme un manteau constitué par des cordons.

L'axe gris répond : *En avant*, aux cordons antérieurs séparés l'un de l'autre par le sillon médian antérieur profond, large, contenant un diverticule méningé et les branches de l'artère spinale antérieure. En dehors, aux cordons latéraux. En arrière, aux cordons postérieurs, séparés par le sillon médian postérieur, fictif, marquant l'insertion au niveau de la pie-mère d'un septum névrologique médio-dorsal, étendu en avant jusqu'à la commissure grise.

Entre les cordons antérieurs et les cordons latéraux par le sillon collatéral antérieur les racines antérieures s'échappent de l'axe gris. Entre les cordons latéraux et les cordons postérieurs par le sillon collatéral postérieur les racines postérieures atteignent l'axe gris.

Sa morphologie externe varie suivant l'étage médullaire où on l'étudie ; cette variation présentant un intérêt de repérage topographique des coupes. Nous ne considérerons tout d'abord qu'une coupe type avant d'envisager ses différentes modifications.

**I. AXE GRIS SCHÉMATIQUE.** — Schématiquement donc, l'axe gris se présente comme un H ou un X de couleur jaunâtre, tirant sur le lilas. Les barres parallèles de cet H représentent les cornes antérieures et postérieures. La barre perpendiculaire qui les unit représente les commissures grises antérieure et postérieure, séparées l'une de l'autre par une ligne transversale conventionnelle qui passe par l'épendyme, petite cavité que l'on observe au centre de l'axe gris.

Sa morphologie résulte de l'assemblage d'un certain nombre de parties que nous étudierons successivement, à savoir : une corne antérieure, une corne latérale, une corne postérieure, une région intermedio-latéralis, une commissure grise et le canal épendymaire.

**1. Corne antérieure.** — Elle est quadrangulaire, à contours festonnés par de nombreux prolongements qui irradiant vers la périphérie. Elle a un aspect trapu. Aussi ne lui distingue-t-on que deux parties : une tête et une base ; encore n'y a-t-il entre ces deux ré-

gions aucune ligne de démarcation bien nette. Sa tête donne naissance en avant à la racine antérieure. Sa base s'oppose à la base de la corne postérieure.

**2. Corne latérale.** — C'est une saillie plus ou moins marquée située sur la partie postéro-externe de la base de la corne antérieure. Elle est surtout marquée dans la portion thoracique supérieure de la moelle, c'est-à-dire à la partie supérieure de la moelle dorsale. Elle pénètre dans le cordon latéral, s'y terminant en pointe plus ou moins effilée. A la partie supérieure de la moelle elle tend à être remplacée par la *formation réticulaire* ; d'autant plus distincte que l'on se rapproche du bulbe en partant de la zone thoracique. Celle-ci est constituée par un réseau de substance grise occupant l'angle rentrant entre la corne latérale et le col de la corne postérieure et dont les mailles assez larges circonscrivent des îlots de substance blanche, petites colonnettes de cordons latéraux fractionnées et pénétrant ainsi dans la colonne grise.

**3. Corne postérieure.** — Longue et mince, à contours nets, elle se rapproche de la périphérie, mais en reste séparée par une mince lame blanche qui la recouvre : la zone marginale de Lissauer que l'arrivée du paquet radiculaire postérieur divise en deux parties, l'une externe, l'autre interne. L'extrémité de la corne postérieure est recouverte par la substance gélatineuse de Rolando qui la coiffe en croissant. La couche la plus externe de cette substance est appelée couche zonale de Waldeyer qui présente tous les attributs de la substance grise ordinaire. Cette corne postérieure est partagée en trois parties : a) la base qui est unie à la région intermedio-latéralis ; b) le col, étranglement situé à la partie moyenne et qui sépare la base de la tête ; c) la tête, renflement fusiforme non homogène contenant les noyaux de la tête et les faisceaux longitudinaux de la corne postérieure de Koliker.

Si bien qu'en pénétrant dans la corne postérieure en partant du sillon collatéral postérieur on rencontre successivement, d'arrière en avant : 1. La zone marginale de Lissauer, mince bordure de substance blanche ; 2. La partie postérieure de la tête : couche zonale de Waldeyer, puis la substance gélatineuse de Rolando ; l'une et l'autre disposées en croissant à concavité antérieure ; 3. La partie antérieure de la tête proprement dite avec ses noyaux et ses faisceaux longitudinaux ; 4. Le col ; et enfin : 5. La base de la corne postérieure. (Fig. 1.)

**4. Région intermedio-latéralis.** — Elle est située à la jonction de la corne antérieure, de la corne postérieure et de la commissure grise. Ses limites imprécises sont formées schématiquement par deux plans frontaux passant par les commissures.

**5. Commissure grise.** — Elle unit les deux virgules auxquelles la substance grise ressemble assez bien. Elle répond : *en avant*, à la commissure blanche antérieure qui la sépare du sillon médian ; *en arrière*, au septum médian postérieur sur la ligne médiane et latéralement aux faisceaux postérieurs de Goll et Burdach. En son centre se trouve le canal épendymaire.

**6. Canal épendymaire.** — Il est situé au milieu de l'axe gris depuis l'angle inférieur du quatrième ventricule jusqu'au filum terminal où il finit en cul-de-

sac : ventricule de Krause. Il est entouré de la substance gélatineuse centrale, surtout développée au niveau de la région lombaire. Une ligne transversale passant par ce canal divise la commissure en : commissure grise antérieure mince, occupée par les deux veines de la commissure antérieure, et en commissure grise postérieure dont l'épaisseur est variable.

II. VARIATIONS RÉGIONALES. — L'axe gris n'a point la même forme partout sur des coupes pratiquées à différents niveaux. On peut, grâce à la connaissance de ces différences, reconnaître l'étage auquel appartient une coupe de moelle.

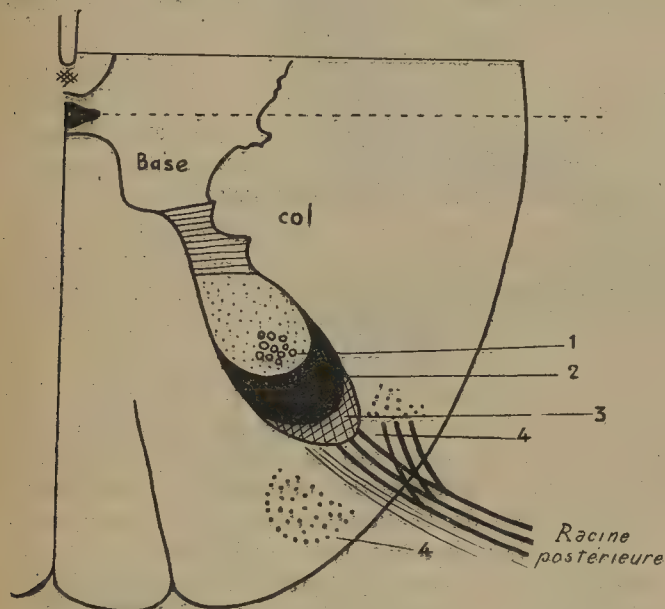


FIG. 1. — Corne postérieure (D'après Testut). — 1. Faisceaux longitudinaux de Koliker. — 2. Substance gélatineuse de Rolando. — 3. Couche zonale de Waldeyer. — 4. Zone marginale de Lissauer.

A. VARIATIONS DE CONFIGURATION. — 1. *Portion cervicale supérieure.* — La substance grise est peu développée, grêle. La corne antérieure présente une pointe effilée en avant et en dedans figurant avec la corne symétrique l'image d'une tenaille ouverte. La corne postérieure est effilée, très oblique en arrière et en dehors. L'espace entre les cornes antérieures est plus petit que celui qui sépare les cornes postérieures. Deux faits caractéristiques sont à retenir. On trouve : d'une part : l'existence d'une *formation réticulée* nette avec absence de corne latérale ; on ne note qu'une saillie de la base de la corne antérieure. D'autre part, dans la partie supérieure, figurent la racine descendante du trijumeau et l'origine du spinal médullaire.

2. *Renflement cervical.* — La substance grise est épaisse. La corne antérieure, volumineuse, forme avec la corne latérale un triangle. Cette *corne latérale* est très marquée, tandis que la formation réticulaire est très réduite. Les espaces compris entre les cornes antérieures et les cornes postérieures sont presque égaux.

3. *Région dorsale.* — La substance grise est réduite. La corne antérieure est mince, pointue. La corne postérieure très mince s'effile en arrière. La colonne latérale est encore marquée à la partie supérieure. Il n'y a plus de formation réticulaire. Sur le côté interne de la corne postérieure existe une saillie dont nous verrons ultérieurement la signification : c'est la *colonne de Clarke*, caractéristique de la moelle dorsale.

4. *Renflement lombaire.* — La substance grise est à nouveau abondante. Les cornes antérieures sont arrondies, mas-

sives. La corne postérieure est presque aussi volumineuse que la corne antérieure ; ce qui la différencie de la corne postérieure du renflement cervical. Il n'y a plus de formation réticulaire, ni de corne latérale. La substance gélatineuse de Rolando est très marquée.

5. *Cône terminal.* — La substance grise est très développée. Les cornes sont presque fusionnées en une masse ovale à grand axe antéro-postérieur. C'est une masse grise entourée d'un manchon blanc ayant l'aspect de moelle embryonnaire. (Fig. 2.)

B. VARIATIONS DE PROPORTION ENTRE LA SUBSTANCE GRISE ET LA SUBSTANCE BLANCHE. — Le volume respectif des substances grise et blanche n'est pas constant. Dans l'ensemble, l'épaisseur de la substance blanche est proportionnelle à la quantité de substance grise voisine. Toutefois le paquet des fibres motrices diminue d'importance dans les cordons à mesure qu'il descend, tandis que celui des fibres sensitives augmente au fur et à mesure qu'il monte. Il y a donc,

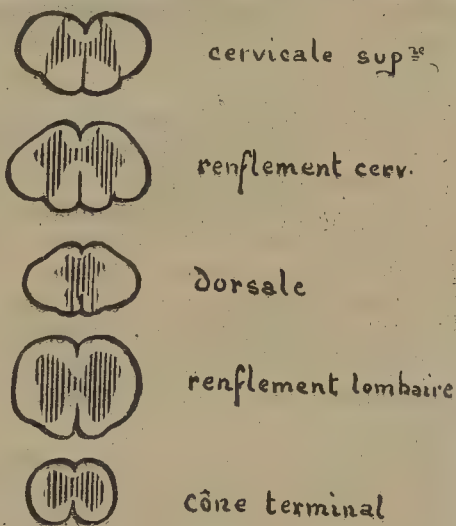


FIG. 2.

dans l'ensemble, plus de substance blanche dans la moelle cervicale que dans la moelle lombaire. Le renflement lombaire représente une augmentation de la substance grise seulement ; tous les nerfs moteurs ayant quitté la moelle.

**Histologie.** — Ces descriptions morphologiques n'offrent qu'un mince intérêt pour la compréhension des fonctions médullaires. C'est surtout l'histologie de l'axe gris et la systématisation de ses groupements cellulaires qui, de ce point de vue, importent au premier chef.

I. *Les éléments histologiques de l'axe gris.* — L'emploi de méthodes de coloration électives et diverses permet de décrire dans l'axe gris des éléments nerveux comprenant, au milieu d'éléments de soutien, des cellules pigmentées et des fibres sans myéline.

*Éléments de soutien.* — Les éléments de soutien sont d'origine mésodermique ou ectodermique. Les éléments mésodermiques sont représentés par des cloisons conjonctivo-vasculaires, issues de la membrane piaie où cheminent des branches des artères spinales. Les éléments ectodermiques comprennent : 1° les cellules épendymaires, disposées en couronne autour du canal de l'épendyme, avec un prolongement court et épais dont le filament terminal, grêle, flotte dans la lumière du canal, tandis que le prolongement périphérique mince et long traverse comme



un rayon de roue toute l'épaisseur de la moelle et vient se terminer à la face profonde de la pie mère par un renflement conique. Bien souvent d'ailleurs chez l'adulte ce dernier prolongement se termine par une extrémité libre à une faible distance du canal épendymaire ; 2° les cellules névrogliques constituant avec les précédentes ce que Virchow a appelé la névroglie. Elles siègent un peu partout, mais particulièrement en deux zones où elles se condensent en nappes compactes : la substance gélatineuse de Rolando et la substance gélatineuse centrale. Les méthodes de Cajal, de Weigert, d'Hortega, ont permis de décrire trois variétés de cellules : les astrocytes de la macroglie, les oligodendrocytes et les cellules de Hortega de la microglie.

Les astrocytes sont des cellules volumineuses munies de nombreux prolongements dont les plus volumineux se fixent par des pieds d'insertion sur l'adventice des vaisseaux. Ils ont à la fois un rôle de soutien et un rôle nutritif. Les oligodendrocytes sont rares dans la substance grise et surtout abondants dans la substance blanche où ils semblent jouer un rôle dans les processus de myélinisation. Les cellules d'Hortega sont des éléments composant la microglie. Ils sont petits, à noyau sombre, lymphocytoïde, à riche arborisation protoplasmique, épineuse, dénuée de connexions vasculaires. Ils sont en plus grande abondance dans la substance grise que dans la blanche et sont doués d'activité migratrice et de fonctions phagocytaires.

*Éléments nerveux.* — Les éléments nerveux comprennent : a) des cellules nerveuses ; b) des fibres nerveuses.

a) *Cellules nerveuses de l'axe gris.* — Elles appartiennent toutes au type multipolaire, c'est-à-dire donnant naissance à deux sortes de prolongements : les dendrites et l'axone. Leurs dimensions varient de 7 à 60  $\mu$ . Elles sont de formes variables : globuleuses, pyramidales, fusiformes, triangulaires, étoilées. Nous distinguerons, suivant la longueur du cylindre : des cellules à cylindre long et des cellules à cylindre court.

Les cellules à cylindre long sont de deux sortes : cellules radiculaires et cellules cordonales.

Les cellules radiculaires sont volumineuses en général, multipolaires, à gros noyau, pigmentées à l'origine du cylindre. Elles sont plus nombreuses au niveau des renflements.

Leurs cylindres se dirigent horizontalement vers la surface externe de la moelle et gagnent les racines rachidiennes antérieures. Leur cylindre, nu dans la substance grise, se myélinise dans la substance blanche, puis se recouvre d'une gaine de Schwann au sortir de la moelle. La plupart de ces cellules sont des cellules radiculaires antérieures. Leur axone, une fois sorti émet des collatérales récurrentes revenant à la corne antérieure et s'y ramifiant. Toutes ces cellules, physiologiquement motrices, sont destinées aux muscles striés et passent par la racine antérieure. Certaines méritent le nom de cellules radiculaires postérieures, car leurs axones se portent d'avant en arrière et pénètrent enfin dans les racines postérieures. De ce fait, les racines postérieures, essentiellement sensitives, possèdent des éléments accessoires qui sont des fibres végétatives. Il s'agit là de fibres vaso-mo-

trices en rapport avec les fonctions d'innervation motrice du sympathique. Notons d'ailleurs que la plupart des cellules dévolues à cette fonction dirigent leur axone vers les racines antérieures comme ceux des cellules motrices.

On trouve encore, surtout dans la corne latérale des cellules plus vésiculeuses, à contours plus nets, plus homogènes et dont l'axone forme le cylindre sympathique pré-ganglionnaire (à rôle moteur et sécrétoire).

Les *cellules cordonales* sont très nombreuses et de dimensions moyennes. Leurs cylindres se dirigent transversalement et horizontalement dans la substance grise, puis vont se couder dans la substance blanche où ils se revêtent de myéline et deviennent fibre ascendante ou fibre descendante. Ces cellules sont en majeure partie à la base des cornes postérieures, d'où leurs axones iront former les faisceaux cérébelleux. Selon le côté du cordon auquel se range leur axone on distingue des cellules cordonales : homolatérales ou homomères quand l'axone reste du même côté que la cellule qui lui a donné naissance ; hétérolatérales ou hétéromères lorsqu'il gagne le cordon opposé ; et enfin cellules cordonales bilatérales ou dimères quand l'axone se divise en deux branches divergentes. Ce sont les cellules mixtes de Von Gehuchten ; les cellules à cylindre complexe de Cajal. Le cylindre de ces cellules, devenu fibre de cordon, abandonne de loin en loin quelques *collatérales* fines qui se portent à nouveau vers la substance grise et s'y résolvent en touffes terminales.

Les cellules à cylindre court sont également de deux sortes : les unes sont les cellules à cylindres courts dites de Golgi, type II ; les autres sont des cellules commissurales. Les cellules de Golgi type II sont des neurones, non point sensitifs comme l'avait cru Golgi qui les opposait ainsi aux cellules types I ou cellules motrices, mais des neurones d'association dont le cylindre ne quitte pas la substance grise et demeure donc court et amyélinique dans tout son trajet. Les cellules commissurales de la commissure grise sont des cellules cordonales à cylindres courts passant par la commissure antérieure, se revêtant pendant un bref trajet de myéline et gagnant le cordon latéral soit homolatéral, soit hétéro-latéral. Dans sa portion verticale il abandonne des collatérales horizontales pour la substance grise.

b) *Fibres nerveuses de l'axe gris.* — Les fibres nerveuses de l'axe gris, sauf quelques exceptions, sont amyéliniques. Ce sont des cylindres nus. Elles s'entrecroisent dans tous les sens, formant un enchevêtrement inextricable. Mais il s'agit d'une sorte de feutrage sans anastomose et non point d'un réseau comme l'ont montré de nombreux travaux détruisant les conceptions anciennes de Gerlach et celles de Golgi. Ce que nous venons de dire concernant les cellules nerveuses de l'axe gris nous permet de passer rapidement sur la destinée des fibres qui en naissent puisque nous avons été obligés d'y faire allusion. D'autres fibres exogènes, nous le verrons, viennent se mêler aux premières, si bien qu'en tenant compte de leur origine ou de leur terminaison on peut distinguer dans l'axe gris : 1) les fibres radiculaires antérieures



constituées par les cylindraxes allant aux racines antérieures ou motrices ; 2) les arborescences terminales des cylindraxes qui constituent les fibres radiculaires postérieures moyennes et courtes abordant la corne postérieure (les fibres longues allant directement au bulbe par les cordons postérieurs et n'envoyant que des collatérales à l'axe gris ; 3) les axones des cellules cordonales et des fibres collatérales qu'elles émettent ; 4) les cylindraxes qui, partis des cellules de l'encéphale, constituent les terminaisons des fibres cortico ou sous-cortico-spinales et qui dans la corne antérieure viennent se terminer autour du deutoneurone moteur, c'est-à-dire faire synapse au niveau des grosses cellules radiculaires des cornes antérieures ; 5) les axones courts des cellules de Golgi type II (ou cellules à cylindraxe court de Cajal) ; 6) les innombrables fibrilles collatérales que les fibres des cordons, au cours de leur trajet, jettent dans les cornes antérieures ou postérieures.

*Mode de répartition dans l'axe gris des éléments cellulaires.* — Les différents éléments précédents se groupent et se combinent pour former deux sortes de substances : a) la substance gélatineuse, située tout autour du canal de l'épendyme et dans la substance de Rolando (où prédominent, nous l'avons vu, les cellules névrogliques), qui est caractérisée par son affinité pour le carmin ; b) la substance spongieuse, la plus étendue, faite de cellules nerveuses, de fibres nerveuses et de vaisseaux). En outre, il existe aussi dans la substance grise une *systématisation anatomo-physiologique* constituée par le groupement des cellules formant l'origine commune d'un cordon, d'un nerf ou innervant un territoire musculaire ou cutané déterminé. Cette systématisation, plus difficile à étudier que celle des cordons, n'est pas totale. Beaucoup de cellules paraissent disséminées. Les autres se disposent sur des points déterminés formant des systèmes réguliers apparaissant : sur des coupes horizontales sous forme de noyaux, sur des coupes longitudinales sous forme de colonnes.

Il faut surtout distinguer dans l'axe gris deux zones séparées par une ligne conventionnelle passant par l'épendyme. En avant se trouvent les formations motrices ; en arrière les formations sensitives. Ces territoires moteurs et sensitifs se subdivisent chacun en une aire somatique périphérique et une aire végétative centrale, si bien que d'arrière en avant se disposent quatre zones. Ce sont : 1° l'aire somato-motrice qui correspond à la tête des cornes antérieures et qui préside à l'innervation des muscles striés ; 2° l'aire viscéro-motrice qui répond à la base de la corne antérieure, à la corne latérale et à la partie antérieure de la région intermedio-latéralis. Là se trouvent les origines motrices du sympathique ; 3° en arrière d'elle se dispose l'aire viscéro-sensible où se terminent les fibres de la sensibilité viscérale, intéroceptive et de la sensibilité générale proprioceptive (musculaire et arthrocinétique). Elle correspond à la partie postérieure de la région intermedio-latéralis et à la base de la corne postérieure ; 4° enfin la tête de la corne postérieure représente l'aire somato-sensible ou aire de terminaison des sensibilités cutanées ; tactile, thermique et douloureuse (sensibilité extéroceptive).

C'est à la lumière de cette division que nous étudierons la systématisation des groupements cellulaires de l'axe gris.

**I. CORNE ANTÉRIEURE.** — L'examen microscopique des coupes horizontales montre ici, au milieu d'un réseau névroglique, une multitude de cellules nerveuses disposées en anneau périphérique entourant un amas médian. Cet anneau n'est pas régulier, aussi a-t-on pu isoler des groupes cellulaires dont la variabilité, en nombre et en importance, est si grande suivant les étages médullaires que les descriptions diffèrent avec chaque auteur (Fig. 3).

C'est ainsi que Testut distingue trois groupes cellulaires dont les deux premiers occupent la corne antérieure et qui sont : le noyau antéro-interne, le noyau antéro-externe, d'une part, le noyau postéro-externe de l'autre ; ce dernier situé dans la corne latérale et marquant l'origine des fibres motrices du sympathique. Poirier ajoute un quatrième noyau, le noyau postéro-interne.

Déjerine, Jacobson décrivent sept noyaux : 1) un *noyau médio-dorsal* occupant l'angle rentrant entre la commissure et la corne antérieure et donnant surtout des fibres commissurales ; 2) un *noyau médio-ventral* à l'angle antéro-interne de la corne antérieure ; 3) un *noyau latéro-ventral* au milieu de son bord antérieur ; 4) un *noyau latéro-intermédiaire externe* marquant l'angle antéro-externe ; ces trois derniers presque exclusivement formés de cellules radiculaires motrices ; 5) un *noyau latéro-dorsal externe* formant l'angle postéro-externe ; 6) un *noyau latéro-dorsal interne* près de la formation réticulée et 7) un *noyau latéro-intermédiaire interne* au centre de la corne antérieure, en arrière et en dedans du noyau latéro-intermédiaire externe. Ces trois derniers seraient surtout de nature sympathique et ne contiendraient que de rares cellules cordonales. Mais comme le font très justement remarquer Y. Bertrand et Van Bogaert cette richesse cellulaire n'existe guère qu'au niveau des renflements cervical et lombaire et seuls les groupes médio-ventral et latéro-intermédiaire externe sont constants et nettement individualisés. C'est pour cette raison que certains auteurs, tels L. Laruelle, ont tendance à revenir à l'ancienne division.

Pour les motifs physiologiques que nous avons exposés plus haut et sur lesquels nous insisterons dans la deuxième partie de notre exposé, nous opposerons la tête des cornes antérieures, *aire somato-motrice*, à leur base à laquelle nous rattachons la corne latérale et la partie antérieure de la région intermedio-latéralis, l'ensemble de ces formations constituant l'*aire viscéro-motrice*. Dans la première L. Laruelle et Mademoiselle Reumont à l'aide de coupes longitudinales, ont pu mettre en évidence « dans la moelle dorsale deux colonnes, l'une antéro-interne, l'autre antéro-externe nettement individualisées. Dans les renflements cervicaux et lombaires, ces colonnes sont au nombre de trois, parfois quatre : antéro-interne, externe et médiane ». Ces colonnes sont formées de cellules radiculaires motrices destinées à l'innervation des muscles striés. « Ce sont de gros éléments multipolaires à noyau volumineux présentant un pigment à l'origine du cylindraxe.



## II. CORNE LATÉRALE ET AIRE VISCÉRO-MOTRICE. —

Dans cette aire se trouvent surtout les origines du sympathique sous forme d'une poussière cellulaire, formée de petites cellules vésiculeuses, bien distinctes de la névroglie, se colorant fortement, d'où leurs contours plus nets et leurs prolongements plus visibles ; leur axone forme le cylindraxe pré-ganglionnaire. Certains auteurs (C. Guillaumin et Y. Bertrand) les ont groupés en trois noyaux : 1) le *noyau intermedio-lateralis* qui occupe la corne latérale depuis l'origine de D<sub>1</sub> jusqu'à l'origine de L<sub>3</sub>, donc surtout

net dans la région thoracique ; 2) le *noyau intermédiaire* situé un peu en dedans du précédent entre lui et la colonne de Clarke. Il est composé de grands éléments : les cellules solitaires ; 3) le *noyau paracentral* situé immédiatement en avant de la colonne de Clarke et s'engageant dans la commissure grise. Mais il y a des variations régionales individuelles considérables. En réalité, seul le noyau intermedio-lateralis (ancien noyau postéro-externe des classiques) s'individualise nettement dans la moelle thoracique en « une longue colonne constituant le centre végétatif de la moelle

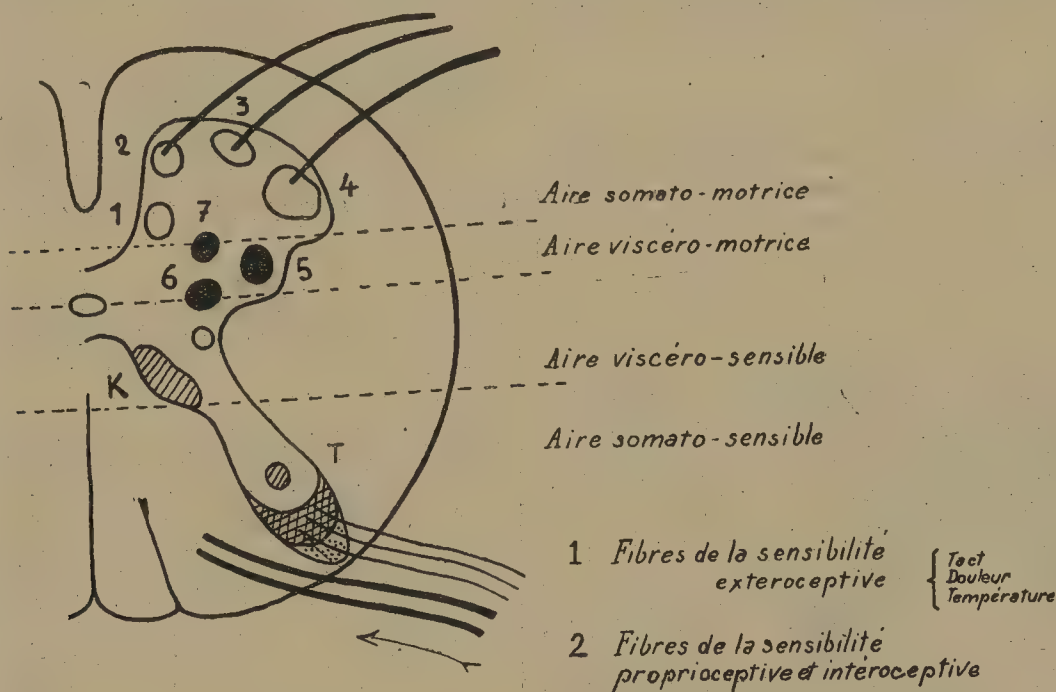


FIG. 3. — Les groupements cellulaires de l'axe gris de la moelle. — 1. Noyau médio-dorsal. — 2. Noyau médio-ventral. — 3. Noyau latéro-ventral. — 4. Noyau latéro-intermédiaire externe. — 5. Noyau latéro-dorsal interne. — 6. Noyau latéro-dorsal interne. — 7. Noyau latéro-intermédiaire interne.

et d'où dépend l'innervation des muscles lisses et de l'innervation des glandes » (L. Laruelle). (Fig. 4.)

III. CORNE POSTÉRIEURE. — Opposons encore ici la base de cette formation à sa tête.

1° La Base, qui constitue l'aire viscéro-sensible. Deux groupements sont à retenir dans cette aire : 1) Le *noyau de Bechterew* ou basilaire externe, groupement externe ; 2) la *colonne de Clarke*, groupement interne d'importance capitale. De forme arrondie, dans le segment interne de la base, faisant saillie dans les cordons postérieurs, elle s'étend de C<sup>8</sup> à L<sup>1</sup> et caractérise la moelle dorsale. Elle est représentée par des traînées cellulaires dans les régions où elle n'est pas encore individualisée (Waldeyer et Stilling). Elle se compose de cellules volumineuses arrondies ou fusiformes à la périphérie, entourant au centre des cellules étoilées à prolongement très ramifié. Quelques auteurs signalent encore en arrière de la colonne de Clarke un troisième petit groupement cellulaire : le *noyau basilaire interne*. C'est autour des cellules illustrant cette aire viscéro-sensible que se terminent les fibres vectant la sensibilité viscérale ou *interoceptive* qui lui vient du système sympathique et la sensibilité *proprioceptive*, musculaire et arthrociné-

tique qui lui est amenée par les collatérales des fibres longues des racines postérieures. Ces dernières font synapse soit dans la colonne de Clarke autour des cellules qui la constituent et dont le cylindraxe ira former le faisceau cérébelleux direct de Fleschig, soit autour d'autres cellules de même valeur physiologique dont les cylindraxes formeront le faisceau cérébelleux de Gowers.

2° Tête de la corne postérieure. — Elle constitue l'aire somato-sensible où aboutissent, par les fibres radiculaires postérieures moyennes et courtes les sensibilités cutanées (extéroceptives). Les cellules qui s'y trouvent donneront donc avant tout naissance aux fibres antéro-latérales ascendantes antérieures et postérieures. (Fala et Falap ou faisceau spino-thalamique.) On distingue ici deux groupements cellulaires : la substance gélatineuse de Rolando et le noyau de la tête. Dans la substance gélatineuse de Rolando, presque dépourvue de fibres nerveuses, Cajal distingue trois zones : une première zone : couche zonale de Waldeyer, composée de cellules nerveuses de petite taille dont l'axone passe dans le cordon latéral (zone qui, nous l'avons dit, couvre à la vérité, en croissant la périphérie de la substance de Rolando) ; une deuxième zone, à cellules plus petites, dont l'axone

passé dans les cordons postérieurs ou latéraux et une troisième zone à cellules du type Golgi II. Les axones des cellules du noyau de la tête au lieu de se porter directement en dehors, pour atteindre la substance blanche, se dirigent en haut et suivent pendant un certain temps dans l'axe gris un trajet longitudinal. Ils constituent le « faisceau longitudinal de la corne postérieure » (Kolliker) qui après son parcours vertical gagne le cordon latéral.

Nous voyons donc que tandis que les cellules qui constituent la partie antérieure de la moelle sont surtout radiculaires, celles de la corne postérieure sont cordonales, ce qui explique la marche de l'influx nerveux.

IV. COMMISSURE GRISE. — Elle présente un groupe cellulaire péri-épendymaire composé de cellules cordonales homo ou hétéro-latérales.

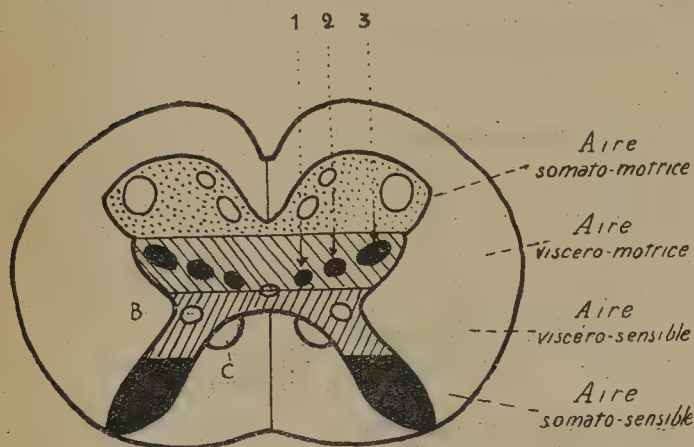


FIG. 4. — Sysmétatisation de l'aire végétative. — 1. Noyau paracentral. — 2. Noyau intermédiaire. — 3. Noyau intermédiaire-latéral. — B. Noyau de Bechterew (basilaire externe). — C. Colonne de Clarke.

**Vascularisation. — Artères.** — L'axe gris reçoit sa vascularisation du réseau intra-médullaire, sorte de rayonnement vasculaire irrégulier provenant du cercle périmédullaire. Avec Duret on peut le diviser en trois groupes : les artères médianes, les artères radiculaires, les artères périphériques.

Les artères médianes pénètrent dans les sillons médians. En avant sont les artères antérieures (artères centrales de Kadyi), celles-ci irriguent la partie antérieure de la commissure grise ; la partie interne des cornes antérieures par un rameau postérieur ; la base des cornes postérieures et la colonne de Clarke par un rameau postérieur : c'est l'artère de la colonne de Clarke. En arrière, cheminant dans le septum médian postérieur les artères médianes postérieures, tout en irriguant par quelques ramuscules la partie interne de la colonne de Clarke, vont se terminer dans la commissure grise en arrière du canal de l'épendyme.

Les artères radiculaires ont, elles aussi, des branches radiculaires antérieures se distribuant à la tête des cornes antérieures et des branches postérieures se distribuant à la substance gélatineuse de Rolando et à la corne postérieure qui lui fait suite. Les artères périphériques, au nombre de 8 à 10, surtout destinées à la substance blanche, atteignent en certains

points l'axe gris par des cloisons conjonctives issues de la membrane piaie et dont nous avons parlé précédemment.

**Veines.** — Comme pour les artères, mais en sens inverse, les veines ont un trajet radiaire prenant naissance dans les substances grise et blanche et les conduisant à la surface de l'organe. On peut aussi décrire au système veineux : des veines médianes antérieures et postérieures ; des veines radiculaires antérieures et postérieures ; et des veines périphériques dont peu, parmi ces dernières, proviennent de l'axe gris.

Nous avons signalé en son temps l'existence de veines, au sein de la commissure grise antérieure : les veines de la commissure grise antérieure.

En ce qui concerne les lymphatiques on sait que l'axe gris n'a point de canaux lymphatiques vrais, mais des interstices et des canaux spéciaux disposés autour des artères et appelés gaines périvasculaires.

(A suivre.)

## XIV<sup>e</sup> JOURNÉES MÉDICALES DE BRUXELLES<sup>1</sup>

Les Journées médicales de Bruxelles viennent de tenir leur XIV<sup>e</sup> session dans le cadre magnifique de l'exposition internationale. Après l'interruption causée l'an dernier par le deuil national qui frappa si douloureusement la Belgique, les journées ont repris leur cours d'une façon triomphale. Leurs fondateurs, nos amis de *Bruxelles médical* : Léopold Mayer, René Beckers et Raoul Bernard ont su assurer l'exécution d'un programme scientifique de haute valeur qui a attiré près de deux mille adhérents appartenant à 25 nations.

Certes les travailleurs eurent un certain mérite et l'on doit les féliciter de s'être montrés assidus malgré les innombrables tentations de l'exposition, de ses attractions et surtout de ses trésors d'art ancien.

Les Journées étaient consacrées cette année à l'endocrinologie. Mais suivant la coutume, plusieurs Congrès étaient réunis, notamment la session extraordinaire de la *Société belge de pédiatrie*, la *Conférence médicale internationale d'éducation physique et de sports*, le *VII<sup>e</sup> Congrès d'éducation physique* et la *Ligue belge contre le rhumatisme*. De plus les séances de travail avaient lieu en même temps dans des salles différentes, si bien que les journalistes, n'ayant pas le don d'ubiquité, ne pouvaient en même temps se trouver dans le hall des expositions, à l'Alberteum, etc...

Notre compte rendu s'en ressentira et nous nous excusons d'avance des faiblesses inévitables qu'on y rencontrera.

\*\*\*

La séance solennelle d'inauguration a eu lieu le 29 mai dans la très belle salle des fêtes, en présence de LL. MM. le Roi et la Reine, sous la présidence de M. Ch. du Bus de Warnaffe, ministre de l'Intérieur et de l'Hygiène.

Sur l'estrade avaient pris place aux côtés du ministre : M. le professeur Zünz, président des Journées ; M. le bourgmestre Adolphe Max, ministre d'Etat ; M. Siredey, président de l'Académie de médecine de Paris ; les professeurs Loeper, Roussy, le lieutenant général médecin Derache, le médecin général inspecteur Rouvillois, le professeur Lereboullet, MM. Comby, Laubry, Noir, les professeurs Leriche (de Strasbourg), Portmann (de Bordeaux), Pende (de

(1) Association de la Presse médicale française.



Gènes), Marañon (de Madrid), Py-Suñer (de Barcelone), Roch et d'Ernst (de Genève), Péchère, Fernand Heger, Dustin (de Bruxelles) et un très grand nombre de médecins militaires de tous les pays, dont les brillants uniformes ajoutaient à l'éclat de la cérémonie.

Les souverains, très acclamés, firent leur entrée aux sons de *La Brabançonne*, puis des discours furent prononcés par le Ministre de l'Intérieur, par M. le doyen Roussy au nom des gouvernements étrangers, par M. le président Zünn, par le lieutenant général médecin Derache.

Après le départ des souverains malheureusement obligés de se retirer, le professeur Loeper fit une conférence très goûtée sur les *Musiciens devant la médecine*. Avec infiniment de brio, l'orateur retraça l'histoire de la musique et la vie de quelques grands musiciens. Il dégagait les influences physiologiques et pathologiques qui orientèrent plusieurs d'entre eux, et pendant une demi-heure il tint son auditoire sous le charme et souleva l'enthousiasme général.

Le soir, un splendide banquet de plus de 600 couverts permit aux congressistes de se réunir de la façon la plus agréable.

\*  
\*\*

### LES CONFERENCES

**De la chirurgie surrénalienne envisagée comme chirurgie endocrinienne.** — M. René LERICHE (de Strasbourg), dans une remarquable conférence, montre que la chirurgie de la surrénale ne doit pas être considérée comme un acte de médecine opératoire aventureux et difficile fait un peu au hasard.

Ceux qui veulent s'en occuper doivent le considérer comme comportant une étude méthodique des maladies d'origine surrénalienne et de leur thérapeutique, entreprise dans un esprit expérimental.

Cette étude est rendue difficile par la complexité des fonctions surréaliennes, et par l'ignorance où nous sommes de leurs mécanismes.

Après avoir énuméré la diversité des problèmes qui peuvent être posés par la chirurgie surrénale, vue sous l'angle endocrinien, l'auteur se borne à examiner deux questions :

a) Le problème de l'hypertension artérielle — et à ce sujet, il expose les premiers essais d'une démonstration rigoureuse de l'origine surrénalienne de l'hypertension.

b) Le problème des oblitérations artérielles, basé sur l'existence d'un spasme vaso-constricteur et de ses conséquences.

Expérimentalement, à la clinique chirurgicale de Strasbourg, il a été démontré que l'on peut, par hypersurrénalisme expérimental, obtenir des oblitérations artérielles. Les images histologiques sont d'abord celles d'un état fonctionnel, puis on note des aspects histologiques qui ressemblent à ceux que l'on trouve dans les artérites oblitérantes spontanées de l'homme, pour aboutir finalement à l'oblitération.

Il est prouvé qu'en faisant un hypersurrénalisme expérimental, permanent et prolongé, on obtient chez les animaux des artérites oblitérantes rappelant celles que l'on trouve chez l'homme.

Puis l'auteur en étudie la thérapeutique et précise les indications de la surrénalectomie.

**L'exophtalmie basedowienne et son intérêt physiopathologique** fut étudiée par M. JUSTIN-BESANÇON (de Paris). Les données de la clinique, dit-il, mettent en évidence les caractères très spéciaux de l'exophtalmie basedowienne et délimitent le rôle de l'hyperthyroïdie dans sa production. Les recherches physiologiques récentes précisent le mécanisme local de l'exophtalmie basedowienne et fournissent des aperçus sur sa pathogénie humoro-végétative. La thérapeutique profite de ces progrès.

**Quelques considérations concernant les actions de la cortine et ses applications cliniques.** — M. TAUSK (d'Oss.).

**Le rôle de la médullo-surrénale dans la régulation de la pression artérielle et la production de l'hypertension.** — M. H. HERMANN (de Lyon).

**Notes d'endocrinologie sexuelle chez le singe d'Algérie.** — M. R. COURRIER (d'Alger).

**La chirurgie du goitre malin.** — M. F. DE QUERVAIN (de Berne) emploie le terme de goitre malin, parce qu'il est impossible au praticien général et le plus souvent même au chirurgien expérimenté de poser un diagnostic plus précis d'après les seuls symptômes cliniques.

Ces goitres malins se développent en général sur un goitre bénin.

Ce sont des *adénomes proliférants* et des *papillomes*. Une troisième forme plus maligne est l'hémangio-endothéliome ; enfin on trouve du cancer épithélial et du sarcome. Toutes ces formes sont justiciables du traitement chirurgical avec traitement post-opératoire au radium ou aux rayons X.

**Des corrélations chimiques aux corrélations nerveuses.** — M. PI-SUNER (de Barcelone).

**Le rôle des glandes à sécrétions internes dans la pathogénie de l'hypertension artérielle.** — M. Maurice ROCH (de Genève). — Il y a certainement bien des catégories d'hypertension.

Sans trop s'avancer, on peut affirmer que des troubles du système nerveux végétatif sont capables de provoquer des états passagers ou durables d'hypertension artérielle ; il n'est pas moins évident que le système nerveux végétatif exercera parfois son action par l'intermédiaire des glandes à sécrétions internes et aussi que des modifications endocrines pourront se répercuter sur l'équilibre des nerfs vago-sympathiques. Entre phénomènes nerveux et phénomènes endocriniens, il y a donc des inter-réactions qui en rendent l'étude physiologique difficile. Ces inter-réactions, on les admet sans être toujours capable de les bien analyser. Elles ne doivent pas être perdues de vue même si, de propos délibéré, cet exposé est spécialement consacré aux endocrines.

D'une manière générale, on peut dire que l'activité des glandes dont les sécrétions internes s'exagèrent sous l'influence d'une excitation orthosympathique, favorisent ou provoquent l'hypertension ; au contraire, les glandes qui obéissent au parasympathique comme le pancréas endocrine, exercent une action hypotensive.

\*  
\*\*

Les sécrétions internes du pancréas, antagonistes de l'adrénaline en ce qui concerne la glycémie, le sont aussi, dans une certaine mesure, en ce qui concerne la vaso-motricité et la pression du sang dans les artères. L'insuline a un effet hypotenseur peu utilisable en pratique, mais intéressant au point de vue théorique. D'autre part, des substances comme l'angioxyl et la vagotonine, bien qu'ayant un peu déçu en tant que médicaments, contiennent des hormones hypotensives.

En clinique, on observe trop souvent des associations de diabète et d'hypertension pour que des coïncidences en constituent une explication suffisante. Il est logique d'admettre que des lésions pancréatiques puissent provoquer l'un et l'autre syndromes.

Il ne semble pas que l'insuffisance testiculaire soit, à elle seule, capable de causer l'hypertension artérielle. Il n'en est pas de même de l'insuffisance des ovaires. En effet, la ménopause physiologique, comme aussi la castration, s'accompagne très souvent d'un syndrome d'hypertension artérielle.



rielle qu'il est un peu trop simpliste d'attribuer à la cessation de la déplétion menstruelle. Il est plus séduisant d'y voir la conséquence d'une insuffisance des sécrétions internes de l'ovaire quoique l'opothérapie ovarienne se trouve généralement sans efficacité contre ce trouble circulatoire.

L'hyperfonctionnement de la thyroïde, pour autant que le cœur conserve une résistance suffisante, produit un certain degré d'hypertension qui se manifeste presque exclusivement par la maxima.

Les surrénales jouent certainement un rôle de premier plan dans la production des crises d'hypertension paroxystique, affection rare mais très bien caractérisée. Les paroxysmes peuvent être provoqués par une excitation nerveuse qui, se transmettant aux surrénales, entraîne une hypersecrétion d'adrénaline ; ou bien il existe un adénome de la médulla, adénome qui, on ne sait pourquoi, manifeste son activité par des décharges intermittentes de sécrétion. Quelques faits récemment observés montrent que l'adénome hypertenseur, toujours développé aux dépens d'un tissu chromaffine, peut se trouver en dehors de la glande elle-même.

Vraisemblable dans la production de l'hypertension artérielle permanente, le rôle des surrénales est ici beaucoup plus discuté. Depuis Vaquez, bien des auteurs ont signalé cependant l'hypertrophie manifeste des deux glandes chez les hypertendus avec ou sans mal de Bright. C'est surtout alors la corticale qui est hypertrophiée. Et pourtant les extraits corticaux sont sans action sur la pression du sang, alors qu'on connaît bien les puissants effets de l'hormone médullaire, l'adrénaline.

Quant à l'hypophyse, elle nous intéresse à plusieurs titres. Son lobe postérieur nous fournit des substances qui agissent sur les fibres lisses et qui sont de ce fait énergiquement hypertensives. En outre, il existe un type d'hypertension décrit par H. Cushing, très bien caractérisé, résultant du développement dans l'hypophyse antérieure d'un adénome à cellules basophiles. En troisième lieu, l'hypophyse sécrète des produits variés et spécifiques qui commandent à la thyroïde, aux surrénales, aux glandes sexuelles. Dans certains cas où l'on est tenté d'incriminer ces glandes, il est possible que l'hypophyse soit, en premier lieu, responsable de l'hypertension ; c'est peut-être ainsi qu'il faudrait expliquer les troubles vasculaires de la ménopause.

Nous connaissons mal les effets des sécrétions internes des parathyroïdes, du foie, des reins sur la tension artérielle.

Quant aux déchets du métabolisme, ils constituent bien, au sens propre du terme, des sécrétions internes. Parmi ces déchets, il en est, dérivés de la choline, acide adénosine-phosphorique, etc., qui sont vasodilatateurs et hypotenseurs. Ne serait-ce pas par une production de substances de ce genre qu'il faudrait expliquer les bons effets de l'exercice musculaire chez beaucoup d'hypertendus, dont le cœur est encore capable de résistance ?

(A suivre.)

F. L. S.

**Maladies de l'intestin**, par R. BENSUADE, Série III. *Cancer du rectum, lymphosarcome, tumeurs villeuses, polype solitaire, polypose rectocolique, fibromes-myomes, angiomes*, avec la collaboration de MM. J. CHARRIER, A. CAIN, P. HILLEMANT, A. LAMBLING, E. ANTOINE, P. AUGIER, A. BENSUADE, F. BERTILLON, A. DUFOUR, A. HOROWITZ et A. POIRIER. In-8 de 370 pages avec 127 figures. — Prix : 60 fr. — Paris, Masson et Cie.

**Les encéphalites psychosiques**, par L. MARCHAND et A. COURTOIS avec une préface du D<sup>r</sup> TOULOUSE. Petit in-8 de 144 pages et 31 microphotogravures. — Prix : 25 fr. — Paris, Le François.

## SOCIÉTÉS SAVANTES

### ACADEMIE DE MEDECINE

(SÉANCE DU 9 JUILLET 1935)

M. CROUZON lit une notice nécrologique sur M. Dubreuilh.

**La prophylaxie pratique de la fièvre ondulante**, basée sur la collaboration étroite, indispensable des services d'hygiène et des services vétérinaires départementaux. — M. F. BARBARY (de Nice), en se basant sur une expérience de plusieurs années, insiste sur la collaboration étroite indispensable des services d'hygiène et des services vétérinaires pour assurer les mesures de prophylaxie de la fièvre ondulante.

Après avoir rendu hommage à la conscience professionnelle, à la passion de recherches des vétérinaires, il indique qu'il faut répandre les notions nouvelles sur les deux affections groupées sous le nom de Brucellose fièvre de Malte ou fièvre ondulante, due au micrococcus melitensis, et l'avortement épizootique du bétail dû au bacillus abortus de Bang.

Il montre la nécessité de vulgariser dans les milieux ruraux par des causeries, des circulaires, la connaissance des éléments de contagion, non seulement les laits de chèvre et de vache et, là, l'ébullition suffit à nous préserver, mais aussi les fumiers, la mauvaise tenue des étables.

En un mot, il faut assurer, déclare le D<sup>r</sup> Barbary, un assainissement complet des villages. Evacuation des eaux usées, propreté des rues, des étables, lutte contre les insectes piqueurs, les moustiques en particulier.

En terminant, l'auteur aborde la question spéciale de la fièvre ondulante et de l'ultra virus. Il cite l'allure ondulante que peuvent présenter certaines formes de tuberculose étudiées par le D<sup>r</sup> Mazet.

En conclusion, il déclare que pour lutter efficacement contre la fièvre de Malte et arrêter sa marche envahissante, il faut dans les milieux ruraux appliquer parallèlement le dépistage par l'intradermoréaction aussi nette chez les bovidés que chez les ovins et les caprins, et les mesures générales d'assainissement des villages. Les expériences en cours permettront peut-être prochainement de répandre la connaissance de la vaccination préventive chez l'homme.

**Vaccination polyvalente contre la pasteurellose des chiens, le venin de vipère et le venin d'abeilles.** — Mme PHISALIX fait une lecture sur la « Vaccination polyvalente qu'elle a réalisée chez divers animaux (souris, cobayes, lapins, chiens) contre la pasteurellose des chiens, les effets des morsures de vipères et les piqûres d'abeilles ». Deux inoculations, faites à huit jours d'intervalle, d'une culture de Pasteurella canis, renfermant 1 mg. pour 2.000 de venin chauffé de vipère, suffirent pour assurer aux animaux qui les reçoivent l'immunité contre la septicémie pasteurellique, les morsures graves et les piqûres multiples.

L'auteur rappelle que les doses vaccinales de venin de vipère contre sa propre action, soit 12-15 mg. de venin sec, suivant les espèces, lui avaient antérieurement permis de vacciner le lapin contre l'épreuve intra-cérébrale de virus rabique fixe. Elle préconise la méthode pour les jeunes chiens de chasse, particulièrement exposés aux rencontres de congénères infectés, aux morsures de vipères quand ils explorent fougueusement les broussailles, ainsi qu'aux multiples piqûres de bourdons ou d'abeilles sauvages, quand ils en déterrent les nids dans la mousse des prairies.

**L'endémie typhique du littoral français.** — M. DUBREUIL établit que le maximum de fréquence de la fièvre typhoïde et paratyphoïde s'observe dans les départements côtiers (Méditerranée et Ouest). La plupart des cas sont dus aux coquillages.



# LIPIODOL LAFAY

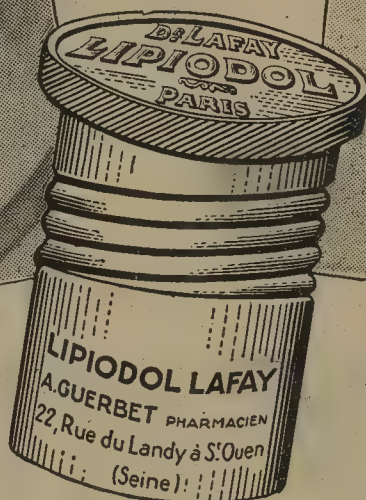
THERAPEUTIQUE IODORGANIQUE ET RADIODIAGNOSTIC

Huile iodée à 40%.

54. centigr. d'iode pur par centi. cube



*Injection intra-utérine  
de Lipiodol*



*Injection intra-fistulaire  
de Lipiodol*

## POUR COMBATTRE

ASTHME  
ARTÉRIOSCLÉROSE  
LYMPHATISME  
RHUMATISME  
ALGIES DIVERSES  
SCIATIQUE  
SYPHILIS

## POUR EXPLORER

VOIES RESPIRATOIRES  
UTÉRUS ET TROMPES  
SYSTÈME NERVEUX  
VOIES URINAIRES  
SINUS NASaux  
VOIES LACRYMALES  
ABCÈS ET FISTULES

AMPOULES, CAPSULES,  
EMULSION, COMPRIMÉS

**A. GUERBET & C<sup>IE</sup>**

Pharmacien

Ex-interne des Hôpitaux de Paris

22, Rue du Landy

St-OUEN (près Paris)

### Dosage :

1 cm<sup>3</sup>. = 0 gr. 54 d'iode

1 capsule  
1 cuiller à café  
d'émulsion } = 0 gr. 20  
d'iode

1 comprimé = 0. gr. 04 d'iode

LIPIODOL à 20%

LIPIODOL à 10% Ascendant



Il prie l'Académie d'user de sa haute autorité pour demander :

1° Modification du décret du 31 juillet 1923, suivant les directives de l'Office scientifique des pêches maritimes ;

2° Extension aux moules du décret ci-dessus qui ne concerne que les huîtres ;

3° Détermination, sous le contrôle de l'Office des pêches, des zones salubres où le ramassage des coquilles sera autorisé et des zones insalubres où il sera interdit.

Rapport sur l'inscription au tableau A. de certains produits pharmaceutiques. — M. TIFFENEAU.

La chonaxie chez l'homme, son rôle en clinique. — M. BOURGUIGNON.

Une statistique de cuti-réaction tuberculinique dans l'armée. — MM. TROISIER, BARIÉTY et NICO.

Election d'un membre titulaire dans la 2<sup>e</sup> section (chirurgie et spécialités chirurgicales). — Classement des candidats : en première ligne, M. Terrien. En seconde ligne, *ex aequo* et par ordre alphabétique : MM. Baumgartner, Chevassu, Fredet, Grégoire, Robineau.

M. Terrien est élu.

#### SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 29 MAI 1935)

M. FREDET, président, annonce le décès du professeur Proust, prononce une allocution et lève temporairement la séance en signe de deuil.

Hystérotomie exploratrice. — M. SAUVÉ, dans un cas d'hésitation entre fibrome et grossesse, incisa progressivement jusqu'à apercevoir la teinte bleutée de l'œuf. Suites opératoires des plus simples.

Anesthésique de base. — M. D'ALLAINES, dans 250 cas, a utilisé par ingestion un barbiturate, le Nembutal. Il s'agit d'un anesthésique de base, et la dose des anesthésiques employés par surcroît se trouve très diminuée. Peut-être ne faut-il pas utiliser ce barbiturate chez les cachectiques et les intoxiqués. La prolongation du sommeil est parfois impressionnante, mais la strychnine et la caféine agissent efficacement contre ces inconvénients.

Indications opératoires dans les ptoses rénales. — M. PAPIX considère qu'il existe des hydronéphroses congénitales, d'autres acquises. La pyélographie donne d'utiles renseignements préopératoires. Si la néphrectomie est parfois nécessaire, la fixation du rein donne souvent d'excellents résultats.

M. FEY considère que la reposition du rein est pratiquée plus fréquemment qu'on ne le dit. Les coutures de l'urètre ne sont pas toutes nuisibles, et la clinique garde le pas sur la pyélographie pour poser les indications opératoires.

Dilatation des cancers de l'œsophage. — M. GOSSET rapporte un travail de M. Lœwy qui dilate doucement les cancers de l'œsophage, sur ficelle, et permet d'obtenir des reprises de l'alimentation et une survie intéressante. Les accidents sont peu nombreux et les résultats paraissent supérieurs à ceux de la gastrostomie.

M. SAUVÉ a obtenu de bons résultats de la gastrostomie suivie d'applications de rayons X ou de radium.

Sutures nerveuses. — M. GOSSET considère que la suture nerveuse doit souvent être remplacée par la greffe nerveuse. La greffe nerveuse de veau conservée dans l'alcool donne

de mauvais résultats, la greffe nerveuse récemment prélevée donne de meilleurs résultats. Mais conformément aux directives de Nageotte, il semble que les résultats soient d'autant meilleurs que le tissu de greffe contient moins de tissu conjonctif. Expérimentalement, sur le chien, la moelle permet d'obtenir d'excellents résultats, et la dure-mère qui l'entoure permet de fixer des points de suture.

M. PICOT, chez un enfant, pour une perte de substance du nerf cubital, a pratiqué sans résultat une greffe de sciatique de chien. L'enfant a été réopéré par interposition d'une soie entourée de fascia lata. Il semble que le nerf se régénère.

#### SOCIÉTÉ DE MÉDECINE D'ALGER

(SÉANCE DU 17 MAI 1935)

Cataracte endocrinienne et syndrome musculaire atypique. — MM. DUMOLARD, TOULANT, SARROUX, FABREGOULES. Indigène de 30 ans, atteint depuis l'âge de 20 ans environ d'une cataracte endocrinienne double qui vient d'être opérée. Le malade ne se plaint d'aucun autre trouble ; il n'existe à l'heure actuelle aucun signe clinique de myopathie ni de myotonie, il n'y a pas d'hypotonie, ni d'hyper-tonie musculaire, pas de signes latents de tétanie. Les réactions électriques décèlent cependant une hyperexcitabilité marquée dans certains groupes musculaires des membres supérieurs, et on trouve au niveau de certains de ces muscles, et spécialement des biceps, une modification évidente de leur consistance. Ces muscles sont ligneux et durs.

Maladie de Recklinghausen partielle, guérie par le traitement antiluétique. — M. DUMOLARD.

Forme partielle de la maladie osseuse de Paget. — MM. AUBRY, THIODET, R. RAYNAUD et Mlle ODRY.

Un cas d'anorexie mentale. — MM. AUBRY, THIODET, R. RAYNAUD et Mlle ODRY.

Chancre d'inoculation objective par la radiographie après pneumothorax pour tuberculose pulmonaire. — M. A. LEVI-VALENSI. Présentation d'un film pris chez un malade traité par un pneumothorax thérapeutique pour tuberculose pulmonaire ; on y voit de façon particulièrement nette, à la partie inférieure du lobe inférieur gauche, une ombre dense, arrondie, de la grosseur d'une pièce de deux francs et reliée au hile par une traînée sombre.

Le traitement de la syncope chloroformique primitive d'après les enseignements de la médecine expérimentale. — MM. TOURNADE (A.), ROCCHISANI (L.).

Sur l'importance clinique de l'ultravirus tuberculeux. — MM. PINOY et FABIANI.

L'utilité de la biopsie pour le diagnostic du Bonton d'Orient. — MM. BARBE, MONTELLIER, JACQUEMIN.

A propos d'un épanchement puriforme du pneumothorax thérapeutique résorbé spontanément. — MM. LOUBEYRE, BOURGEON et AUBANIAC.

Le traitement des ulcères gastro-duodénaux, par le docteur Paul FROMANT. Grand in-8° de 112 pages avec figures. — Prix : 15 fr. — Paris, J.-B. Baillière et Fils.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.



TRAITEMENT  
DU  
**DIABÈTE**  
PAR LES  
CAPSULES GLUTINISÉES  
DE

**PANCREPATINE**  
**LALEUF**

ÉCHANTILLONS ET LITTÉRATURE

**LABORATOIRES LALEUF**  
20 RUE DU LAOS  
PARIS (XV<sup>e</sup>)

Nouvelle adresse : 51, rue Nicolo, PARIS (XVI<sup>e</sup>).

# SULFOÏDOL ROBIN

*Granulé - Capsules - Injectable - Pommades - Ovules*

ARTHRITISME CHRONIQUE - ANÉMIE REBELLE  
PHARYNGITES - BRONCHITES - FURONCULOSE - ACNÉ - VAGINITES  
URÉTRO-VAGINITES - INTOXICATIONS MÉTALLIQUES

R. G., 221.839,  
Seine.

**LABORATOIRES ROBIN, 13. Rue de Poissy. PARIS**

*De Trouette-Perret*

*1<sup>re</sup>*  
**Aphloïne**

Spécifique des Troubles  
de la Ménopause  
et du système veineux

*1<sup>a</sup>*  
**Nisaméline**

(Guaco)

Prurits - Eczémas - Prurigos  
Néoralgies

*1<sup>a</sup>*  
**Papaine**

Gastro-Entérites  
Diarrhées-Vomissements  
Troubles Dyspeptiques

61, AVENUE PHILIPPE-AUGUSTE — PARIS



# DIASTOGÈNE F

Kola fraîche  
stabilisée

Manganèse

Arsines

Fenugrec

(comprimé glutinisé  
inclus dans le cachet)

abrège  
les  
convalescences

2 à 3 cachets  
par jour

Laboratoire  
66 rue Nationale



Dehaussy  
Lille



*La Lancette Française*

# GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6<sup>e</sup>. Tél. : Danton 48-31.PUBLICITE : M. A. THIOILLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6<sup>e</sup>) - Téléph. : Littré 54-93.

## PRIX DE L'ABONNEMENT

## FRANCE

3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.

*Etudiants* : 25 francs par an.

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

## ETRANGER

Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.  
Tous les autres pays : 75 francs.

## SOMMAIRE

## ACTUALITÉS

*De quelques indications de la surrénalectomie*, par M. R. LEVENT.

## TRAVAUX ORIGINAUX

*Les gastrites chroniques et leur traitement aux eaux minérales de « Slanicul Moldovei »*, par M. L. RODESCU (de Bucarest).

## SOCIÉTÉS SAVANTES

*Société médicale des hôpitaux. — Société de biologie. — Société de médecine de Paris.*

## INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

*L'entente directe*, par M. A. HERPIN.

## PRATIQUE MÉDICALE

## LIVRES NOUVEAUX

## NOTES POUR L'INTERNAT

*Volvulus du colon pelvien (suite).*

## INFORMATIONS

FACULTÉS DE MÉDECINE. — PARIS. — *Service des vacances 1935. — Bibliothèque.* — Les séances du soir seront suspendues à partir du 13 juillet. La bibliothèque sera ouverte tous les jours, de 13 h. 30 à 18 h., du 15 au 31 juillet.Elle sera fermée à partir du 1<sup>er</sup> août.

Un avis ultérieur fera connaître les jours et heures d'ouverture pendant le mois de septembre.

*Secrétariat.* — Le secrétariat de la Faculté demeurera ouvert pendant toute la durée des vacances, de 12 à 15 h.Le service normal (9 h. à 11 h. et 12 h. à 15 h.) reprendra le mardi 1<sup>er</sup> octobre prochain.— AIX-MARSEILLE. — M. Monges, professeur sans chaire, est nommé, à compter du 1<sup>er</sup> novembre 1935, professeur de pathologie interne et générale à la Faculté mixte de médecine générale et coloniale et de pharmacie de l'Université d'Aix-Marseille.M. Cassoute, professeur sans chaire, est nommé, à compter du 1<sup>er</sup> novembre 1935, professeur de clinique médicale infantile à la Faculté mixte de médecine générale et coloniale et de pharmacie de l'Université d'Aix-Marseille.

— BORDEAUX. — M. Dubecq, agrégé pérennisé, a été chargé à titre provisoire de la direction du service de la clinique dentaire.

— TOULOUSE. — La chaire de clinique des maladies des voies urinaires (dernier titulaire : M. Martin) de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Toulouse est transformée en chaire de physiologie.

M. Soula, professeur sans chaire, est nommé, à compter du 1<sup>er</sup> novembre 1935, professeur de physiologie à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Toulouse.

La chaire d'oto-rhino-laryngologie (dernier titulaire : M. Escat), budget de l'Université, de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Toulouse, est transformée en chaire de clinique du cancer.

M. Ducuing, professeur sans chaire, est nommé, à compter du 1<sup>er</sup> novembre 1935, professeur de clinique du cancer (budget de l'Université) à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Toulouse.

## GUERRE. — Mutations :

*Médecins lieutenants-colonels.* — M. Duchene-Marullaz est maintenu à l'hospice mixte de Clermont-Ferrand et désigné comme médecin chef et président de commission de réforme; M. Pons est maintenu à l'hôpital militaire Robert-Picqué, Talence; M. de Lagoanère est affecté aux salles militaires de l'hospice mixte de Limoges, président de commission de réforme.*Médecins commandants.* — M. Riss est affecté au centre de réforme de Constantine; M. Noël est affecté à l'hôpital militaire Robert-Picqué à Talence; M. Bourgeois est affecté à la base aérienne n° 101, Toulouse; M. Combalat est affecté à l'hôpital militaire de Grenoble; M. Fontaine est affecté au 7<sup>e</sup> escadron du train à Besançon.*Médecins capitaines.* — M. Donon est affecté au 2<sup>e</sup> escadron du train à Amiens; M. Estang est affecté au 8<sup>e</sup> escadron du train à Dijon; M. Meidinger est affecté à l'hôpital mili-**OUABAÏNE ARNAUD**LABORATOIRE NATIVELLE, 27, Rue de la Procession, PARIS (XV<sup>e</sup>)

taire Gaujot à Strasbourg; M. Cosnier est affecté au 16<sup>e</sup> escadron du train à Montpellier; M. Villequez est affecté à l'hôpital militaire Legouest, laboratoire de bactériologie, à Metz; M. Horrenberger est affecté à l'hôpital militaire de Bordeaux, laboratoire de bactériologie; M. Coutié est affecté au 51<sup>e</sup> bataillon de chars de combat à Verdun; M. Martinet est affecté au 18<sup>e</sup> escadron du train à Bordeaux; M. Carolus est affecté au 122<sup>e</sup> escadron du train à Metz; M. Bodet est affecté au 4<sup>e</sup> escadron du train au Mans; M. Conze est affecté au 24<sup>e</sup> d'infanterie à Versailles; M. Stauffer est affecté au 9<sup>e</sup> escadron du train à Tours.

*Médecins lieutenants.* — M. Richard est affecté à la section technique du Service de santé à Paris; M. Armengaud est affecté aux salles militaires de l'hospice mixte du Mans.

**NÉCROLOGIE.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Auguste Dumont, ancien chirurgien de la Maternité de Tourcoing; Traversier, professeur à l'Ecole de médecine de Grenoble, médecin des hôpitaux.

## INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

### L'ENTENTE DIRECTE

« Le paiement direct sans tarif contractuel, c'est ce que nous avons toujours désigné ici sous le nom de l'entente directe et je n'ai pas besoin de rappeler à nos collègues du S. M. S. les arguments d'ordre moral qui nous ont amenés à demander ce mode exclusif de fonctionnement de la loi (1) ».

Cependant le Conseil d'administration de la Confédération, dans sa séance du 23 juin 1935, adoptait la résolution suivante que les syndicats médicaux étaient invités à insérer dans leurs conventions avec les caisses :

« Sauf les cas particuliers conditionnés par la situation de l'assuré ou la notoriété du chirurgien, dans lesquels le praticien garde le droit de fixer ses honoraires en accord avec son malade, les honoraires chirurgicaux en usage à l'égard des assurés sociaux soignés dans les locaux qui leur sont réservés, ne seront pas supérieurs au tarif syndical minimum annexé à la convention ou au barème préférentiel prévu par la convention. »

Par cette voie détournée d'une convention à établir avec les maisons de santé, l'entente directe se trouve donc en pratique supprimée, puisqu'au lieu d'être la règle, comme elle était jusqu'à présent, elle ne sera plus que l'exception.

Il n'est pas sans intérêt de reproduire à ce sujet un extrait du cours professé au Conservatoire des Arts et Métiers par M. Etienne Antonelli : « Le droit des assurances sociales considéré par rapport aux individus » (trentième leçon). Edité par l'Union des caisses d'assurances sociales de la région parisienne, 70, rue de Rochechouart :

« Le médecin, en vertu même du principe de l'entente directe, reconnu par le législateur, doit réclamer à l'assuré son *prix habituel*, c'est-à-dire, pour parler clairement, le *prix qu'il veut, au-dessus ou au-dessous du tarif syndical*.

Cependant, certaines conventions médicales entre syndicats et caisses avaient prévu une restriction de cette liberté de taxation.

Ainsi les caisses du Finistère avaient passé une convention qui contenait un article 7 interdisant aux praticiens de consentir aux malades immatriculés aux assurances sociales des

tarifs inférieurs aux tarifs syndicaux minima. L'article ajoutait :

« La caisse s'engage notamment à considérer comme un danger pour elle-même et comme actes susceptibles de nuire à ses intérêts en favorisant les abus possibles des sanctions prévues aux statuts, le fait, par tous les médecins syndiqués ou non, de ne pas appliquer au minimum les tarifs admis par la fédération contractante pour tous soins donnés aux assurés, tant à domicile et au cabinet du médecin que dans les hôpitaux et tous autres établissements publics et privés. »

Le préfet fit appel de la décision de la Commission départementale qui avait approuvé cet article.

La section permanente du Conseil supérieur des assurances sociales :

« Considérant que le libre choix du praticien, prévu par l'article 4, paragraphe 2 de la loi du 5 avril 1928, modifiée par la loi du 30 avril 1930, ne peut être limité que dans la mesure où le praticien choisi ne présenterait pas les garanties professionnelles désirables, que les clauses précitées ne rentrent pas dans ce cas, qu'elles sont donc contraires à la disposition législative susvisée et à l'ordre public », a cassé la décision de la Commission départementale.

\*\*

« La question a été jugée d'une façon encore plus large par la section permanente du Conseil supérieur, à propos d'un conflit survenu dans le territoire de Belfort à propos de l'interprétation de la convention médicale.

Cette convention avait fait figurer en annexe le tarif syndical minimum. Les caisses soutenaient que les médecins s'étaient par là engagés à ne pas prendre aux assurés sociaux des honoraires supérieurs.

La décision de la Commission permanente du Conseil supérieur est ainsi conçue :

« Considérant qu'une clause qui tendrait à faire de ce tarif un minimum rigide serait contraire à la règle générale du libre choix du praticien par l'assuré posée dans le 2<sup>e</sup> alinéa de l'article 4 de la loi du 30 avril 1930 ; que ce libre choix ne peut être limité que dans la mesure où le praticien choisi ne présenterait pas les garanties professionnelles désirables ;

« Décide :

« L'approbation est refusée à la convention passée entre les caisses primaires d'assurances sociales du territoire de Belfort, en tant qu'elle interdirait aux praticiens de consentir des tarifs supérieurs ou inférieurs au tarif syndical minimum et qu'elle modifierait ainsi le caractère indicatif de ce tarif. »

Mais alors, la décision du Conseil d'Administration de la Confédération du 23 juin ?

Comprenez qui voudra.....

A. HERPIN.

**Pratique obstétricale**, par L. DEVRAIGNE. Petit in-8° de 244 pages avec 39 figures. — Prix : 22 fr. Paris, Masson et Cie.

**Les névroses tachycardiques**, par GALLAVARDIN et A. Tourniaire. Petit in-8° de 122 pages avec 24 figures. — Prix : 17 fr. Paris, Masson et Cie.

**Phosphopinal Juin**  
Reconstituant général, est au Phosphore blanc ce que le Cacodylate est à l'Arsenic  
Littérature et Echantillons : 10, Impasse Mitard, Paris (18)

(1) Docteur CIBRIE. Le Congrès des syndicats médicaux, Bull. du S. M. S., janv. 1928, p. 30.

Insomnies  
Toues nerveuses.

**BROMÉINE** MONTAGU

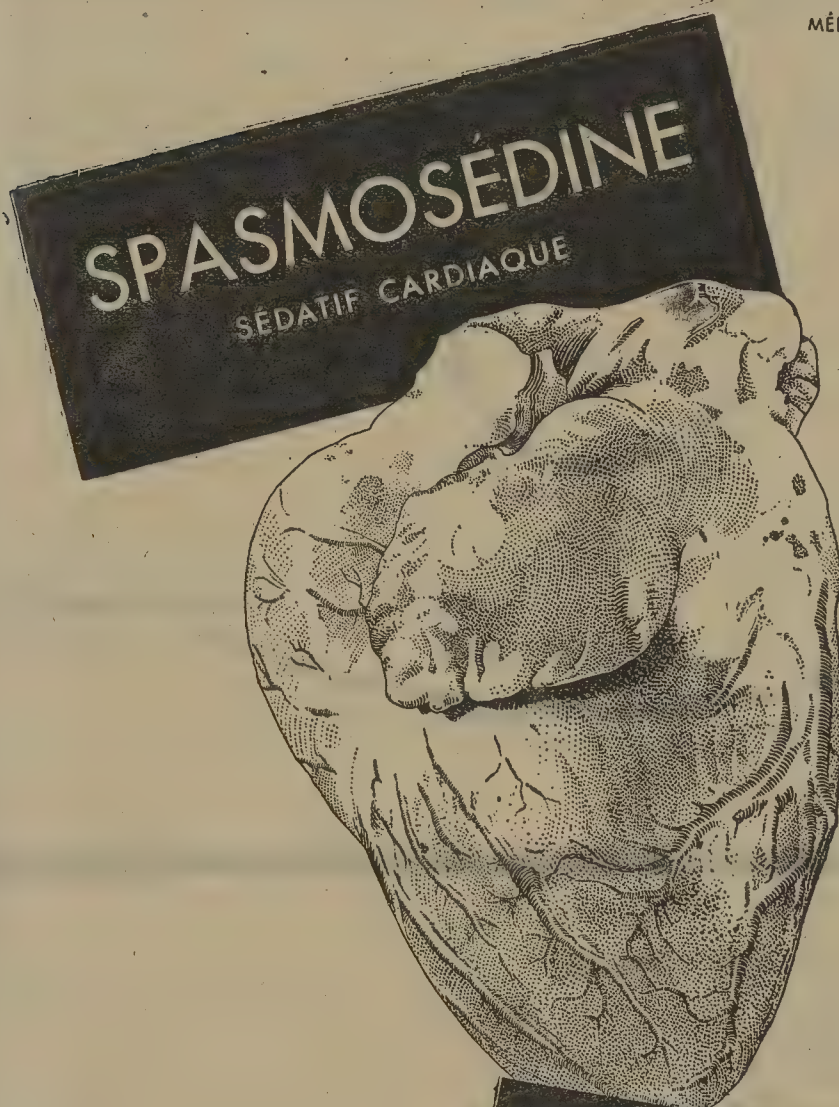
**OUATAPLASME**

du D<sup>r</sup> L'ANGLEBERT  
PANSEMENT COMPLET  
Phlegmasies, eczémas, brûlures, etc



LABORATOIRES DEGLAUDE ( )  
15, BOUL<sup>e</sup> PASTEUR, PARIS (XV<sup>e</sup>)

MÉDICAMENTS CARDIAQUES  
SPÉCIALISÉS



**SPASMOSEDINE**  
SÉDATIF CARDIAQUE

**DIGIBAÏNE**  
TONIQUE CARDIAQUE

*Les 2 médicaments cardiaques essentiels*

# MALADIE VEINEUSE ET SES COMPLICATIONS

## VEINOTROPE

VEINOTROPE M COMPRIMÉS (masculin)	
POUDRE DE PARATHYROÏDE.....	0.001
POUDRE ORCHITIQUE.....	0.035
POUDRE DE SURRÉNALES.....	0.005
POUDRE D'HYPOPHYSE (lob. post.).....	0.001
POUDRE DE PANCRÉAS.....	0.10
POUDRE DE NOIX VOMIQUE.....	0.005
EXTRAIT DE MARRON D'INDE.....	0.005
EXTRAIT D'HAMAMELIS VIRGINICA.....	0.01
POUR 1 COMPRIMÉ ROUGE	

VEINOTROPE F COMPRIMÉS (féminin)	
POUDRE DE PARATHYROÏDE.....	0.001
POUDRE D'OVAIRES.....	0.035
POUDRE DE SURRÉNALES.....	0.005
POUDRE D'HYPOPHYSE (lob. post.).....	0.001
POUDRE DE PANCRÉAS.....	0.10
POUDRE DE NOIX VOMIQUE.....	0.005
EXTRAIT DE MARRON D'INDE.....	0.005
EXTRAITS D'HAMAMELIS VIRGINICA.....	0.01
POUR 1 COMPRIMÉ VIOLET	

FORMULES

COMPRIMÉS : 2 AU LEVER ET 2 AU COUCHER,  
OU SUIVANT PRESCRIPTION MÉDICALE.  
3 SEMAINES PAR MOIS.

VEINOTROPE POUDRE	
EXTRAIT EMBRYONNAIRE.....	1 gr.
PROTÉOSES HYPOTENSIVES DU PANCRÉAS.....	3 gr.
CALOMEL.....	4 gr.
TALC STÉRILE. Q. S. pour.....	100 gr.

LABORATOIRES LOBICA  
46, AVENUE DES TERNES — PARIS

POUDRE : TRAITEMENT DES ULCÈRES SIMPLES  
ET VARIQUEUX, DES PLAIES EN GÉNÉRAL

POSOMÉTRIE ABSOLUMENT RIGOUREUSE

## CALOMEL VICARIO

PETITS COMPRIMÉS

Un milligramme, quart et demi-centigramme  
un, deux et cinq centigrammes  
DÉSAGRÉGATION RAPIDE

NEURALGIES — GRIPPE — RHUMATISMES

## NOPIRINE VICARIO

ASPIRINE RENFORCÉE

Pharmacie VICARIO, 17, boul. Haussmann, PARIS



## ACTUALITÉS

DE QUELQUES  
INDICATIONS DE LA SURRÉNALECTOMIE<sup>(1)</sup>

Depuis Brown-Séquard on sait que la surrénale est indispensable à la vie mais les difficultés de l'expérimentation et de la technique chirurgicale firent qu'on dut longtemps se contenter d'une affirmation globale qui n'avait pas tardé à se montrer excessive.

L'étude des surrénales accessoires et de leur action de suppléance, celle des surrénales principales telles qu'elles se présentent chez certains animaux montrèrent qu'il y avait en réalité dans chaque surrénale deux glandes associées mais entièrement différentes d'origine et de fonction comme elles l'étaient par leur structure histologique.

Il existe bien une surrénale indispensable à la vie, c'est le cortex, glande issue du mésoderme. La glande médullaire dont l'origine est au contraire ectodermique, comme celle des ganglions sympathiques, est un autre organe qui chez l'homme et chez certains animaux s'invagine dans le premier et entre avec lui dans une union anatomique surtout apparente. Les fonctions en sont tout autres ; elle n'est pas indispensable à la vie.

C'est tout récemment qu'après d'autres auteurs, Swingle et Pfiffner notamment ont réussi à isoler une substance qui semble être l'hormone corticale elle-même ou une substance fort peu différente.

La sécrétion de la surrénale médullaire est au contraire depuis longtemps connue ; l'adrénaline qu'on sait depuis des années isoler et même préparer par synthèse et qu'on a très vite cessé de considérer comme la sécrétion surrénale totale, semble identique à la sécrétion médulosurrénale ou du moins très proche d'elle.

Le cortex ne participe en rien à sa production ; comme le montrait Kuhle dès 1926 il existe même un certain antagonisme physiologique entre les produits corticaux et l'adrénaline, notamment en ce qui concerne l'action sur la tension artérielle.

\* \* \*

Le poids des surrénales est très variable selon l'espèce animale et la période de l'existence. Langlois l'a évalué en moyenne au 1/10.000 du poids du corps entier. Encore l'âge a-t-il ici un rôle important puisque c'est vers le 4<sup>e</sup> mois de la vie intrautérine que la surrénale semble atteindre chez l'homme son poids relatif maximum.

Quant aux surrénales accessoires, leurs variations de nombre et d'importance sont très amples. Leur existence ne doit cependant pas être négligée non plus que la connaissance exacte de leur situation anatomique puisqu'elles sont, aussi bien que les glandes

principales, susceptibles d'hypertrophie ou de dégénérescence. On les trouve parfois au contact du rein, parfois à l'intérieur de sa capsule propre et même dans l'épaisseur du parenchyme rénal, parfois au voisinage d'organes plus éloignés : mésentère, pancréas, plexus solaire, organes génitaux.

Dans la surrénale globalement considérée, c'est le cortex qui tient le plus de place puisqu'il forme à peu près les 9/10 de la glande. La médullaire n'est cependant pas un accessoire et l'antagonisme physiologique que nous avons mentionné ne diminue en rien son autonomie. Elle reçoit du reste le sang de capillaires artériels qui lui sont propres et traversent sans s'y distribuer toute l'épaisseur du cortex en se frayant passage entre ses travées cellulaires.

L'intrication des parenchymes ne permet pas, actuellement du moins, d'agir chirurgicalement sur une des glandes à l'exclusion de l'autre ; les exérèses atteignent obligatoirement les deux parenchymes à la fois. Il existe cependant une certaine marge thérapeutique puisque l'expérimentation a montré que, pour des glandes saines tout au moins, 1/6 de la masse totale des deux surrénales cortico-médullaires suffit à la vie.

Dès 1895, Oliver et Schœfer avaient montré l'action des extraits glandulaires sur la tension artérielle et le cœur. La synthèse de l'adrénaline réalisée en 1901 par Takamine et Aldrich permit de comparer les effets de l'adrénaline pure et ceux des extraits glandulaires. Les travaux plus récents sur le cortex surrénal ont permis d'individualiser avec précision les effets de l'hormone corticale.

De ces études comparatives, on a pu conclure à la similitude d'action de l'adrénaline et de la médulosurrénale. Cette glande est avant tout adrénalinogène et le produit sécrété semble déversé directement dans la circulation. Des incertitudes subsistent encore quant à la permanence de cette substance dans le sang. L'imperfection des moyens de dosage a fait contester par Gley la présence d'adrénaline en quantité appréciable dans le sang ; les travaux de Touraine et Chabrol les amènent cependant à considérer que l'adrénaline bien que difficile à mettre en évidence n'en est pas moins réelle.

Les fonctions du cortex sont multiples : action sur la nutrition générale, sur la thermorégulation, action antitoxique. Il en est d'autres, incomplètement précises encore, auxquelles semblent surtout s'adresser certaines surrénalectomies : action endocrine en corrélation avec d'autres systèmes endocrines (glandes génitales en particulier) et avec le système nerveux.

*Action sur la tension artérielle.* — Celle-ci est mal connue et paraît être dans une certaine opposition avec l'action de la sécrétion médullaire ; pour certains auteurs, le cortex serait même nettement hypotenseur.

Les fonctions de la médullaire sont entièrement différentes. En dehors de l'action sur la glycémie et les réserves glycogéniques du foie et des muscles, l'une des principales propriétés est d'éveiller la contraction des muscles lisses, en particulier ceux des vaisseaux et du tube digestif. Il en résulte une vaso-constriction rapide et puissante au niveau des artères et des veines

(1) Cet article était déjà imprimé lorsque M. le professeur Leriche, aux Journées Médicales de Bruxelles, a fait sa conférence sur la surrénalectomie.

et l'ascension rapide et très marquée de la tension artérielle. Les effets sur le cœur varient avec la façon dont l'adrénaline est mise en œuvre mais les effets cardio-accelérateurs de l'injection intra-cardiaque sont assez puissants et assez constants pour être employés à la réanimation d'un cœur en syncope anesthésique.

L'action des parenchymes surrénaux, médullo-surrénal en particulier, est sous la dépendance du grand sympathique du fait de l'innervation par le grand splanchnique. C'est ce nerf qui régit directement le passage dans la circulation de l'adrénaline glandulaire.

C'est à la suite du parallèle fidèle qu'on a pu établir entre les effets de l'adrénaline ou de la sécrétion médullo-surrénale d'une part et d'autre part certains syndromes cliniques qu'on a cherché à en modifier l'évolution par action chirurgicale sur les glandes, tentatives qui, à l'occasion, ont eu aussi pour objet la corticosurrénale. Mais il est évident qu'il nous demeure encore impossible de limiter l'action chirurgicale à l'un des deux parenchymes glandulaires seul ; quelle que soit la sécrétion que l'on cherche à modifier et la puissance de l'action que l'on veut exercer c'est toujours sur une fraction de la médullaire et de la corticale à la fois que l'on interviendra.

Une action indirecte par voie circulatoire semble dépasser actuellement nos moyens ; l'action indirecte par voie nerveuse (section du splanchnique) a dans certains cas fait ses preuves ; nous ne l'étudierons pas ici.

Il s'agit uniquement de l'action directe par suppression d'une partie du tissu glandulaire dans la glande principale ou une glande accessoire, et dont les résultats semblent dans certains cas satisfaisants. Les bons résultats semblent surtout jusqu'ici avoir été recherchés et obtenus en ce qui concerne la glande médullaire.

\*\*\*

Les surrénales sur lesquelles les chirurgiens sont intervenus sont dans des états divers, abstraction faite des surrénales en néoplasie maligne dont nous ne nous occuperons pas ici. Tantôt il s'agit de surrénales hypertrophiées ou adénomateuses, le processus portant sur la médullaire ou sur la corticale ; tantôt il s'agit de surrénales normales anatomiquement et histologiquement mais en état d'hyperfonctionnement.

**Accidents artériels.** — Ils sont de types divers : *gangrènes spontanées* d'origine artérielle, séniles ou précoces, compliquées ou non d'hypertension ; *endarterite oblitérante syphilitique* ; *endarterite oblitérante du type Burger*.

On connaît depuis l'action sclérosante d'un spasme artériel d'origine adrénalinique longtemps prolongé. C'est à cette pathogénie que divers auteurs et surtout Oppel se sont ralliés pour expliquer la genèse des accidents et pour en influencer l'évolution au moyen de la surrénalectomie.

Il y aurait pour Oppel hyperadrénalinémie. La recherche de l'adrénaline par la méthode de Magnus et celle de Bailly confirmerait cette conception ; de même

les résultats des expériences de Touraine et Chabrol : action sur l'intestin isolé du chat du sérum des gangréneux homologue de celle d'un sérum hyperadrénaliné ou hypersurrénalisé. Il se produit un spasme vasculaire généralisé (confirmé au niveau des capillaires par la capillaroscopie). La constriction artérielle qui bloque la circulation périphérique s'étend aussi aux artères du myocarde d'où un certain degré de méiopragie cardiaque agissant dans le même sens. La composition sanguine imputable à l'hyperadrénalinémie s'y associe : hyperglobulie que ne contrebalance pas suffisamment une hémolyse splénique entravée par l'hyperfonctionnement de la cortico-surrénale d'où augmentation parallèle de la viscosité et de la coagulabilité sanguines. Il y a en même temps hyperglycémie que doit compenser un hyperfonctionnement du pancréas endocrine dont la capacité est d'une grande importance pronostique. Les apparences cliniques et l'importance proportionnelle des lésions irréparables sont en grande partie commandées par l'existence des voies de circulation de suppléance et par leur état anatomique.

Chez un certain nombre de sujets (58), Oppel ayant fait baisser l'adrénalinémie par la surrénalectomie, aurait fait cesser le spasme, et rétabli de ce fait la circulation partout où elle pouvait l'être et sauvé ainsi ce qui pouvait être sauvé, le reste constituant naturellement une perte définitive. En même temps s'abaissait le taux de la glycémie et disparaissaient les autres altérations sanguines. La surrénalectomie pourrait être complétée par des interventions dans d'autres domaines : ligatures veineuses, sympathectomies, section du splanchnique, injections modificatrices dans le tronc du sciatique, intervention sur le système génital (ligature des deux déférents, greffes ovariennes ou testiculaires).

Sur 58 cas, Oppel aurait cependant obtenu 10 guérisons... ; d'autre part la statistique globale de Herzberg (106 cas) augmentée des 6 cas ultérieurs de Leriche, fournit pour l'ensemble des auteurs examinés 14 cas de guérison se maintenant au plus 2 ans ; au-delà de 2 ans Sénèque ne compte plus que 3 cas de guéris.

D'autre part, l'opération ne paraît pas sans risques : accidents postopératoires divers dans 15 cas (suppurations périnéales ou autres, shock, insuffisances cardiaques). Il y a eu 19 décès dont 2 fois par insuffisance surrénale ce qui ne vient guère à l'appui des conceptions de Oppel. Aussi est-il licite de faire des réserves sur la bienfaisance foncière de la méthode.

Il y a pourtant des résultats partiels assez fréquents : 33 fois cessation des douleurs, 28 fois retour d'un pouls artériel effacé, 5 fois cicatrisation d'ulcères ; mais tout cela paraît temporaire. Et 47 fois les surrénalectomisés ont dû par la suite se soumettre à des amputations de niveaux divers.

Dans 2 cas d'Herzberg, où la surrénalectomie fut cependant très précoce, il n'y a eu qu'une cessation des douleurs mais l'évolution de l'affection a continué.

On ne peut donc plus qu'abandonner les espoirs qu'en 1927 Oppel avait conçus.



**Accidents hypertensifs.** — Les tentatives sont ici de plus fraîche date mais les résultats semblent intéressants. Les accidents que l'on traite par surrénalectomie sont de deux types correspondant — schématiquement — aux lésions des 2 tissus glandulaires. Sans doute les types tranchés sont-ils l'exception, mais leur connaissance permet de se diriger dans l'application pratique.

Entre les types si divers d'hypertension, on tend en effet à isoler un premier syndrome que l'on a retrouvé accompagnant des adénomes cortico-surrénaux. C'est une hypertension permanente, 18-20, ou un peu plus pour la maxima, s'accompagnant de poussées hypertensives décelées fonctionnellement par des sensations précordiales pénibles, plutôt que douloureuses : glycosurie et polyglobulie modérées. Bientôt début d'une insuffisance cardiaque se compliquant peu à peu d'insuffisance rénale. Labbé, Azerad et Violle (1929), Monnier-Vinard et Desmarests (1924) ont publié de ces cas. Monnier-Vinard et Desmarests ont attribué les troubles à des lésions corticales et la surrénalectomie a été faite. Il n'y a eu qu'amélioration partielle et temporaire des signes circulatoires. La pathogénie dans cette observation est d'autant plus imprécise que la surrénale enlevée était normale même histologiquement. Ces cas semblent rares et les quelques surrénalectomies pratiquées n'ont guère donné de succès.

Les résultats paraissent meilleurs dans un type clinique caractérisé par les *crises hypertensives paroxysmiques* dont l'évolution abandonnée à elle-même conduit infailliblement à la mort du fait des lésions rénales à point de départ artériel.

Le début en est souvent brusque après un effort ou une émotion, parfois sans cause. C'est une crise de vaso-constriction intense : crampes violentes, picotements, brûlures dans les jambes, dont le territoire s'étend bientôt vers la racine des membres, le tronc (coliques violentes), les membres supérieurs, la tête, avec accompagnement de sensations angineuses intenses. Les téguments sont froids, d'une pâleur cireuse, couverts de sueurs. Le rythme cardiaque s'accélère ; en même temps la tension artérielle tant maxima que minima s'élève en quelques instants jusqu'à un maximum de 25, 30 ou même au delà des échelles manométriques des appareils.

La crise dure quelques instants en général, une heure parfois, puis le calme revient très rapidement et tout demeure dans l'ordre, sans hypertension notable, jusqu'à nouvelle crise.

D'abord rares ces accès augmentent de fréquence et finissent par se renouveler plusieurs fois par jour ou même devenir subintrants. La mort peut alors survenir pendant l'accès par insuffisance ventriculaire gauche et œdème pulmonaire aigu. Plus souvent l'évolution est chronique mais les vaisseaux du rein se sclérosent, une néphrite chronique de type hypertensif se constitue. Il existe alors une hypertension permanente croissante compliquée de paroxysmes qui perdent naturellement de leur netteté. On voit apparaître un bruit de galop, de l'albuminurie, de l'azotémie et la mort survient par œdème aigu, hémorra-

gie cérébrale ou urémie. A l'autopsie lésions rénales et surtout surrénales. Depuis qu'on fait la surrénalectomie, on constate habituellement la présence des lésions surrénales alors que le rein est encore sain.

Dans beaucoup d'observations on trouve en effet une tumeur bénigne, sans tendance à la généralisation, quoique parfois très volumineuse (186 gr. dans l'observation de Vaquez, Donzelot, Géraudel).

Elle est formée d'un tissu ferme, blanchâtre avec ponctuation rouge brun, divisé par des travées conjonctives et adhère au rein et à la surrénale. Elle est en général unilatérale et droite.

Structure histologique homogène : elle est développée aux dépens des éléments adultes de la médullaire, formée de cellules polygonales chromaffines en rapports directs avec les vaisseaux. La teneur de ce tissu en adrénaline serait considérable selon Kalk (200 fois le taux normal) ; en réalité, l'adrénaline disparaît avec la plus grande rapidité là comme ailleurs et il est nécessaire de confirmer par des dosages extrêmement précoces les affirmations de Kalk.

Ces tumeurs ont été diversement nommées ; on tend à accepter de plus en plus le nom de *surrénatome hypertensif* proposé par Vaquez, Donzelot et Géraudel.

Mais ni la tumeur ni les modifications histologiques ne sont absolument constantes. C'est ainsi que Chazelle (1931), que Meillère et Olivier (1934), ont pu ne trouver qu'une hyperplasie surrénale diffuse sans tumeur ni modification histologique. Dans ces cas il y aurait un peu d'hypertension permanente avec des paroxysmes moins tranchés.

Parfois même toute modification macroscopique fait défaut (Galata, 1929 : Surrénale de poids normal sans examen histologique ; Meillère et Olivier, 1934 : 2 observations de glandes apparemment normales) il y aurait alors uniquement trouble fonctionnel.

Le diagnostic est donc aisé pour des paroxysmes nets et une tumeur perceptible. En l'absence de tumeur et dans tous les cas intermédiaires aux formes types on ne pourra souvent incriminer la surrénale qu'en l'absence reconnue de toute autre origine.

La surrénalectomie chez de tels malades, habituellement jeunes, semble bien supportée. La trentaine d'observations actuellement réunie dont celles de Mayo (1927), Vaquez, Donzelot et Géraudel (1929), Labbé et Azerad, Monnier-Vinard (1934) font état de résultats habituellement satisfaisants, d'autant plus naturellement que l'opération est plus précoce et le rein moins touché. Les paroxysmes tensionnels disparaissent et la guérison semble durable. Sans doute ces cas seront-ils moins rares dans l'avenir qu'ils n'ont paru jusqu'ici.

**Troubles endocrines.** — On a enfin pratiqué la surrénalectomie pour des troubles analogues à ceux qu'Apert décrivit en 1910 et dénomma : *hirsutisme surrénal*. Ce syndrome génito-surrénal est rare. Il s'agit d'adénomes cortico-surrénaux que l'on n'a opérés que lorsque apparus chez l'adulte. Il y a alors régression des caractères sexuels, surtout caractères secondaires, avec apparition chez la femme d'une masculinisation des plus nettes ; obésité particulière de la face

et du tronc, glycosurie et polyglobulie légère, hypertension permanente avec battements subjectifs pénibles et surtout apparition d'une pilosité extraordinaire.

L'opothérapie n'ayant guère donné de résultats, la surrénalectomie a été essayée. Holmer en 1925 inaugura la méthode sans grand succès. En 1927 Murray et Simpson opérèrent un tel malade très près du début des troubles et l'auraient guéri entièrement. Sans doute y a-t-il là une indication à retenir.

L'opération est aisée pour une tumeur de la région rénale, mais est plus délicate dans le cas de surrénales accessoires à siège aberrant, de même que l'examen clinique.

Il n'en reste pas moins que la chirurgie peut actuellement aborder utilement des organes jusqu'ici indûment considérés comme intangibles.

R. LEVENT.

## LES GASTRITES CHRONIQUES ET LEUR TRAITEMENT AUX EAUX MINÉRALES DE « SLANICUL MOLDOVEI »

Par M. LÉON RODESCU (de Bucarest),

Membre correspondant de la Société de thérapeutique de Paris  
et de la Société de gastro-entérologie de Paris.

Nous savons que la gastrite chronique présente, dans son évolution, 3 périodes principales. La première période comprend, d'après notre maître le professeur Albert Robin, la phase de catarrhe acide et la phase de catarrhe muqueux.

Le catarrhe acide correspond à une hypersécrétion glandulaire. La phase de catarrhe muqueux correspond à un amoindrissement de la fonction.

Dans la dernière période la fonction est abolie, la muqueuse est atrophiee et les autres tuniques de l'estomac sont plus ou moins altérées (gastrite atrophique).

Dans la période d'hyperfonction il y a de l'hyperacidité.

Dans la phase de catarrhe acide il y a de l'hyperchlorhydrie et les autres signes de l'hyperpeptosthénie (catarrhe acide de Glouzinski et Jaworski, gastrite acide de Boas).

A la phase de catarrhe muqueux l'Hcl. diminue et tombe au-dessous de la normale.

La troisième période se présente sous deux types : gastrite muqueuse et gastrite atrophique.

Dans la gastrite muqueuse s'accroissent les caractères de la dernière phase de l'étape de catarrhe muqueux.

La gastrite atrophique correspond à l'achylie gastrique.

Le traitement hydrominéral des gastrites chroniques est basé sur le principe des effets des alcalins sur l'acidité gastrique.

Les alcalins contribuent à neutraliser les acides formés en excès, ils favorisent l'exonération du contenu stomacal, ils dissolvent les mucosités gastriques. Dans

d'autres cas ils peuvent exciter la sécrétion gastrique par le  $\text{CO}_2$ , le  $\text{Cl.Na}$  et le Bicarbonate de Na. Donc les alcalins et les eaux minérales alcalines devront être administrés dans les gastrites chroniques, non pendant la digestion, mais à jeun et avant les repas, quand l'estomac est vide et les médications auront une influence directement sur la muqueuse.

Les eaux minérales les plus indiquées dans les gastrites chroniques sont les eaux chlorurées sodiques simples ou mixtes, les alcalines chlorurées. Les eaux neutralisent l'acidité du suc gastrique, dissolvent le mucus, ont un effet topique sur la muqueuse enflammée, ou excitent la sécrétion stomacale si la gastrite est partielle. Enfin l'état général s'améliore aussi.

Nous avons employé dans le traitement des gastrites chroniques les eaux de Slanicul-Moldovei. Ce sont des eaux chlorurées sodiques bicarbonatées (alcalines) carbogazeuses.

\*\*\*

Dans la phase de catarrhe acide, nous ordonnons des eaux comme chez les malades avec l'Hyperacidité stomacale. C'est-à-dire les N° 3 qui abaissent la sécrétion gastrique de 29 % et l'Hcl. de 17,7 %, et le N° 1 bis qui abaisse la sécrétion gastrique de 40 % et ne modifie pas la composition chimique du suc gastrique. Chez les malades âgés, chez les rénaux et chez les débiles, nous ordonnons seulement le N° 1 bis qui est plus faiblement minéralisé que le N° 3.

Dans la phase de catarrhe muqueux et dans la phase de gastrite atrophique, nous ordonnons les eaux comme chez les malades avec Hypo-acidité gastrique. C'est-à-dire les N° 6, qui augmentent la sécrétion gastrique de 61 % et l'Hcl. de 32 %, le N° 8 qui augmente la sécrétion gastrique de 60 %, mais ne modifie pas la sécrétion de l'Hcl., le N° 10 qui augmente la sécrétion de 41,38 % et l'Hcl. de 32,3 %.

Le N° 6 est contre-indiqué chez les vieillards, les débiles et les rénaux. Dans ce cas, nous ordonnons les N° 8 ou 10. Les eaux sont ingérées le matin à jeun et à 5 heures de l'après-midi, chauffées au bain-marie à 40°-45°, en quantité de 100-200 gr. Les malades se promènent pendant l'ingestion.

**Contre-indications.** — Toutes les altérations graves de la muqueuse gastrique chronique très prononcées ne sont pas justiciables du traitement hydrominéral.

Bien entendu le traitement hydrominéral est aidé par le traitement diététique physiothérapique et parfois même par le traitement médicamenteux.

De cette façon nous avons obtenu de vrais succès.

\*\*\*

**Conclusions.** — 1. La gastrite chronique présente 3 périodes : catarrhe acide, catarrhe muqueux et gastrite atrophique.

2. Le traitement hydrominéral des gastrites chroniques est basé sur le principe des effets des alcalins sur l'acidité gastrique.

3. Les eaux minérales les plus indiquées dans les gastrites chroniques sont les eaux chlorurées sodiques simples ou mixtes (alcalines).



4. Nous avons employé dans le traitement des gastrites chroniques, avec de vrais succès, les eaux de Slanicul-Moldovei, chlorurés sodiques bicarbonatés (alcalines) carbo-gazeuses.

5. Dans la phase de catarrhe acide, les N<sup>os</sup> 3 et 1 bis qui abaissent la sécrétion.

6. Dans la phase de catarrhe muqueux et dans la gastrite atrophique les N<sup>os</sup> 6, 8 et 10 qui augmentent la sécrétion.

7. Contre-indications : les gastrites chroniques très prononcées.

## BIBLIOGRAPHIE

- BOAS. — *Magenkr. georgethieme*, Leipzig, 1913.  
 BOURGET. — *Mal. est.*, Baillière.  
 BOUVERET. — *Mal. est.*, Baillière, Paris, 1893.  
 CADE. — *Mal. est. et int.*, Doin, 1910.  
 CRAMER FR. — *Cron. Magenkat. München*, Lehman, 1908.  
 CHABROL. — *Précis théor. dig.*, Baillière.  
 CHIRAY et CHÈNE. — *Dyspepsies nerveuses*, Masson, 1931.  
 EINHORN. — *Mal. est.*, Masson, 1901.  
 EWALD. — *Verdanngskr. Hirschwald*, Berlin.  
 EWALD. — *In Kraus u. Brugsch*, t. V.  
 FLEINER. — *Krankh. d. Verdannung Euke*, Stuttgart, 1896.  
 FLORAND et GIRAULT. — *Thér. dig.*, Masson, 1922.  
 HAYEM et LYON. — *Mal. est.*, Baillière, 1913.  
 KNUD FABER. — *Krankh. Magen. u. Darm.*, Springer, Berlin 1924 et *Traité Kraus-Bruysch*.  
 LABBÉ (Marcel). — *Précis théor. dig.*, Masson.  
 LOEPER. — *Thér. méd.* t. I-II, Masson 1930.  
 LYON. — *Clin. thérap. et mal. est.*, Masson.  
 MATHIEU. — *Mal. est. et int.*, Doin 1901 et T. M. Bouchard 1909, Masson.  
 MATHIEU et J.-Ch. Roux. — *Pathol. gast.-int.*, Doin 1909-1911.  
 PORGES. — *Magenkrkh. urb. et schw.*, 1929.  
 PORGES. — *Z. kl. d. chr. gastr.* (W. M. W. 1927, N° 2).  
 RABINOVICI (Rodescu) Léon. — Nouvelle division des dysp. gastr. (*Gaz. hôp.*, Paris, 21 déc. 1909).  
 RIEGEL. — *Erkr. d. Magens* (Hölder, Wien., 1908).  
 ROBIN (Alb.). — *Mal. est.* (1904). — *Thér. Prat.*, Rueff (1912). — *Thér. us.*, Vigot frères (1910-12).  
 ROGER-WIDAL-TEISSIER. — *Nouv. traité Méd.*, t. XII.  
 ROUX, J.-Ch. MOUTIER et CARRIER. — *Pathol. gast.-int.*, Paris, Doin 1922.  
 SMIDT RUDOLF. — *Kl. Magen. u. Darm. Urb.*, Schw., 1916.  
 SOUPAULT et LEVEN. — *Mal. est.*, Baillière 1906.  
 THEOHARI ANIBAL. — *Therap. Boalelor Stomaculin* (Viata Rom, 1922) et *T. hydrom. al stom.*, si int. (Cartea Rom.)  
 TUDORAN. — *Slânicul Medical* (Rev. med. chir., Jassy, an. 42, N° 1).  
 TUDORAN et BALTACEANU. — *Baile si apele de Slânicul-Moldova* (Jassy).  
 VILLARET et JUSTIN-BESANÇON. — *Clin. théor. hydro-clim.* (Masson, t. I, 1930).  
 VILLARET et MOUTIER. — *Cures thermales en gastro-entérologie* (Masson 1933).

L'impuissance sexuelle chez l'homme. Etiologie. Diagnostic. Traitement, par M. PALAZZOLI, avec une préface du professeur LEGUEU. In-8° de 284 pages. — Prix : 45 fr. Paris, Masson et Cie.

Oto-rhino-laryngologie du médecin praticien, par G. LAURENS. Sixième édition revue et augmentée. Un volume de 532 pages avec 587 figures. — Prix : 42 fr. Paris, Masson et Cie.

## SOCIÉTÉS SAVANTES

## SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 7 JUIN 1935)

Etude de nombreux cas d'érythème noueux. — MM. DEBRÉ, J. MARIE, BROCA et Jean BERNARD, après étude de 18 cas, proposent les conclusions suivantes :

1° Cliniquement. — Apparition rapide et disparition de certains érythèmes noueux, formes éphémères ; association fréquente aux éléments noueux d'éléments maculo-papuleux ; précession ou concomitance d'une maladie infectieuse aiguë (angine, diphtérie,...) alors que cependant l'érythème noueux est d'origine tuberculeuse,

2° Histologiquement. — Impossibilité, d'après le seul examen microscopique, d'affirmer qu'il s'agit d'une lésion tuberculeuse.

3° Biologiquement. — Une cuti-réaction négative n'autorise jamais à nier l'origine tuberculeuse de la maladie. Souvent quand la cuti-réaction est encore négative, l'intradermoréaction est déjà positive au 1/10 de milligramme. Même si les intradermoréactions demeurent négatives, on ne saurait nier l'origine tuberculeuse de l'érythème noueux. Il est constant que certains érythèmes noueux d'origine tuberculeuse devancent de plusieurs semaines la sensibilité à la tuberculine.

4° Bactériologiquement. — La preuve de la nature tuberculeuse de la maladie peut être fournie soit par la culture des crachats, soit par la culture du sang, soit par l'inoculation des noueurs.

Cette communication a donné lieu à une longue discussion, à laquelle prirent part MM. COMBY, qui estime que l'érythème noueux n'est pas de nature tuberculeuse ; M. BRULÉ, qui confirme les constatations de M. Debré ; M. LESNÉ qui insiste sur la fréquence de l'érythème noueux dans l'enfance ; M. TZANCK, qui pense que chez l'adulte la maladie diffère de celle de l'enfant ; MM. LELONG et SAVOIR, dont les observations confirment celles de M. Debré ; M. RIST, qui pense que l'érythème noueux n'est pas pathognomonique d'une primo-infection.

Erythème noueux à forme rhumatismale avec présomption de tuberculose. — M. RAILLIET (Reims). Ce cas où s'associeraient l'érythème noueux et les arthralgies, pose le problème des rapports du rhumatisme et de la tuberculose.

Angine de poitrine opérée et guérie après 3 ans. — MM. GODARD et MOUSSOIR. Un cas d'opération au cours d'une angine de poitrine hyperalgique chez une malade de 77 ans. Résultat acquis 15 jours après, a été excellent : fonctionnement cardiaque, contrôlé par la radioscopie et l'électrocardiographie, est parfait.

Un cas de maladie de Cushing. — MM. GASNIER, CHABRUN, FASQUELLE et Yves MÉNARD. Malade présentant les signes décrits par Cushing au cours de l'hyperplasie basophile de l'hypophyse. Femme obèse, diabétique, hypertendue, aménorrhéique. Métabolisme basal augmenté. Mais ni hypertrichose, ni érythémie, ni anomalie osseuse. Recherche des hormones sexuelles négatives. Il s'agit peut-être d'un adénome basophile de l'hypophyse.

Un cas de maladie de Besnier-Boeck à forme ostéo-ganglionnaire. Recherches étiologiques. — Cliniquement, déformation en fuseau de quelques segments phalangiens des mains et polyadénopathie généralisée, plus nette aux ganglions épitrochléens. Radiographies avec altérations habituelles. Les résultats des nombreuses recherches tentées dans ce cas ne sont pas en faveur de la nature tuberculeuse de l'affection.



**Syndrome de sclérose en plaques post-sérothérapique avec accidents sériques cataméniaux à répétition.** — MM. MONIER-VINARD, DE FONT-RÉAULX, SOULIGNAC et TSOANAKIS. Malade ayant vu apparaître un syndrome de sclérose en plaques à la suite d'un traitement séro-thérapique, coïncidant avec symptômes graves de maladie sérique. Les auteurs, par des injections de nombreuses substances (autohémothérapie, sérums thérapeutiques dilués, peptones, extraits d'organes, antipyrine, substance d'oriol, urine formolée), ont noté l'intolérance de la malade à ces diverses substances. Toutefois la répétition des chocs a abouti à l'affaiblissement des réactions nerveuses et à la réduction des signes de la sclérose en plaques. Ce cas pose à nouveau le problème de la nature exacte de cette affection.

Dans un cas rappelé par M. GARCIN, il paraît s'être agi d'une sclérose en plaques authentique, dans laquelle la maladie a été révélée à l'occasion de la sérothérapie.

**Fièvre typhoïde chez l'homme splénectomisé.** — MM. MIRONESCO et TRIFU (Bucarest). Observation d'une fièvre typhoïde normale chez un ancien paludéen splénectomisé.

**Tumeur paravertébrale située à la base du poumon, se propageant à la moelle.** — MM. URECHIA et DRAGOMIR (Cluj).

**Spondylite cervicale infectieuse après un furoncle de la face et un érysipèle de la jambe.** — MM. URECHIA et DRAGOMIR (Cluj).

#### SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 4 MAI 1935)

**Influence de certaines glandes endocrines sur la réceptivité des simiens à l'égard du virus poliomyélitique et sur leur immunité acquise.** — MM. C. LEVADITI et P. HABER. Ni l'ablation de certaines glandes endocrines, ni l'administration de doses toxiques de thyroxine n'influencent l'état réfractaire acquis à l'égard du virus poliomyélitique, par les simiens ayant survécu à une première attaque; la thyroïdectomie ne paraît pas modifier la réceptivité de singes neufs contaminés par le virus poliomyélitique administré par voie nasale.

**Sur une cuti-réaction à la toxine diphtérique.** — MM. G. ANDRIEU et A. TOURNIAIRE ont recherché chez 131 sujets adultes les modalités évolutives d'une cuti-réaction à la toxine diphtérique.

Après scarification très légère de la peau au travers d'une goutte de toxine diphtérique pure, on observe après 24 à 48 heures une petite plaque érythémateuse, quelquefois indurée et prurigineuse, dont la dimension maximale est atteinte du 4<sup>e</sup> au 6<sup>e</sup> jour.

Comparativement à la réaction de Schick, il n'y a concordance des réponses que dans 93,1 p. 100 des cas seulement. Cette cuti-réaction, d'interprétation difficile, infidèle dans près de 7 p. 100 des cas, ne peut donc être considérée que comme un procédé approximatif pour évaluer la réceptivité de l'organisme à l'infection diphtérique.

**La neuroprobasie du virus herpétique administré au lapin par voie nasale.** — MM. C. LEVADITI et P. HABER. Parmi les trois voies neuroprobasiques centripètes qui s'offrent pour assurer la progression vers les centres nerveux du virus herpétique administré au lapin par voie nasale, c'est la voie du trijumeau que ce virus paraît choisir de préférence.

**Caractéristiques d'une lignée de souris atteintes de lymphosarcome.** — MM. L. MERCIER et L. GOSSELIN. Leurs observations leur permettent de considérer leur élevage de

souris à lymphosarcome (lymphadénome massif du poumon, lymphome malin de Borrel-Haaland) comme constituant une lignée pure. Dans cette lignée, les mâles deviennent cancéreux dans la proportion de 34,8 p. 100, alors que pour les femelles, par suite de phénomènes d'inversion de dominance liés au sexe, le pourcentage d'animaux cancéreux varie entre 52,6 p. 100 et 70,7 p. 100. Les femelles issues de mères cancéreuses font plus fréquemment du lymphosarcome que celles nées de mères non cancéreuses.

**Contribution à l'étude de l'action hémolytique des lécithines.** M. B.-S. LEVIN. L'intensité de l'action lytique des lécithines passe par un maximum pour une concentration donnée et s'affaiblit ensuite de part et d'autre.

Ce fait est explicable par les deux actions opposées de la lécithine : hémolytique et antihémolytique. La première, surtout manifeste dans des lécithines impures, s'affaiblit avec le degré de purification. La seconde, au contraire, est faible dans les lécithines commerciales et augmente avec le degré de purification.

**Sur la production du phénomène de Shwartzman par injection de cultures de Pasteurella.** — M. P. BOQUET. Les cultures filtrées et le résultat de la centrifugation de cultures chauffées de *Pasteurella* en bouillon Martin provoquent régulièrement l'apparition d'un phénomène de Shwartzman typique chez le lapin.

Le chauffage à 60° de ces cultures semble favoriser la diffusion des substances réactionnelles protoplasmiques à travers la paroi microbienne. Les substances ainsi libérées résistent au chauffage à 100°, mais sont facilement adsorbées par le charbon.

Des lapins immunisés contre la *Pasteurella* ont réagi à l'épreuve de Shwartzman comme les animaux neufs; leur sérum n'avait acquis aucune propriété neutralisante à l'égard du facteur préparant, mais il affaiblissait le facteur déchaînant de la toxine pasteurellique.

**Action de la température et de l'adsorption sur les éléments qui déterminent les réactions de floculation et de déviation du complément.** — MM. R. DUJARRIC DE LA RIVIERE et N. KOSOVITCH. L'action successive et brutale du froid et de la chaleur permet d'obtenir une dissociation des floculats et de récupérer l'anticorps.

Le phénomène d'adsorption par le kaolin permet de mettre en évidence une différence très nette entre les substances qui, dans le sérum, conditionnent la floculation, et la réaction de Bordet-Wassermann.

**Recherches du bacille de Koch dans les capsules surrenales, les reins et l'urine des cobayes tuberculeux.** — Mme A. GAIGINSKY et M. I. PETRESKO ont recherché s'il existe des foyers bacillaires dans les reins des cobayes atteints de tuberculose, malgré l'intégrité apparente de leurs organes. Ils ont trouvé que la surface péritonéale des reins peut, dans un pourcentage élevé de cas, être contaminée d'une manière superficielle par les bacilles tuberculeux présents dans la séreuse, mais le parenchyme rénal semble réfractaire au développement du bacille tuberculeux.

**Essais d'immunisation active du lapin et du cobaye par administration d'anatoxine tétanique par les voies buccale et rectale.** — M. E. LEMETAYER. L'anatoxine tétanique administrée seule par la voie buccale, en mélange aux aliments, à 12 cobayes et 4 lapins, a donné des résultats négatifs au point de vue de l'immunité.

Il y lieu de supposer que l'anatoxine subit le même sort que celui de la toxine lors de son passage à travers le tube digestif, et qu'elle est détruite comme celle-ci par les sucs digestifs.

Ceci semble être confirmé par la possibilité d'immuniser ces animaux par l'administration de petites doses d'anatoxine tétanique par la voie rectale. L'immunité ainsi ob-



tenue est beaucoup moins élevée que celle produite par l'injection sous-cutanée de cet antigène.

**La dissociation et la spécificité sérologique des bacilles de la tuberculose aviaire.** — M. W. SCHAEFFER. Les variantes S et R du bacille de la tuberculose aviaire se distinguent par leurs propriétés antigéniques. Alors que la variante R ne contient qu'un antigène non spécifique qui est commun à tous les bacilles acido-résistants, la variante S contient, à côté de cet antigène, un antigène rigoureusement spécifique pour le bacille de la tuberculose aviaire, soluble dans l'alcool méthylique, et qui peut être mis en évidence par réaction de fixation du complément en présence d'antisérums aviaires S préalablement privés de leurs anticorps non spécifiques par absorption avec des bacilles d'un autre groupe acido-résistant.

**L'action de l'endotoxine cholérique sur le système neuro-végétatif abdominal.** — M. H. C. PHAM. Injectée au contact du nerf splanchnique, l'endotoxine cholérique détermine la mort de l'animal à des quantités très inférieures à celles que nécessitent les poisons vibrioniens les plus actifs quand ils sont injectés par voie générale. Ce mode d'inoculation permet en outre de reproduire très exactement les lésions observées chez l'homme, et notamment leur systématisation sur l'intestin et les reins. L'atteinte des plexus sympathiques par la toxine élaborée ou libérée au niveau de l'intestin tiendrait donc sous sa dépendance les troubles fonctionnels et les lésions essentielles de l'infection cholérique.

**Modification de l'excitabilité des neurones périphériques au cours du mouvement dans le réflexe conditionné.** — MM. A. et B. CHAUCHARD et W. DRABOVITCH. Si on expérimente sur un animal neuf, chez lequel l'excitant conditionnel n'a pas été étayé par un excitant défini et d'une intensité suffisante, il ne se crée pas de réflexe et, dans ce cas, les chronaxies motrices restent sans changement. Par contre, lorsque l'animal a subi un dressage, on observe des variations de l'excitabilité des antagonistes, non seulement dans la patte postérieure qui travaille, mais encore dans le membre symétrique. Dans les membres antérieurs, le rapport des chronaxies des antagonistes qui, normalement, est inverse de celui des membres postérieurs, lui devient identique au cours du réflexe, ce qui peut s'expliquer par l'attitude prise par l'animal pour maintenir son équilibre afin de libérer sa patte postérieure.

**Action des radiations à ondes courtes sur l'évolution de la tuberculose expérimentale du cobaye et sur la résistance à cette affection des animaux immunisés par le B C G.** — Les expériences de MM. J. BEERENS et L. REMOUCHAMPS semblent prouver que l'irradiation du cobaye par les ondes de 5 mètres ne modifie en rien l'évolution chez lui de la tuberculose expérimentale. Les animaux inoculés avec du B C G présentent après irradiation les mêmes réactions locales et ganglionnaires que les témoins. Les irradiations ne modifient pas la résistance des animaux vaccinés à l'infection d'épreuve.

**Eloges nécrologiques de MM. Ad. Zimmermann, D. Courtaud et de Sir Scheffer.** — M. Ch. ACHARD, président.

#### SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(SÉANCE DU 12 AVRIL 1935)

**Nouvelle sonde gastro-duodénale.** — M. BÉCART présente une nouvelle sonde gastro-duodénale ayant les caractéristiques suivantes : 1° l'utilisation d'une connexion pivotante pour éviter la torsion du tube et la formation d'une boucle dans l'estomac ; 2° son introduction des plus faciles

grâce au mandrin souple en baleine ; 3° l'absence d'olive métallique ; 4° l'existence de six trous relativement larges qui permettent un gros afflux de bile tout en empêchant le passage de particules solides trop grosses qui obstrueraient le tube ; 5° le petit calibre, qui permet au tube d'être facilement supporté pendant des heures.

**L'acide carbonique dans les syncopes anesthésiques.** — M. BARRIER est d'avis que l'inhalation de carbogène est une mesure préventive efficace de la syncope anesthésique. En cas de syncope, comme en cas d'asphyxie, le traitement de choix paraît être l'injection intraveineuse de CO<sub>2</sub>, qui ne présente aucun danger, ou, à défaut, l'introduction de CO<sub>2</sub> pur dans le rectum. Cette injection rétablit plus rapidement les mouvements respiratoires que l'inhalation de carbogène, qui sera cependant faite et maintenue assez longtemps après la réapparition de la respiration.

**Traitement des rhumatismes chroniques et algies rebelles par l'extrait de venin d'abeilles.** — M. LHERMITTE rappelle que l'on connaît depuis longtemps l'influence heureuse du venin d'abeilles sur les arthrites et les algies. Perrin et Guénou ont pu extraire du venin d'abeilles une substance très active, et c'est à une préparation analogue, due à M. Perrin, que M. Lhermitte s'est adressé. Il a, après expérimentation chez l'animal, injecté cet extrait aux sujets atteints de rhumatismes chroniques ou d'algies rebelles, et il a obtenu de nombreuses améliorations des douleurs et même des phénomènes articulaires. Les réactions locales sont fréquentes, les réactions générales exceptionnelles. Jamais il n'a eu à déplorer le moindre incident.

**Extraction d'un tuyau de pipe ayant séjourné deux mois dans la vessie.** — M. Georges LUXS rapporte l'observation d'une femme dans la vessie de laquelle il a trouvé un tuyau de pipe de 9 cent. de long, qui y avait séjourné pendant 2 mois. L'extraction se fit facilement, par les voies naturelles, au moyen d'une pince introduite dans le tube de son cystoscope à vision directe, qui constitue l'instrument de choix pour l'extraction des corps étrangers intravésicaux, car l'opération se fait sous le contrôle de la vue. Ce mode d'extraction doit être de beaucoup préféré à la taille hypogastrique qui, ici, ne doit être pratiquée que dans des circonstances tout à fait exceptionnelles. L'auteur rapporte qu'il a, à l'aide de son cystoscope à vision directe, extrait de la vessie : une épingle à cheveux, un stylographe en verre, de multiples chapeaux de sonde de Pezzer, de nombreuses bougies armées conductrices de béniqués, des brins d'osier, des calculs phosphatiques, des fils de soie, des esquilles osseuses et même une balle de fusil, etc...

**Effet inattendu d'une gousse d'ail.** — M. H. LEGRAND voit une chienne loulou qui, ayant des vers, absorbe tous les matins une gousse d'ail hachée dans de la viande crue. Le troisième jour, elle a une syncope qui est jugulée par un sinapisme et une piqûre d'huile camphrée. La tension artérielle, prise un mois plus tard, révèle de l'hypotension.

**L'ionisation thermique.** — M. DELACROIX a employé depuis sept ans les eaux thermales en ionisation. En raison de la richesse de ces eaux en anions et en cations, qui en fait une véritable solution de médicaments à la concentration voulue, il a obtenu d'excellents résultats dans les rhumatismes, les arthropathies, les retards de consolidation des fractures. Cette méthode peut être employée aussi bien loin des sources, qu'à la source même. Toutes les eaux minérales riches en ions peuvent être utilisées de la même manière.

**Méga-œsophage et rétrécissement cardio-phrénique. Considérations diagnostiques et thérapeutiques à propos de dix cas.** — Pour M. SOULAS, méga-œsophage et rétrécissement cardio-phrénique sont le plus souvent associés, sans qu'on

puisse établir entre eux une relation de cause à effet bien précise. Grâce aux troubles fonctionnels, leur diagnostic est facile par l'examen radioscopique avec ingestion de bouillie opaque et par l'œsophagoscopie. Mais dans ce diagnostic, qui n'est toujours que celui des lésions confirmées, on devrait pouvoir envisager deux éléments : le rétrécissement de la dilatation, celle-ci dominant trop souvent, dans les cas envisagés, le tableau clinique ainsi que le pronostic. Le traitement devrait tenir compte lui aussi d'une part du rétrécissement pour lequel les moyens endoscopiques et chirurgicaux ont une réelle efficacité, et d'autre part du méga-œsophage, pour lequel, au stade où on voit les malades, toute action ne saurait être généralement que palliative.

(SÉANCE DU 27 AVRIL 1935)

**L'étude graphologique des états intersexuels.** — M. Pierre MÉNARD nous montre les difficultés qui se présentent dans la détermination du sexe dans l'écriture, et les erreurs commises (20 p. 100) par les experts ont leur intérêt, car elles nous aident à comprendre et à expliquer les conceptions récentes sur l'évolution de la sexualité et les états intersexuels. Le rythme de l'écriture est la résultante de rapports entre les phénomènes de vitesse et de durée (rapports de vitesse), d'intensité (énergie et forme) et de cohésion. L'auteur indique en quoi diffèrent les rythmes masculin et féminin, et l'intérêt de la constatation d'éléments masculins dans une écriture de femme et d'éléments féminins dans une écriture d'homme.

**Classification pratique des arythmies.** — M. A. PRUCHE expose en une classification simple les troubles du rythme du cœur ; il montre, avec projections à l'appui, comment faire le diagnostic des diverses formes d'arythmies, et insiste sur la nécessité de l'électrocardiogramme, sans lequel tout diagnostic cardiologique est incomplet toujours, et souvent erroné.

**Glaucome et abaissement de la tension artérielle.** — M. G. GALLOIS, dans le glaucome, montre que les troubles fonctionnels de la rétine viennent du déséquilibre entre une tension oculaire trop élevée et une tension artérielle rétinienne insuffisante. Dans les trois cas relatés, la compensation était normale jusqu'au jour où l'abaissement de la tension artérielle, d'origine thérapeutique, provoqua des troubles graves : il faut surveiller très particulièrement l'état circulatoire général et oculaire des glaucomateux qui n'ont pas d'hypertension artérielle.

## PRATIQUE MÉDICALE

### TRAITEMENT DES VOMISSEMENTS DE LA GROSSESSE PAR LES ACIDES AMINÉS (1)

Par le docteur JULLIEN (de Joyeuse).

L'auteur publie une observation excessivement intéressante, où il a pu obtenir la cessation des vomissements incoercibles, grâce à l'emploi d'une solution de tryptophane et d'histidine (hémotra). Cette observation est excessivement importante, car elle permet d'envisager l'application à de multiples cas de la thérapeutique par les acides aminés. Jusqu'à une époque récente, on connaissait assez mal le rôle biologique des acides aminés qui constituent un élément capital du protoplasma de tous les êtres vivants

et il y a très peu de temps qu'ils ont attiré l'attention du corps médical (G. Lyon, *Bulletin médical*, 5 mai 1934) et pris en thérapeutique une place qui devient chaque jour de plus en plus importante.

MM. Fontès et Thivolle, de Strasbourg, dans une série de communications à la Société de biologie et à l'Académie des Sciences, ont mis en lumière le rôle essentiel joué par certains acides aminés dans l'hématopoïèse, dans le métabolisme azoté et tiré de leurs travaux des conclusions particulièrement intéressantes en ce qui concerne leur emploi dans le traitement des anémies. D'autre part, MM. Weiss et Aron ont traité de nombreux malades porteurs d'ulcères gastro-duodénaux en évolution par des injections d'une solution d'histidine à 4 %. De son côté, M. J. Lenormand, remarquant que certaines affections sensibles à la protéinothérapie, bénéficient d'une thérapeutique par les acides aminés introduits par voie dermique, a eu l'idée de traiter les ulcères gastro-duodénaux par une solution de tryptophane et d'histidine, et ensuite par une solution à 4 % d'histidine, et il a pu constater que les épigastalgies, qu'elles soient d'origine ulcéreuse ou qu'elles soient dues à une autre cause, cèdent de la même façon aux acides aminés, en particulier à l'histidine. D'autres essais enfin ont été faits en utilisant, soit la solution de tryptophane et d'histidine, soit la solution d'histidine seule dans le traitement de l'angine de poitrine, dans la maladie de Raynaud, etc...

On sait que l'hémotra est la solution contenant 2 cgr. de tryptophane et 4 cgr. d'histidine par centimètre cube et que la laristine est la solution à 4 % d'histidine ; ces deux médicaments sont absolument atoxiques et les injections sont tout à fait indolores.

## LIVRES NOUVEAUX

**Maladies des reins (1),** par MM. F. RATHERY et FROMENT. (T. VIII du *Précis de Pathologie interne*, Bibliothèque Carnot et Rathery.)

Les travaux de Widal ont perdu en quelque mesure de leur actualité par la continuation même des recherches dont ils ont causé l'essor. Si la clinique a relativement le moins changé, les concepts physiologiques et les interprétations pathogéniques se sont modifiés, les méthodes d'investigation se sont renouvelées ; un certain nombre d'entités nosologiques ont été isolées ou ont vu leur importance s'accroître.

La mise en ordre de tous ces éléments nouveaux et leur « raccordement » avec les notions anciennes devenait chaque jour plus nécessaire, et c'est ce que nous apporte le magistral travail du prof. Rathery et de M. Froment. La part importante qu'ont prise les auteurs à ces recherches et à ces progrès des dernières années donne à ce précis une particulière valeur.

L'état des syndromes rénaux physiologiques et pathologiques, la critique de ce que fournit le laboratoire pour le diagnostic précoce de viciations fonctionnelles que la clinique ne peut encore saisir, sont des plus importants pour le clinicien moderne, soucieux de prévenir ce qu'il ne pourrait plus par la suite aussi aisément influencer.

Pour les néphropathies non suppurées, l'auteur propose une classification nouvelle, essentiellement physiologique, où l'importance du trouble de la fonction est apprécié à sa juste valeur. Bien des traits nouveaux aussi dans la description d'entités classiques de la pathologie rénale témoignent de l'importance des travaux de l'école française en ces dernières années.

(1) *Concours méd.*, Paris, juin 1934, n° 25.

(1) Paris, J.-B. Baillière et fils.





# ADOVERNE

GLUCOSIDES CARDIOTONIQUES  
DE L'ADONIS VERNALIS

# ROCHE

Activité Physiologique étalonée

## PROPRIÉTÉS

Cardiotonique  
Eupnéique

Neuro-Sédative  
Diurétique

complète, remplace  
ou continue  
l'action de la Digitale.

GOUTTES

GRANULES

SUPPOSITOIRES

Echantillons et Documents Scientifiques :

Produits F. HOFFMANN-LA ROCHE & C<sup>IE</sup> 10, Rue Crillon - PARIS (IV<sup>e</sup>)



# ULCÈRES, GASTRITES, COLITES

# BISMUTH TULASNE



Boite : 10 paq. de 10 g.

Pansement gastro-intestinal au sous-nitrate de bismuth kaoliné, préparé suivant la méthode de A. Tulasne, ex-chef de laboratoire à la Pitié. Pouvoir sédatif et cicatrisant incomparable, innocuité absolue, facilité d'absorption, dosage rigoureux en paquets de 10 gr.

Un paquet (ou deux) dans un verre d'eau le matin à jeun ou par prises fractionnées dans la journée.

Autres indications :

DYSPEPSIES, AÉROPHAGIE  
VOMISSEMENTS, DIARRHÉES  
FERMENTATIONS, OXYUROSE

LABORATOIRES BOUILLET  
48, Bd des Batignolles, PARIS

Il faut louer les auteurs d'avoir exposé à la fois simplement et complètement tant de notions nouvelles, malgré leur complexité.

Le volume se termine sur un guide pratique de l'exploration urinaire, précieux au clinicien et au thérapeute, et qui obvie à la désorientation qui guette tant de ceux qui n'ont suivi que de loin les études récentes, et aussi quelques-uns des autres.

Le soin des détails nécessaires n'a pas nui à la précision. Aucun ouvrage récent n'est au même degré capable de familiariser les esprits avec tant de notions indispensables mais d'assimilation parfois malaisée.

L. B.

## NOTES POUR L'INTERNAT

### VOLVULUS DU COLON PELVIEN<sup>1</sup>

#### VOLVULUS CONFIRME

Ce n'est guère qu'à cette période que le malade sera amené au chirurgien.

Le début en est *tantôt soudain et franc*, soit sans cause apparente, soit à l'occasion d'un écart de régime, d'un effort, d'un accouchement, d'un lavement bismuthé ;

*Tantôt progressif et sournois*, le malade croyait à une nouvelle attaque passagère, mais elle résiste aux lavements, parfois un purgatif l'aggrave, coliques et ballonnement s'accroissent.

*De toute façon*, le malade arrive en occlusion constituée et complète, *l'arrêt des matières et des gaz est complet, précoce, absolu.*

Les autres signes fonctionnels sont assez discrets :

Les douleurs à type de coliques paroxystiques, souvent peu marquées, rarement intenses, parfois à prédominance iliaque gauche, le plus souvent sans localisation bien précise ;

Les vomissements manquent de façon presque constante à cette période ;

L'état général est ordinairement peu touché, assez bon faciès, température et pouls normaux. « Le danger est dans la tranquillité que tant de signes négatifs peuvent donner au médecin » (Mondor).

#### L'EXAMEN PHYSIQUE

Seul un examen méthodique et patient permettra le diagnostic, d'autant plus aisément qu'il sera pratiqué plus précocement, les signes assez caractéristiques du début s'escomptant assez vite.

*A l'inspection : le météorisme, signe capital.*

Au début, ballonnement abdominal localisé, très nettement asymétrique ; il détermine une déformation oblique de l'abdomen (Bayer). Ventre ovoïde, à grand diamètre étendu de l'hypocondre gauche à la fosse iliaque droite, à grosse extrémité à droite et en bas, distendant la fosse iliaque droite.

Rapidement, le ballonnement est considérable et généralisé. Parfois distension uniforme, le plus souvent l'asymétrie persiste, quoique moins nette.

Au palper, au maximum du météorisme on sent une résistance sous-pariétale élastique, fixe, rénitente, souvent douloureuse, donnant l'impression d'un cylindre membraneux superdistendu. Cette tuméfaction localisée (signe de Von Wahl) correspond habituellement à l'anse tordue et étranglée, distendue à l'extrême. Elle est le plus

souvent rapidement inerte, cependant parfois les ondulations péristaltiques persistent longtemps.

*A la percussion : le tympanisme* est constant, de tonalité très élevée, d'abord localisé à l'anse tordue, puis y restant prédominant, très différent de celui du reste de l'abdomen, donnant une résonance métallique à l'auscultation (*ballon-symptôme de Kiwull*).

Le toucher rectal donne rarement des renseignements de valeur ; parfois la paroi antérieure bombe, refoulée par une tuméfaction élastique, parfois muqueuse rectale oedématisée, bourrelet pseudo-hémorroïdaire. Très rarement on peut sentir l'anse tordue ou avoir l'impression que les parois rectales sont tendues, rectilignes, semblant attirées vers le haut.

Certains signes classiques sont accessoires et inconstants : intolérance rectale au lavement, impossibilité de pousser une longue canule au delà du haut rectum (en fait on a pu parfois franchir l'obstacle et vider le colon pelvien), bruits anormaux au niveau du météorisme.

En fait, la recherche de ces signes est inutile ; malgré la pauvreté de ses signes fonctionnels, l'occlusion est évidente, exigeant une intervention d'urgence.

« Un météorisme important, donnant une déformation asymétrique de l'abdomen, faisant le ventre oblique, tympanique et rénitent » (Mondor), on doit penser au volvulus et pratiquer une laparotomie médiane immédiate.

#### EVOLUTION

En l'absence d'intervention, le malade est perdu. Il mourra en quelques jours, soit de péritonite septique diffuse par perforation, évoluant à bas bruit, soit de stercorémie.

Facès péritonéal, hypothermie, pouls incomptable, mou, irrégulier, ballonnement abdominal uniforme et monstrueux, dyspnée toxique, anurie, collapsus.

Les vomissements n'apparaissent que tardivement et sont rarement fécaloïdes.

Opéré, le pronostic est encore sérieux, en l'absence d'intervention très précoce. La durée de l'évolution est imprévisible, la gangrène et la perforation possibles en moins de 24 heures, d'où la gravité des lésions souvent rencontrées ; les complications pulmonaires sont fréquentes, ces malades souvent profondément intoxiqués.

La récidive est toujours possible après simple détorsion ou même colopexie.

#### PRONOSTIC

Au total, le pronostic reste assez sombre, d'autant plus que la conservation d'un bon état général, la pauvreté des signes fonctionnels, parfois une rémission passagère, risquent à tort de faire différer l'intervention — ou que celle-ci est d'abord refusée par un malade habitué à la sédation spontanée de ses crises.

(A suivre.)

CHRISTIAN PIERRA.

**L'influence invisible (révélation des secrets tibétains)**, par le Dr Alexander CANNON, membre de la Société royale d'Angleterre. In-8 de 223 pages. — Prix : 15 fr., éditions du Prieuré, Bazainville (S.-et-O.), 1935.

**Notions de pharmacodynamie. Leçons sur la toxicité**, par L. LAUNOY. Grand in-8 de 295 pages. — Paris, J.-B. Bailière et fils.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôp.*, 1935, n° 55, p. 954.



---

# ANGINE DE POITRINE

## AORTITES

## ASTHME CARDIAQUE

## ARTÉRITES, ETC..

---

TRAITEMENT D'URGENCE
----------------------

DRAGÉES  
A  
NOYAU MOU  
DE

**TRINITRINE**  
**CAFÉINÉE**  
**DUBOIS**

**TRINITRINE**  
**PAPAVÉRINE**  
**LALEUF**

CROQUER  
UNE DRAGÉE TOUTES LES 2 OU 3 MINUTES  
AU MOMENT OU EN PRÉVISION DES ACCÈS.  
MAXIMUM 10 DRAGÉES PAR 24 HEURES

---

TRAITEMENT PRÉVENTIF
----------------------

DRAGÉES  
DE  
**THÉOVÉRINE**  
**LALEUF**

3 A 6 DRAGÉES PAR 24 HEURES

CAPSULES GLUTINISÉES  
DE  
**PAVÉRINOL**  
**LALEUF**

4 A 6 CAPSULES PAR 24 HEURES

SUIVANT PRESCRIPTION MÉDICALE

---

ÉCHANTILLONS ET LITTÉRATURE  
LABORATOIRES LALEUF  
20, RUE DU LAOS — PARIS (XV<sup>e</sup>)

---

Nouvelle adresse : 51, rue Nicolo, PARIS (XVI<sup>e</sup>).

# ESTOMAC

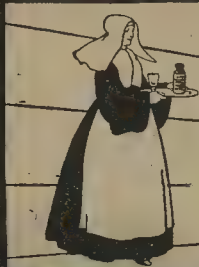
# SEL DE HUNT

**HYPERCHLORHYDRIE  
FERMENTATIONS ACIDES  
GASTRALGIES**

**LABORATOIRES ALPH. BRUNOT  
16, Rue de Boulainvilliers, PARIS**

## UROMIL

ÉTHÉR PHÉNYL CINCHONIQUE — PIPÉRAZINE — HÉXAMÉTHYLÈNE TÉTRAMINE



**MOBILISE — DISSOUT  
ÉLIMINE**

**L'ACIDE URIQUE**

## ARTHRITISME

Dr L. BELIERES - 19, RUE DROUOT - PARIS

### THÉRAPEUTIQUE IODORGANIQUE & RADIODIAGNOSTIC

## LIPIODOL LAFAY

Huile Iodée à 40 %

**Pour combattre**

Asthme  
Artériosclérose  
Lymphatisme  
Rhumatisme  
Algies diverses  
Sciatique  
Syphilis

**Pour Explorer**

Système Nerveux  
Voies respiratoires  
Utérus et trompes  
Voies urinaires  
Sinus nasaux  
Voies lacrymales  
Abscesses et fistules

Ampoules, Capsules, Emulsion, Comprimés

**A. GUERBET & C<sup>o</sup>, Pharmacien, 22, Rue du Landy — S'-OUEEN, près Paris.**



*La Lancette Française***GAZETTE DES HOPITAUX**

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6<sup>e</sup>. Tél. : Danton 48-31.PUBLICITE : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6<sup>e</sup>) - Téléph. : LITRE 54-93.

## PRIX DE L'ABONNEMENT

## FRANCE

3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.

*Etudiants* : 25 francs par an.

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

## ETRANGER

Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.

Tous les autres pays : 75 francs.

**SOMMAIRE****REVUE GÉNÉRALE***Données d'anatomie et de physiologie sur l'axe gris de la moelle (avec 1 fig.) [fin], par MM. P. MASQUIN et M. LECONTE.***XVII<sup>e</sup> ASSEMBLÉE FRANÇAISE DE MÉDECINE GÉNÉRALE**  
*Résultats éloignés de la collapsothérapie, par M. A. HERPIN.***SOCIÉTÉS SAVANTES***Académie de médecine.***NÉCROLOGIE***Alexandre Guéniot, par F. L. S.***INTÉRÊTS PROFESSIONNELS***La nouvelle loi sur la médecine, par M. Maurice MORDAGNE.***MÉDECINS, CHIRURGIENS ET SPÉCIALISTES PRÉSENTS  
À PARIS PENDANT LES VACANCES. (V. p. 990.)****INFORMATIONS****HÔPITAUX DE PROVINCE. — LYON. —** Le concours pour une place de médecin des hôpitaux s'est terminé par la nomination du docteur Roger Froment.

M. Roger Froment est le fils du professeur Jules Froment à qui nous adressons l'expression de nos bien vives félicitations.

**FACULTÉS DE MÉDECINE. — TOULOUSE. —** M. Escat est nommé professeur honoraire.**LÉGION D'HONNEUR. —** Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :*A la dignité de grand officier. — M. Louis Lumière.**GUERRE. — Au grade de commandeur. — M. Lafeuille.**Au grade d'officier. — MM. Magerand, Chaix, de Gauléjac (Henri), Turcan, Billet (Henry), Vincens, de Person, Bordel, Hahn, Lagriffe, Derombouze, Péhu, Bruzon, Béliard, Aronssohn, Le Meur, Augé, Charles, Cotte, Baudouin, Brouillard, Le Groigne, Beau, Trossat, Batier, Rebierre, Nicolas Barthélémy, Saffores, Vendeuvre, Dumoulin, Pons, Martin, Bahier, Dreyfus, Ducos, Castillon, Toresse, Simonot, Marmoniton, Bonnenfant, Faure, Roudouly, Bret, Ginestet, Froment, Gauthier, Fonquernic, Salomon, Bodet, Govin, Dulis-court, Robineau.**Au grade de chevalier. — MM. Dauch, Senellart, Des-**ruelles, Jacobson, Henry, Besse, Carlizot, Fournes, Fouque, Sautriau, Bousquet, Accoyer, Provost, Frejapon, Carlier, Etienne, Phiquepal d'Arusmont, Puissegur, Demarque, Souilhe, Foucart, Joyon, Marquet, Crépin, Thiers, Croyn, Dartigues, Dreyfous, Forget, Manuel, Granier, Caron, Pous-sin, Soucy, Gautheron, Chapoy, Cohen, Francillon, Perruc, Reme, Rimette, Debon, Breitel, Fronty, Poingt, de Lombardon Cachet de Montezan, Schneider, Gaillard, Leroux, Ma-thieu, Bertrand, Ravaud, Gerber, Velin, Prunet, Ballet, Mansuy, Dupui, Galinier, Bonnet, Pellot, Pons, Gonthier, Eparvier, Masselot, Duthu, Lapeyre, Destrem, Nivière, Abt, Henry, Rainguet, Bour, Blanchereau, Camuset, Proust, Ayraud, Humbert, Rousseau, Crebassol, Billaudet, Jous-semet, Menereul, Sauvagnat, Gillet, Prince, Bacaresse, Puy Le Blanc, Quentin, Bordes, Laroche, Ertzbischoff, Desanti, Carpentier, Boudinski, Bernasconi, Ledroit, Fourcade, Cail-libaud, Jardry, Caron, Padieu, Cagnard, Semper, Lafage, Dubois, Barrue, Carey, Jacquemaire, Laborde-Scar, Moy-rand, Dumolard, Castel, Caucanas, Dieuzeide, Farnarier, Pruvost, Le Page.**MARINE. — Au grade de commandeur. — MM. Bellet, Goere, Courtiel, Gueguen.**Au grade d'officier. — MM. Loro, May.**Au grade de chevalier. — M. Rampont (à titre posthume), MM. Marc, Bonnet, Rosenstiel.***ÉCOLE D'APPLICATION DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE.**— La chaire de médecine opératoire et de thérapeutique chirurgicale sera vacante, à la date du 1<sup>er</sup> novembre 1935, à l'Ecole d'application du Service de santé militaire à Paris.Les demandes des candidats, revêtues des avis détaillés des autorités hiérarchiques, devront parvenir au ministère de la guerre (direction du Service de santé, 1<sup>er</sup> bureau, personnel), le 1<sup>er</sup> août au plus tard.**DIGITALINE NATIVELLE**LABORATOIRE NATIVELLE, 27, Rue de la Procession, PARIS (XV<sup>e</sup>)

**INSTITUT PASTEUR. — COMMISSION DU BCG.** — La Commission du BCG croit devoir attirer l'attention du public médical sur les faits suivants : Les expériences sur les animaux et l'observation clinique ont montré que la prémunition conférée par le BCG ne s'établit qu'un certain temps après l'ingestion du vaccin et ce temps est quelquefois très long. Pendant cette période, l'enfant est exposé à contracter la tuberculose comme s'il n'avait pas été vacciné. Il est donc indispensable de le soustraire à tout contact avec un tuberculeux durant les premiers mois. Cet isolement est aussi nécessaire pour lui que pour les non-vaccinés.

**NÉCROLOGIE.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort du professeur Adrien Bayet, membre de l'Académie royale de médecine de Belgique, créateur de la Ligue nationale belge contre le péril vénérien et du premier centre anticancéreux de Belgique. Il était membre du comité de patronage de notre excellent confrère *Bruxelles médical*, à qui nous adressons l'expression de nos condoléances émuës.

— Nous apprenons aussi la mort de M. le docteur Etienne Arène (de Toulon).

## MÉDECINS, CHIRURGIENS ET SPÉCIALISTES PRÉSENTS A PARIS PENDANT LES VACANCES

**Médecine générale.** — M. Gilbert Dreyfus, médecin des hôpitaux, sera présent juillet et août. — M. Lévy-Lang, 46, avenue de La Bourdonnais, sera présent août et septembre. — M. Jacques Odinet, chef de clinique à la Faculté, 4, rue de la Renaissance, sera présent juillet et août. Absent en septembre. — M. Miriel (Phtisiologie, pneumothorax), 27, rue de Sèvres, à Clamart, sera présent jusqu'au 20 août et à partir du 15 septembre.

**Médecine infantile.** — M. Paul Baize, chef de clinique à la Faculté, 26, rue Daubigny, sera présent en août et septembre. — M. Alfred Cayla, 52, avenue de Neuilly, sera présent du 1<sup>er</sup> au 24 août, et à partir du 20 septembre. — M. Maurice Kaplan, ancien chef de clinique infantile, 12, rue César-Franck (15<sup>e</sup>), sera présent août et septembre. — Mme Paulette Landowski, assistante à l'hôpital des Enfants Malades, 8, rue Darcel (Parc aux Princes) à Boulogne, sera présente du 20 juillet au 15 septembre.

**Chirurgie générale.** — M. Henry Bellanger, 2, rue Pigalle, à Paris. Absent du 10 août au 10 septembre.

**Chirurgie. Gynécologie. Obstétrique.** — M. Maurice Sureau, 11, rue Portalis (8<sup>e</sup>), sera présent pendant les vacances.

**Dermato-vénéréologie.** — M. G. Belgodère, médecin adjoint de Saint-Lazare, 69, rue Rochechouart, sera présent juillet, août, septembre.

**Ophthalmologie.** — M. Paul Petit, 19, rue de Bourgogne, sera présent en juillet et août.

**Analyses médicales.** — M. Arthur Grimberg (analyses médicales, autovaccins, collo vaccins), sera à Paris tout l'été, 74, rue Blanche.

### RENSEIGNEMENTS

Une SECRÉTAIRE BÉNÉVOLE, sténo-dactylo, non rétribuée, est demandée pour le service d'électroradiologie.

Présence le matin de 9 h. à 12 h.

Ecrire ou s'adresser au docteur Delherm, chef de service, 83, boulevard de l'Hôpital, Paris.

## Alexandre GUÉNIOT

(1832-1935)

Mardi dernier, l'Académie de médecine a appris avec une douloureuse émotion, la mort de son vénéré doyen, dont elle avait célébré avec tant de joie le centenaire il y a déjà deux ans et demi.

M. Guéniot, malgré son grand âge, était assidu aux séances de l'Académie. Son activité intellectuelle qu'il avait conservée d'une façon remarquable lui permettait de suivre les travaux de l'Académie et même d'y participer. Tout le monde aimait et respectait ce beau vieillard, toujours bienveillant et courtois. On admirait sa vie qui n'a été qu'un long exemple de dévouement et de dignité professionnelle.

Alexandre Guéniot était né le 8 novembre 1832, à Tigné-court (Vosges). Interne des hôpitaux en 1857, dans la promotion de Tillaux, il devient chirurgien des hôpitaux et à l'hospice des Enfants assistés, il fait de la chirurgie infantile et des accouchements.

Car, à cette époque, le corps des accoucheurs des hôpitaux, dont il fit partie plus tard, n'existait pas, et les accouchements étaient faits par les chirurgiens des hôpitaux. Plus tard, il devient chirurgien en chef de la Maternité.

M. Guéniot était licencié ès sciences et agrégé de la Faculté de médecine. En 1880, il fut élu membre de l'Académie de médecine, il devait en être président en 1906.

De nombreuses sociétés savantes l'appelèrent à la présidence : la société nationale de chirurgie, la société obstétricale et gynécologique de Paris, la société obstétricale de France...

Les publications de M. Guéniot sont extrêmement nombreuses, elles ont trait à la médecine, à la chirurgie infantile, à l'obstétrique et à l'histoire naturelle.

Dans ces dernières années, il publia plusieurs livres, œuvres de sa verte vieillesse, et notamment des souvenirs sur la guerre de 1870, alors qu'il était médecin chef de l'ambulance de la Glacière.

Les obsèques de M. Guéniot ont eu lieu jeudi à Saint-Thomas d'Aquin. Suivant son désir, aucun discours n'a été prononcé. Mais la foule de ceux qui sont venus serrer la main de son fils, M. Paul Guéniot, agrégé et accoucheur des hôpitaux, montrait mieux qu'un discours l'affection, le respect et l'admiration qu'inspirait le vénéré maître disparu.

F. L. S.

La roentgenthérapie des fibromyomes de l'utérus et des métropathies hémorragiques, par Paul GIBERT, avec une préface du D<sup>r</sup> Antoine BÉCLÈRE. In-8 de 112 pages avec 10 figures dans le texte. — Prix : 18 fr. — Paris, Masson et Cie.

ANÉMIES  
DYSPEPSIES  
ANTITOXIQUE



DOSE: 4 à 6  
TABLETTES  
PAR JOUR

BIOXYDE DE MANGANÈSE COLLOÏDAL. SELS MAGNÉSIENS  
Laboratoire SCHMIT, 71 Rue Sainte-Anne, PARIS. 2<sup>e</sup>

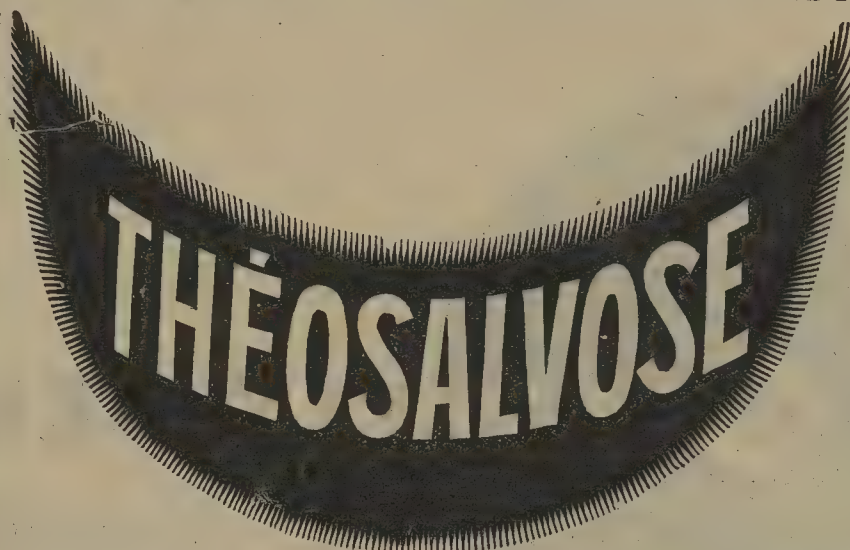
Toux  
Oyspnée

**IODEINE MONTAGU**



**LABORATOIRES CARTERET****LIQUIDE  
et  
COMPRIMES****ANTISEPTIQUE GÉNÉRAL***Sans odeur et non toxique***LUSOFORME***Formol saponiné***DÉSINFECTANT -- DÉSODORISANT**

S'EMPLOIE EN SOLUTION AQUEUSE à 1/4 ou 1/2 p. 100 en GYNÉCOLOGIE, OBSTÉTRIQUE, CHIRURGIE

**Échantillon et Littérature : 15, rue d'Argenteuil, PARIS****DIURÉTIQUE** { D'UN POUVOIR REMARQUABLE  
D'UNE FIDÉLITÉ CONSTANTE**Pure  
Digitalique  
Strophantique  
Sparléinée  
Scillitique  
Barbiturique****Phosphatée  
Lithinée  
Caféinée****Ne se délivrent  
qu'en cachets****Cachets dosés****0 gramme 25  
et à****0 gramme 50  
de Théosalvose****DOSE MOYENNE :****1 à 2 grammes  
par jour.****THÉOBROMINE FRANÇAISE** garantie chimiquement pure**Artériosclérose — Affections cardiaques et rénales — Albuminuries — Intoxications  
Urémie — Urémie — Goutte — Rhumatismes — Hydropisie — Maladies infectieuses****Laboratoires André GUILLAUMIN****PARIS — 13, rue du Cherche-Midi, 13 — PARIS****R. G. 2.16. Seine.**

# SANÉDRINE

## Ephédrine Lévogyre

**AGIT PAR VOIE  
BUCCALE**

**EFFETS  
PERSISTANTS**

**TOUTES LES INDICATIONS  
DE  
L'ADRÉNALINE**

TUBES DE 20  
COMPRIMÉS  
à  
0,025

**SOCIÉTÉ PARISIENNE d'EXPANSION CHIMIQUE**  
— *Specia* —  
MARQUES **POULENC Frères & USINES du RHONE**  
86, rue Vieille du Temple, PARIS 3<sup>e</sup>

**ADULTES :**  
2 à 6  
COMPRIMÉS  
PAR  
JOUR

DRÉVILLE



Hypertensions  
ET TOUS ÉTATS  
SPASMODIQUES  
DE LA MUSCULATURE  
LISSE

BENZOATE DE BENZYLE

**OLETHYLE-BENZYLE**

Le seul en **GÉLULES**  
**CAPSULES**  
**MOLLES**

*Littérature - Echantillons - Posologie*  
LABORATOIRE CENTRAL DE PARIS  
122, Rue du Faubourg Saint-Honoré, Paris



## REVUE GENERALE

# DONNÉES D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE SUR L'AXE GRIS DE LA MOELLE<sup>1</sup>

PAR MM.

PIERRE MASQUIN,

et

M. LECONTE,

Ancien interne des Asiles  
de la Seine,  
Ancien chef de clinique  
à la Faculté de médecine  
de Paris.

Interne des Asiles  
de la Seine,  
Ancien interne  
de l'Assistance publique  
à l'hospice de Brévannes.

**Physiologie.** — L'axe gris est la *partie active* du segment médullaire, car il contient les cellules dont nous savons le rôle dans la genèse et dans l'expédition des influx nerveux.

Il est formé par la superposition des centres nerveux possédant les racines antérieures comme conducteurs centrifuges, les racines postérieures comme conducteurs centripètes.

Il peut être considéré du point de vue physiologique comme formé par trois colonnes grises, dont le rôle est différent (Fig. 5) :

a) Une *colonne ventrale* (corne antérieure) à fonctions somatiques, contrôlant la musculature striée.

b) Une *colonne dorsale* (corne postérieure) à fonctions sensibles en premier lieu ; d'association segmentaire et inter-segmentaire en second lieu.

c) Une *colonne intermédiaire* (corne latérale, région intermedio-lateralis à fonctions splanchniques, c'est-à-dire végétatives.

Avant de passer en revue les fonctions particulières de ces trois zones nous dirons quelques mots des lois générales de l'activité nerveuse auxquelles l'axe gris est soumis ; ensuite nous étudierons le rôle fondamental de l'axe gris dans la réflexivité, fonction générale à laquelle participent simultanément et obligatoirement les colonnes sensibles et motrices, et enfin son rôle dans le tonus.

I. *L'axe gris est soumis aux lois générales de l'activité nerveuse.* — 1° C'est d'abord la loi de *sommatation*, phénomène signalé dès 1868 par Setschenow ou d'*addition latente* de Charles Richet.

Des excitations faibles, mais répétées (choc par bobine d'induction) provoquent une contraction, là où une excitation, même intense, mais unique, reste inférieure. C'est ensuite :

2° La *notion de l'épuisement cellulaire*. Les excitations épuisent rapidement la cellule, fait qui s'oppose à l'infatigabilité des nerfs.

3° L'*existence d'un temps réfractaire* nécessaire entre deux excitations pour que la deuxième soit efficace ; phénomène analogue à ce qui se produit pour le cœur. Il en résulte que les centres nerveux ont la propriété de répondre suivant un rythme qui leur est propre à des excitations rythmées fréquentes.

4° L'*activité des centres réflexes de l'axe gris est modifiable* par certaines substances. Les variations peuvent se faire dans les deux sens sous l'influence de certains poisons. Il est diminué par les narcotiques et anesthésiques en général (opium, chloroforme, bromure de potassium). Il est augmenté par la Brucine. Le chloralose constitue un cas particulier, car il anesthésie l'animal tout en exagérant le pouvoir réflexe des centres comme le ferait une faible dose de strychnine.

II. *Rôle dans la réflexivité et le tonus.* — A. L'axe gris *centre réflexe*.

Il contribue à former l'*arc réflexe*, que Legallois, puis Sherrington ont bien étudié. Cet arc est constitué de deux neurones au moins. Il a son origine dans un récepteur quelconque de la surface corres-

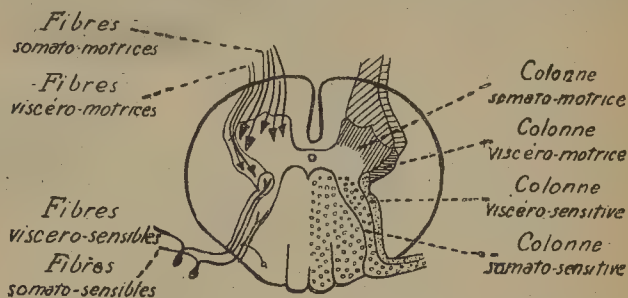


FIG. 5. — Disposition des colonnes somatiques et viscérales (végétatives) et des fibres afférentes et efférentes (d'après Herrick)

pondante du corps, arrive par le nerf sensitif au ganglion spinal, et de là à la corne postérieure.

Ainsi par ce mécanisme des incitations produisent des réactions motrices plus ou moins simples : les *réflexes*.

Soit réflexe simple, élémentaire. Réflexe schématisé qui n'existe pas chez l'homme ; soit réflexe complexe avec relais interposés. Un arc réflexe comprend donc trois phases. Les réponses centrifuges constituant la troisième phase sont involontaires et sont généralement inconscientes. Cependant beaucoup de réflexes sont conscients.

I. *Lois des réflexes.* — Les réflexes obéissent à des lois précises. Il est classique d'en décrire six. Les quatre premières furent établies par Pflüger ; les deux dernières par Richet.

1° *Loi de l'unilatéralité*. Une excitation faible portée en un point donné de la surface cutanée d'un membre détermine une réponse située dans le membre excité.

2° *Loi de la symétrie*. Si l'excitation est plus intense, la réaction se manifeste aussi du côté opposé, dans le territoire des nerfs moteurs symétriques.

3° *Loi de l'irradiation*. Si l'intensité de l'excitation augmente encore, la réaction s'étend à des fibres centrifuges quittant la moelle à des niveaux différents et plus étendus.

4° *Loi de la généralisation*. La réaction réflexe devient générale si l'excitation devient suffisamment intense.

(4) Fin. — Voir *Gaz. des hôp.*, 1935, n° 56, p. 961.

5° *Loi de localisation.* Il existe une relation constante entre la sphère sensitive excitée et la sphère où se produit la réponse. Aussi a-t-on pu expérimentalement dans la moelle distinguer des centres inconscients.

6° *Loi de coordination.* Les réponses aux excitations paraissent appropriées à un but, souvent aussi coordonnées que le mouvement volontaire.

A l'étude de ces lois fondamentales, on peut ajouter encore un certain nombre d'autres notions concernant les réflexes.

2° *Quelques autres caractéristiques des réflexes.* —

a) *Irréversibilité de la conduction.* — Dans un arc réflexe, la conduction est strictement limitée à une seule direction alors qu'il y a conduction dans les deux sens, dans la fibre nerveuse.

b) *Fonctionnement itératif ou non itératif.* — Les réflexes itératifs, ainsi que les a désignés Lapique, sont des réflexes qui ne peuvent être déclenchés que si l'on porte sur la voie sensitive une série de stimuli se succédant suivant un rythme convenable. Ce fonctionnement itératif est certainement en liaison étroite avec le phénomène de la sommation.

Les réflexes médullaires sont, sauf des cas particuliers, caractérisés par un fonctionnement itératif.

c) *Phénomène d'inhibition.* — Ce terme, proposé par Brown-Séquard, désigne le processus par lequel est arrêtée une excitation en train de s'accomplir. Sherrington a fourni de nombreux exemples d'inhibition au cours de recherches sur l'animal décérébré. Nous citerons un exemple facile à comprendre d'inhibition réflexe. Sur une grenouille décapitée, par excitation de la racine dorsale du neuvième nerf spinal, on provoque le tétanos réflexe d'un gastrocnémien. Pendant le maintien de l'excitation, et par conséquent du tétanos, on excite alors à divers moments le bout central de la huitième racine dorsale. Au cours de ces dernières excitations, il y a relâchement du muscle, donc : inhibition complète du centre (Veszi).

d) *Phénomènes de dynamogénie.* — On appelle dynamogénie un phénomène de renforcement de l'excitation. Ce terme est dû à Brown-Séquard. C'est en partie à des phénomènes du même genre que S. Exner a appliqué le nom de « *bahnung* » qui désigne l'opération par laquelle les réactions nerveuses sont à la fois facilitées et renforcées.

Le type de ces actions de renforcement a été fourni par Exner sur le lapin : une excitation cutanée insuffisante pour déterminer des contractions réflexes dans un groupe donné de muscles devient efficace si, quelque temps avant, on porte une légère excitation sur l'écorce cérébrale dans la zone correspondante à ces muscles. Les excitations des appareils sensoriels périphériques peuvent exercer aussi cette influence dynamogène : Le réflexe provoqué par l'excitation d'une racine postérieure dorsale est plus facile à obtenir si on excite en même temps quelque racine voisine.

e) *Conduction réflexe et chronaxie.* — Des différentes constatations précédentes, un certain nombre de

questions viennent tout naturellement à la pensée :

1° Qu'est-ce qui détermine dans les centres nerveux l'aiguillage des influx vers telle ou telle voie ?

2° Peut-on expliquer les phénomènes d'inhibition ou de dynamogénie ?

L'appréciation de la notion de chronaxie fournit des suggestions d'un haut intérêt. Les travaux de Lapique ont montré que l'excitabilité de chaque tissu excitable peut être caractérisée par sa chronaxie. Il y a isochronisme entre les nerfs moteurs et les muscles correspondants, et ainsi le passage de l'influx se produit sans difficulté. Que cet équilibre soit rompu, et les difficultés dans le passage de l'excitation du nerf au muscle surgissent.

Des faits analogues peuvent être invoqués pour expliquer la fonction d'aiguillage dans les centres nerveux. La plus ou moins grande difficulté que rencontre un influx pour franchir telle synapse, séparant deux neurones voisins, résulte d'un certain degré d'hétérochronisme entre les neurones qui constituent un arc réflexe.

Cet hétérochronisme peut expliquer la diffusion plus ou moins facile des influx d'un côté à l'autre, ou d'un étage à l'autre des centres nerveux ; et le fait que certains réflexes soient itératifs.

L'action de certains poisons que nous avons signalés plus haut s'expliquerait aussi par une modification dans la chronaxie des neurones. Cette théorie, déjà ancienne de vingt ans, a remplacé la théorie de l'amiboïsme des neurones de Mathias Duval.

Si l'on admet cette conception sur les conditions de transmission de l'excitation, on peut trouver une base à la théorie de l'inhibition et aux phénomènes de dynamogénie.

Les excitations interférant sur quelques-uns des éléments d'un arc réflexe pourraient en modifier la chronaxie — par un mécanisme d'ailleurs encore non précisé — et réaliser ainsi, soit des facilités de passage (dynamogénie), soit des obstacles à la transmission (inhibition).

3° *Classification des réflexes.* — Les réflexes sont infiniment variés selon la nature et la complexité des voies centripètes et centrifuges. Longet distingue quatre types de réflexes :

1. Le type le plus simple est celui où les voies centripètes et centrifuges sont des filets nerveux rachidiens : réflexes tendineux, réflexes cutanés, réflexes de défense ; c'est à ce groupe qu'appartiennent la plupart des réflexes recherchés couramment en pathologie nerveuse.

2. Dans une seconde classe, on comprend les phénomènes réflexes dont la voie centripète est un nerf rachidien et la voie centrifuge un nerf du grand sympathique. La réaction est presque toujours un acte sécrétoire, vasomoteur ou pilomoteur.

3. Une troisième classe renferme les réflexes dont les voies centripètes sont les nerfs du grand sympathique et les voies centrifuges, les nerfs rachidiens (réaction musculaire à la sensibilité obtuse, dite organique : convulsions, etc.). La plupart appartiennent au domaine de la pathologie.



4. Enfin, dans une 4<sup>e</sup> classe, les *voies centripètes et centrifuges appartiennent au grand sympathique* (sécrétion des liquides intestinaux au cours de la digestion, *mouvements de l'estomac, de l'intestin.*

Sherrington divise les réflexes en trois groupes :

a) *Réflexes extéroceptifs* : réflexes simples, localisés, empruntant la voie des nerfs rachidiens, provoqués par des excitations extérieures du sujet.

b) *Réflexes intéroceptifs* : déclanchés par des excitations généralement inconscientes des organes internes. Ils empruntent le plus souvent les voies et les centres de réflexion du système autonome.

c) *Réflexes proprioceptifs* : éveillés par des excitations internes ou externes, mais caractérisés par ce fait qu'une fois leur réaction primaire déclanchée, elle est suivie, même après interruption de l'excitation, par une série de réactions consécutives en cascade se commandant les unes les autres, et évoluant dans un rythme régulier de façon à donner lieu à des mouvements complexes coordonnés et adaptés à des buts définis.

#### 4<sup>e</sup> Les centres réflexes de l'axe gris.

L'AXE GRIS est un centre réflexe dont certains sont bien localisés. En séméiologie nerveuse, ils ont une grande valeur car leur étude donne de précieux renseignements sur l'existence d'une lésion et sa topographie.

Nous rappellerons qu'en clinique il existe normalement des réflexes tendineux et des réflexes cutanés qui peuvent être modifiés de diverses façons. Leur correspondance anatomique est bien connue.

Nous donnerons, sans y insister, la correspondance anatomique des plus couramment recherchés :

Parmi les réflexes tendineux :

Des membres inférieurs : le réflexe achilléen correspond au premier segment sacré, cinquième lombaire et deuxième sacré. Le réflexe rotulien aux troisième, deuxième et quatrième segments lombaires.

Des membres supérieurs : le stylo-radial répond aux sixième et cinquième segments cervicaux. Le tricipital aux septième, sixième et huitième segments cervicaux. Le cubito-pronateur, aux huitième, sixième et septième segments cervicaux et au premier dorsal.

Parmi les cutanés, les trois abdominaux cutanés ont la correspondance suivante : — Sixième et septième segments dorsaux pour le réflexe épigastrique ; — Huitième et neuvième segments dorsaux pour le réflexe ombilical ; — Les dixième, onzième et douzième segments dorsaux pour le réflexe hypogastrique ; — Le réflexe crémasterien dépend du premier et du deuxième segments lombaires ; — Le réflexe cutané plantaire, de la cinquième lombaire, des premier et deuxième segments sacrés.

*Réflexes d'automatisme médullaire.* — Ces réflexes sont latents à l'état normal et s'exaltent pour devenir apparents dans les états s'accompagnant de lésions du faisceau pyramidal. Pour la même raison on note encore des syncinésies et des contractures d'automatisme médullaire.

Ce sont des mouvements coordonnés mettant en œuvre des groupes musculaires fonctionnellement synergiques, mais anatomiquement distants et tendant à réaliser les mouvements primordiaux de l'automatisme médullaire.

On les observe surtout au niveau des membres inférieurs.

On retrouve à ce niveau trois phénomènes correspondant aux trois grandes synergies primordiales : le phénomène des raccourcisseurs, le phénomène des allongeurs, le réflexe d'allongement croisé.

Ces réflexes se rapprochent des expériences réalisées chez la grenouille décapitée et chez le chien spinal bien étudié par Sherrington où l'expérimentateur obtient le « flexion-reflex, l'extension-reflex et le crossed-reflex » et, à un degré de plus, le « marktime-reflex ». Ces réflexes tendent à reproduire les actes d'habitude devenus automatiques par leur incessante répétition, ceux auxquels la voie a été le plus souvent frayée.

Telle est l'interprétation de ces phénomènes soutenue par P. Marie et Foix, qui n'attachent point à ces réflexes la valeur de réflexes de défense.

L'étude de ces réflexes est d'importance considérable dans les compressions médullaires.

#### B. Rôle de l'axe gris dans le tonus.

Une collatérale de l'axone sensitif parvient à la cellule radiculaire antérieure, lui apportant ainsi les incitations multiples qui servent à maintenir le muscle dans un état donné de contraction : le tonus musculaire.

La théorie de l'origine spinale du tonus musculaire repose sur l'expérience de Brondgeest. Elle consiste à sectionner, sur une grenouille spinale, le nerf sciatique d'un côté. Toutes les articulations de ce côté sont relâchées, et l'extrémité pend tout à fait flasque, tandis que la jambe et la patte de l'autre côté restent légèrement fléchies. Le tonus paraît bien être dû à une stimulation réflexe permanente, et non point le résultat d'une activité automatique de la moelle. En effet, il disparaît après section des voies centripètes (racines postérieures), des voies centrifuges (racines antérieures) ou atteinte de l'axe gris. Il existe des centres toniques médullaires particulièrement importants pour les sphincters à fibres lisses ou striées. Cependant il existe des centres toniques extra-médullaires et les centres supérieurs ont un rôle important également dans la modification du tonus, notamment la voie extrapyramidale.

Nous allons voir à présent la physiologie plus particulière des trois colonnes que nous avons individualisées.

*Colonne ventrale.* — Chaque cellule radiculaire antérieure contrôle un faisceau musculaire strié ou un groupe de faisceaux par l'intermédiaire des racines antérieures qui s'échappent de la corne antérieure de l'axe gris. La fonction motrice de celle-ci, la fonction sensitive des cornes postérieures sont bien connues depuis l'établissement de la loi de Magendie, attribuée à Charles Bell.

Toutes les cellules radiculaires antérieures reçoivent deux sortes d'incitations :

Les unes centrales ou supérieures (c'est au niveau des cellules radiculaires antérieures que se terminent les fibres du faisceau pyramidal ; les autres périphériques, plus simples. Nous allons examiner, tour à

tour, les rôles que joue la corne antérieure, après avoir insisté plus haut sur sa fonction réflexe et tonigène.

a). *Rôle trophique.* — Comme toutes les cellules nerveuses, les cellules de l'axe gris ont une *action trophique* : sur les axones dont elles sont l'origine (dégénérescence wallérienne) et sur les organes périphériques qu'elles innervent (tissu musculaire). L'atteinte des cellules radiculaires (traumatisme ou maladie) amène une atrophie dégénérative des muscles qu'elle innerve avec réaction de dégénérescence. La destruction de la corne antérieure donne donc : paralysie et atrophie musculaires. Cette influence trophique qu'exerce la colonne ventrale dépend de la cellule même. Il s'agit d'un véritable centre. Ce rôle trophique est encore appelé *contrôle idiodynamique*.

b) *Rôle dans les diverses modalités de la motricité et dépendant de centres supérieurs* par suite de la greffe sur l'arc réflexe spinal simple de l'arc cérébral (faisceau pyramidal) et des arcs complexes des voies extra-pyramidales.

1. *Dans l'équilibration.* — L'appareil vestibulaire exerce par l'intermédiaire des voies descendantes un contrôle sur les cellules radiculaires antérieures, de façon à assurer l'équilibre corporel pendant la marche, pendant les stations assise et debout.

2. *Dans la synergie motrice.* — Tout acte moteur nécessite la contraction simultanée d'un groupe de muscles agonistes et d'un groupe d'antagonistes qui sert de frein. Antagonistes et agonistes fonctionnent toujours ensemble d'une façon coordonnée. Ils constituent une *unité synergique*. D'une façon générale, on peut dire que le contrôle synergique est réglé par le cortex et le cervelet. Lorsque les connexions, à vrai dire fort complexes, reliant les cellules radiculaires antérieures aux centres régulateurs sont troublées, le mouvement est incoordonné, ataxique.

3. *Rôle dans la motilité automatique et associée.* — Il existe certains mouvements semblant destinés à la réalisation d'un but défini et cependant involontaires. Les cellules radiculaires antérieures en assurent l'exécution sous le contrôle du système strio-pallidal.

4. *Rôle dans la motilité volontaire.* — Il a lieu sous le contrôle de l'aire précentrale par l'intermédiaire du faisceau pyramidal qui inhibe en même temps l'activité de l'acte réflexe simple. Les cellules de la colonne ventrale apparaissent comme les éléments recevant les excitations des différentes aires et les envoyant toutes à une destination commune : *le muscle*. La cellule rachidienne antérieure est donc la voie finale commune (final common pathway de Sherrington) du système moteur.

Quand les cellules rachidiennes sont séparées : du faisceau pyramidal, il y a perte de la motilité volontaire, augmentation de la réflexivité et du tonus ; — du contrôle cérébelleux, il y a perte de la synergie, d'où incoordination, tonus diminué, etc. Au sujet des rapports entre les cellules rachidiennes antérieures et les muscles, on s'est demandé depuis longtemps à quoi correspondaient les groupes cellulaires.

Les groupes cellulaires correspondent-ils à un muscle ou à un groupement musculaire déterminé ? Di-

verses hypothèses ont été émises. Déjerine semble avoir établi que dans la moelle, la localisation motrice est une localisation radiculaire. Les noyaux de chaque segment ne fournissent de fibres qu'à la racine correspondante motrice dans chaque moitié du corps. Chaque muscle ou partie de muscle dérivant du myotome d'un métamère déterminé reste représenté dans le segment de moelle correspondant. Quand le myotome est très différencié, il existe dans la corne antérieure une disposition purement morphologique des cellules qui paraissent obéir à des règles fixes. Les noyaux ont la forme de colonnes juxta et superposées dont Bing, dans son « Diagnostic topographique des lésions de la moelle » donne une répartition détaillée.

C. *Rôle dans l'association segmentaire.* — L'activité de chaque muscle dépend de l'action intégrative et combinée d'un nombre donné de cellules radiculaires. On appelle association intra-segmentaire le fait que l'une des cellules puisse stimuler simultanément toutes les autres qui lui sont rattachées. On appelle association intersegmentaire le fait que les cellules contrôlant les muscles mis en jeu dont la contraction doit être simultanée, résident dans les segments plus ou moins voisins. Enfin il existe un système d'association transegmentaire permettant la production de mouvements complexes nécessitant l'action simultanée des muscles des deux côtés du corps.

B. *Corne latérale.* — Nous avons vu que la corne latérale n'est bien individualisée que dans la partie supérieure de la moelle dorsale. Mais les cellules végétatives qui la composent se trouvent aussi dans d'autres segments médullaires. Egrenées en chapelet dans la région intermedio-lateralis des segments cervicaux et lombo-sacrés, entre S<sup>2</sup> et S<sup>3</sup>, elles forment des groupements très différenciés.

Toutes ces cellules ont un rôle splanchnique dans l'innervation de la musculature lisse et de certaines glandes. Leurs axones passant parmi les rami-communiquants blancs, apportent aux cellules sympathiques ganglionnaires les excitations centrales. Elles jouent un rôle purement végétatif dont les fonctions sont spéciales.

Le contrôle qu'exercent les cellules de la corne latérale diffère complètement de celui qu'exerce la corne antérieure.

1° Leur activité est *involontaire*, inconsciente à l'état normal et permanente. Cela ne veut pas dire qu'on puisse affirmer qu'elle n'a aucun rapport avec le cortex (témoin le retentissement végétatif de phénomènes psychiques tels que la peur, la joie, l'anxiété, etc.), mais les régions corticales et les voies par lesquelles ces influences s'exercent sont encore à prouver.

2° La musculature lisse, à laquelle elles portent l'influx est animée d'une activité incessante ou tendant tout au moins à être constamment en action, caractérisée en général par des contractions lentes, rythmiques, régulières, ne cessant pas pendant le sommeil.

3° Les réflexes qu'elles autorisent s'effectuent avec lenteur.

Tout comme les cellules radiculaires antérieures, les cellules végétatives reçoivent des excitations ve-



nant de la périphérie et d'autres venant des centres supérieurs. On a pu localiser un certain nombre de centres ayant une importance physiologique particulière.

I. Certains se trouvent sur presque toute la hauteur de l'axe gris. Tels sont :

— Les centres sudoripares. — Goltz a démontré l'existence des nerfs sudoraux. L'existence de centres excito-sudoraux a été mise hors de doute par Lushinger, Vulpian, Adamkiewicz.

— Les centres pilomoteurs. On donne ce nom aux régions de la moelle d'où sortent les fibres qui, après avoir passé par les ganglions de la chaîne sympathique, innervent les muscles érecteurs des poils. Ces régions sont comprises entre D<sup>4</sup> et L<sup>3</sup> (surtout d'après expériences faites sur le chat).

— Les centres vasomoteurs spinaux. Les vaso-constricteurs sont surtout connus. Ils sont eux-mêmes sous la dépendance d'un centre bulbaire situé dans le voisinage de l'olive supérieure.

Cette action du sympathique sur les vaisseaux a été mise en évidence par l'expérience fondamentale de Claude Bernard sur le sympathique cervical consistant en section et excitation de celui-ci. La destruction des centres médullaires entraîne une paralysie vaso-constrictive traduite par l'augmentation de la chaleur locale, rougeur de la peau, nette sur l'animal, phénomène plus rarement obtenu en clinique.

Le réflexe vasomoteur se caractérise par un érythème spécial (dermographie spinale). Il est aboli quand sont détruites les parties médullaires ou sympathiques constituant de cet arc réflexe.

2<sup>e</sup> Une expérience de Gley démontre l'existence des centres vaso-constricteurs médullaires, indépendamment du centre bulbaire. Si l'on coupe le bulbe, la pression artérielle prise par la carotide par exemple, s'abaisse considérablement ; mais après la destruction de la moelle épinière, cette pression s'abaisse encore de 2 à 7 centimètres de mercure.

II. On trouve encore d'autres centres, localisés, mais à fonction générale.

a) Les centres thermiques sont d'une existence discutée par nombre d'auteurs et par Bing qui croit à une réaction par voisinage du bulbe.

Après section de la moelle, la chaleur animale s'abaisse et cet abaissement est d'autant plus rapide que la moelle a été coupée plus haut (Claude Bernard, Brodie, Schiff). Cette chute de température paraît être sous la dépendance du centre respiratoire bulbaire.

b) Les centres respiratoires accessoires innervent les muscles abdominaux, intercostaux, pectoraux et diaphragme innervé par le phrénique, sous la dépendance de la section des vaso-moteurs médullaires.

Ainsi la section de la moelle au-dessous de la 8<sup>e</sup> paire dorsale paralyse les muscles abdominaux ; au-dessus de la première partie dorsale, les intercostaux ; au-dessous de la 5<sup>e</sup> paire cervicale, les pectoraux et le grand dentelé ; enfin la section faite au-dessus de la 4<sup>e</sup> paire cervicale paralyse le diaphragme et abolit tout mouvement respiratoire. Cependant les centres contenus dans la moelle pourraient aussi agir d'une façon indépendante et automatique, si l'on admet avec Schroff, Louten-Bach, Longendorff, Nitschmann et Wertheimer, que chez de jeunes animaux (lapins, chiens), la respiration peut reprendre et être provoquée (pincement, etc.) après la section de la moelle.

c) Centre accélérateur cardiaque. Les nerfs accélérateurs du cœur ont leur origine dans la moelle cervicale. En effet, si on supprime l'intervention du centre d'arrêt bulbaire par

la section des pneumogastriques, celle des actions réflexes par la section des sympathiques du cou, celle de la pression sanguine par la section des splanchniques, l'excitation de la moelle cervicale amène une accélération des battements (Von Bezold, Cyon).

Ce centre entre en activité par l'arc réflexe (émotions, etc.).

III. D'autres centres, enfin, sont caractéristiques de certaines régions :

1<sup>o</sup> Centre cilio-spinal. Ce centre préside à la dilatation de l'iris. Les expériences de Budge et Aug. Waller ont montré que l'excitation d'une certaine région de la moelle épinière produit sur l'iris le même effet que l'excitation galvanique du cordon cervical du grand sympathique. Les pupilles se dilatent. Cette région, désignée par Budge et Waller sous le nom de centre cilio-spinal, s'étend de C<sup>6</sup> à D<sup>3</sup> inclusivement. Pour Brown-Séquard, la région cilio-spinale serait plus étendue encore. L'excitation aurait un effet plus marqué au niveau de D<sup>2</sup> et D<sup>3</sup>.

2<sup>o</sup> Centre ano-spinal ou de la défécation (Masius). Budge situe ce centre au niveau de la 5<sup>e</sup> lombaire. Des recherches ont prouvé que ce centre est situé au niveau des deux premières sacrées pour Bechterew.

Ce centre préside à la tonicité musculaire et à la contraction réflexe du sphincter.

Lorsque S<sup>1</sup> et S<sup>2</sup> sont lésés, il y a incontinence des matières.

Il semble être placé sous la dépendance d'un centre supérieur siégeant dans le cerveau. Dans tous les cas le cerveau peut exercer une action modératrice sur le centre.

3<sup>o</sup> Centre vésico-spinal. Il est placé au-dessous du précédent (S<sup>3</sup> et S<sup>4</sup> et peut-être S<sup>5</sup>) et commande les réflexes vésicaux. Il comprend deux centres antagonistes, l'un pour le sphincter de la vessie, l'autre est le « detrusor urinae ». Les deux centres sont voisins et réunis par des attaches fonctionnelles déterminées. Quand le premier est excité, le second est paralysé, et réciproquement. L'action de ces centres est comparable aux plateaux d'une balance.

Une lésion de ces segments produit l'incontinence vraie opposée à l'incontinence intermittente par lésions sus-jacentes.

4<sup>o</sup> Centre de l'érection. Il est situé dans la moelle sacrée, au niveau des 2<sup>o</sup> et 3<sup>o</sup> segments sacrés. C'est, après Budge, l'avis de Déjerine. Les fibres centripètes sont les nerfs sensibles du pénis. Les fibres centrifuges sont les nerfs érecteurs d'Eckard compris dans S<sup>1</sup>, S<sup>2</sup> et S<sup>3</sup> dont l'excitation produit la dilatation des vaisseaux du pénis.

5<sup>o</sup> Centre de l'éjaculation ou génito-spinal de Budge. Situé au niveau de la 4<sup>e</sup> vertèbre lombaire chez le lapin, il répond chez l'homme aux 3<sup>o</sup> et 4<sup>o</sup> segments sacrés.

Il a pour fibres afférentes des fibres sensibles du nerf dorsal du pénis ; pour fibres efférentes des filets sortis avec S<sup>3</sup> et S<sup>4</sup> s'unissant au nerf du périnée et se distribuant au muscle bulbo-caverneux (accelerator urinae et seminis), ischio-caverneux, sphincter de l'urètre et transverse du périnée.

Il existerait un second centre de l'éjaculation au niveau des deux premiers segments lombaires, en relation par des fibres sympathiques (plexus hypogastrique) avec les canaux déférents et les vésicules séminales.

On voit donc que le centre de l'érection et de l'éjaculation sont distincts, expliquant qu'il puisse y avoir éjaculation sans érection.

Chez la femme, le centre génito-spinal préside aussi aux mouvements de l'utérus, du vagin.

IV. Nous venons de traiter la physiologie de l'aire viscéro-motrice. Dans la colonne intermédiaire que nous avons distinguée entre encore l'aire viscéro-sen-



sible dans laquelle nous avons fait figurer la colonne de Clarke dont les neurones émettent des fibres allant former le faisceau cérébelleux direct. Nous avons cité encore l'existence d'autres cellules de même valeur physiologique dont les cylindraxes forment le faisceau cérébelleux de Gowers. Nous devons donc tenir compte du rôle de l'axe gris comme relais des sensibilités empruntant ces deux derniers faisceaux. L'opinion classique concernant les voies de la sensibilité que nous citons plus loin, est aujourd'hui abandonnée et c'est l'opinion de Déjerine que nous exposerons.

Les cellules de la colonne de Clarke servent de relais à une partie des collatérales des fibres longues, établissant ainsi des connexions entre la voie cérébelleuse et les racines. Seules d'ailleurs les racines dorsales paraissent y participer, de sorte que le faisceau cérébelleux direct ne transmet que les excitations venues du tronc et de la racine des membres inférieurs. Les fibres issues de l'axe gris, au niveau de la colonne de Clarke, se terminent à la partie antérieure et supérieure de l'écorce du vermis supérieur. Le faisceau de Gowers a ses origines discutées. Elles se feraient au niveau de cellules situées, pour les uns à la base de la corne postérieure, dans la corne latérale, dans la région intermedio-lateralis, pour André-Thomas à la base de la corne antérieure. Le faisceau auquel ces cellules donnent naissance est un faisceau croisé, passant par la commissure postérieure de l'axe gris, et se terminant dans la partie ventrale du vermis cérébelleux, après entrecroisement total.

Ces faisceaux véhiculent, pour Déjerine, la sensibilité kinesthésique inconsciente, nécessaire à la locomotion et la statique, l'équilibration, la synergie musculaire ; cette sensibilité s'oppose à la sensibilité kinesthésique consciente qui suit dans la moelle un trajet homolatéral par les fibres longues des cordons postérieurs, voie qui reste sans rapport synaptique avec l'axe gris.

*Colonne dorsale.* — Elle joue un rôle des plus importants dans la transmission des impressions sensibles, car les cellules qui s'y trouvent sont un relais important. Les fibres sensibles des racines postérieures, nous l'avons vu, entrent en rapport avec les cordons latéraux par l'intermédiaire de ses éléments cellulaires. De ceux-ci les axones forment le deuxième neurone sensitif : quelques-uns groupés en faisceaux bien distincts (faisceaux de Gowers et de Flechsig), d'autres éparpillés (faisceau en croissant de Déjerine). On n'accorde donc plus à l'axe gris qu'un rôle provisoire dans la transmission des sensibilités. Ce n'est donc pas, comme on le croyait un organe de conduction qu'empruntent les sensibilités pour atteindre les centres supérieurs. L'étude de ce rôle de relais essentiellement sensitif de la colonne dorsale de l'axe gris est intimement liée à celle de la terminaison, au niveau de la moelle, des fibres des racines postérieures.

Un certain nombre de méthodes auxquelles se sont joints les résultats tirés de l'observation des faits pathologiques, ont permis d'établir les terminaisons et les différents rôles des voies de conduction de la sensibilité prenant relais au niveau de l'axe gris. Ce sont :

— La méthode de dégénérescence secondaire, ba-

sée sur la loi de Waller, selon laquelle toute fibre nerveuse dégénère dans son bout périphérique quand elle est séparée de sa cellule. Cette méthode a permis d'établir que les fibres longues des racines rachidiennes postérieures ne faisaient point synapse au niveau de l'axe gris, mais empruntaient, au contraire, les cordons postérieurs pour se terminer au niveau du bulbe, dans les noyaux de Goll et de Burdach.

— La méthode histologique de Golgi, basée sur la propriété du bichromate d'argent d'imprégner les ramifications les plus fines du cylindraxe, qui a permis d'étudier les terminaisons des fibres courtes exogènes.

— La méthode embryologique de Flechsig, dans ce domaine, a fourni peu de résultats décisifs.

Par contre, les diverses expériences permises par la physiologie ont aidé à déterminer avec une certaine précision les différents chemins empruntés par les diverses sensibilités. C'est, en effet, grâce à l'expérimentation, très variée, qu'on a pu montrer le rôle de relais de l'axe gris, tantôt en procédant à la destruction (sections partielles, hémisections, sections totales, sections étagées, ablation de certains segments); tantôt à l'excitation des diverses parties de la moelle.

Pour Déjerine, les fibres courtes radiculaires, qui conduisent les sensations thermiques et douloureuses, se terminent dans l'axe gris, autour de cellules de relais siégeant au niveau de la tête de la corne postérieure. De ces cellules, nous l'avons vu, partent des fibres qui vont former la partie postérieure du faisceau en croissant de Déjerine et qui gagnent le Ruban de Reil, puis le thalamus. Les fibres qui conduisent la sensibilité tactile, c'est-à-dire les fibres radiculaires moyennes, se terminent non pas dans la colonne de Clarke, comme l'admettaient les classiques, mais dans les noyaux de la substance grise de la tête de la corne postérieure, à des étages sus-jacents après un court trajet ascendant. De ces noyaux de relais partent des fibres qui, passant par la commissure antérieure, se rendent à la partie antérieure du faisceau en croissant de Déjerine, et non pas au faisceau de Flechsig.

Rappelons que, pour les classiques :

La sensibilité tactile était transmise par les fibres moyennes à la colonne de Clarke, et de là au faisceau de Flechsig ; et la sensibilité thermique et douloureuse par les fibres courtes, pour les uns au faisceau de Gowers, pour les autres au faisceau dit spino-thalamique.

#### BIBLIOGRAPHIE

- BARD (L.). Du rôle physiologique du faisceau pyramidal, *Revue Neurol.*, 1930, t. I, p. 368.  
 BECHTEREW. *Les fonctions bulbo-médullaires*, Vol. I et II. Doin, édit. 1909.  
 BECK (J.-M.). The cerebellar terminations of the spino-cerebellar fibres of the lower lumbar and sacral segments of the cat, *Brain* (50), p. 60, 1927.  
 BERTRAND (Y.) et VAN BOGAERT (L.). Etudes de cytoarchitecture médullaire, *Revue neurol.*, 1923, I-II, pp. 177 à 200 et pp. 312 à 333.  
 BING. *Diagnostic topographique des lésions de l'encéphale et de la moelle épinière*, Doin, édit.  
 BROWN-SÉQUARD. *Journ. de Physiol.*, Masson, édit., 1859.



- CLAUDE (H.). *Maladies du système nerveux*. Baillière, édit.
- DÉJERINE. *Séméiologie des affections du système nerveux*. Masson, édit.
- DÉJERINE. *Anatomie du système nerveux*. Rueff, édit.
- FOERSTER (O.). *Les dermatomes chez l'homme*. Brain, vol. LVI, 1933, pp. 1 à 40.
- FOIX (Ch.). *L'automatisme médullaire*, in questions neurologiques d'actualité, p. 389. Masson, édit., 1922.
- FREEMANN (W.). The columnar arrangement of the primary afferent centers, in *Brain Steur of man*. J. Nerv. a Ment. Dis., LXV, 1927, p. 1.
- FULTON. *Muscular contraction and the reflex control of the movement*, I vol. 544 p., Bail. Tindal and Cox, édit., Londres, 1926.
- GLEYS. *Traité de Physiologie*. Baillière, édit.
- GUILLAIN (G.). *Etudes neurologiques*, p. 125. Masson, édit.
- GUILLAIN (G.) et BERTRAND (Y.). *Anatomie topographique du système nerveux central*.
- HEDON. *Précis de physiologie*, Doin, édit.
- HERRICK (G.-S.). *An introduction of neurology*, Sounder Company. Philadelphie.
- HERTMANN. Chien sans moelle dorso-lombaire. *Congrès des aliénistes et neurologistes*, Lyon 1934.
- JUMENTIE (M.-S.). Le syndrome des fibres radiculaires longues des cordons postérieurs, *Revue Neurol.*, 1922, t. I, p. 432.
- LABORDE (S.-V.). *Traité élémentaire de Physiologie*.
- LAIGNEL-LAVASTINE. *Pathologie du sympathique*. F. Alcan, édit. Paris, 1924.
- LARUELLE et Mlle REUMONT. Etude de l'anatomie normale et pathologique de la moelle par une technique spéciale. *Bull. de l'Académie royale de Belgique*. Séance du 24 juin 1933, p. 346 à 353; *Ann. d'anatomie pathologique*, oct. et nov. 1933.
- LÉVY-VALENSI. *Précis de diagnostic neurologique*. Baillière, édit.
- MASQUIN (P.). *Anatomie des cordons antéro-latéraux*. *Science méd. pratique*, janv. 1930.
- MASQUIN (P.). *Cordons postérieurs de la moelle*, *Science méd. pratique*, mars 1930.
- MASQUIN (P.) et TRELLES (J.-O.). *Précis d'anatomie et de physiologie normale et pathologique du système nerveux central* (à paraître).
- MATHIAS DUVAL. *Cours de physiologie*. Baillière, édit., 1892.
- PITRES (A.) et TESTUT. *Les nerfs en schéma*. Doin, édit.
- RANSON. *The anatomy of the nervous system*. Fourth edition. Sounder Company. Philadelphie and London.
- ROGER et BINET. *Traité de physiologie*, tome IX, Masson, édit.
- SOURY (Jules). *Le système nerveux central*.
- TESTUT. *Traité d'anatomie humaine*, 8<sup>e</sup> édition, revue par A. Latarget : *Système nerveux central*.
- THOMAS (A.). Le réflexe pilo-moteur. *Revue neurol.*, 1920, p. 1139.
- THOMAS (A.). Les moyens d'exploration du sympathique et leur valeur (affections organiques du système nerveux). — Rapport à la VII<sup>e</sup> Réunion Neurologique internationale, Paris, 1926, in *Revue Neurol.*, 1926, I, pp. et 309.
- VULPIAN. *Dictionnaire Dechambre*, article : MOELLE.
- L'immunité par mécanisme physico-chimique**, par R. Dujarric de la Rivière, avec une préface du professeur d'Arsonval. Grand in-8° de 73 pages et 2 planches. — Prix : 18 fr. Paris, Masson et Cie.
- Les troubles glandulaires et leur traitement**, par Louis Moinson. Petit in-8° de 129 pages. — Paris, Maloine.
- Essai sur le pneumothorax controlatéral**, par le Dr Jean Salmon. Grand in-8° de 93 pages, Lyon, Bosc frères, M. et L. Riou, imprimeurs-éditeurs, 42, quai Gailleton.

# DINITRA

alpha-dinitrophénol 1.2.4

## OBÉSITÉ

HYPOTHERMIES — HYPOSPHYXIES  
HYPOTHYROÏDIES

HYPOMÉTABOLISMES

RALENTISSEMENTS

de la NUTRITION



SOCIÉTÉ D'APPLICATIONS PHARMACODYNAMIQUES, 5 & 7, rue Claude Décaen - PARIS 12<sup>e</sup>

DREVILL - brev.

## ASSEMBLÉE FRANÇAISE DE MÉDECINE GÉNÉRALE

(XVII<sup>e</sup> Session, 7 juillet 1935.)

### RÉSULTATS ÉLOIGNÉS DE LA COLLAPSOTHÉRAPIE

Le 7 juillet, se sont réunies, à l'Hôtel-Dieu, les Assises Nationales de la Médecine Générale Française, sous la présidence du Professeur Sergent. Il devient superflu de dire que le succès de ces Assises va toujours croissant et on peut prévoir que bientôt l'amphithéâtre Trousseau sera insuffisant. Non seulement le nombre des médecins qui s'y rendent augmente à chaque réunion, mais encore leur succès est tel que, spontanément, des Sections s'organisent dans certains départements pour participer à ces travaux. Il est bien évident que cette génération spontanée est la preuve manifeste de l'intérêt qui s'attache à cette organisation : c'est aussi la plus belle récompense que pouvaient souhaiter les organisateurs.

Il s'agissait de la collapsothérapie et de ses résultats éloignés. Après des débats dont l'intérêt ne se ralentit pas un instant, les conclusions suivantes furent adoptées à l'unanimité :

« La collapsothérapie a transformé le pronostic de la tuberculose pulmonaire. La précocité de l'intervention est condition essentielle de succès. La technique, aujourd'hui mieux réglée, assure de meilleurs résultats qu'autrefois, mais le pronostic éloigné dépend beaucoup des précautions que le malade sait prendre : les soins adjuvants, en particulier la cure hygiéno-diététique, ont une importance capitale; la fréquence des rechutes est souvent liée à un surmenage intempestif. A cette raison, ainsi qu'à la lassitude devant la longue durée du traitement, est dû le nombre relativement restreint d'hommes qui, du moins dans les grands centres, reprennent leur vie professionnelle antérieure.

Par contre, dans certaines régions, le pneumothorax a bien marqué déjà son rôle social important. Le collapsus tarit l'expectoration, mais cette importance prophylactique est atténuée du fait qu'actuellement il y a encore trop de retours précoces à la vie familiale. De tels malades sont insuffisamment guéris, longtemps contagieux, et le médecin enregistre l'augmentation de la tuberculose en maintes régions rurales. La préservation des foyers doit dominer l'action antituberculeuse. On ne saurait trop rappeler l'importance de la prophylaxie à domicile et le danger de l'expectoration. »

Il semble que ces conclusions pourraient se résumer ainsi : la collapsothérapie est un bienfait individuel, mais il apparaît que, dans les conditions présentes, c'est un méfait collectif. Ce méfait est la conséquence d'une erreur médico-sociale comme il s'en commet trop souvent avec une organisation qui livre en dernière analyse les décisions dans ce domaine à des incompetents. Leur foule qui s'agite autour de la médecine sociale est à l'affût de tout ce qui, étant ou paraissant une nouveauté, devient à ses yeux insuffisamment avertis une panacée. Il en fut ainsi de la collapsothérapie à la suite de laquelle cette foule se lança éperdument et aveuglement. Sous son impulsion, des sommes énormes furent dépensées sans qu'on s'inquiât de l'avenir : parmi ces gens, personne ne se demanda ce que deviendraient les malades ainsi traités, et rien ne fut prévu pour leur isolement tant qu'il serait utile ; et ainsi on remet en circulation des gens encore contagieux qui vont semer partout et en particulier dans leur famille la tuberculose.

Ce qui est vrai pour les malades ainsi traités, l'est encore bien davantage pour ceux qui ne l'ont pas été et on ne peut songer sans frémir à l'accumulation dans quel-

ques centres, de ces familles entières condamnées à vivre avec des tuberculeux et aux conséquences de cette accumulation.

Il serait temps que certains agités soient ramenés au rôle plus modeste qui conviendrait à leurs possibilités et que les décisions utiles au point de vue de l'action médico-sociale soient prises par des gens connaissant la question.

Puis, ce fut la fête annuelle du palmarès : six membres de l'Association nommés à l'Académie de Médecine, et cinq lauréats des prix fondés par notre ami Debat. Cela nous valut des discours, mais ils furent si parfaits que nous en avons oublié l'heure : excellents par l'élévation des sentiments exprimés sur la médecine de campagne, sur la liaison étroite entre les maîtres et leurs anciens élèves, sur la grandeur de la mission médicale, sur la nécessité de préserver de toute atteinte ses traditions, le tout résumé dans un exposé magistral et de la plus belle envolée, comme il est accoutumé de faire, du Professeur Sergent.

Et pour ceux qui s'efforcent, dans leur modeste sphère, malgré les obstacles accumulés à l'envi, malgré cette psychose du renoncement que certains leur opposent toujours, de maintenir la médecine traditionnelle, ce fut, comme à chaque réunion, mais peut-être à un degré plus élevé encore, un réconfort bien précieux.

A. HERPIN.

## SOCIÉTÉS SAVANTES

### ACADEMIE DE MEDECINE

(SÉANCE DU 16 JUILLET 1935)

**Décès de M. Guéniot.** — M. le PRÉSIDENT annonce le décès du vénéré doyen d'âge de l'Académie, M. Alexandre Guéniot, qui malgré son grand âge, — il avait 102 ans et 8 mois — suivait avec une activité admirable les travaux de la compagnie. M. le Président, se faisant l'interprète de ses collègues, adresse au fils de M. Guéniot l'expression de sa sympathie douloureusement émue.

M. Guéniot ayant été président de l'Académie, la séance est suspendue en signe de deuil.

**Assurances sociales et secret professionnel.** — L'Académie discute les conclusions du rapport de M. HARTMANN, dont nous rappelons le texte :

« Le mois dernier, le secrétaire général de l'Académie de médecine a reçu une lettre du secrétaire de la Fédération corporative des médecins de la région parisienne protestant contre un projet de M. Martin, sous-directeur de la Caisse interdépartementale d'assurances sociales de Seine et Seine-et-Oise.

Deux articles de ce projet avaient inquiété nos confrères.

1° La bonne qualité des soins devra pouvoir être contrôlée, et le médecin contrôleur de la caisse devra avoir la faculté de les contrôler.

2° Il sera tenu à la maison de santé des fiches médicales contenant indication du diagnostic, des traitements et des interventions, pour être mises à la disposition éventuelle des médecins contrôleurs.

Ces articles ont le gros inconvénient de ne pas tenir compte de la règle du secret professionnel, question qui a déjà été discutée à notre tribune en 1928. Nous ne croyons pas qu'il y ait lieu de modifier la règle que nous avons admise à ce moment. Certes, il est compréhensible que les caisses cherchent à se défendre contre les agissements de quelques très rares médecins qui sympathisent un peu trop avec leurs malades. Il n'en est pas moins vrai que l'on ne peut, pour quelques cas délictueux exceptionnels, suppri-



## LE TRAITEMENT NEURO-TONIQUE DES TROUBLES DYSPEPTIQUES

On sait que la plupart des troubles dyspeptiques sont purement fonctionnels, indépendants de toute lésion et liés simplement au fonctionnement défectueux du système nerveux vago-sympathique qui commande aux mouvements et aux sécrétions de l'estomac. Un traitement neuro-tonique susceptible de remettre en équilibre le système vago-sympathique donne des résultats rapides et remarquables.

Ce traitement, autrefois difficile à manier parce que les alcaloïdes pourvus d'une action sur le système vago-sympathique, l'ésérine et l'atropine, sont d'une grande toxicité, est devenu très simple et se poursuit toujours sans incident depuis la découverte des génalcaloïdes de l'ésérine et de l'atropine, aussi efficaces mais infiniment moins toxiques.

Deux grands syndromes s'opposent qui possèdent maintenant leur médicament spécifique.

**1<sup>o</sup> DYSPEPSIE ATONIQUE ET HYPOACIDE.** — Le syndrome est caractérisé par du manque d'appétit et des digestions lentes et pénibles avec sensation de pesanteur et de ballonnement gastrique, lassitude, somnolence, vague malaise angoissant, bouffées de chaleur, palpitations parfois qui s'installent aussitôt la fin du repas.

L'examen clinique révèle un estomac légèrement ptosé qui clapote assez bas, des battements aortiques perceptibles à la palpation du creux épigastrique et la pression à ce niveau sur le plexus solaire est douloureuse. L'examen clinique montre de l'hypochlorhydrie.

Il s'agit d'insuffisance motrice et sécrétoire de l'estomac, manifestation d'hyperexcitabilité du sympathique gastrique.

**LA GENSÉSÉRINE**, sédatif de l'hyperexcitabilité sympathique, réduit très rapidement l'ensemble des éléments de ce syndrome à la dose de 1 milligramme à 1 milligramme et demi, à chacun des trois repas, soit XX à XXX gouttes de la solution à 1,5 p. 1.000 ou deux à trois granules trois fois par jour.

**2<sup>o</sup> DYSPEPSIE HYPERSTHÉNIQUE ET HYPERCHLORHYDRIQUE.** — En revanche, d'autres sujets se plaignent de douleurs tardives qui surviennent une à trois heures après les repas et que calme momentanément l'ingestion des aliments. La douleur a les caractères des brûlures ou donne l'impression d'une crampe profonde. Elle est parfois transfixiante, irradiant dans le dos. Elle détermine des nausées, des renvois acides, parfois des vomissements. Ce syndrome trahit de l'hyperchlorhydrie et du spasme gastrique.

**LA GÉNATROPINE**, par son action paralysante sur le pneumogastrique, inhibe la sécrétion chlorhydrique et calme le spasme. Elle se prescrit à distance des repas, soit vers 10 heures du matin, 3 ou 4 heures de l'après-midi et 9 heures du soir, en principe au moment habituel des douleurs, à la dose moyenne de 1 milligramme, soit XX gouttes de la solution à 1,5 p. 1.000 ou deux granules deux ou trois fois par jour. Diminuer légèrement la dose si le médicament donne de la sécheresse accusée de la bouche.

La Génatropine est indiquée non seulement dans l'hyperchlorhydrie purement dyspeptique, mais encore lorsqu'elle est entretenue par un ulcère de l'estomac. Elle donne dans ce cas des résultats fonctionnels tout aussi nets et favorise la cicatrisation de l'ulcère mieux que n'importe quel autre traitement parce qu'elle le met à l'abri de l'action nocive des sécrétions acides de l'estomac.

**3<sup>o</sup> SYNDROMES COMPLEXES.** — Génésérine et Génatropine peuvent s'associer d'ailleurs lorsque se mêlent sur le même sujet certains des éléments de ces deux syndromes, ce qui n'est pas rare, lorsque s'associent par exemple des douleurs tardives au syndrome de la dyspepsie atonique, l'expérience montre que loin de s'annuler leurs bons effets s'ajoutent.

Il en est de même lorsque l'insuffisance gastrique des atoniques s'accompagne de troubles intestinaux tels que coliques, constipation d'origine spasmodique, signes d'entéro-colite, troubles contre lesquels de petites doses de Génatropine sont d'une efficacité remarquable.

**GÉNALCALOÏDES** — ÉCHANTILLONS SUR DEMANDE  
POLONOVSKI ET NITZBERG

**LABORATOIRE DES PRODUITS "AMIDO"**

A. BEAUGONIN, Pharmacien, 4, Place des Vosges. — PARIS (4<sup>e</sup>)

**DÉSINFECTION — CHLORAMINE  
INTESTINALE — FREYSSINGE**

1 à 3 pilules à chaque repas. - 6, Rue Abel, PARIS - Aucune contrindication

**MEDICATION CHLORHYDRO-PEPSIQUE**

**DYSPEPSIES**  
Anorexie  
Vomissements  
**LIENTÉRIE**

**ELIXIR GREZ  
ET PILULES**

**CHLORHYDRO-  
PEPSIQUES**  
Amers et Ferments  
digestifs

DOSES : 1 verre à liqueur ou 2 à 3 pilules par repas. Enfants : 1 à 2 cuillerées à dessert

Dépôt : 49, Rue de Maubeuge, PARIS — Envoi franco Échantillons.

**RHIZOTANIN CHAPOTOT**

Tanin de Fraiser - Sels de chaux et de magnésie

**Tonique -- Reconstituant -- Recalcifiant**

Anémies — Bronchites chroniques — Prétubercules.  
Amélioration rapide des Accidents Diarrhéiques  
et des Néphrites Albuminuriques.

Cachets pour adultes -- Poudre pour enfants  
Granulé pour adultes et enfants

Éch. Méd. grat. P. AUBRIOT, Ph. 56, bd Ornano, PARIS-18<sup>e</sup>

mer la règle du secret médical. Aussi votre commission vous propose-t-elle le vœu suivant :

« Les malades ont droit au secret professionnel de la part des médecins. Ce droit doit être maintenu aux malades assujettis à la loi sur les assurances sociales. En conséquence, l'Académie de médecine est d'avis que les médecins traitants ne peuvent communiquer des renseignements d'ordre diagnostique ou thérapeutique qu'à des médecins tenus au secret. »

Le vœu est adopté.

**Eaux minérales.** — M. LE NOIR expose un rapport sur l'emploi des eaux minérales prises à la source et dans les établissements thermaux. Il insiste sur les points suivants :

1° Recommander l'affichage obligatoire dans chaque station d'un avertissement mettant en garde le public contre les dangers d'une cure non dirigée ;

2° Accepter le principe d'une limitation mesurée du libre usage des eaux spéciales à chaque station ;

3° Toute réglementation devra être précédée d'une enquête auprès des médecins des stations hydrominérales.

Ces conclusions sont adoptées.

**Sinus carotidien et excitabilité des centres nerveux.** — MM. G. MARINESCO et A. KREINDLER ont étudié chez deux malades, l'une avec oblitération complète des deux carotides primitives et accès épileptiques, l'autre avec accès jacksoniens d'un type particulier, les chronaxies de l'appareil vestibulaire et l'action des substances qui modifient la sensibilité du sinus carotidien (strychnine, pilocarpine, calcium, morphine, ergotamine) sur la forme des accès jacksoniens. Ils ont trouvé chez les deux malades une augmentation de chronaxies des neurones vestibulaires bulbaires (mesurées par la méthode des excitations itératives), et une augmentation du temps de sommation.

D'autre part, ils ont constaté que les substances qui augmentent la sensibilité du sinus carotidien diminuent l'excitabilité des centres moteurs corticaux tandis que celles qui diminuent cette sensibilité ont un effet inverse.

La conclusion qui se dégage de ce travail est que le sinus carotidien exerce une influence sur l'excitabilité des centres nerveux. Il serait même possible que cette influence s'exerce d'une manière différente sur des neurones à valeur fonctionnelle différente.

Autres communications :

**Contribution à l'étude de la floculation des eaux minérales.** — Mme BLANQUET et M. ARMAND.

**Syndromes vago-sympathiques et équilibre glycémique.** — MM. CARRIÈRE et GINESTÉ.

**Les fluorescences bactériennes étudiées au moyen de l'analyse spectrale : bacilles de la tuberculose et de la diphtérie.** — MM. DHERE et RAPETTI.

## INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

### LA NOUVELLE LOI SUR LA MÉDECINE

Le Parlement a voté, le 27 juin, une loi pour réglementer l'exercice de la médecine par les étrangers. De même que M. Frossard, ministre du Travail, a reconnu que beaucoup trop d'étrangers occupaient indûment des emplois qui devraient être d'abord réservés à nos nationaux, le ministre de la Santé publique, M. Ernest Laffont, a reconnu qu'il existait une invasion médicale étrangère. L'un et l'autre soutiennent des mesures protectionnistes fort nettes, et c'est ce qui explique que la Chambre et le Sénat viennent

de se livrer à un match de vitesse à propos du vote de la loi en question.

Certains des nôtres, ceux qui récriminent toujours, mais ne cessent d'empêcher toute action créatrice, en sont encore tout étonnés. « Ce n'est pas possible, disent-ils, dans les réunions professionnelles, il n'est pas exact que la Chambre ait approuvé le Sénat ; la Chambre est trop à gauche et le Sénat trop à droite, jamais votre loi ne sera votée ! » Il faut relever une telle « ignorance », susceptible de soulever à nouveau toutes les facultés de France : qu'on y prenne garde ! La *Gazette des Hôpitaux* a rapporté le 6 juillet dernier les votes intervenus au Sénat et à la Chambre. La loi doit être promulguée : on ne voit pas de motifs avouables d'en différer, comme on le fait, la mise en application.

L'Association Corporative des Etudiants en Médecine de Paris, reprenant son rôle traditionnel d'arbitre dans les conflits entre les étudiants en médecine et les pouvoirs publics, s'est dépensée sans compter quand elle a vu la tournure grave que risquait de prendre le mouvement de cet hiver. Grâce à ses démarches, elle a réussi à suggérer que les camps adverses se devaient des concessions. Ainsi la *Confédération des syndicats médicaux* a pris la direction du meeting de Bullier le 24 juin dernier. Nous étions tous à Bullier ce soir-là, et tous nous avons pris l'engagement de faire réussir un programme minimum auquel le Sénat dès le lendemain a souscrit.

Le texte voté au Sénat a été voté par la Chambre le 28 juin. Quelques notions nouvelles considérées comme capitales doivent être signalées.

Grâce à l'ardeur raisonnée du Dr Dentu, les ressortissants de pays sous mandat français continueront à ne pas pouvoir exercer en France ; les diplômés de Beyrouth resteront donc comme il convient dans le Proche-Orient.

Pour transformer les diplômes d'Université ou de l'étranger en diplôme d'Etat français, les candidats devront repasser tous les examens de doctorat.

Les situations acquises sont respectées. Mais on soumet à la loi les étudiants en cours d'études, entreprises à un moment où il ne pouvait plus y avoir de doute sur la volonté des Français de ne pas favoriser, à leur détriment, l'installation définitive d'immigrants dans des professions déjà encombrées.

Cette suppression de mesures transitoires sans cesse prolongées va mettre un terme à la ruée sur Paris, qui déjà reprenait à un rythme effrayant : un tiers de médecins installés dans notre capitale en 1934 est d'origine étrangère...

On doit se féliciter de ce demi-succès qui, pour le quart d'heure, met un terme au danger le plus immédiat. Nous ne croyons pas que le gouvernement prenne sur lui de différer, fût-ce de quelques semaines, la promulgation de la loi. La responsabilité serait lourde.

Maurice MORDAGNE.

### 1<sup>er</sup> Congrès international de la transfusion du sang

Sur l'initiative de l'Association Volontaires italiens du Sang, le *Premier Congrès international de la Transfusion Sanguine* aura lieu à Rome du 26 au 29 septembre prochain.

Pour tous renseignements, écrire : soit au Secrétariat général du Congrès (Segretariato del 1° Congresso Internazionale della Transfusione Sanguigna - Via Palermo, n° 1, Milan (Italie) ; pour la France : à M. le docteur A. Tzanck, Œuvre de la Transfusion sanguine d'urgence, hôpital Saint-Antoine, Paris.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.



# PNEUMOGÈINE



**IODE**

*ACTIVE LA VENTILATION  
PULMONAIRE  
DÉCONGESTIONNE  
LES BRONCHES*

**CAFÉÏNE**

*SOUTIENT LE CŒUR*

**THÉOBROMINE**

*AUGMENTE LA DIURÈSE*

*EMPHYSÈME  
DYSPNÉES, CARDIAQUES  
BRONCHITES CHRONIQUES*

**ACTION SURE ET RAPIDE**

EN DEHORS DES CRISES 2 à 4 CUILLERÉES À CAFÉ DANS UN PEU D'EAU BIEN SUCRÉE  
PENDANT LES CRISES 4 à 8 CUILLERÉES À CAFÉ DANS UN PEU D'EAU BIEN SUCRÉE

**LABORATOIRES RENARD 142 Avenue de Clichy PARIS**

# SPARTÉINE HOUDÉ

## FICHE

### DE THÉRAPEUTIQUE PRATIQUE

*Sulfate de Spartéine :  $C_{15}H_{26}N_2 \cdot SO_4H_2 + 5H_2O$ , sel cristallisé, chimiquement pur, préparé à partir de la Spartéine du genêt (Sarthamnus scoparius).*

*Action cardiaque démontrée par de nombreux essais physiologiques.*

### PHARMACODYNAMIE

la **Spartéine** : a) soustrait le cœur à toute action nerveuse extrinsèque (1) ;  
b) supprime les extrasystoles physiologiques et pathologiques (2) ;  
c) exerce une action cardio-tonique marquée (3).

### INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES

1° **Régulateur du cœur** : arythmies, palpitations, névroses cardiaques, etc.  
2° **Cardio-tonique** : maladies infectieuses, hyposystolie, asystolie.

Très peu toxique, très maniable, ne s'accumulant pas, la **Spartéine** est le **meilleur tonique cardiaque d'entretien**.

**DOSES** : 0 gr. 10 à 0 gr. 25 et même 0 gr. 40 *pro die* sous forme de **Granules de Spartéine HOUDÉ**, titrés à 0 gr. 02 de sulfate de spartéine par granule.

- 1) F. MERCIER et L. J. MERCIER C. R. Soc. Biol., 93 (1925), 339 et 1468.
- (2) DELAS et SOULA. Arch. Int. Physiol., 25 (1925). 1.
- (3) R. ROGER. Thèse. Doct. Médecine. Toulouse (1927)



VENTE EN GROS

**Laboratoires HOUDÉ, 9, rue Dieu, PARIS**



*La Lancette Française***GAZETTE DES HOPITAUX****CIVILS ET MILITAIRES****PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI****ADMINISTRATION ET RÉDACTION :****49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6°. Tél. : Danton 48-31.****PUBLICITE : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6°) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.****PRIX DE L'ABONNEMENT****FRANCE**3 mois : **12 fr. 50.** — 6 mois : **25 fr.** — 1 an : **45 fr.***Etudiants : 25 francs par an.*

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

**ETRANGER**Pays ayant accordé la réduction de port : **65 francs.**Tous les autres pays : **75 francs.****SOMMAIRE****ACTUALITÉS***Le renouveau de l'antimoine*, par M. R. LEVENT.**XIV<sup>e</sup> JOURNÉES MÉDICALES DE BRUXELLES**

(Compte rendu [suite], par F. L. S.)

**JOURNÉES D'AVIATION MÉDICALE ET SANITAIRE DE BERCK-PLAGE.** (Compte rendu, par M. J. RENAUDIN.)**SOCIÉTÉS SAVANTES***Académie des sciences. — Société de biologie.***INTÉRÊTS PROFESSIONNELS***Syndicat des médecins de la Seine et des communes limitrophes.***LIVRES NOUVEAUX****NOTES POUR L'INTERNAT***Volvulus du colon pelvien (fin).*

Cornil (de Marseille), Fabre (de Bordeaux), Fabre (de Lille), Fontès (de Strasbourg), Fourment (d'Alger), Hermann (de Lyon), Husson (de Caen), Lebon (d'Alger), Le Bourdelles (de Paris), Lestra (de Grenoble), Mercier (de Marseille), Muller (de Lille), Perlot (de Marseille), Picard (de Nantes), Ribet (d'Alger), Riser (de Toulouse), Roblin (de Poitiers), Rochet (de Lyon), Roques (de Toulouse), Roux (de Dijon), Turchini (de Montpellier), Vigne (de Marseille), Vincent (de Poitiers), Vullien (de Lille).

*Officiers d'Académie.* — MM. les docteurs Ackermann (de Clermont-Ferrand), André (de Pondichéry), M<sup>lle</sup> André (de Lyon), MM. Berthier (de Marseille), Besnoit (de Paris), Castagné (de Montpellier), Chaperon (de Caen), Damade (de Bordeaux), Dodero (d'Hanoï), Dognon (de Paris), Drouet (de Toulouse), Fontaine (de Strasbourg), Ginestet (de Lyon), Giraud (de Marseille), Guibert (de Montpellier), Guillon (de Nantes), Houcke (de Lille), Husson (de Caen), Jeannin (de Dijon), Joulia (de Bordeaux), Kayser (de Strasbourg), M<sup>lle</sup> Kohler (de Paris), MM. Le Gac (de Rennes), Merland (de Marseille), Morice (de Caen), Palliez (de Lille), Paupert-Ravault (de Lyon), Prat (de Saint-Maixent), M<sup>me</sup> Rambault (de Montpellier), M. Rollet (de Lyon), M<sup>me</sup> Rousseau (de Nantes), MM. Soleil (de Lille), Talbot (de Paris), Tricault (de Lyon), Vours (de Clermont-Ferrand), Viallefont (de Montpellier), Vitte (de Bordeaux), Wolf (de Strasbourg), Wolff (de Nancy).

*Voyages d'études médicales.* — La direction des voyages d'études médicales (Grands V. E. M.), qui, créés il y a près de quarante ans par Landouzy et continués depuis par les professeurs Carnot, Rathery et Maurice Villaret, n'ont jamais interrompu leur propagande médicale et scientifique

**Laboratoire Mialhe - 8 Rue Favart - Paris - 2°****La feuille de digitale se prescrit:****Digi-LANATINE****Extrait total des glycosides  
du Digitalis Lanata****INFORMATIONS****FACULTÉS DE MÉDECINE. — PARIS. — Prix Landau.** —

Ce prix a été institué en faveur d'un jeune homme pauvre, ayant perdu son père ou sa mère, âgé de 18 ans au moins et de 25 ans au plus, ayant fait preuve de « qualités propres à le faire réussir dans une situation difficile par suite de revers de fortune, et se préparant à une carrière libérale, artistique ou littéraire ».

Les candidatures (demande sur timbre et feuille de renseignements fournie par le secrétariat) doivent parvenir à M. le Doyen le 23 juillet au plus tard.

Les candidats doivent habiter le V<sup>e</sup> arrondissement.

**UNIVERSITÉ DE BRUXELLES.** — Notre éminent confrère M. A. Dustin, professeur à la Faculté de Médecine a été élu Recteur de l'Université.

A l'exception de Louvain, toutes les Universités belges ont donc actuellement à leur tête des médecins.

**DISTINCTIONS HONORIFIQUES.** — Sont nommés :

*Officiers de l'Instruction publique.* — MM. les docteurs Abel (de Nancy), Auguste (de Lille), Béthoux (de Grenoble), M<sup>me</sup> Blanquet (de Clermont-Ferrand), MM. de Butler d'Ormond (d'Amiens), Chevallier (de Marseille), Coll de Carrera (de Montpellier), Combemale (de Lille), M<sup>lle</sup> Condat (de Toulouse), MM. de Coquet (de Bordeaux), Cordier (de Lille),

en faveur de l'hydroclimatologie française, vient de recevoir de l'Office National du tourisme une lettre regrettant, en raison de ses charges budgétaires, de ne pouvoir maintenir la subvention qui était jusqu'ici régulièrement allouée à ces voyages.

Dans ce moment même à l'O. N. T. refuse à l'Oeuvre des grands V. E. M. le modeste crédit qui permet aux médecins, non seulement français, mais étrangers, de s'instruire dans nos stations thermoclimatiques, le même Office a voté une subvention importante en faveur d'un voyage de médecins étrangers en France.

Devant cette carence et cette méconnaissance des intérêts de l'hydroclimatologie française, déjà responsables de la suppression des petits V. E. M. d'étudiants, les directeurs des grands V. E. M., qui comprennent tous les professeurs d'hydroclimatologie de France, se voient obligés de supprimer momentanément ces voyages pour lesquels ils ont sacrifié jusqu'ici bénévolement leur temps, leur santé, leurs vacances et leurs ressources. Le V. E. M. qui vient d'être annoncé et qui devait parcourir les stations des Vosges, de l'Alsace et du Jura, n'aura donc pas lieu cette année.

**Congrès de la goutte et de l'acide urique**, organisé par la Société de Médecine de Vittel, sous les auspices de l'Institut d'Hydrologie de la Faculté de Médecine de Nancy et avec le concours de la Société d'Hydrologie et de Climatologie de l'Est (Vittel, 14, 15 et 16 septembre 1935). — *Présidents d'honneur* : Professeurs Desgrez, Marcel Labbé, Paul Carnot, Justin Besançon.

*Présidents de Section* : Section clinique : Professeur RATHERY ; Section biologique : Professeur LOEPER ; Section hydrologique : Professeur VILLARET ; Section thérapeutique : Professeur ETIENNE ; Section expérimentale : Professeur SANTENOISE.

*Comité étranger* : Professeur DANIELOPOLU (Bucarest) ; Sir WILLIAM WILLCOX (Londres) ; A. P. CAWADIAS O.B.E., M.D., M.R.C.P. (Londres) ; Professeurs VANDERVELDE (Bruxelles), GUNZBURG (Anvers), L. MICHAUD (Lausanne), R. BOUCHER (Montréal), SNAPPER (Amsterdam), docteur LUPU (Bucarest).

*Secrétariat* : Secrétaire général : Docteur MAURICE BOIGEY, Vittel ; Secrétaire administratif : M. CHAVANE, à Vittel.

#### Rapporteurs du Congrès :

Les troubles des échanges nutritifs chez les goutteux (Prof. LOEPER et Prof. Agr. LEMAIRE).

Métabolisme de l'acide urique (Docteur BRODIN et A. GRIGAUT).

Cure sulfatée calcique et régulation neuro-humorale (Prof. SANTENOISE, Prof. Agr. L. MERKLEN et Docteur M. VDACOVITCH).

Le foie des goutteux (Prof. Noël FIESSINGER).

Le rein des goutteux (Prof. Agr. ABRAMI).

L'appareil cardio-vasculaire des goutteux (Prof. Agr. C. LIAN et Docteur Gilbert DREYFUS).

Pathogénie de la goutte et tophus goutteux (Prof. P. MERKLEN et Prof. Agr. M. WOLF).

Formes cliniques de la goutte aiguë (Docteur Lucien de GÈNNES).

Formes cliniques du rhumatisme goutteux (Docteur Mathieu Pierre WEIL).

Lésions anatomo-pathologiques de la goutte (Prof. Jean TAPIE).

Goutte et cellulite (Prof. PAVIOT).

Le sang des goutteux (Docteur COSTE et A. GRIGAUT).

Troubles anaphylactiques chez les goutteux (Prof. Agr. PASTEUR-VALLÉRY-RADOT et Docteur MAURIC).

Troubles nerveux chez les goutteux (Prof. Rimbaud et Docteur Anselme MARTIN).

Diététique et hygiène de la goutte (Prof. Agr. Guy LAROCHE).

Radiographie de la goutte (Prof. G. RECHOU).

Examen des urines et du sang chez les goutteux (Ch. O. GUILLAUMIN).

Histoire thermique de la goutte (Prof. Agr. CHABROL).

Le traitement médicamenteux de l'uricémie (Docteur A. P. CAWADIAS).

Thérapeutique hydrominérale de la goutte (Prof. LEMIERRE et Prof. Agr. JUSTIN BESANÇON).

Thérapeutique médicale de la goutte (Prof. MAURICE PERRIN et Prof. Agr. EMILE ABEL).

En outre de nombreuses communications sont annoncées.

*Conditions de séjour et de voyage.* — La Société Générale des Eaux Minérales de Vittel hébergera gracieusement dans ses hôtels les Congressistes pendant la durée du Congrès. Chaque repas sera décompté au prix de 15 francs pour le déjeuner et pour le dîner, et au prix de 4 francs pour le petit déjeuner.

Une réduction de 50 % sur les billets de transport sera demandée aux Grands Réseaux Français.

Les Congressistes titulaires et associés sont gracieusement invités aux soirées du Casino, aux réceptions et au banquet offert par la Société des Eaux Minérales de Vittel.

Des excursions seront organisées dans les principaux sites célèbres de la région des Vosges.

*Renseignements.* — Adresser toute demande de renseignements concernant les travaux du Congrès de la Goutte et de l'acide urique au Docteur BOIGEY, Secrétaire général, à Vittel et toute demande de renseignements concernant l'organisation matérielle du Congrès à M. CHAVANE, Secrétaire administratif à Vittel (Vosges).

## INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

### SYNDICAT DES MÉDECINS DE LA SEINE ET DES COMMUNES LIMITOPHES

« Le Conseil d'administration du Syndicat des Médecins de la Seine, réuni le 17 juillet 1935, sur la proposition du président de la Fédération des Syndicats médicaux de la Seine,

Après avoir pris connaissance des décrets-lois, promulgués ce jour, prévoyant un prélèvement maximum de 10 % sur les dépenses publiques et un abaissement correspondant du coût de la vie,

Accepte d'envisager une réduction, dans la même proportion, du taux des honoraires médicaux minima.

Cette réduction serait applicable aux économiquement faibles, dès la rentrée des vacances (1<sup>er</sup> octobre 1935) ou au plus tard dès que les assemblées générales des syndicats auront pu se tenir.

Le Syndicat des médecins de la Seine espère que les groupements des autres professions feront le même geste de contribution à la baisse du coût de la vie. » (Communiqué.)

**Phosphopinal Juin**  
Reconstituant général, est au Phosphore blanc ce que la Cacodylate est à l'Arsenic  
Littérature et Echantillons : 10, Impasse Milord, Paris (18)

**QUATAPLASME** du D<sup>r</sup> LANGLEBERT  
PANSEMENT COMPLET  
Phlegmasies, eczémas, brûlures, etc

Néuralgies  
Névrites

**BROMÉINE MONTAGU**



**ATONIE INTESTINALE  
POST - OPÉRATOIRE**

# **PROSTIGMINE**

## **"ROCHE"**

Une injection de 1<sup>cc</sup> sous-cutanée ou intramusculaire indolore  
déclanche l'évacuation des gaz  
rétablit la paix abdominale

Aucune action secondaire  
aux doses thérapeutiques.

Chaque Ampoule contient 0 Milligr. 5 de l'ester diméthylcarbamique du m-oxyphényl-triméthylammonium-méthyl-sulfate.

Produits F. HOFFMANN - LA ROCHE & C<sup>ie</sup>, 10, Rue Crillon, PARIS (IV<sup>e</sup>)

# **CINNOZYL**

SOLUTION HUILEUSE DE  
CINNAMATE DE BENZYLE  
CHOLESTÉRINE, CAMPHRE

**PRÉTUBERCULOSE,  
TRAITEMENT ADJUVANT  
DES TUBERCULOSES MÉDICALES  
ET CHIRURGICALES**

### **AUGMENTE LA CHOLESTÉRINÉMIE**

De 1 à 2 ampoules  
par jour ou  
tous les 2 jours.  
Séries de 15  
à 20 injections.  
Boîte de 8 ampoules  
de 5 cc.

AMÉLIORE L'ÉTAT GÉNÉRAL, AIDE A METTRE L'ORGANISME  
EN ÉTAT DE RÉSISTANCE VIS-A-VIS DE L'INFECTION BACILLAIRE

**INJECTIONS sous-cutanées INDOLORES ou intramusculaires**

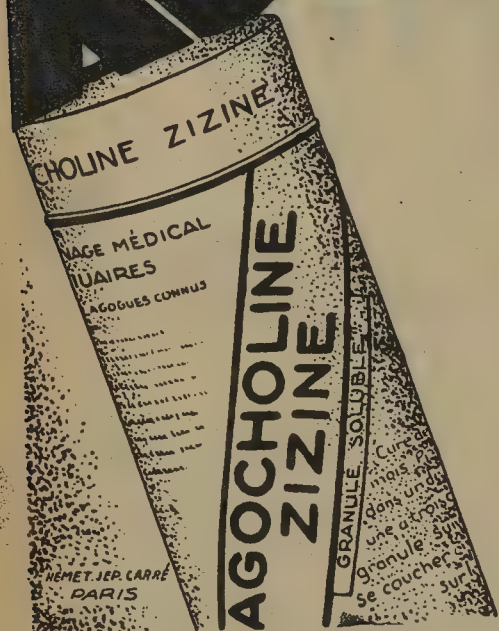
Aucune réaction

Pas de contre-indications

: : LABORATOIRES CLIN, COMAR & C<sup>ie</sup>, 20, rue des Fossés-St-Jacques, PARIS : :

# AGOCCHOLINE

(GRANULÉ SOLUBLE)



## CHOLECYSTITES CHRONIQUES CONGESTION DU FOIE

Lithiase biliaire - Ictère et Cholémie

Dyspepsies réflexes - Constipation  
Migraines, Vertiges, Eczéma, Prurit

d'origine  
hépatobiliaire

**Posologie :** 1 à 3 cuillerées à café le matin à jeun, dans un demi verre d'eau chaude.

**LABORATOIRES DU D<sup>r</sup> ZIZINE**  
24, 26, Rue de Fécamp - Paris (XII<sup>e</sup>)

TOUTES les Affections du **FOIE** et du **REIN :**

1 à 2 capsules à chacun des deux principaux repas de :

# CAPARLEM

HUILE DE HAARLEM (au Juniperus Oxycedrus)

QUALITÉ INCOMPARABLE ET ACTIVITÉ INSOUÇONNÉE

Laboratoire Lorrain de Produits Synthétiques purs — **ETAIN** (Meuse)

Granules de **CATILLON**

à 0,001 Extrait Titré de

## STROPHANTUS

C'est avec ces granules qu'ont été faites les observations discutées à l'Académie de Médecine en 1889. elles prouvent que 2 à 4 par jour donnent une diurèse rapide, relèvent vite le cœur affaibli, dissipent ASYSTOLIE, DYSPNÉE, OPPRESSION, ŒDÈMES, Affections MITRALES, CARDIOPATHIES des ENFANTS et VIEILLARDS

Granules de **CATILLON** 0,0004

## STROPHANTINE

CR.

TONIQUE du CŒUR par EXCELLENCE — TOLÉRANCE INDÉFINIE

Priz de l'Académie de Médecine pour "Strophantus et Strophantine", Médaille d'Or Expos. Univ. 1900

PARIS, 3, Boulevard St-Martin. — R. C. Seine 48283



## ACTUALITÉS

### LE RENOUVEAU DE L'ANTIMOINE

L'antimoine figure depuis longtemps à la pharmacopée, mais jusqu'à ces dernières années le nombre et l'importance de ses indications ne correspondaient pas au bruit qui à diverses époques de la médecine s'était fait autour de lui. D'emblée les polémiques furent vives puisque l'usage inconsidéré d'une substance hautement toxique lui valut en France le nom qu'il a conservé. Au temps où les vomitifs furent en faveur, on trouva dans l'antimoine un médicament actif ; cette époque nous a légué le nom d'émétique toujours employé pour le tartrate d'antimoine et de potasse ou tartre stibié. Plus précis comme posologie et plus nuancé dans ses effets que les antiques calices vomitoires, le tartre stibié fut bientôt reconnu susceptible de provoquer à certaines doses une dépression générale de l'organisme. Et lorsque, au XVIII<sup>e</sup> siècle, certaines théories médicales, en particulier les conceptions de Rasori sur le stimulus et le controstimulus furent en vogue, les antimoniaux connurent une faveur qu'ils n'ont pas encore retrouvée. On les employa couramment à lutter contre le stimulus, concurremment avec la saignée dans les états attribués à l'exagération de cette propriété vitale et il ne semble pas que les accidents toxiques aient été trop nombreux en dépit de la continuité avec laquelle le médicament fut employé par certains médecins. Les discussions de Broussais et de Laënnec autour de l'inflammation marquent le déclin commençant de l'antimoine ; sa toxicité attira davantage l'attention et les antimoniaux devinrent peu à peu médicaments d'exception. Seuls survécurent le tartre stibié comme vomitif, le kermès et l'oxyde blanc comme expectorants, le trisulfure pour ses effets locaux à l'âge d'or du vésicatoire.

Plus récemment l'émétique fut employé dans l'épilepsie, mais sans que la constance des succès ait amené à en faire un usage courant.

Avant la guerre de 1914 l'attention fut rappelée vers les antimoniaux à cause des effets obtenus dans certaines affections tropicales rebelles à la thérapeutique ; dans les trypanosomoses, en particulier, l'émétique montra son efficacité. Mais des difficultés dans son administration parentérale en même temps que l'heureux effet dans des cas analogues de la chimiothérapie arsenicale induisirent à la fabrication d'antimoniaux synthétiques que la parenté chimique entre l'arsenic et l'antimoine permettait d'espérer fructueuse.

Pour ces raisons, les dernières années ont vu la renaissance de la thérapeutique antimoniale et l'apparition de produits organiques dont l'importance que prennent de plus en plus en pathologie métropolitaine nombre de protozooses autrefois exclusivement exotiques, accroît encore l'intérêt.

\*\*\*

Les antimoniaux organiques se rangent, les uns

dans la série grasse ou acyclique, les autres dans la série aromatique ou cyclique.

De tous les acycliques le tartrate d'antimoine et de potasse (émétique de K) est le principal et le premier en date. On a employé aussi l'émétique de soude qui n'en diffère que par le métal combiné (stibyl, stybial Poulenc). On en peut rapprocher des produits où entrent des alcools sulfonés : stibiothiopropanosulfonate de soude, antimoniothiomalate de lithium (anthiomaline) d'emploi moins courant.

Parmi les cycliques, plus nombreux et plus souvent employés, la *stibamine*, ancêtre de la série, le *stibényl* (stibacétine), le *stibosan* (chlorostibényl, acétylchloro-stibamine (sel de soude), le *néostibosan*, composé ammoniacal de la stibamine, l'*antimosan* et le néoantimosan plus connu sous le nom de *fouadine* (H (3)-pyrocatechinesulfonates de K ou de Na).

Certains composés antimoniaux enfin se rattachent au groupe de l'urée ; le plus connu est l'*urea-stibamine* de Brahmachari qui a donné aux Indes de bons résultats dans la leishmaniose viscérale, mais moins souvent utilisé en France où il fut souvent difficile de s'en procurer en temps utile.

Comme nous le verrons, la valence de l'antimoine est selon les produits triple ou quintuple, comme l'arsenic en chimiothérapie arsenicale ; cette différence chimique a pour conséquence pharmacologique des variations de toxicité, de maniabilité et de propriétés thérapeutiques.

Le tartre stibié (tableau A du Codex) est à la fois sel, éther, alcool et acide. L'acide tratrique y est saturé en tant qu'acide par la potasse, et dans une de ses fonctions alcool par le dérivé Sb OOH qui fait fonction d'acide ; restent libres une fonction acide et une fonction alcool secondaire.

Ac. tratrique  $\text{COOH}-\text{CHOH}-\text{CHOH}-\text{COOH}$ .

Émétique  $\text{COOK}-\text{CHOSbO}-\text{CHOH}-\text{COOH}$ .

Il se présente en gros cristaux efflorescents, solubles dans l'eau, surtout bouillante (1 pour 2), insolubles dans l'alcool.

Ses emplois locaux ou per os sont classiques et ne nous retiendront pas ici.

Comme antiparasitaire, c'est *uniquement la voie intraveineuse* qui peut être employée et met à l'abri d'une action locale caustique et nécrosante, génératrice de douleurs et d'abcès.

On l'administre chez l'adulte à raison de 2 ou 3 injections intra-veineuses par semaine, en solution à 1 ou 2 % dans l'eau physiologique, de chacune 0 g. 02 à 0 g. 03, en augmentant progressivement la dose selon la tolérance, sans dépasser dans les meilleurs cas 0 g. 10 par dose, ni 2 g. à 2 g. 50 par série. Dans le Kala-azar, la filariose, la bilharziose (Christopherson 1924), les résultats ont été bons, mais il faut parfois compter avec les inconvénients toxiques : toux convulsive, diarrhée, tendance au collapsus, méfaits classiques de l'antimoine. L'emploi de dilutions faibles est nécessaire pour y parer ; une autre inconvénient est la voie intraveineuse obligatoire, parfois délicate et exposant si l'injection est mal pratiquée à de sérieux inconvénients locaux ; chez l'enfant, l'intraveineuse est toujours délicate et parfois impossible.

Les contre-indications sont d'autant plus impérieuses que le médicament est d'une toxicité notable : les lésions du poumon, les tares hépatiques ou rénales, les états d'auto-intoxication, la tendance adynamique qui n'est pas exceptionnelle au cours des affections graves auxquelles ce traitement s'adresse.

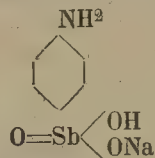
Aussi la recherche de produits plus maniables n'a-t-elle pas été découragée par les bons effets de l'émétique peut-être plus rapides que durables, mais qui lui conservent la faveur de bien des thérapeutes, l'école italienne en particulier.

L'école anglaise lui préfère le *stibyal*, son homologue sodique qui permet la voie intramusculaire et s'emploie de façon analogue. Ici encore il y a souvent plus d'amélioration que de guérisons vraies.

Même emploi des produits sulfonés. A noter que l'anthiomaline permet, elle aussi, l'emploi de la voie intramusculaire.

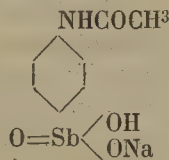
Les inconvénients que nous venons de signaler ont donc incité pharmacologistes et chimistes à la recherche d'antimoniaux égaux ou supérieurs en efficacité, mais présentant plus de maniabilité. La voie fut tracée aux chimistes, à Uhlenhuth, Schmidt et quelques autres par la parenté chimique de l'antimoine et de l'arsenic et par le succès qui avait couronné les travaux d'Ehrlich et de ceux qui dans divers pays avaient suivi la même voie et parmi lesquels, en France, Fournieu se place au premier rang. C'est surtout parmi les produits de la série cyclique que se classent ces composés.

La préparation de la *stibamine* (Schmidt) est à l'origine de toute la série. La stibamine ou paraminophénylstibinate de soude de formule



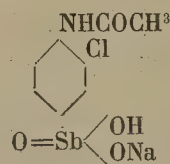
un composé comparable à l'atoxyl où l'antimoine tient la place de l'arsenic. Son efficacité n'est pas niable encore qu'inférieure aux besoins, en raison de sa faible teneur en antimoine et aucune place n'a pu lui être faite en thérapeutique. Elle est de plus relativement toxique et a été très vite remplacée par des dérivés plus actifs.

Le *stibényl* (stibacétine) ou para-acétylphénylstibinate de soude de formule



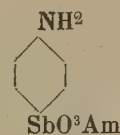
est plus stable ; il présente de plus l'avantage de permettre la voie intramusculaire. On l'injecte tous les 2 ou 3 jours, à la dose de 0 g. 03 chez l'enfant de 2 à 3 ans, de 0 g. 05 à 0 g. 10 chez les plus grands, de 0 g. 10 à 0 g. 30 ou même 0 g. 40 chez l'adulte si la tolérance le permet. Chaque série comprend de 15 à 20 injections. L'élimination du médicament se fait par le rein et semble complète après 2 à 3 jours.

Le *stibosan* (métachloro paraacétylaminostibinate de soude) de formule



qui paraît de meilleure conservation que le stibényl en climat tropical, a donné dans les leishmanioses de bons résultats à Benhamou, Chabrun et Baize et à Anderson et Broc. On l'emploie à volonté en intraveineuses ou en intramusculaires qui sont bien supportées malgré la concentration de la solution (50 %). Les doses initiales sont de 0 g. 10 chez l'enfant, 0 g. 30 chez l'adulte, renouvelées 2 ou 3 fois par semaine. Il semble que l'élévation de la dose ait moins d'importance en vue du résultat que la précocité et surtout la persévérance du traitement.

Un autre progrès a été réalisé par la préparation du *néostibosan* (Uhlenhuth, Kuhn et Schmidt, Schmidt et Eichholtz)



qui semble moins toxique. Il s'emploie en injections intraveineuses à la dose de 0 g. 30 chez l'adulte, la série comprenant seulement 8 injections. Il est donc sensiblement plus actif que les produits auparavant cités.

Plus récemment Williamson et ses collaborateurs, Khalil (du Caire) ont employé des antimoniaux du type *Antimosan* (Sb 3 pyrocatechine disulfonate de potasse) de formule



et *néoantimosan* son homologue sodique plus connu sous le nom de *Fouadine*. On emploie la solution à 7 % en injections intramusculaires. Ce produit, qui est de bonne conservation ne paraît pas s'accumuler ; il provoque un peu de bradycardie assez souvent et aussi dans les heures qui suivent l'injection quelques arthralgies. Il s'élimine par voie intestinale et surtout rénale et ne donne pas d'effets secondaires tardifs comme le tartre stibié. Il est moins riche que ce sel en antimoine (1) métallique, mais agit cependant rapidement puisque dans la bilharziose, ou le granulome inguinal, il peut donner en moins d'un mois la guérison définitive. La durée moyenne du traitement est d'une quinzaine de jours, soit 9 ou 10 injections.

L'uréastibamine enfin, moins souvent employée en France mais qui a donné satisfaction aux Indes, est une combinaison de la stibamine avec l'urée en solu-

(1) 5 centimètres cubes de Fouadine contiennent 42,5 milligrammes de Sb métal, 2 centimètres cubes d'émétique 44 milligrammes de Sb métal.



tion à 5 ou 10 % (Brahmachari 1920) contenant 36,9 % de Sb. métal. Les injections *intraveineuses* ou *intramusculaires* commencent à 0 g. 10 chez l'adulte pour atteindre par augmentations successives de 0,05 à 0 g. 25 chez l'adulte (1/3 de cgr. par kg.) au maximum. La série dure 32 jours ; injections tous les 2 ou 3 jours.

Chez l'enfant on a pu faire tolérer jusqu'à 1 cgr. par kg. dans les cas de stibiorésistance très marqués. Chez l'adulte on peut arriver à atteindre une quantité totale injectée de 2 g. 60 de produit. Lorsqu'on l'a employé dans le Kala-azar infantile, ce médicament a également donné satisfaction.

Au point de vue chimique, ces produits forment 2 groupes : le groupe trivalent : les émétiques et la Fouadine surtout ; le groupe pentavalent : uréastibamine, stibacétine, stibosan et néostibosan qui est à l'antimoine ce que le groupe de l'atoxyl est à l'arsenic.

D'une manière générale il semble que l'antimoine trivalent soit moins toxique que l'arsenic pentavalent ; il est plus actif contre les trypanosomes qui sont détruits en quelques heures au lieu de quelques jours et avec des doses plus faibles. Mais les pentavalents ont leurs indications propres ; aucun des deux groupes n'a une activité globale plus grande et il n'y a aucun parallélisme des effets thérapeutiques avec la classification chimique ni avec la classification zoologique. De même que l'arsenic, l'antimoine s'adresse à des groupes variés et dans certains cas on a intérêt à les associer ; activité et maniabilité s'en trouvent renforcées.

(\*)  
(\*)

Les indications des antimoniaux sont pour la plupart les affections à la protozoaires.

Les *trypanosomiasés*, animales ou humaines, en particulier la maladie du sommeil, furent le premier champ d'essai, où l'antimoine suppléa ou renforça l'action des arsenicaux pentavalents. On emploie l'émétique à raison de 0 g. 10 tous les 2 jours entre les injections d'atoxyl (une tous les 10 jours pendant 50 jours, cure à renouveler 3 fois par an). On peut aussi associer avec succès à l'antimoine le moranyl (309 Fourneau). L'antimoine trivalent semble préférable ici au pentavalent où les doses faibles et répétées peuvent provoquer l'accumulation et rendre le trypanosome stibiorésistant.

De même dans les *bilharzioses* (*Schistosomum*), Williamson, Khalil ont eu de bons résultats de la Fouadine ; elle paraît bien absorbée et supportée, sans effets secondaires et rapide dans son action. En 3 semaines environ la guérison des ulcérations a pu être obtenue moyennant persistance d'une cicatrice dépigmentée. L'antimosan donne également de bons résultats.

Contre la *Filariose de Bancroft*, l'émétique de potasse semble entre les mains de Rogers avoir donné dans certains cas guérison entière.

Dans le *granulome tropical*, les résultats de la fouadine semblent avoir pleinement satisfait Khalil.

Le stibyal a donné à Chevallier des succès notables dans le *granulome inguinal de Nicolas et Favre*. S'ins-

pirant des faits publiés en 1929 par von Scala, le même auteur a employé le stibyal dans la *maladie de Hodgkin* (0,01 à 0,04 tous les 2 jours). Les seuls bons résultats ont été obtenus dans les formes bénignes ; l'antimoine ne paraît pas supérieur à l'arsenic dans les formes moyennes ; dans les formes malignes il est souvent mal supporté et inefficace.

Dans les *granulomes à coccidies*, Tomlinson et Bancroft ont obtenu de bons résultats par l'association Émétique de potasse + Roentgenthérapie, alors qu'isolée chacune de ces méthodes demeurerait inefficace.

Mais c'est surtout dans les *leishmanioses* que l'antimoine paraît avoir en ces derniers temps le mieux vérifié les espoirs conçus.

Dans les *leishmanioses* locales les injections intramusculaires autour des lésions ont donné d'assez fréquentes guérisons.

Dans le Kala-azar, tant de l'adulte que de l'enfant, la médecine jusqu'alors très démunie paraît avoir trouvé une arme fidèle. Il n'en demeure pas moins que, pour des raisons encore mal définies, il est dans chaque cas un produit qui semble supérieur à tous les autres. On ne devra donc pas hésiter, lorsqu'un produit semble être ou devenir insuffisant, à recourir à un autre quels qu'aient pu être l'expérience acquise auparavant et le résultat des comparaisons.

On pourra aussi remplacer avec avantage l'antimoine trivalent, stibyal, stibényl par un pentavalent tel que l'uréastibamine ou le néostibosan. D'une manière générale les produits cycliques paraissent mieux supportés et plus efficaces. Le nombre s'accroît chaque jour des observations satisfaisantes et certains médicaments semblent assez puissants pour modifier rapidement la réaction de Chopra.

A citer enfin les essais encourageants avec l'uréastibamine contre la fièvre Oroya et la Verruga péruvienne (Kilkuth).

(\*)  
(\*)

Sans doute la médication antimoniale n'est-elle pas encore constamment dépourvue de risques. Il semble pourtant que les très grands progrès de ces dernières années en présagent d'autres et que l'on soit fondé à espérer pour un avenir prochain la préparation de corps antimoniaux puissants et maniables si nécessaires dans le traitement des affections à protozoaires.

R. LEVENT.

**Précis de phytothérapie**, par H. LECLERC, 3<sup>e</sup> édition, revue et augmentée. In-8 de 308 pages. — Prix : 32 fr. — Paris, Masson et Cie.

**Veleni animali attivi e animali avvelenatori, i tanatofidi in particolare**, par le Dr TOMASO FRACASSINI. In-8 de 180+11 pages. — Prix : 15 lire. Chez l'auteur, à Prato, l'an XIII.

**Vita più sana e più lunga**, par EMILIO-J. PAMPANA. In-8 de 114 pages avec 7 figures. — Prix : 12 lire. « Edizioni Anali d'Igieno », 14, via delle Finanze à Rome, 1934.

## XIV<sup>e</sup> JOURNÉES MÉDICALES DE BRUXELLES <sup>1</sup>

**Action biologique des greffes utérines.** — M. Max CHEVAL (de Bruxelles).

**Résultats cliniques de l'utilisation des greffes ovariennes.** — M. L. MAYER (de Bruxelles). — Chaque fois que le gynécologue doit pratiquer une ovariectomie bilatérale, il est recommandable d'ajouter à cette intervention une autogreffe de fragments sains d'ovaire ; si l'utérus doit être aussi sacrifié, il est souhaitable de limiter l'hystérectomie à la portion sus-isthmique, ce qui permettra encore la conservation de la menstruation dans un important pourcentage des cas ; enfin, en cas d'hystérectomie subtotale ou totale, sauf s'il s'agit de tumeurs malignes, il est recommandable de greffer à la fois du tissu utérin et des fragments d'ovaires.

**Le dosage biologique des produits endocriniens.** — M. BIJLSMA (d'Utrecht).

**Les méthodes de mesure de l'activité fonctionnelle de la thyroïde.** — M. Jean SLOSSE (de Bruxelles).

**Les appareils annexes du système nerveux autonome.** — M. N. GOORMAGHTICH (de Gand).

**L'obésité postencéphalitique.** — M. René CRUCHET (de Bordeaux). — Comme tous les auteurs qui ont étudié un grand nombre de cas d'encéphalomyélite épidémique, ou maladie de Cruchet, l'auteur a constaté, consécutivement à cette maladie, quelques cas de troubles endocriniens, et surtout d'obésité.

Cette obésité, féminine presque toujours, précoce parfois, a apparu généralement comme une véritable séquelle, un an, deux ans et plus, après la période aiguë. Elle a coïncidé avec l'apparition du syndrome bradykinétique, tel qu'il a été décrit par Henri Verger et Cruchet.

Cet état d'obésité est habituellement modéré, quoique persistant. Il est d'autant plus évident qu'il apparaît presque toujours chez des individus, jusque-là maigres de constitution. L'auteur l'a vu cependant s'atténuer chez plusieurs sujets.

Il serait intéressant de rapprocher de ces formes d'obésité certaines formes de maigreur, consécutives elles aussi à une atteinte d'encéphalite épidémique et qui sont dues très vraisemblablement aussi à des troubles hypophysaires.

**La fonction ovarienne.** — M. Mathieu-Pierre WEIL (de Paris).

**Les centres d'innervation des glandes à sécrétion interne. Démonstration d'anatomie.** — M. L. LARUELLE (de Bruxelles).

**Recherches sur l'endocrinologie infantile.** — M. Germain BLECHMANN (de Paris).

**Le diagnostic précoce de l'insuffisance surrénale.** — M. MARANON (de Madrid). — On doit essayer de diagnostiquer l'insuffisance surrénale pendant la phase pré-addisonienne, c'est-à-dire avant que se présente le cadre complet de la maladie d'Addison, qui correspond à la phase finale et irrémédiable de la dite maladie.

On doit également essayer de diagnostiquer les états d'insuffisance surrénale légère qui existent certainement et qui sont probablement très fréquents, mais qui ne se manifestent pas par le syndrome addisonien complet.

Au point de vue du diagnostic de ces phases initiales et de ces formes légères de l'insuffisance surrénale, l'étude soignée des symptômes cliniques et de certaines preuves analytiques et fonctionnelles a une grande valeur.

Parmi les données cliniques, les plus importantes sont les suivantes : constitution hypoplasico-asthénique ou asthénique, variété atonique ; analyse de la pigmentation initiale ; ensemble des autres symptômes. L'auteur attire tout particulièrement l'attention sur la tendance à maigrir, le hoquet, les crises abdominales ayant une apparence inflammatoire et toxique et l'hypothermie. L'antécédent de tuberculose urogénitale ou squelettique est aussi très important.

Parmi les données analytiques les plus importantes sont celles qui indiquent la perturbation du métabolisme hydrocarboné de type « antidiabétique » et surtout l'hypersensibilité à l'insuline.

Dans un assez grand nombre de cas, ces données permettent de soupçonner, avec fondement, une insuffisance surrénale non addisonienne et de soumettre à un traitement efficace des malades pour lesquels, d'autre façon, un faux diagnostic aurait été établi et qui auraient été mal soignés.

**Les relations entre les surrénales et le pancréas au point de vue du diabète.** — M. Louis HÉDON (de Montpellier).

**L'action des aliments sur le système endocrino-sympathique.** — M. Nicolas PENDE (de Gênes). — Les recherches de l'auteur et de son élève de Candia lui permettent d'affirmer que chez les sujets normaux, l'alimentation presque exclusive de viande augmente la quantité de thyroxine et d'adrénaline, et selon Kestner, même d'une hormone préhypophysaire, dans le sang, pendant les premières heures qui suivent l'ingestion de protéines animales. Cette action des protéines sur les trois glandes semble déterminée par les acides aminés, qui pénètrent dans le sang, et qui stimulent électivement la thyroïde, la surrénale médullaire et la préhypophyse.

En même temps, le tonus de l'orthosympathique s'élève, et avec lui s'élève la sensibilité des tissus à l'adrénaline et aux substances sympathicotoniques, tandis que diminue la sensibilité à l'insuline. L'équilibre acido-basique se déplace vers l'acidose. Une influence opposée à celle des protéines animales (les protéines végétales ont une action beaucoup moins remarquable) est exercée sur les glucides alimentaires, sur l'équilibre endocrino-sympathique, à savoir, ils favorisent l'incrétion d'insuline dans le sang, la sensibilité de l'organisme à l'insuline et le tonus parasympathique tandis que la réactivité à l'adrénaline et à la thyroxine sont amoindries. Les carbohydrates modèrent l'action excitante des protéines sur la thyroïde.

Les graisses alimentaires agissent différemment, selon qu'elles contiennent des graisses neutres et des acides gras, ou de la lécithine ou du cholestérol, parce que les acides gras agissent de la même façon que les protéines animales et le cholestérol ; elles augmentent l'excitabilité du sympathique et des hormones sympathicotropes, tandis que les graisses neutres et la lécithine agissent synergiquement à l'insuline, au parasympathique et aux hormones parasympathicotropes.

Ainsi que les protéines animales alimentaires, même les acides gras et le cholestérol orientent l'équilibre acido-basique dans le sens acide.

Les aliments végétaux, les légumes frais et les fruits, qui par leur richesse en sels minéraux alcalins, accroissent les réserves alcalines de l'organisme, semblent agir comme modérateurs de l'excitabilité de l'orthosympathique et des hormones sympathicotropes, tandis qu'ils favorisent l'action du parasympathique et de l'insuline.

Mais la richesse des fruits et des légumes frais en vitamines laisse soupçonner des actions plus complexes de ces



aliments végétaux sur l'une ou sur l'autre glande endocrinienne, parce qu'il résulte de certaines expériences que la vitamine A ou carotène est un excitant spécifique des glandes sexuelles, tandis qu'elle modère la sécrétion thyroïdienne ; la vitamine B excite surtout la sécrétion insulinique et modère la sécrétion surrénale ; la vitamine C stimule la sécrétion de la corticale surrénale, la vitamine D la sécrétion thyroïdienne et le sympathique de la même façon que le fait la cholestérine irradiée ; et enfin la vitamine E stimule la fonction de reproduction.

De ces notions découlent des indications précieuses pour l'hygiène alimentaire des âges différents de la vie.

**Le terrain glandulaire des tuberculeux pulmonaires.** — M. MISTAL (de Montana).

**L'hypertrophie thymique. Anatomie, physiologie, pathologie.** — M. A.-P. DUSTIN (de Bruxelles) fait une très importante étude des syndromes thymiques au point de vue clinique, pathogénique et il précise leur traitement.

**La thyroxine.** — M. BARGER (d'Edimbourg).

**Relations des glandes endocrines avec les phénomènes d'hydratation du sang.** — M. PARHON (de Bucarest).

**Le pancréas dans ses rapports avec les autres glandes endocrines.** — M. Jean LA BARRE (de Bruxelles).  
(A suivre.)

## JOURNÉES D'AVIATION MÉDICALE ET SANITAIRE DE BERCK-PLAGE

La grande manifestation d'aviation médicale et sanitaire organisée par l'Association Médicale Aéronautique Française, le Syndicat des Médecins de Berck et l'Aéro-Club de Berck, les 29 et 30 juin à Berck-Plage, parfaitement réussie, a permis d'obtenir des résultats très intéressants en vue de l'utilisation du transport aérien pour les malades allongés.

Le samedi après-midi, par un temps splendide, avec la belle lumière si particulière au climat berckois, ont atterri sur l'aérodrome de Berck une quinzaine d'avions civils, dont plusieurs transformables en sanitaires et ayant à bord des médecins venant de Paris, du Centre et du Nord de la France.

M. le Sénateur Delesalle, ex sous-secrétaire d'Etat à l'Air, et la plupart des membres du Syndicat Médical de Berck recevaient à leur atterrissage sur l'aérodrome tous les médecins et aviateurs venus participer à ces journées.

Parmi eux nous remarquons : M. le Médecin Général Wetzel, directeur du Service de Santé de la première région, représentant M. le Ministre de la Guerre, M. le Médecin en chef de la Marine Thomas, représentant M. le Ministre de la Santé Publique, le docteur Strohl, Président de l'Association Médicale Aéronautique Française, le Médecin Colonel Mouchard, Médecin-Chef de l'Ecole Militaire et d'Application de l'Armée de l'Air, le docteur Carsaux, Médecin-chef de l'Aéronautique Civile au Bourget, les docteurs Crochet, Cadenat, Jossinet, Cauchois et M. Charlet, de l'A.M.A.F., MM. Crombez, Boulant, Tauziède, présidents des Aéro-Clubs de Lille, Saint-Omer, Boulogne.

Nous avons été également très heureux de saluer Mlle Marvingt, première femme qui ait piloté en France et qui est un pionnier de l'aviation sanitaire à laquelle elle a si activement collaboré au Maroc ; Mme la Baronne de Vandeuves, venue à bord de l'avion sanitaire de Mme la Marquise de Noailles et qui amenait à Berck une malade atteinte de mal de Pott.

A 16 heures, une escadrille de dix appareils sanitaires militaires, 5 Marcel Bloch et 5 Potez 29, atterrissait sur l'aérodrome sous le commandement du Capitaine Barbieux.

A 18 heures, les congressistes furent reçus à l'Hôpital maritime par M. Chennevière, Secrétaire général de l'Assistance publique à Paris, et trois conférences sur l'aviation sanitaire avec présentation de films et projections furent faites par Mlle Marvingt, par M. le docteur Garsaux et par M. le Médecin colonel Mouchard.

Un banquet au Grand Casino suivi de bal clôtura cette première journée.

Le dimanche matin, 15 appareils militaires en formation impeccable atterrissent sur l'aérodrome. Plus de 50 appareils sont alors groupés sous un ciel éclatant et une foule nombreuse s'intéresse tout particulièrement aux différents types d'avions sanitaires.

Des démonstrations de transport de malades par avions sont effectuées sous forme de baptêmes de l'air donnés à des malades allongés de Berck.

Vers 11 heures 30, l'avion de M. le Général Denain, Ministre de l'Air, piloté par le Capitaine Rossi, atterrit sur l'aérodrome, suivi d'un second appareil à bord duquel se trouve Mme la Générale Denain.

Le Ministre passe en revue les avions militaires puis les avions civils alignés sur le terrain.

Après une visite au cimetière militaire, une courte réception à l'Hôtel de Ville, M. le général Denain traverse ce centre médical unique qu'est la cité berckoise et visite quelques salles de l'Hôpital maritime et les galeries de cure.

Un banquet est ensuite servi dans le hangar de l'aérodrome et groupe près de 250 convives. Pendant toute la durée du banquet, des baptêmes de l'air offerts par le Syndicat des Médecins de Berck continuent à être donnés aux malades allongés et c'est ainsi qu'en moins de deux heures on put donner le baptême à plus de 50 allongés.

Ce qui a été particulièrement remarquable, fut la rapidité des opérations de débarquement et d'embarquement des malades ; en moins de deux minutes, le malade allongé était descendu de l'appareil, un autre malade amené auprès de l'appareil sur les chariots à pneumatiques actuellement utilisés à Berck le remplaçait et l'avion décollait à nouveau.

Il est également très intéressant de remarquer que ces transports aériens de malades allongés ont tous été effectués sans que le malade ait été mobilisé. On sait en effet qu'à Berck le malade ne quitte jamais sa gouttière pendant toute la durée de son traitement. Le malade arrivé en voiture sur sa gouttière était transporté toujours couché sur celle-ci, à l'aide d'un chariot, jusqu'auprès de l'avion, puis la gouttière introduite dans l'avion et fixée dans celui-ci sans que le malade ait eu à subir aucun mouvement.

Le lendemain lundi, 57 baptêmes sont encore donnés à bord d'un des 2 Potez 29 sanitaires militaires que le général Denain a bien voulu affecter de façon définitive pour le transport des malades berckois.

Tous les malades ayant effectué ces promenades aériennes ont été séduits par les conditions de confort et l'absence de secousses auxquelles ils sont souvent sensibles et ont reconnu les gros avantages que présente le transport aérien par rapport aux autres modes de locomotion.

Les résultats acquis par ces démonstrations sont donc importants : rapidité et confort dans le transport des malades allongés, rapidité très grande des manœuvres d'embarquement et de débarquement à l'aide du matériel habituellement employé à Berck, en sont les principaux points.

Enfin, deux avions militaires sanitaires étant actuellement affectés à l'aérodrome de Berck, ainsi qu'un appareil civil sanitaire vont nous permettre de réaliser sur une grande échelle le transport aérien des malades venant à Berck pour y être traités.

Aucun autre centre médical que Berck-Plage qui compte 8.000 malades parmi lesquels la plupart sont allongés ne pouvait être mieux indiqué pour devenir centre d'études pratiques de l'aviation sanitaire.

Nous ne pouvons que nous féliciter du beau succès de cette manifestation et des résultats obtenus.

Nous remercions très sincèrement tous ceux qui y ont collaboré et qui ont témoigné tout l'intérêt qu'ils portent au développement de l'aviation sanitaire.

Docteur J. RENAUDIN.

## SOCIÉTÉS SAVANTES

### ACADEMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 1<sup>er</sup> JUILLET 1935)

La culture de glandes thyroïdes entières. — MM. Alexis CARREL et le colonel Charles A. LINDBERGH.

Le moustique maritime. — M. J. LEGENDRE.

Applications aux sérums antistreptococciques d'une nouvelle méthode de titrage par la neutralisation des anticorps *in vitro*. — MM. Louis COTONI et Jacques POCHON.

(SÉANCE DU 8 JUILLET 1935)

L'étiologie des oreillons. — MM. Constantin LEVADITI, René MARTIN, Antoine BONNEFOI et Mlle Rachel SCHOEN. — Il apparaît incontestable que la salive ourlienne contient un élément pathogène filtrable et résistant à la glycérine, capable de conférer une parotidite interstitielle aux simiens. Toutefois, les altérations qu'elle provoque, localisées exclusivement à la glande inoculée, n'offrent rien de spécifique. De ce point de vue, les salives ourliennes, d'une part, les salives normales, ou d'autres virus (herpès, lymphogranulomatosose inguinale) et principes inertes (levure, blanc d'œuf, sérum de cheval, tapioca), ne diffèrent que par l'intensité des lésions expérimentales parotidiennes qu'ils engendrent, et nullement par des particularités rigoureusement spécifiques.

Action des ondes courtes sur les sérums antivenimeux ainsi que sur leurs mélanges neutres avec les venins correspondants. — Mme Marie PHISALIX et M. Félix PASTEUR.

Sur la présence d'antigène « complet » et d'antigène « résiduel » dans diverses bactéries. — M. André BOIVIN et Mme Lydia MESROBÉANU.

### SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 11 MAI 1935)

Injection lente et continue d'adrénaline dans le système veineux et le système artériel. — Action sur la pression artérielle. — MM. A. BAUDOUIN, H. BÉNARD, J. LEWIN et SALLET étudient l'action sur la pression artérielle de l'adrénaline en injection lente et continue dans le système veineux et le système artériel.

Au-dessous de 0 mmgr. 05 par kilogr. et par heure, l'adrénaline injectée dans une veine périphérique ne produit aucune élévation de la tension, tout en provoquant de l'hyperglycémie.

Des doses de 0 mmgr. 07 par kilogr.-heure, qui amènent de l'hypertension lorsqu'elles sont introduites dans une

veine périphérique, n'agissent plus sur la pression générale lorsque l'injection est poussée par une veine mésentérique ou par une collatérale d'une artère d'un des membres.

### Valeur morphologique et fonctionnelle des éléments satellites endo-membraneux du segment rénal intermédiaire.

— M. Ivan BERTRAND et Mlle Jacqueline GUILLAIN, après avoir montré dans le segment rénal intermédiaire l'existence d'éléments satellites endo-membraneux, rejettent toute analogie entre ces corpuscules et les formes ramifiées décrites par Hortega sous le nom de « Cellules étoilées ». Celles-ci, que l'on rencontre dans toutes les espèces avec abondance, en raison de leur morphologie et de leur pouvoir de sécrétion, sont de nature strictement épithéliale. Par leur caractère de fixation et d'adaptation, les éléments satellites possèdent une valeur organogénique qui les différencie des simples histiocytes migrants. La continuité de leurs prolongements avec la région péri-nucléaire fait écarter l'idée de terminaisons nerveuses intra-épithéliales.

Les éléments satellites endo-membraneux présentent certains caractères communs avec les microgliocytes du système nerveux central et doivent être rattachés comme eux, au système réticulo-endothélial.

### Morphologie comparée de l'appareil réticulo-endothélial du rein.

— M. Ivan BERTRAND et Mlle Jacqueline GUILLAIN n'ont pu retrouver que dans 5 espèces l'existence d'éléments satellites rénaux endo-membraneux. Chez le cheval et l'âne, les éléments intratubulaires localisés au segment intermédiaire présentent des coulées protoplasmiques, s'amincissant pour se terminer par des renflements. Chez le cobaye, ils sont rares et grêles : leurs prolongements multiples sont ramifiés sur le mode dichotomique. Chez la tortue, le protoplasme épais présente des coudures brusques. Chez le porc, les éléments sont localisés au sommet des pyramides, dans la branche ascendante de Henle, ils sont orientés circulairement, encerclant presque entièrement la lumière du tube. Chez le rat existent des formes intra et extra-tubulaires, les histiocytes interstitiels possédant quelques prolongements intra-épithéliaux.

Les éléments réticulo-endothéliaux du rein offrent un polymorphisme et une topographie éminemment variables suivant les espèces. Aux histiocytes interstitiels, constants, abondants surtout dans la médulla, il faut ajouter chez certains animaux des éléments satellites endo-membraneux localisés dans la corticale.

### Consommation de l'oxygène dans le foie de chien perfusé.

— MM. Noël FIESSINGER, Henri BÉNARD et Georges SYLLABA, au cours d'expériences de perfusion sur le foie de chien, avec du sang de chien, défibriné, oxygéné et maintenu à 37°, ont étudié la consommation en oxygène pour des foies de 600 à 800 gr. et des débits de 100 à 200 cm<sup>3</sup> de sang. La différence entre les teneurs en oxygène du sang porte et du sang sus-hépatique est de l'ordre de 10 cm<sup>3</sup> pour 100 cm<sup>3</sup> de sang. Tout calcul fait, la consommation d'oxygène, rapportée en kilogr. de foie et à l'heure, est de 800 à 1.100 en moyenne.

Si l'on applique, toute proportion gardée, les chiffres précédents à l'homme, dont la consommation globale en oxygène est d'environ 15 litres par heure, on voit que la respiration hépatique figure pour un quinzième environ dans la respiration totale, alors que le poids du foie n'est que le quarantième du poids total. Dans quelques expériences, ils ont comparé la respiration du foie à celle du train postérieur isolé. Celle-ci restait de l'ordre de 50 à 100 cm<sup>3</sup>, soit le dixième environ de celle du foie.

La consommation en oxygène du foie perfusé est peu influencée par les variations du débit circulatoire. L'adjonction de glucose, d'insuline, ne modifie pas non plus la consommation en oxygène, et les auteurs n'ont pas observé d'augmentation importante de la respiration hépatique



après addition de glycolle et d'antélobine. Par contre, le cyanure de potassium annule complètement la consommation d'oxygène, et l'adjonction ultérieure d'hyposulfite neutralise, dans certaines limites, l'action inhibitrice du cyanure sur la respiration du foie. Les auteurs, après avoir comparé ces expériences de perfusion avec la consommation d'oxygène apparente du foie chez l'animal vivant, concluent que la faible différence que l'on retrouve entre le sang portal et le sang sus-hépatique, en oxygène, tient en partie à l'importance plus grande du débit circulatoire, mais surtout à ce que le ravitaillement du foie en oxygène est assuré par l'artère hépatique.

Quoi qu'il en soit, malgré les conditions anormales de l'apport d'oxygène, la respiration du foie perfusé reste considérable et témoigne ainsi de l'activité des processus qui se poursuivent, plusieurs heures durant, dans l'organe maintenu en survie artificielle.

**Les imidazols de quelques aliments.** — MM. M. LOEPER, A. LESURE et A. MOUGEOT ont précédemment insisté sur le rôle des composés imidazols dans la détermination de certains troubles ou accidents morbides (surtout d'ordre vasculaire et exsudatif). Ils se forment dans les tissus par désintégration des éléments cellulaires et des protéines, et se résorbent dans l'intestin par désintégration de substances alimentaires. Les auteurs ont repris le dosage de ces corps dans divers aliments ; voici leurs résultats exprimés en chlorhydrate d'histamine et représentant des imidazols totaux (en milligr. p. 100) :

#### *Aliments purs*

Chair musculaire de cheval.....	80
Chair musculaire de jambon.....	90
Foie de porc.....	22
Foie de bœuf.....	33
Rognons de mouton.....	57
Cervelle.....	4
Beurre et saindoux.....	Pas de traces

#### *Aliments préparés*

Bouillon concentré en cube.....	500
Saucisson.....	24
Chipolata.....	100
Poisson frais.....	18 à 56
Hareng fumé.....	78
Sardine fumée.....	166
Moules.....	9

Ce taux des imidazols, qui est donc excessivement élevé dans certains aliments (spécialement préparés, fumés ou conservés), ne peut suffire à fixer la toxicité d'un aliment ou même l'action physiologique de ses composants. Les imidazols isolés d'un aliment en solution presque pure et injectés dans le péritoine d'un animal, produisent des effets qui ne sont nullement proportionnels à la richesse de cette solution en imidazols. Les discordances constatées peuvent s'expliquer par le mélange dans un même produit d'imidazols d'action et de toxicité différentes pour les artères, le cœur ou les tissus, action et toxicité qui se combinent ou se neutralisent.

**Mesure de l'excitabilité réflexe chez l'homme.** — MM. DELHERM et FISCHGOLD (présentés par M. Lapicque) appliquent à l'homme le procédé d'excitation itérative de la moelle (technique de Lapicque), grâce au cylindre à cames.

Chaque réflexe se caractérise par une courbe des intervalles et une courbe des nombres.

La courbe des nombres permet un calcul approché de la chronaxie des cellules médullaires.

Les réflexes plantaire, crémasterien, abdominal, palmé, mentonnier et d'automatisme médullaire ont été inscrits par ce procédé.

Les chronaxies médullaires trouvées varient entre 10 et 50  $\sigma$ .

Par le même procédé, les auteurs étudient l'excitabilité des fibres vaso-dilatatrices de la peau. Le temps de sommation de ces fibres et de l'ordre de 4-5 secondes.

**Influence de la déperdition de bile sur certains éléments du sang.** — M. Georges LOEVY a pu réaliser, grâce à une anastomose du cholédoque et de l'uretère, une perte totale de bile pendant 15 mois. Le nombre des globules rouges n'a pas été modifié de façon notable (4.690.000 au lieu de 5 millions 800.000). Le taux de fibrine du plasma n'a pas varié, montrant plutôt une tendance à l'augmentation. Le taux de calcium du sang total est resté à peu près invariable. Enfin, la quantité de cholestérol du sérum n'a pas été affectée par la déperdition biliaire.

**Modifications de l'excitabilité réflexe respiratoire après la double vagotomie.** — MM. D.-T. BARRY et A. et B. CHAUCHARD pratiquent, chez le chien, la section des vago-sympathiques en deux temps. Plusieurs jours après la section du premier pneumogastrique, on observe une hyperexcitabilité très accusée des voies réflexes respiratoires, et, après celle du second, une tendance au retour à la normale ; parfois, de l'hypoexcitabilité. A ce moment, le pouvoir réflexogène du sinus carotidien est augmenté. Huit jours plus tard, cette hyperréflexivité du sinus a disparu ; il suffit d'injecter de l'adrénaline pour la faire réapparaître.

**Action comparée des agents pyrétogènes chez le lapin normal et chez le lapin accoutumé à la morphine.** — M. R. CAHEN. Le lapin accoutumé à la morphine est hyposensible vis-à-vis des agents pyrétogènes périphériques tels que le  $\alpha$ -dinitrophénol. L'hypersensibilité déjà signalée vis-à-vis des agents pyrétogènes comme le tétra-hydro- $\beta$ -naphtylamine, dont l'action est à la fois centrale et périphérique, semble donc due à une modification exclusive du mécanisme thermorégulateur central.

**Action comparée des médicaments antithermiques chez le lapin normal et chez le lapin accoutumé à la morphine.** — M. R. CAHEN montre que le lapin accoutumé à la morphine, hypersensible vis-à-vis des excitants du système nerveux central, comme les hyperthermiques, est en outre, hyposensible vis-à-vis des poisons dépresseurs tels que les agents antithermiques (antipyrine).

**Sur la transformation du virus rabique fixe en virus des rues.** — M. S. NICOLAU et Mme L. KOPCOWSKA poursuivent leurs recherches sur cette intéressante question. Ils utilisent dans les expériences relatées le virus fixe « Pasteur », fixé depuis près de 50 ans et ayant subi 1.493 passages de cerveau à cerveau, sur lapins. En obligeant ce virus à cultiver dans le système nerveux périphérique du lapin par des passages en série faits dans les troncs nerveux, N... et K... arrivent à obtenir une variété de virus « négrigène », semblable au virus des rues quant à la faculté de provoquer des inclusions dans les neurones de l'encéphale du lapin et du chien. Le virus rabique fixe « ramené en arrière » de la sorte, est instable : passé plusieurs fois dans le cerveau de lapins, il perd vite la propriété nouvellement récupérée de former des corps de Negri beaux et nombreux.

**Septinévrite à virus rabique fixe « ramené en arrière » (transformé apparemment en virus des rues).** — Mme L. KOPCOWSKA établit que le virus rabique fixe (souche Pasteur) entraîné par des passages de série de nerf à nerf à cultiver dans le système périphérique du lapin, et « ramené en arrière » de la sorte, récupère — en plus de la propriété de provoquer la formation des corps de Negri — la faculté d'engendrer de manière constante la septinévrite dans l'organisme des lapins. On sait que le virus fixe produit de manière

inconstante la septinévrite chez cette espèce animale, tandis que le virus des rues la provoque dans 100 p. 100 des cas. Ces deux caractéristiques — la négrigénèse intense et la septinévrite constante — rapprochent le virus fixe « ramené en arrière », du virus des rues.

**Le sérodiagnostic du bacille de la tuberculose aviaire. — Identification de 7 souches aviaires isolées de l'organisme des cobayes.** — M. W. SCHAEFER montre qu'il est possible de faire un séro-diagnostic de la tuberculose aviaire par la réaction de fixation du complément, si l'on se sert d'un extrait méthylé de ces bacilles comme antigène et d'un antiserum aviaire préalablement débarrassé par absorption des anticorps non spécifiques. Cette méthode permet d'identifier les bacilles aviaires alors même qu'ils ont perdu toute virulence. La spécificité antigénique des bacilles aviaires est donc indépendante de leurs propriétés pathogènes.

**Recherches du bacille de Koch dans le lait et le colostrum des femmes tuberculeuses.** — M. M. J. PETRESCO a recherché le bacille de Koch dans le lait et le colostrum de 39 femmes atteintes de tuberculose pulmonaire, sans lésions cliniques des seins. Il a employé l'examen direct de frottis, l'ensemencement sur milieu de Löwenstein et l'inoculation au cobaye.

Les 33 examens de lait ont été entièrement négatifs. Sur 10 examens de colostrum, on a décelé une seule fois des bacilles acido-résistants qui n'ont pas poussé en culture et n'ont pas tuberculisé le cobaye.

**Du sort de l'antitoxine diphtérique d'origine équine injectée au lapin préalablement sensibilisé avec le sérum de cheval.** — M. Adalberto BERNABAY. De l'ensemble des expériences rapportées, il ressort que chez le lapin sensibilisé à l'aide du sérum de cheval, puis traité par le sérum antidiphtérique, l'antitoxine spécifique se propage dans le sang circulant, plus lentement, atteint un titre plus faible et disparaît plus rapidement que dans le sang du lapin neuf. Le sort de l'antitoxine diphtérique d'origine équine dépend donc de l'état de sensibilisation de cet animal vis-à-vis du sérum de cheval ; elle dépend aussi dans une certaine mesure de la voie d'introduction.

**Infection tuberculeuse du cobaye inoculé avec une seule cellule des variétés R et S du bacille tuberculeux bovin.** — M. Konrad E. BRIKHAUG a pu réaliser dans 3 cas sur 24 l'infection tuberculeuse expérimentale du cobaye par inoculations sous-cutanée d'une cellule unique des variétés R et S du *Mycobacterium tuberculosis*, isolée par le micromanipulateur de Péterfi. En outre, l'inter-convertibilité des variétés R et S du bacille tuberculeux a été démontrée dans ces expériences à partir d'une cellule unique inoculée au cobaye.

**Phénomène de zone obtenu avec le sérum de cobayes tuberculeux traités par des filtrats de cultures de B. Abortus.** — M. W. SARNOWIEC démontre que chez les cobayes infectés par le bacille de Koch, soumis à une injection de filtrat de bacilles de Bang dans un foyer tuberculeux, le sérum n'agglutine qu'aux plus faibles concentrations (à partir du 1/300), tandis que cette agglutination ne se produit pas aux plus fortes concentrations (1/30 à 1/100).

Chez les animaux traités par le B C G ou par les bacilles tuberculeux morts, le même phénomène existe, quoique très faible ; la zone est plus étroite (jusqu'au 1/30).

L'intensité du phénomène de zone est surtout en relation avec l'évolution plus ou moins accentuée de l'infection tuberculeuse ; mais elle est soumise à des influences individuelles.

## LIVRES NOUVEAUX

**Travaux pratiques de physiologie et principes d'expérimentation (1),** par A. JULLIEN, docteur ès sciences, assistant à la Faculté des sciences de Lyon. Préface par H. CARDOT, professeur à la Faculté des sciences de Lyon.

Le professeur H. Cardot écrit dans la préface de ce livre : « Les travaux pratiques que comporte l'enseignement de la physiologie générale répondent à un double but :

« Il s'agit d'abord d'initier à l'expérimentation de laboratoire des débutants qui, le plus souvent, n'ont aucun entraînement dans le domaine pratique et pour lesquels la plus simple manipulation sur l'animal vivant est tâche ardue et pleine d'inconnues.

« Aussi est-il nécessaire que l'étudiant ait sans cesse à sa portée, dans la salle de travail, un guide clair et précis, lui montrant à tout moment la marche à suivre dans ses opérations, les précautions à prendre, les petits tours de main à acquérir.

« L'autre objectif de l'enseignement pratique de physiologie, c'est de contribuer à faire comprendre à l'étudiant les buts et les tendances de la physiologie générale, de développer son sens critique.

« Pour répondre à ces deux desiderata, un choix judicieux des manipulations à retenir pour un manuel devra être fait. Certaines seront choisies plus spécialement pour l'intérêt théorique qu'elles présentent ; d'autres, au contraire, en raison des difficultés techniques dont le débutant devra triompher.

« Ces diverses exigences me semblent être parfaitement satisfaites par l'esprit qui a animé l'auteur dans la rédaction du présent manuel de physiologie pratique. M. Jullien y a mis assurément le meilleur de ce que lui ont fait acquérir une dizaine d'années d'enseignement pratique à la Faculté des sciences de Lyon. Il apporte à l'étudiant le guide averti et fidèle qui surveille chacun de ses pas et ne laisse aucune difficulté dans l'ombre. Et il faut certainement apprécier aussi la façon heureuse dont chaque manipulation est pour ainsi dire située dans le cadre de la physiologie générale.

« Des quarante-sept manipulations exposées, chacune présente sensiblement la tâche que l'étudiant est capable de mener à bien au cours d'une séance de travaux pratiques. Parmi elles, une large part a été faite aux techniques modernes relatives à l'excitabilité neuro-musculaire, aux expériences sur l'automatisme cardiaque et aux actions ioniques, à côté d'un certain nombre de manipulations absolument classiques de physiologie ou de chimie physiologique avec lesquelles tout débutant doit se familiariser au seuil de ses études. Quelques-uns de ces travaux pratiques constituent également une bonne introduction aux méthodes de dosages biologiques dont l'importance s'affirme de plus en plus pour la pharmacologie. »

Chaque manipulation est traitée d'après le plan suivant : énoncé du matériel qui sera utilisé, description des appareils (principe et caractéristiques), montage des dispositifs d'ensemble, principe des expériences et procédés pour en assurer l'exécution.

Des notions théoriques imprimées en petit texte rappellent au débutant l'importance et la signification des faits qu'il va constater.

L'illustration comprend des tracés sur papier noir, tous pris au laboratoire, des courbes et graphiques, des dessins schématiques ou réels d'appareils, de dispositifs et d'organes ; beaucoup sont originaux.

**La séroration blennorragique,** par Bertrand RÈME. In-8° de 178 pages. — Prix : 30 fr. Paris, Masson et Cie.

(1) In-8 de 500 pages avec 307 figures. — Prix : 85 fr. — Paris, J.-B. Baillière et fils.



# SULFARSENOL

## ARSENOS-SOLVANT

ADOPTÉS PAR LES HOPITAUX

### EKTOPHANOL

SELS DE LITHIUM DE L'ACIDE PHENYLQUINOLEINE CARBONIQUE

Indications : Rhumatismes musculaires ou articulaires, aigus ou chroniques, Goutte, Sciatique, Lumbago, etc.

LABORATOIRES DE BIOCHIMIE MÉDICALE CH. DESGREZ, Dr en Ph<sup>e</sup>, 19-21, rue Van-Loo, PARIS XVI<sup>e</sup> — Tél. Auteuil 26-62

# IODONE ROBIN

Gouttes - Comprimés - Injectable

**ARTHRITISME, ARTÉRIO-SCLÉROSE, ASTHME**  
**GOUTTE, RHUMATISME, EMPHYSEME**

R.I.C., 221.839  
Seine.

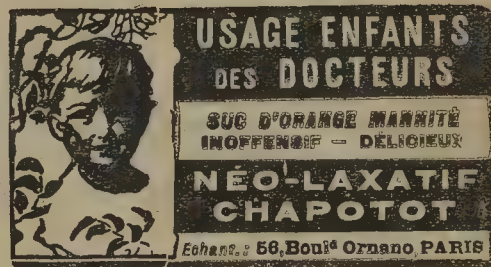
LABORATOIRES ROBIN, 13. Rue de Poissy. PARIS

• TRAITEMENT DES •  
**SUPPURATIONS OUVERTES**  
 AIGÜES ET CHRONIQUES



ÉCHANTILLONS SUR DEMANDE

LABORATOIRE DE LA PERMYASE

A. DESLANDRE, Pharm<sup>e</sup>, 48, rue de la Procession - PARIS

## Épilepsie!!

dans l'état actuel  
de la Science, les

### Dragées Gelineau

(Bromure de potassium arsenical et Picrotoxine)  
demeurent toujours

**le remède le plus actif,**  
**le plus puissant**  
**à combattre l'Épilepsie**

J. Mousnier, Sceaux (Seine) près Paris.



Cet ouvrage pourra être consulté avec fruit non seulement par les étudiants des Facultés des sciences, mais aussi par les étudiants en médecine et des Ecoles vétérinaires.

Les professeurs de sciences naturelles dans les lycées et collèges, les écoles normales, les écoles primaires supérieures y trouveront de nombreux documents pour illustrer leur enseignement théorique et pratique.

L. G.

## NOTES POUR L'INTERNAT

VOLVULUS DU COLON PELVIEN<sup>1</sup>

## FORMES CLINIQUES

Selon l'évolution, on peut décrire :

*Des formes suraiguës*, débutant brutalement, tuant en deux à trois jours par gangrène rapide de l'anse.

*Des formes subaiguës*, de diagnostic souvent hésitant, évoluant lentement et tuant par intoxication.

*Des formes récidivantes*, particulièrement fréquentes lorsqu'on se contentait d'une simple détorsion opératoire. Rencontrées même après colopexie.

*Le volvulus des récentes accouchées*, pouvant, dans sa forme subaiguë, être pris pour une banale rétention stercorale du post partum.

## DIAGNOSTIC

A la phase prodromique, on a rarement l'occasion de discuter le diagnostic.

Une constipation tenace avec poussées d'obstruction, une anse dilatée à la radio peuvent faire penser :

A un cancer du côlon pelvien au début ;

A un rétrécissement péricolique d'origine génitale ;

A un mégacôlon pelvien.

Si le diagnostic reste imprécis, il semble que la laparotomie exploratrice soit légitime.

En occlusion aiguë, le diagnostic est délicat mais peut et doit être fait ; dans un grand nombre de cas, l'occlusion est évidente, l'indication opératoire formelle, encore faut-il reconnaître la cause et la variété de l'accident pour décider de la conduite à tenir :

Occlusion bas située sur le gros intestin, le volvulus ne prête guère à confusion qu'avec les lésions sténosantes du côlon gauche et avant tout le cancer.

1. L'hésitation est permise cependant en présence :

Des autres volvulus du cæcum, du grêle : total ou partiel ;

Des péritonites à forme occlusive du vieillard ;

De certaines formes lentes d'iléus biliaire ;

Du spasme colique chez constipés âgés, athéromateux.

2. La péricolite donne bien un tableau d'occlusion basse, mais occlusion réflexe dominée par les signes d'infection péritonéale.

3. LE CANCER DU COLON PELVIEN est le gros diagnostic ; il peut simuler tout le tableau du volvulus : mêmes antécédents, même début, cependant un fléchissement progressif de l'état général, parfois quelques suintements sanguins, très rarement le constat d'une tumeur pourraient orienter le diagnostic. Au palper, plutôt que l'asymétrie oblique du volvulus, une dilatation en cadre, un péristaltisme classiquement plus longtemps conservé.

En fait, le diagnostic est souvent très difficile et il est

capital, le cancer relevant d'une simple dérivation par anus qui laisserait le volvulus se sphacéler et tuer le malade.

En pratique, si le diagnostic est ferme d'étranglement, une médiane. S'il est hésitant devant un ventre plat, une médiane ; devant un ventre distendu, on fera d'abord une incision iliaque, mais on ne fera d'anus que si l'exploration par la main engagée dans le ventre a permis d'éliminer le volvulus (Toupet).

## TRAITEMENT

Aucun traitement médical ; leurs succès possibles et momentanés ne compensent pas leurs dangers.

Le traitement est purement chirurgical :

Intervention d'extrême urgence ; anesthésie locale ou rachidienne, médiane sous-ombilicale élargie si besoin est, extériorisation de l'anse et étalement sur un lit de compresses pour l'examiner.

1. L'anse a gardé sa vitalité :

Il faut d'abord l'affaïsser, de préférence par une sonde rectale longue, grosse, semi-rigide, introduite par l'anus ;

Puis détordre le paquet en masse, embrassé des deux mains : on commencera par visser, la torsion se faisant généralement en sens inverse des aiguilles d'une montre. Si obstacle, on dévissera.

La détorsion simple expose aux récidives. Pour les éviter :

La fixation du côlon ou du méso ne donne pas une sécurité absolue.

LA RÉSECTION est le procédé de choix, véritablement curateur ;

Soit résection « à froid », suivie de suture immédiate, 10 à 15 jours après la détorsion (Lecène) ;

Soit résection immédiate, suivant la détorsion, et rétablissement dans le même temps, sous couvert d'une cœcosomie, de la continuité colique — méthode d'exception ;

Soit plutôt extériorisation suivant immédiatement la détorsion. Résection, quelques jours après, de l'anse extériorisée. Fermeture ultérieure de l'anus artificiel.

2. L'anse est gangrénée :

La résection « à chaud » s'impose. Abouchement des deux bouts à la peau, en canon de fusil, établissant un large anus contre nature, qui sera fermé en un temps ultérieur si le malade guérit.

Au total, la résection est la véritable opération curatrice, opération de choix quand faite à froid ou secondairement à une détorsion, opération de nécessité, de pronostic très sombre, en cas de volvulus sphacélé.

Les anastomoses de dérivation, les interventions complexes, les sutures hasardeuses sont à proscrire. La simple dérivation par anus sans levée de l'obstacle serait une faute mortelle.

Recourir systématiquement aux injections intra-veineuses de sérum chloruré hypertonique après l'intervention.

CHRISTIAN PIERRA.

L'Argus de la Presse de France (fondé en 1879). — Premier en nom, premier en date, est le doyen des bureaux d'extraits de presse du monde entier.

L'Argus, tant en France qu'à l'étranger, est la seule organisation qui dépouille, par jour, plus de 20.000 publications différentes.

L'Argus est la seule firme du genre ayant le droit de porter ce nom, quand il s'agit d'extraits ou documentations de presse. Toujours écrire, 37, rue Bergère, Paris.

Le Directeur-gérant : D<sup>r</sup> François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

(1) Fin — Voir Gaz. des hôp., 1935, n° 55, p. 954 ; n° 57 p. 986.





# *Iodogénol Pépin*

Artério-Sclérose

Lymphatisme

Arthritisme

PÉPIN & LÉBOUCQ  
30, Rue. Armand-Sylvestre  
& COURBEVOIE (Seine)

LE DIURÉTIQUE RÉNAL PAR EXCELLENCE

**SANTHÉOSE**

LE PLUS FIDÈLE, LE PLUS CONSTANT, LE PLUS INOFFENSIF DES DIURÉTIQUES

SES QUATRE FORMES

**PURE**

Le médicament régulateur par excellence, d'une efficacité sans égale dans l'artério-sclérose, la présclérose; l'albuminurie, l'hydropisie, l'urémie.

**PHOSPHATÉE**

L'adjuvant le plus sûr des cures de déchloruration et de désintoxication de l'organisme, dans la neurasthénie, l'anémie et les convalescences.

**CAFÉINÉE**

Le médicament de choix des cardiopathies, fait disparaître les œdèmes et la dyspnée, renforce la systole, régularise le cours du sang.

**LITHINÉE**

Le traitement rationnel de l'arthritisme et de ses manifestations; jügule les crises, enraye la diathèse urique, solubilise les accidents urinaires.

DOSES : 2 à 4 Cachets par jour. — Ces cachets sont en FORME DE CŒUR et se présentent en boîtes de 24.

PRODUIT FRANÇAIS

4, rue du Roi-de-Sicile  
— PARIS —

PRODUIT FRANÇAIS

**SIROP GUILLIERMOND****IODO-TANNIQUE**

**AFFECTIONS CARDIO-VASCULAIRES, AFFECTIONS PULMONAIRES CHRONIQUES  
LYMPHATISME, GOITRE, DERMATOSES, ALBUMINURIE**

DOSES : 2 à 4 cuillerées à bouche, à dessert ou à café suivant l'âge

PRESCRIRE :

SIROP GUILLIERMOND, un flacon

**BERTAUT-BLANCARD FRÈRES**  
64, Rue de La Rochefoucauld, PARIS (9<sup>e</sup>)

**ANGIOLYMPHE**

= Principes Actifs d'Orchidées

**Tous ÉTATS DÉFICIENTS - PRÉTUBERCULEUX - TUBERCULOSE**

**AUCUNE TOXICITÉ — PAS DE CONTRE INDICATIONS**

Injections intra-musculaires indolores — 2 à 5 cc. par séries de 10 à 12 injections

**ARGYCUPROL**

= Ag (10 %) + Cu (0,1 %)

Attaque le Gonocoque et les Associations microbiennes

**BLENNORRAGIE** aiguë (traitement abortif) ou Chronique et leurs Complications - **AFFECTIONS GYNÉCOLOGIQUES** : Métrites simples ou gonococciques, Vulvite, Vulvo-Vaginites, etc. - **OPHTALMOLOGIE - DERMATOLOGIE**

Injections urétrales, Vaginales, Grands lavages uréthro-vésicaux

**INDOLORE — NON CAUSTIQUE — NE PROVOQUE PAS DE RÉTRÉCISSEMENTS**

Echantillons et Littérature : **LABORATOIRES de l'ANGIOLYMPHE**, 4 bis, rue Hébert, COURBEVOIE



*La Lancette Française*

# GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6<sup>e</sup>. Tél. : Danton 48-31.PUBLICITE : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6<sup>e</sup>) - Téléph. : Littré 54-93.

## PRIX DE L'ABONNEMENT

## FRANCE

3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.

*Etudiants : 25 francs par an.*

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

## ETRANGER

Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.

Tous les autres pays : 75 francs.

## SOMMAIRE

## REVUE GÉNÉRALE

*Physiologie des nerfs oculo-moteurs*, par MM. B. POMMÉ et J. DUGUET.

## SOCIÉTÉS SAVANTES

*Académie de médecine. — Société de Pédiatrie. — Société de Neurologie.*

## INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

*La pérennisation des agrégés.*

## LIVRES NOUVEAUX

## INFORMATIONS

**HÔPITAUX DE PROVINCE. — ORLÉANS. —** Un concours pour la nomination de trois internes provisoires, aura lieu à l'hôpital-hospice d'Orléans, salle de la Bibliothèque, le lundi 9 septembre 1935, à 10 heures.

Pour tous renseignements et pour s'inscrire, s'adresser au directeur de l'hôpital-hospice d'Orléans.

— **TOULOUSE. —** Le concours pour une place de chirurgien des hôpitaux vient de se terminer par la nomination de M. le docteur F.-J. Bertrand.

**FACULTÉS DE MÉDECINE. — TOULOUSE. —** Un emploi d'agrégé de physiologie est déclaré vacant à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Toulouse.

Un délai de vingt jours est accordé aux candidats pour faire valoir leurs titres à dater du 23 juillet 1935.

**CONSEIL SUPÉRIEUR D'HYGIÈNE PUBLIQUE DE FRANCE. —** M. le docteur Aublant, directeur des services départementaux d'hygiène de Seine-et-Oise, a été nommé auditeur au Conseil supérieur d'hygiène publique de France, en remplacement de M. le docteur Briau, nommé membre du Conseil.

**GUERRE (Réserve). —** Sont rayés des cadres et placés dans la position d'officier honoraire :

*Avec le grade de médecin colonel :* MM. Laval et Péchin (de Paris).

*Avec le grade de médecin lieutenant-colonel :* MM. Brisard, Dubois, Terrien (Félix) (de Paris), Lardennois (de Reims) et Zeller (de Massevaux).

*Avec le grade de médecin commandant :* MM. Chauchard Grivot, Raoult-Deslongchamps (de Paris), Decoopman (de Neauphle-le-Château), Duval (de Dunkerque), Lorgnier (de Saint-Omer), Hardouin (de Rennes), Sébilleau (de Nantes), Martin (de Clermont-Ferrand), Mayet (Lucien) (de Lyon), Caillol (de Marcillac).

**INTERNAT DES HÔPITAUX DE TOULOUSE. —** L'Assemblée générale de l'Association des internes et anciens internes des hôpitaux de Toulouse, réunie à Toulouse le 29 juin, a émis, à l'unanimité, les vœux suivants qui ne sont, d'ailleurs, que le rappel de vœux précédemment émis.

1° Suppression de l'anonymat au concours de l'internat.

2° Que le titre d'interne provisoire soit remplacé par celui d'externe en premier, comme cela existe dans d'autres villes de Faculté.

3° Sur la proposition de M. Sorel, l'Assemblée émet le vœu que soit instituée une assurance contre les accidents pouvant survenir aux internes, dans l'exercice de leurs fonctions, et qu'une étude plus approfondie de la question soit faite.

**ASSOCIATION POUR LE DÉVELOPPEMENT DES RELATIONS MÉDICALES (A.D.R.M.). —** Dans la séance du Conseil d'administration du 2 juillet 1935 M. Hartmann a rappelé en termes émus la perte considérable que l'A. D. R. M. vient de faire dans la personne d'un de ses vice-présidents M. Morax. Le docteur Michon a été désigné pour le remplacer à la vice-présidence, le docteur Lenormant entre dans le Conseil d'administration.

M. Soupault expose les conditions de la constitution d'un office français de renseignements à New-York. Le Conseil le charge de servir de lien entre cet Office et l'A.D.R.M.

Lecture d'une lettre de MM. Phocas, Pappas et Porticallis, anciens internes des hôpitaux de Paris, qui regrettent que le nouveau règlement de l'internat fasse des internes étrangers

## NATIBAÏNE

ASSOCIATION DIGITALE NATIVELLE ET OUABAÏNE ARNAUD

LABORATOIRE NATIVELLE, 27, Rue de la Procession, PARIS (XV<sup>e</sup>)

des parents pauvres, ce qui éloignera de Paris des candidats de réelle valeur.

Lecture d'une lettre de notre Consul à la Nouvelle-Orléans annonçant la proposition faite par le docteur Rhéaume d'y réunir en 1938 les membres du Congrès des médecins de langue française de l'Amérique du Nord.

Rapport de M. Glénard sur l'utilité qu'il y aurait de développer en Hollande notre propagande thermo-climatique.

Election de nouveaux membres : MM. Jacobo Benzadon, Harvier, Renato Souza Lopes, Mlle Papaioannou, M. Roudinesco, Mme Roudinesco, M. Terray.

**RÉUNION DES PHTISIOLOGUES DE LA RÉGION DU NORD.** — Au cours d'une assemblée tenue le 7 juillet dernier à la Faculté de médecine de l'Université de Lille, sous la présidence du professeur Jean Minet, a été créée une « Réunion des phtisiologues de la Région du Nord ».

Cette réunion a pour but de grouper, dans le ressort de l'Académie de Lille, les médecins chefs ou assistants de services hospitaliers, d'établissements de cure ou de sanatoria spécialisés dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. Le groupement tiendra chaque année plusieurs séances d'études dans les divers établissements de l'Académie.

Le bureau de la réunion est composé ainsi qu'il suit :

Président : M. le professeur Jean Minet, professeur de phtisiologie à la Faculté de Lille.

Vice-présidents : M. le docteur Lacombe, directeur du sanatorium de Liessies et M. le docteur Lienhardt, directeur du sanatorium d'Helfaut.

Trésorier : M. le docteur Leborgne, directeur du sanatorium de Saily-les-Lannoy.

Secrétaire général : M. le professeur René Legrand, professeur d'hygiène et de thérapeutique à la Faculté de Lille.

Secrétaire des séances : M. le docteur Raymond Swynghedauw, assistant au sanatorium de Saily.

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétaire général, 206, rue Nationale, Lille.

**BOURSES ET ALLOCATIONS DU LADY TATA MEMORIAL TRUST.** — Les administrateurs de la Fondation Lady Tata ont l'honneur d'annoncer que sur la recommandation du Comité scientifique consultatif, ils viennent d'attribuer pour l'année académique 1935-1936 les bourses et allocations ci-après, qui pouvaient être sollicitées par toute personne dûment qualifiée et de quelque nationalité que ce soit, en vue d'effectuer des recherches concernant les maladies du sang et plus spécialement les leucémies.

**Bourses :** Docteur M.C.G. Israels (Manchester), docteur O. Kaalund-Jorgensen (Aarhus).

**Allocations :** Professeur docteur W. Büngeler (Dantzig), docteur J. Engelbreth-Holm (Copenhague), docteur Phil. Karl Hinsberg (Berlin), docteur Ch. Oberling (Paris), professeur Engène Opie (New-York), docteur Lucy Will (Londres).

**AVIS DE CONCOURS.** — Un concours sur titres est ouvert pour la nomination d'un médecin spécialisé chargé du dispensaire antituberculeux d'Oran.

Les conditions de nomination sont celles prévues au règlement-type des dispensaires.

Le titulaire du poste devra renoncer à faire de la clientèle. Le traitement de première année sera de 38.000 fr. avec augmentation de 2.000 fr. tous les deux ans jusqu'à concurrence de 46.000 fr. Il bénéficiera, en outre, du quart colonial s'élevant à environ 9.500 fr., ce qui porte le traitement de début à 47.500 fr.

Les demandes de candidature doivent être adressées, avant le 1<sup>er</sup> septembre 1935, au Comité national de défense contre la tuberculose, 66, boulevard Saint-Michel, Paris (VI<sup>e</sup>).

**NÉCROLOGIE.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le professeur Luis Morquio, le grand pédiatre de Montevideo (Uruguay). Il était associé étranger de l'Académie de médecine.

De M. le docteur Georges Lacapère (à Paris); de M. le docteur Belous, ancien chef de clinique de la Faculté de médecine de Lyon; de M. le docteur Emile Praet (à Dilbeek); de M. le docteur Traversier, professeur à l'Ecole de médecine de Grenoble, médecin des hôpitaux de Grenoble; de M. le docteur Lourmeau, ancien chef de clinique urologique à Bordeaux, membre du comité de rédaction de la *Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux*; de M. le professeur Fonzes Diacon, doyen de la Faculté de pharmacie de Montpellier.

## INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

### LA PÉRENNISATION DES AGRÉGÉS

Le *Temps* signale un arrêt du Conseil d'Etat relatif à la pérennisation. On sait que les agrégés des facultés de médecine sont nommés pour une durée de neuf ans. Toutefois, parmi ces agrégés, ceux qui ne sont pas inscrits à la patente pour l'exercice des professions libérales, c'est-à-dire ceux qui ne font pas de clientèle, sont nommés sans limite de temps, après un stage d'enseignement régulier de deux ans, sur la proposition de la faculté et après avis favorable du comité consultatif de l'enseignement public. C'est ce qu'on appelle la « pérennisation ».

M. Hazard, professeur agrégé à la faculté de médecine de Paris, remplissant toutes les conditions requises, avait été proposé par la faculté en vue d'être « pérennisé ». Mais le ministre de l'éducation nationale, saisi de cette proposition, s'était abstenu de demander l'avis du comité consultatif. Finalement, par décision du 23 décembre 1933, il s'est refusé à accorder le bénéfice de la pérennisation à M. Hazard. Celui-ci s'est pourvu devant le Conseil d'Etat.

La haute assemblée, sur le rapport de M. Roujou et les conclusions du commissaire du gouvernement Parodi, après les observations de M<sup>e</sup> Jolly, a estimé que le ministre avait excédé ses pouvoirs en s'abstenant de demander l'avis obligatoire du comité consultatif. La décision ministérielle a donc été annulée comme prise à la suite d'une procédure incomplète et irrégulière.

ANÉMIES  
DYSPEPSIES  
ANTITOXIQUE



DOSE: 4 à 6  
TABLETTES  
PAR JOUR

BIOXYDE DE MANGANESE COLLOÏDAL SELS MAGNÉSIENS  
Laboratoire SCHMIT, 71 Rue Sainte-Anne, PARIS. 2<sup>e</sup>

**Phosphopinal Juif**  
Reconstituant général, est le Phosphore blanc et que le Oxydant est à l'Arsenic  
Literature et Echantillons: 10, Impasse Niford, Paris (13<sup>e</sup>)

Insomnies  
Toux nerveuse.

**BROMÉINE MONTAGU**



# ANGIOXYL

par son action trophique vasculaire  
et vagotonisante  
CONSTITUE LA MÉDICATION SPÉCIFIQUE

dans

**L'ANGINE DE POITRINE  
L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE  
L'ARTÉRIOSCLÉROSE  
LES ACCIDENTS DE LA MÉNOPAUSE  
LA MALADIE DE BASEDOW  
LA MALADIE DE RAYNAUD  
LES TROUBLES CIRCULATOIRES**

**AMPOULES : 1 à 3 par jour**  
en injection intra-musculaire

**SIROP : 2 à 3 cuill. à dessert par jour**

**AUCUNE CONTRE-INDICATION**



*Echantillons et Littérature*

**Laboratoires du D<sup>r</sup> ROUSSEL  
97, r. de Vaugirard, PARIS-6<sup>e</sup>**

**TÉLÉPHONE : LITRÉ 68-24**

n.c. 18.000

*Roger Dacosta Édil.*

# CONSTIPATION

AUCUNE ACCOUTUMANCE

ACTION RÉGULIÈRE  
ET CONSTANTE

1 à 6 comprimés par jour  
aux repas ou au coucher  
Commencer par deux comprimés

LABORATOIRES  
LOBICA  
46, AVENUE DES TERNES, PARIS



# TAXOL

à base de :

- POUDRE DE MUQUEUSE  
INTESTINALE
- EXTRAIT BILIAIRE
- FERMENTS LACTIQUES
- AGAR-AGAR

Hypertensions  
ET TOUS ÉTATS  
SPASMODIQUES  
DE LA MUSCULATURE  
LISSE

BENZOATE DE BENZYLE



# OLETHYLE-BENZYLE

Le seul en **GÉLULES**  
**CAPSULES**  
**MOLLES**

*Littérature - Échantillons - Posologie.*  
LABORATOIRE CENTRAL DE PARIS  
122, Rue du Faubourg Saint-Honoré, Paris



REVUE GENERALE

## PHYSIOLOGIE DES NERFS OCULO-MOTEURS

PAR MM.

B. POMMÉ,

et

J. DUGUET,

Médecin commandant,  
Professeur agrégé  
du Val-de-Grâce.

Médecin lieutenant,  
Licencié ès sciences.

### I. Physiologie spéciale des nerfs oculo-moteurs. —

A. *Physiologie du nerf moteur oculaire commun* : a) rappel anatomique ; b) action sur la musculature extrinsèque du globe oculaire ; c) action sur la musculature intrinsèque, iris et muscle ciliaire.

B. *Physiologie du nerf pathétique*.

C. *Physiologie du nerf moteur oculaire commun*.

II. *Action des nerfs oculo-moteurs sur les globes oculaires. Etude neuro-physiologique.* — A. *Les mouvements des globes oculaires et leurs associations fonctionnelles*.

B. *Les centres nerveux et leurs voies d'association* : a) les centres périphériques ; b) les centres corticaux ; c) les voies d'association.

C. *Le mécanisme nerveux des fonctions des nerfs oculo-moteurs*.

\* \*

Les muscles des globes oculaires reçoivent leur innervation motrice de trois paires de nerfs craniens : le moteur oculaire commun (III), le pathétique (IV) et le moteur oculaire externe (VI). Mais, à l'inverse de ce qui se produit généralement dans le territoire musculaire des autres nerfs craniens, aucun des muscles innervés par les nerfs oculo-moteurs n'est susceptible, à l'état normal, de fonctionner isolément.

La complexité des mouvements du globe oculaire, les variations incessantes de la direction du regard, la nécessité de la vision binoculaire, exigent la contraction simultanée de plusieurs des muscles oculogyres.

Notre travail comprendra donc deux parties. Nous déterminerons tout d'abord l'action physiologique isolée de chacun des nerfs oculo-moteurs ; en fréquence de leurs paralysies périphériques en montre l'intérêt clinique. Nous étudierons ensuite les mouvements des globes oculaires auxquels concourent les nerfs oculo-moteurs, insistant sur leurs centres périphériques et corticaux et sur leurs connexions. Ce chapitre de neuro-physiologie est indispensable pour la compréhension du mécanisme de l'action des nerfs oculo-moteurs qui nous servira de conclusion.

\* \*

### PHYSIOLOGIE SPECIALE

#### DES NERFS OCULO-MOTEURS

##### I. Physiologie du nerf moteur oculaire commun. —

Constituant avec son homonyme la troisième paire cranienne, chaque moteur oculaire commun est le

nerf moteur principal du globe oculaire homolatéral. Il innerve tous les muscles moteurs de l'œil, à l'exclusion du muscle droit externe qui est sous l'action du nerf moteur oculaire externe et du muscle grand oblique, innervé par le pathétique.

Il représente l'une des voies motrices périphériques de la musculature intrinsèque du globe et participe ainsi à la contraction pupillaire et à l'accommodation.

A. RAPPEL ANATOMIQUE. — Le nerf moteur oculaire commun naît au niveau de l'espace interpédonculaire, entre la protubérance annulaire et les tubercules mammillaires, par dix à quinze filets.

Après un court trajet intracranien, dans la paroi externe du sinus caverneux, il se divise en ses deux branches terminales qui pénètrent dans l'orbite par la partie la plus large de la fente sphénoïdale. Sa branche supérieure se distribue aux muscles droit supérieur et releveur de la paupière supérieure. Sa branche inférieure est destinée aux muscles droit interne, droit inférieur et petit oblique. Le rameau du petit oblique donne également la grosse racine du ganglion ophtalmique.

Dans son trajet intracranien, le III reçoit une anastomose sympathique du plexus carotidien et un rameau sensitif du nerf ophtalmique, branche du trijumeau (Sommering et Valentin). Pratiquement, le moteur oculaire commun est un nerf exclusivement moteur et si, chez l'animal, l'excitation du nerf provoque des manifestations de douleur, elles doivent être rapportées à une sensibilité d'emprunt apportée par l'anastomose du nerf ophtalmique (Longet). Ces manifestations douloureuses n'existent pas lorsque le nerf est excité au niveau de son origine apparente. Pour Jacobowitsch et Owsjannikoff, l'anastomose de l'ophtalmique constituerait la voie centripète de la sensibilité profonde des muscles innervés par le moteur oculaire commun.

La racine que donne au ganglion ophtalmique le rameau du petit oblique forme la voie centrifuge des fibres irido-constrictrices et accommodatrices qui cheminent avec le III.

Nous étudierons successivement l'action du nerf moteur oculaire commun sur la musculature extrinsèque du globe, c'est-à-dire sur les muscles oculogyres, et sur la musculature lisse intrinsèque, iris et muscle ciliaire.

B. ACTION SUR LA MUSCULATURE EXTRINSÈQUE DU GLOBE. — L'excitation électrique du moteur oculaire commun, au niveau de son origine apparente, provoque, outre un resserrement pupillaire et une contraction du muscle ciliaire, la contraction des muscles droit supérieur, droit interne, droit inférieur et petit oblique, et le relèvement de la paupière supérieure. L'excitation isolée des rameaux destinés à l'innervation de chacun de ces muscles a permis de préciser leur action sur le globe. Elle se trouve schématisée dans la figure 1, empruntée à l'excellent travail de Sauvinau, et dans le tableau où nous avons résumé les fonctions des muscles oculaires.

La section complète du moteur oculaire commun, ou sa paralysie, donne au malade une attitude carac-

téristique. L'atteinte du releveur de la paupière supérieure fait apparaître le *ptosis*, chute de la paupière supérieure qui ne peut se relever spontanément. Elle n'oppose aucune résistance lorsqu'on la soulève avec le doigt et retombe lentement. Mais elle a conservé son occlusion volontaire énergique, l'orbiculaire des paupières, innervé par le facial, étant intact.

La paupière relevée, l'œil apparaît en strabisme externe. La cornée est dirigée en dehors et légèrement vers le haut, du fait de la tonicité des muscles droit externe et grand oblique désormais prédominants. L'adduction du globe est impossible. L'œil, immobile, n'a conservé que quelques mouvements dans le regard en dehors. Ce strabisme paralytique divergent entraîne une diplopie croisée et verticale, augmentant lorsque le regard se porte vers le côté sain.

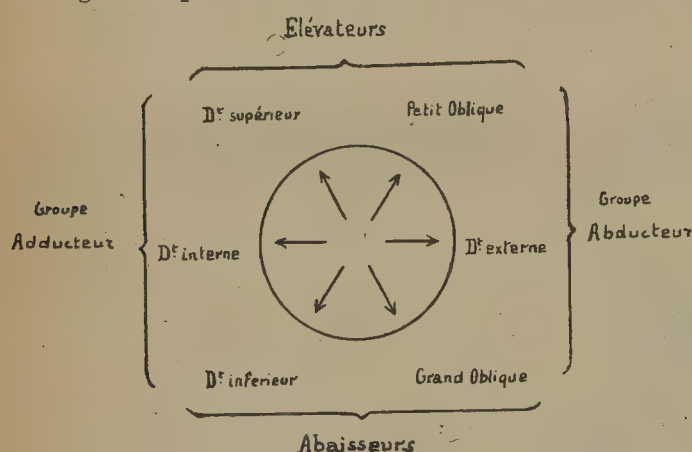


FIG. 1. — Les mouvements des muscles oculaires (d'après Sauvinau)

MUSCLE	FONCTION	PARALYSIE
Droit interne.....	Adducteur.	Strabisme divergent. Diplopie croisée, augmentant dans le regard vers le côté sain.
Droit supérieur...	Porte la cornée en haut et en dedans.	Diplopie verticale, croisée, augmentant dans l'élévation du regard.
Droit inférieur....	Porte la cornée en bas et en dedans.	Diplopie verticale, croisée, augmentant dans l'abaissement du regard.
Droit externe.....	Abducteur.	Strabisme convergent. Diplopie homonyme, s'exagérant dans le regard vers le côté paralysé.
Grand oblique.....	Abaisseur et légèrement abducteur du globe.	Strabisme interne léger. Diplopie verticale homonyme s'exagérant lors de l'inclinaison de la tête sur l'épaule du côté paralysé.
Petit oblique.....	Élévateur et légèrement abducteur du globe.	Diplopie verticale, tantôt homonyme, tantôt croisée, s'exagérant lors de l'inclinaison de la tête sur l'épaule du côté sain.

À côté de la paralysie totale du moteur oculaire commun, due en général à une lésion périphérique, il n'est pas rare d'observer des paralysies partielles lésant un seul muscle. Le releveur de la paupière supérieure (*ptosis*) et le muscle droit interne (strabisme divergent) sont les plus fréquemment atteints. La déviation oculaire est souvent peu marquée dans ces

paralysies partielles, dues à des lésions nucléaires, et c'est l'analyse de la diplopie qui permet de reconnaître le muscle déficient.

En résumé, le moteur oculaire commun est le seul nerf élévateur de la paupière supérieure. Il préside à l'élévation du globe (muscle droit supérieur), à son abaissement (muscle droit inférieur) et à sa rotation interne (droit interne).

C. ACTION SUR LA MUSCULATURE INTRINSÈQUE DE L'ŒIL. — Le nerf moteur oculaire commun participe à l'innervation de l'iris et du muscle ciliaire. Nous avons vu que son excitation faisait apparaître du myosis et une contraction du muscle accommodateur.

1. Action du moteur oculaire commun sur l'iris. — Herbert Mayo (1823) avait observé que l'excitation du III déterminait une contraction pupillaire. Claude Bernard, Longet, n'obtinrent aucun effet pupillaire en excitant le tronc du III, mais observèrent un myosis maximum lors de l'excitation des nerfs ciliaires courts. Ils en conclurent que les fibres irido-constrictrices du moteur oculaire commun ne devenaient « actives » que par leur passage dans le ganglion ophtalmique.

Langley, Anderson, reprenant ces expériences, ont montré que l'excitation du III, chez l'animal, fait apparaître sans aucun doute un resserrement pupillaire. Sa section provoque une mydriase incomplète : du côté lésé, la pupille ne réagit plus à la lumière ni à l'accommodation, mais conserve sa dilatation réflexe à la douleur et reste active à l'action des myotiques et des mydriatiques. C'est ce que Lafon a appelé « un état de contraction indifférente ».

Des fibres irido-constrictives cheminent donc dans le tronc du moteur oculaire commun. Venues de la région pédonculaire supérieure, où l'on a cru devoir placer le centre photo-moteur de l'iris au-dessus des noyaux du III, au voisinage du troisième ventricule, elles accompagnent ce nerf jusqu'au ganglion ophtalmique où elles s'articulent avec les cellules ganglionnaires multipolaires. Du ganglion ophtalmique, l'influx nerveux centrifuge est transmis à l'iris par les nerfs ciliaires courts (fig. 2).

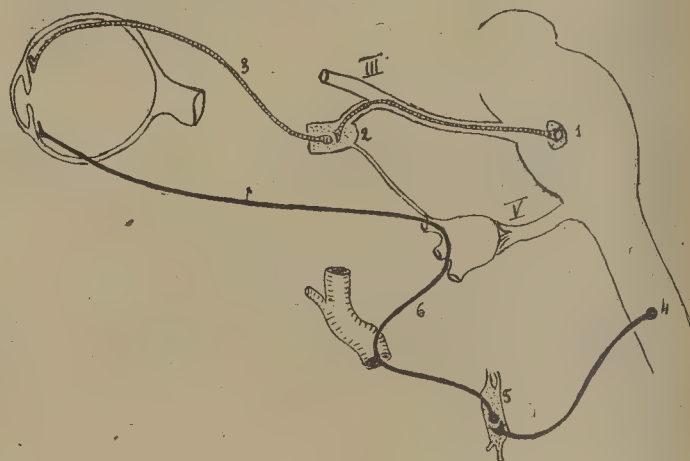


FIG. 2. — La voie irido-constrictrice du moteur oculaire commun (Schématique). — III. Nerf moteur oculaire commun ; 1. Noyau photo-moteur ; 2. ganglion ciliaire ; 3. nerf ciliaire court ; 4. cellule cilio-spinale ; 5. ganglion cervical supérieur ; 6. anastomose carotido-gassérienne ; 7. nerf ciliaire long. En noir, la voie irido-dilatatrice sympathique. En pointillé, la voie irido-constrictrice.



La section du moteur oculaire commun à son émergence interpédonculaire est suivie d'une dégénérescence des fibres irido-constrictives jusqu'au ganglion qui demeure intact (Apolant). Au contraire, l'extirpation de l'iris (Bach, Schwabe) ou l'arrachement des nerfs ciliaires courts (Marina, Jegorow) détermine une dégénérescence rétrograde du neurone périphérique et l'atrophie des cellules ganglionnaires. Mais on ne trouve aucune fibre dégénérée dans le tronc du III ou dans ses noyaux.

Les fibres irido-constrictives venues par la voie du moteur oculaire commun ne font que transmettre au ganglion ophtalmique les excitations provenant des centres supérieurs. Le ganglion ophtalmique est non seulement un relais, mais encore un centre autonome qui préside à la contraction pupillaire. Son excitation électrique provoque une contraction pupillaire plus intense que celle obtenue par l'excitation du III. Cet effet se produit encore quelques heures après la mort, alors que l'excitation du moteur oculaire commun n'a déjà plus d'action sur l'iris (Langendorff).

La destruction du ganglion ophtalmique détermine une iridoplagie totale. La pupille, en état de dilatation maximale, ne réagit plus à la douleur ni aux excitants chimiques, myotiques ou mydriatiques.

Toutefois, les travaux de Langley ont montré que le ganglion ophtalmique n'était pas susceptible de fonctionner comme un centre réflexe, différant ainsi des ganglions sympathiques. Il se borne à recevoir les ordres qui lui sont transmis des centres supérieurs par les fibres du III. Il est probable que toutes les excitations corticales réflexes empruntent la voie du moteur oculaire commun pour parvenir à l'iris. En effet, la destruction de la voie irido-dilatatrice, venue du centre cilio-spinal de Budge, entraîne un myosis moyen, par prédominance de la voie irido-constrictive, mais laisse subsister tous les réflexes pupillaires.

2. *L'accommodation.* — L'accommodation est un acte involontaire réflexe qui a son origine sur la rétine et est transmis au noyau accommodateur par les centres optiques. Il a pour but de modifier la convergence du dioptré optique de façon à ce que l'image d'objets lumineux placés à des distances variables coïncident toujours avec la surface rétinienne.

Cramer, Helmholtz, s'appuyant sur les observations de Sanson et de Purkinje, ont attribué l'accommodation à une modification de courbure de la face antérieure du cristallin. Les recherches de Brücke, de Bowman, de Rouget et Sée, ont montré que ces changements de forme du cristallin étaient dus à l'action d'un petit muscle : le tenseur de la choroïde de Brücke, le muscle ciliaire de Bowman. Ce muscle, en se contractant, relâche la zonule et fait bomber la face antérieure du cristallin, accommodant ainsi pour les objets rapprochés. Son relâchement produit le phénomène inverse et accommode pour la vision des objets éloignés. Tscherning et Pfluck admettent au contraire que l'accommodation est due à la tension des fibres radiées qui tirent la zonule excentriquement et déterminent un lenticône de la face antérieure du cristallin avec aplatissement de sa périphérie. Quel

que soit le mécanisme admis, relâchement (Helmholtz) ou tension des fibres zonulaires (Tscherning), l'accommodation est donc une action musculaire ayant pour point de départ la contraction du muscle ciliaire. Elle est simultanée pour les deux yeux. Lorsqu'un œil accommode pour une distance donnée, l'autre œil accommode de façon identique, même s'il ne reçoit pas de rayons lumineux.

L'innervation du muscle ciliaire s'effectue par des fibres cheminant dans le tronc du moteur oculaire commun. L'excitation du III à l'intérieur du crâne produit une exagération de courbure de la lentille cristallinienne (Trantwater). La section de ce nerf provoque une paralysie de l'accommodation se traduisant cliniquement par la perte de la vision distincte des objets rapprochés, les objets éloignés restant vus avec netteté.

Comme les fibres pupillaires qui cheminent dans le tronc de l'oculo-moteur commun, les fibres accommodatrices proviennent d'un noyau para-sympathique protubérantiel situé au voisinage des noyaux du III. Elles se rendent au ganglion ophtalmique et s'articulent avec les cellules ganglionnaires. L'influx accommodateur est transmis au muscle ciliaire par les nerfs ciliaires courts. Volkers et Hensen ont excité, chez le chien, les nerfs ciliaires courts, excisant l'iris pour rendre plus accessible à l'observation la face antérieure du cristallin. Ils ont observé une augmentation de courbure du cristallin. La destruction du ganglion ciliaire détermine une paralysie complète du muscle ciliaire.

Il est à signaler que l'accommodation pour la vision des objets éloignés est également sous la dépendance du sympathique cervical. (Morat et Doyon, Jaboulay, Bard.) Mais l'absence du muscle antagoniste du muscle ciliaire conduit à admettre que le sympathique provoque le relâchement du muscle ciliaire en neutralisant les excitations venues du centre accommodateur. Cette action inhibitrice s'exerce sans doute dans les cellules ganglionnaires des plexus ciliaires, comme l'ont avancé Morat et Doyon.

II. *Physiologie du nerf pathétique.* — Le pathétique, quatrième nerf crânien, apparaît par une ou plusieurs racines à la face dorsale de l'isthme de l'encéphale, en arrière des tubercules quadrijumeaux postérieurs, de chaque côté de la valvule de Vieussens. C'est le plus grêle des nerfs crâniens.

Après avoir contourné la protubérance, il atteint la partie toute postérieure de la face supérieure du sinus caverneux et chemine dans sa paroi externe. Il pénètre dans l'orbite par la partie supéro-interne de la fente sphénoïdale et vient innervier le muscle grand oblique. Il reçoit quelques anastomoses sympathiques du plexus carotidien et deux rameaux du nerf ophtalmique. Il abandonne au niveau de la paroi externe du sinus caverneux quelques filets dure-mériens dont l'un, destiné à la tente du cervelet, est l'accessoire du nerf récurrent d'Arnold.

Le pathétique est un nerf exclusivement moteur à son origine. Son action sur le muscle grand oblique, abaisseur et légèrement abducteur du globe, déplace la cornée en bas et en dehors et incline en dedans la



partie supérieure du méridien vertical. La paralysie isolée du pathétique est très rare. Elle est difficile à mettre en évidence lorsqu'elle s'associe à la paralysie des nerfs craniens voisins. Elle est caractérisée par une limitation de l'abaissement de la cornée et une déviation légère du globe vers le haut qui font apparaître une diplopie verticale homonyme s'exagérant dans l'abaissement du regard. Le malade s'efforce de compenser sa diplopie pendant la fixation du regard en inclinant la tête vers le côté sain (1).

### III. Physiologie du nerf moteur oculaire externe. —

Le nerf moteur oculaire externe, *abducens* des anatomistes anglais et allemands, naît par six à huit filets très minces à la face antérieure du bulbe, au niveau du sillon bulbo-protubérantiel. Il se porte en avant, perfore la dure-mère au niveau de la surface basilaire, croise la pointe du rocher et pénètre à l'intérieur du sinus caverneux. Il s'engage dans l'orbite au travers de l'anneau de Zinn et vient s'appliquer à la face profonde du muscle droit externe auquel il se distribue. Comme le moteur oculaire commun et le pathétique, il reçoit dans son trajet intracranien quelques filets du sympathique carotidien et de l'ophthalmique.

Par son action sur le muscle droit externe, le VI est abducteur du globe. Son excitation à l'intérieur du crâne porte la cornée en dehors, dans un plan horizontal. Pratiquement, le muscle droit externe ne se contracte jamais seul, mais toujours synergiquement avec le muscle droit interne du côté opposé, contribuant ainsi à l'orientation latérale du regard.

La paralysie isolée du moteur oculaire externe fait apparaître une déviation du globe en dedans, du fait de la tonicité du muscle droit interne antagoniste. L'abduction du globe est abolie. Ce strabisme convergent détermine une diplopie horizontale homonyme s'exagérant dans le regard en dehors, vers le côté paralysé, et que le malade s'efforce de compenser par une rotation constante de la tête vers le côté lésé.

## ACTION DES NERFS OCULO-MOTEURS SUR LES GLOBES OCULAIRES (Etude neuro-physiologique.)

L'œil est un globe sphérique maintenu en avant par les paupières et en arrière par un plan aponévrotique. Il ne peut que rouler, en quelque sorte, dans cette capsule solidement amarrée au pourtour osseux de l'orbite. Tous les mouvements du globe sont donc des mouvements de rotation qui se passent autour d'un centre situé à dix millimètres environ de la rétine et sur trois axes fictifs : axes horizontal, vertical et antéro-postérieur.

Ces mouvements de rotation sont dus au jeu simultané ou successif de plusieurs des muscles oculogyres insérés, d'une part, sur l'anneau de Zinn et les parois

de l'orbite, d'autre part sur la face externe de la sclérotique. L'association des contractions des différents muscles permet d'orienter la cornée dans toutes les directions et d'obtenir la projection sur la rétine en incidence normale des faisceaux lumineux qui doivent l'impressionner.

D'autre part, à l'état physiologique, les deux globes sont absolument solidaires l'un de l'autre. Tout mouvement d'un œil s'accompagne d'un mouvement simultané et identique de l'œil opposé, destiné à maintenir le parallélisme des axes visuels indispensable pour la vision binoculaire.

On ne saurait donc étudier successivement la place de chacun des nerfs oculo-moteurs dans la fonction motrice du globe. Ils agissent ensemble pour une action commune. Le moteur oculaire externe combine son action avec celle du moteur oculaire commun dans les mouvements associés autour de l'axe vertical. Ce dernier agit avec le pathétique dans les mouvements associés autour de l'axe antéro-postérieur et intervient seul dans les mouvements symétriques d'élévation ou d'abaissement du regard.

La motilité des globes oculaires, comme celle de la face et des membres, est volontaire et réflexe. A chaque mouvement correspond un centre supérieur et des connexions particulières avec les noyaux protubérantiels des nerfs oculo-moteurs. Ces derniers ne représentent, au point de vue physiologique, que les voies de conduction périphérique des influx nerveux venus des centres supérieurs. Ils n'ont pour eux-mêmes aucune représentation corticale distincte et isolée comme le montrent les expériences de Marina. Si on transplante, sur un singe, le tendon du muscle grand oblique ou celui du muscle droit externe à la place du tendon du muscle droit interne, les changeant réciproquement de place, et qu'on attende suffisamment de temps pour que les mouvements oculaires se manifestent à nouveau, on constate que l'adduction du globe redevient possible.

On doit donc substituer à l'action du nerf périphérique la notion de fonction corticale. « Les mouvements qui se produisent en vue des différentes fonctions du regard sont donc les seuls que doive, en fin de compte, envisager la physiologie. » (Parinaud.) L'étude anatomo-clinique des paralysies des mouvements des globes oculaires confirme l'exactitude de cette conception.

Après avoir brièvement rappelé les différents mouvements des globes oculaires et leurs principales associations fonctionnelles, nous préciserons les localisations des centres nerveux périphériques et corticaux de ces mouvements et leurs voies d'association. Nous terminerons par la description du mécanisme nerveux des fonctions des nerfs oculogyres.

I. Les mouvements des globes oculaires et leurs associations fonctionnelles. — Les mouvements associés des globes oculaires s'accomplissent normalement dans toutes les directions du regard. On les divise (Parinaud) en mouvements de direction et en mouvements associés de convergence. Il faut leur ajouter les mouvements associés du globe et de la paupière supérieure et les mouvements compensateurs en rap-

(1) HOFFMANN et BIELCHOWSKI ont montré que l'on pouvait déterminer, en clinique, le côté paralysé en faisant incliner la tête à droite, puis à gauche. Par rotation compensatrice du globe, la diplopie s'atténue lorsque le malade incline la tête sur l'épaule du côté sain.



port avec la position de la tête ou du corps dans l'espace.

A. LES MOUVEMENTS ASSOCIÉS DE DIRECTION DU REGARD. — Ces mouvements ont pour but de diriger le regard en haut, en bas, à gauche, ou à droite, sans modifier sensiblement l'état de parallélisme ou le degré de convergence des axes visuels nécessaire pour l'exercice de la vision binoculaire. Ce sont les mouvements de verticalité (abaissement et élévation du regard), de latéralité (droite et gauche), d'obliquité et de rotation.

B. LES MOUVEMENTS ASSOCIÉS DE CONVERGENCE. — Ils apparaissent lors de la vision des objets rapprochés et déterminent entre les axes visuels la valeur de l'angle qui les fait se croiser sur l'objet regardé. Si l'objet est mobile et se rapproche, les axes convergent de plus en plus.

Ces mouvements sont obtenus par une contraction égale des muscles droits internes lorsque l'objet se trouve placé sur un plan médian (convergence essentielle), par une contraction du droit externe d'un côté et du droit interne de l'autre côté si l'objet est latéral (convergence asymétrique).

Lorsque l'objet occupe un plan horizontal plus élevé ou plus bas que le plan des axes horizontaux du regard, tout le groupe des muscles adducteurs entre en jeu.

A la convergence s'associent une contraction pupillaire et un mouvement d'accommodation du cristallin qui témoignent du synchronisme fonctionnel du sphincter pupillaire et du muscle ciliaire.

C. LES MOUVEMENTS ASSOCIÉS DU GLOBE ET DE LA PAUPIÈRE SUPÉRIEURE. — Il se produit normalement lors de l'occlusion palpébrale une élévation vers le haut et une rotation légère en dehors du globe oculaire. Elle devient apparente, en clinique, lorsqu'une paralysie faciale supprime la contraction de l'orbiculaire et détruit cette synergie fonctionnelle (phénomène de Ch. Bell). Pendant le sommeil, les globes divergent et se portent vers le haut.

Inversement, à l'abaissement du regard s'associe un abaissement palpébral. On voit disparaître dans le goitre exophtalmique le synchronisme entre l'abaissement des globes et l'abaissement du bord libre des paupières supérieures (signe de De Graefe).

D. LES MOUVEMENTS COMPENSATEURS EN RAPPORT AVEC LA POSITION DE LA TÊTE DANS L'ESPACE. — Lorsque le corps abandonne la position verticale normale, dans l'espace, il se produit des mouvements compensateurs de rotation des globes oculaires autour de leur axe antéro-postérieur, mouvements qui tendent à maintenir l'axe du regard dans une direction constante. Ils sont en rapport avec les impressions reçues par l'appareil de l'équilibration et de la statique et disparaissent après la destruction des deux labyrinthes.

On observe également ces mouvements dans la flexion, l'extension, l'inclinaison latérale ou la rotation de la tête. Ils sont alors liés à des excitations dues à la sensibilité profonde des muscles de la nuque et

du cou, au sens musculaire (Magnus et de Klejn, Fleisch). Leur disparition se manifeste cliniquement par la déviation conjuguée de la tête et des yeux, déviation réflexe qui peut cesser sous l'influence de la volonté.

Enfin, ces mouvements sont en rapport avec les impressions rétinienne dues à la fixation du regard, car l'inclinaison latérale de la tête, les paupières étant closes, ne fait pas apparaître de mouvements compensateurs spontanés.

Mais nous n'avons envisagé jusqu'à présent les mouvements des globes oculaires que comme le résultat de la contraction d'un ou plusieurs des muscles du globe. En réalité, ces mouvements sont plus complexes. Pour exécuter un mouvement, il faut une contraction simultanée du muscle intéressé ou muscle agoniste et une inhibition du muscle antagoniste. Cette réaction d'inhibition, qui est une loi de physiologie générale, a été découverte par Sherrington sur les muscles du globe oculaire. Elle constitue une action régulatrice continue d'origine corticale et il paraît admis que les voies nerveuses inhibitrices sont distinctes des voies motrices. La connaissance de cette action antagoniste donne une explication satisfaisante de certains troubles toniques des mouvements associés des yeux tels que le nystagmus, défini par Dejerine « un véritable tremblement associé des globes oculaires », les contractures ou spasmes des muscles oculaires et l'ataxie oculo-motrice.

(A suivre.)

## SOCIÉTÉS SAVANTES

### ACADEMIE DE MEDECINE

(SÉANCE DU 23 JUILLET 1935)

M. le PRÉSIDENT fait part du décès de M. le professeur Luis Morquio (de Montevideo), associé étranger.

Notice. — M. JEANNIN donne lecture d'une notice nécrologique sur M. Alexandre Guéniot.

Culture du gonocoque. — MM. A. et R. SARTORY, J. MEYER et Mme B. SAUTER, dans leurs expériences sur la culture du gonocoque, ont montré que le sang des blennorragiques renferme des facteurs accessoires activant spécifiquement la croissance de ces microorganismes ; ces facteurs sont liés à l'hémoglobine, se détruisent par la chaleur et agissent même très fortement dilués.

D'autre part, les auteurs, en cultivant le gonocoque sur jus de broyage de *Mucor Koji*, de *Mucor spinosus* et de *Schizosaccharomyces hominis*, ont mis en évidence, dans les filtrats de ces champignons, la présence de facteurs activant la croissance de la bactérie ; ces substances ne doivent pas être assimilées aux vitamines ; elles sont différentes des facteurs accessoires du sang. Il paraît exister une spécificité entre certains organismes cryptogamiques et certaines bactéries car l'*Aspergillus fumigatus* activant la croissance du bacille de Koch et du bacille de Hansen (Vaudremer et Mlle Brun) reste sans action sur le gonocoque ; inversement le *Mucor spinosus* par exemple stimule la croissance du gonocoque et reste sans action sur le bacille de Koch.

**Un nouvel antithermique.** — M. le professeur Em. PERROT fait connaître à l'Académie les résultats des recherches faites par deux de ses élèves, MM. RAYMOND-HAMET et COLAS, sur une drogue péruvienne encore inconnue en Europe, le Chuchuara. Cette drogue contient un alcaloïde nouveau qui — bien que très peu toxique — produit chez l'animal un abaissement considérable de la température.

**Natalité et mortalité comparées dans quelques pays européens.** — M. MOINE. On n'a pas oublié les communications de M. Roubakine et celles de MM. Charles Richet et Rist sur ce sujet.

M. Moine apporte aujourd'hui un certain nombre de statistiques. Citons en particulier celle relative à la mortalité.

Pour 10.000 habitants, la mortalité en France est de 149, en Allemagne de 165, en Italie de 156, en Angleterre de 127, en Espagne de 226, en Belgique de 141, en Suisse de 138.

La France n'est donc pas si mal placée au point de vue de la mortalité qu'on a bien voulu le dire... La question n'en reste pas moins angoissante au point de vue de la natalité.

M. Moine estime que « pour maintenir un potentiel démographique, deux problèmes se présentent et sont étroitement liés :

a) Augmenter la natalité pour diminuer dans un avenir prochain la mortalité générale ;

b) Lutter contre la mortalité précoce pour conserver la vie des jeunes existences qui deviendront des procréateurs ».

**La tuberculose parmi les étudiants en médecine d'Oslo et sa prévention par la vaccination au B. C. G.** — M. GUÉRIN présente un travail du docteur Scheel, d'Oslo, dans lequel ce dernier montre que, sur plus d'un millier d'étudiants en médecine appelés à séjourner dans les hôpitaux où l'on soigne des tuberculeux, la proportion des sujets qui deviennent allergiques au cours de cette période, passe de 54 pour cent à 72 pour cent. La morbidité tuberculeuse chez ces étudiants est double de celle chez les sujets de même âge exerçant d'autres professions.

Les jeunes gens qui présentent des cuti-réactions négatives avant leur séjour dans les salles de tuberculeux, accusent une morbidité tuberculeuse triple de celle constatée chez les allergiques.

Chez ceux qui sont vaccinés par le B. C. G., la morbidité tuberculeuse est plus de moitié moindre que celle présentée par les non-vaccinés.

**L'épreuve à la santonine comme procédé d'exploration fonctionnelle du foie.** — MM. CARRIÈRE, MARTIN et DUFOSSÉ ont pratiqué chez 31 sujets l'épreuve à la santonine décrite par Akil-Moukhtar et Mlle Kadidgé Djévat, comme procédé d'exploration de la fonction antitoxique du foie.

Parmi les 31 sujets étudiés, 16 se trouvent exempts, autant qu'il est possible de l'affirmer, de toute tare hépatique.

Bien qu'il soit difficile de juger d'une manière définitive la méthode d'après ces quelques observations, les auteurs croient du moins devoir signaler la sensibilité excessive de la réaction qui donne des courbes franchement anormales chez des sujets indemnes de toute tare hépatique.

Après avoir signalé quelques cas paradoxaux et soulevé quelques objections, les auteurs estiment qu'ils ne disposent pas encore d'un nombre suffisant de cas pour juger de la valeur de cette méthode. Ils l'ont modifiée en employant la santonine par voie intraveineuse (solution à 1 p. 1000 dans de l'alcool à 30°). Ainsi se trouvent supprimées les causes d'erreur imputables à l'absorption imparfaite de la santonine.

## SOCIÉTÉ DE PÉDIATRIE

(SÉANCE DU 18 JUIN 1935)

**Sur un cas de maladie ostéogénique avec exostoses multiples.** — MM. LEREBoullet, BAIZE et WILLOT rapportent, à l'occasion des cas récents, l'observation d'un garçon de 11 ans, porteur d'exostoses nombreuses et volumineuses qu'ils ont retrouvées par la clinique et la radiographie sur tous les os, sauf le crâne et le rachis. Ils insistent sur la déformation énorme des fémurs et des humérus, sur l'étendue et les caractères radiologiques de la prolifération osseuse, qui différencient cette maladie ostéogénique des exostoses de croissance. La biopsie leur a enfin montré partout du tissu osseux évolué, sans qu'on puisse soulever en aucun point l'hypothèse de la transformation chondromateuse des exostoses.

**Eczéma du nourrisson très amélioré par l'extrait splénique en ingestion.** — M. P. DELTHIL présente un nourrisson d'un an atteint depuis l'âge de deux mois d'un eczéma suintant avec croûtes très épaisses de la face, du cou et du cuir chevelu. Tous les traitements successivement essayés échouèrent, sauf l'administration par voie buccale d'extraits spléniques. Cette médication inoffensive fit disparaître presque complètement l'eczéma en moins de quinze jours.

**A propos du traitement de l'hypospadias.** — M. LEVEUF présente un enfant opéré avec un résultat très satisfaisant d'un hypospadias, ayant suivi une technique particulière dont le temps capital consiste en un accolement temporaire du pénis au scrotum.

**Un cas d'exstrophie vésicale opérée.** — MM. LEVEUF et GODARD présentent un enfant opéré d'exstrophie vésicale, avec un résultat très satisfaisant.

**Asphyxie pharyngée chez une enfant basedowienne de quatre ans.** — MM. LEROUX et WELTI ont vu apparaître et se développer si rapidement, au cours d'une amygdalite aiguë, des phénomènes asphyxiques, qu'ils ont songé à un croup et se sont préparés à une intervention laryngée pour parer aux accidents menaçants. La laryngoscopie directe avec une spatule permit de s'assurer de l'intégrité du larynx et rétablit momentanément la respiration. On put alors voir que la cause de l'asphyxie était due au blocage pharyngé par les amygdales hypertrophiées venues au contact de la base de la langue et à la glossoptose. On remplaça alors la spatule par un tube de Mayo qui resta à demeure toute la nuit et dut être remis les deux nuits suivantes pour éviter la reprise des phénomènes asphyxiques jusqu'à la rétrocession de l'amygdalite, qui survint le troisième jour.

La chute de la langue, qui est un phénomène fréquent au cours des anesthésies générales, peut ainsi aggraver, en jouant le rôle de soupape expiratrice, la dyspnée pharyngée, par blocage des amygdales aiguës de l'enfance. Le traitement de cet accident est le *tubage pharyngien continu* par le tube de Mayo.

**Un cas de méningite hérédosyphilitique subaiguë de l'enfant.** — MM. DEBRÉ, MARIE et Mme BERNARD-PICHON ont observé chez un enfant de six mois, sans antécédents notables, un syndrome méningé fébrile avec splénomégalie simulant la méningite tuberculeuse. Ce diagnostic paraissait s'imposer bien que toutes les réactions à la tuberculine fussent négatives et que la lymphocytose, atteignant 1.040 éléments, fut anormalement importante ; mais l'enquête familiale révéla que la mère avait eu une réaction de Wassermann positive dans le sang durant sa grossesse.

Les réactions sérologiques de la syphilis furent alors pratiquées sur le sang et le liquide céphalo-rachidien de l'en-



fant et trouvées positives. On institua à ce moment un traitement spécifique intensif, qui amena au bout de trois mois la guérison, tout en laissant persister un gros déficit psycho-moteur.

La méningite subaiguë hérédosyphilitique existe de façon indéniable, bien qu'elle soit très rare, et si la tradition d'instituer un traitement par les frictions mercurielles est parfaitement justifiée en présence de tout syndrome méningé simulant la méningite tuberculeuse et ne faisant pas sa preuve bactériologique, il paraît nécessaire d'instituer un traitement plus actif toutes les fois que l'hérédosyphilis peut être incriminée de façon certaine.

M. COFFIN rapporte à ce propos l'observation d'une méningite puriforme aseptique survenue chez un enfant de 18 mois, dont la nature syphilitique fut prouvée par une réaction de Meinicke partiellement positive dans le liquide céphalo-rachidien et par la rapide action d'un traitement spécifique.

**A propos du traitement du kala-azar.** — MM. LESNÉ, LAUNAY et LOISEL ont eu l'occasion d'essayer divers sels d'antimoine chez un enfant atteint de kala-azar, et soulignent l'efficacité remarquable de l'uréastibamine. Seul ce produit fit tomber en deux jours une fièvre qui datait de six mois et fit disparaître une formolgelification constamment présente aux examens antérieurs.

**Maladie hémolytique familiale.** — MM. LESNÉ, LAUNAY et HUREZ rapportent l'observation d'une famille dont trois membres présentaient des stigmates d'hémolyse : ictère hémolytique franc avec coliques hépatiques et fragilité globulaire importante chez la mère ; splénomégalie avec anémie, subictère discret et très légère fragilité globulaire chez le fils ; splénomégalie presque isolée chez la fille, qui présentait seulement une anémie discrète et des iso-hémolysines dans son sérum.

Soulignant à nouveau l'intérêt doctrinal de tels faits, les auteurs insistent sur leur intérêt pratique et sur l'utilité qu'il y a, devant une anémie ou une splénomégalie infantiles, à faire porter l'examen sur les parents et les collatéraux.

## SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

(SÉANCE DU 6 JUIN 1935)

**Les pulsions post-rotatoires.** — M. BARRÉ (de Strasbourg) discute les interprétations apportées par M. Delmas-Marsallet à la séance d'avril au sujet des expériences relatées par M. Barré à la séance de mars. Il apporte de nouveaux faits qui plaident contre le rôle des lésions frontales dans les anomalies des pulsions post-rotatoires.

**Embolie gazeuse consécutive à une insufflation pleurale. Ramollissement cérébral étendu.** — MM. P. AMEUILLE, J. LHERMITTE et KUDELSKI rapportent l'observation anatomoclinique d'une femme de trente-quatre ans, qui, au cours d'une insufflation discrète, est atteinte de crises convulsives suivies de coma et d'hémiplégie gauche.

La température s'élève d'emblée à 40°, des escarres apparaissent, et la mort survient au troisième jour.

L'étude du cerveau sur coupes sériées montre un ramollissement hémorragique très important de l'hémisphère droit. Le territoire ramolli ne correspond pas à l'aire d'irrigation d'une artère cérébrale, mais comprend des régions dont la vascularisation dépend en partie de la sylvienne, et en partie de la cérébrale antérieure.

Si l'hémiplégie et les convulsions, qui sont déclenchées parfois par l'insufflation pleurale, sont bien sous la dépendance d'une embolie aérienne et non pas liées à un soi-

disant réflexe pleural, il faut reconnaître que l'embolie gazeuse agit différemment de l'embolie solide, et que dans la pathogénie du ramollissement cérébral secondaire interviennent des perturbations vaso-motrices considérables.

MM. CL. VINGENT, BAUDOUIN, André THOMAS rapportent des faits qui montrent que, dans certains cas, des chutes de pression artérielle, des spasmes artériels et des hémiplégies peuvent être liés à des phénomènes réflexes.

**Myélocéphalite subaiguë avec lésions olivaires cavitaires.** — MM. LESNÉ, LHERMITTE, G. LAUNAY et LOISEL ont vu, chez un enfant de huit ans, se développer un syndrome complexe avec crises convulsives, respiration périodique, albuminurie, glycosurie, hyperglycémie, hyperazotémie et terminaison mortelle au quatrième jour. Le liquide céphalo-rachidien contenait plus d'un gramme d'albumine sans leucocytes.

L'étude histologique décèle des lésions bulbaires très curieuses et caractérisées par une infiltration névroglique diffuse et étendue à une grande partie du bulbe, une dégénérescence des olives avec formation de cavités telles qu'on les observe à la suite des thromboses vasculaires. L'importance de la gliose astrocytaire est telle qu'on peut affirmer que le processus était de date relativement ancienne, et l'infiltration périvasculaire indique que ce processus était encore en évolution quand est survenue la terminaison fatale.

Cette observation est un nouvel exemple de la tolérance du bulbe pour les lésions à développement progressif; cette tolérance rend souvent précaire le diagnostic.

**Epilepsie syphilitique.** — MM. L. BABONNEIX et D. LICHTENBERG présentent un homme de quarante-huit ans, atteint, depuis quinze ans, d'épilepsie généralisée. On peut rattacher cette épilepsie à la spécificité, car on constate chez lui une leucoplasie jugale manifeste, et chez sa femme une acroïte et des réactions sérologiques positives. La radiographie montre, chez ce malade, une ostéite cranienne.

**Sur un cas de syringomyélie infantile.** — MM. BAUDOUIN, J. SALLET et M. DEPARIS rapportent l'observation d'un enfant de six ans et demi qui présentait des troubles de sensibilité du membre inférieur droit, une abolition du réflexe rotulien et du crémasterien à droite. Ces troubles ont été découverts fortuitement, l'enfant s'étant fait une large brûlure à la cuisse et n'en éprouvant aucune douleur. La radiographie montre un spina bifida de la cinquième vertèbre lombaire et une scoliose lombaire à convexité gauche.

Il s'agit vraisemblablement d'une syringomyélie lombaire, et l'intérêt de ce cas résulte de la rareté de telles observations et de la difficulté du pronostic élogué. S'agit-il d'une malformation fixée ou d'une affection évolutive ? La radiothérapie peut-elle être utile ou non ?

M. CHAVANY relate une observation de syringomyélie lombaire, dans laquelle la radiothérapie a été tout à fait inefficace.

M. BÉCLÈRE estime que la nature tératologique probable de la lésion contre-indique la radiothérapie.

**Réaction pupillaire tonique à la convergence et immobilité à la lumière au cours d'une paralysie unilatérale de la troisième paire, associée à une double atteinte trigémellaire. Excentration marquée et de topographie variable de la pupille au repos.** — MM. RAYMOND GARCIN et MARCEL KIPFER présentent un malade chez qui une néoplasie basilaire probable réalise une atteinte bilatérale irritative et paralytique du trijumeau et une paralysie dissociée de la troisième paire droite. De ce côté, la pupille en mydriase est rigoureusement immobile à la lumière, même après obscurité préalable d'une heure en chambre noire. La réac-



tion à la convergence se fait à fond, mais lentement. La décontraction se fait avec une extrême lenteur lorsque cesse la convergence, un délai de deux à cinq minutes étant nécessaire avant que la pupille retrouve son diamètre antérieur. Pareille constatation de pupille tonique à la convergence, au cours d'une paralysie dissociée progressive de la troisième paire, constitue un fait intéressant et rare à verser au dossier clinique de la pupille tonique, dont la pathogénie nous échappe encore complètement. En outre, les auteurs ont observé un phénomène pupillaire non signalé jusqu'ici à leur connaissance, à savoir l'excentration marquée de la pupille au repos, excentration dont la topographie varie selon les jours, voire même d'une heure à l'autre, et qui disparaît dans la contraction à la convergence. Les auteurs, rappelant les effets physiologiques de l'excitation des nerfs ciliaires longs, sont amenés à penser que l'excitation de ceux-ci par la néoplasie basilaire en évolution explique vraisemblablement cette excentration de la pupille.

**Hémiplégie spasmodique de l'adulte avec atrophie musculaire tardive considérable. Contribution à l'étude pathogénique des atrophies musculaires de l'hémiplégie cérébrale de l'adulte.** — MM. RAYMOND GARCIN, M. DEPARIS et HADJI DIMO présentent un homme de trente-huit ans qui, treize mois après une hémorragie cérébro-méningée avec hémiplégie consécutive, fut atteint d'atrophie musculaire progressive du côté paralysé. Actuellement, les différences sont de 6 centimètres au bras et de 5 centimètres à la cuisse. Il existe également une hémiatrophie des téguments de la face. Le malade présente un syndrome sensitif très probablement cortical et des crises épileptiques, celles-ci en rétrocession depuis une intervention récente sur la région rolandique droite. Rappelant l'importance de l'atrophie dans les hémiplégies cérébrales infantiles, sa rareté et sa discrétion habituelles dans les hémiplégies de l'âge adulte, les auteurs exposent les données du problème pathogénique — déjà très ancien, — que soulèvent les atrophies musculaires d'origine centrale. Dans certaines d'entre elles, le rôle des arthropathies peut être invoqué, mais, dans la majorité des cas, le problème est tout autre. Rappelant la fréquence des amyotrophies dans les lésions du lobe pariétal et de la couche optique, ainsi que le rôle pathogénique attribué aux troubles vaso-moteurs, les auteurs pensent qu'aucune explication d'ensemble n'est encore valable pour les faits où l'intégrité des réactions électriques qualitatives permet de récuser l'hypothèse d'une lésion secondaire de la corne antérieure de la moelle par dégénérescence tardive du faisceau pyramidal. Par analogie avec ce qui se voit dans l'hémiplégie cérébrale infantile — où l'absence de développement est la règle, — les auteurs sont amenés à penser que la personnalité de l'individu, selon l'opinion d'André-Thomas, intervient dans le déterminisme de l'atrophie de certaines hémiplégies de l'adulte. La régulation trophique du muscle par la corne antérieure a besoin du concours du neurone central chez l'enfant. Il en est de même chez certains adultes. Ceux-là feront une atrophie en cas de lésion cérébrale, alors que, pour la majorité des autres, chez qui la corne antérieure de la moelle a pris, au cours du développement, plus d'indépendance, l'atrophie marquée ne s'observera pas. Pareille hypothèse avait d'ailleurs été évoquée par Steiner. Quant au mécanisme physio-pathologique de l'atrophie musculaire, il reste encore obscur, malgré les importants travaux de Ken-Kuré et les expériences de Meyer.

**Un cas d'aphasie motrice pure chez un enfant de cinq ans.** — M. ANDRÉ-THOMAS, M. et Mme SORREL présentent un enfant de cinq ans, qui a été atteint, en mars dernier, d'un traumatisme grave de la région pariétale gauche. La radiographie montrait des lésions osseuses importantes. On fit une évacuation d'un hématome sous-cutané, qui con-

tenait des fragments de substance cérébrale, et on enleva des esquilles osseuses. Le lendemain, l'enfant était parfaitement présent, et comprenait tout ce qu'on lui disait, mais il ne prononçait pas un mot, et on notait une légère paralysie faciale droite de type central. L'étude de cette aphasie montre qu'il s'agit d'une aphasie motrice pure, avec conservation du langage intérieur, chez un enfant particulièrement intelligent. Cette aphasie est en voie d'amélioration rapide, comme il est de règle chez l'enfant, sans qu'il y ait jamais eu de surdité verbale ni de paraphasie. On ne peut fixer la localisation exacte de la lésion, mais on peut affirmer qu'elle épargne la partie postérieure de la zone du langage.

**Un nouveau cas de schwannome de la racine du trijumeau. Ablation. Guérison.** — MM. ALAJOUANINE, THUREL et GUILLAUME présentent la malade six mois après l'intervention. Ils insistent sur la nécessité de préciser le siège de la tumeur, car, lorsque celle-ci se développe aux dépens de la racine du trijumeau, il faut l'aborder par voie cérébelleuse, comme une tumeur de l'angle pontocérébelleux; la voie temporale doit être réservée aux tumeurs du ganglion de Gasser.

Les auteurs soulignent quelques particularités cliniques: l'atteinte du trijumeau est indolore et ne donne lieu qu'à une sensation d'engourdissement, simple traduction subjective de l'anesthésie; l'atteinte du nerf vestibulaire droit est discrète, et se manifeste par un nystagmus rotatoire horaire.

**Un nouveau cas de paralysie consécutive à une injection de sérum antitétanique.** — MM. J. LHERMITTE et CLIQUET présentent un malade chez lequel la paralysie post-sérothérapique a été précédée de phénomènes sériques (urticaire, œdèmes, arthralgies, méningisme) importants et généralisés; et cependant, la paralysie est très limitée, puisqu'elle n'atteint que le trapèze, le sus-épineux et le sous-épineux du côté droit. Comme dans les observations antérieures, la sensibilité et les fonctions végétatives ne sont pas atteintes.

La curabilité de ces paralysies semble s'opposer à l'idée d'une altération spinale primitive analogue à celle qui apparaît à la suite des chocs anaphylactiques.

**Méningiome olfactif.** — M. DAVID présente un volumineux méningiome olfactif, dont l'ablation a rendu nécessaire la résection d'une partie importante des deux lobes frontaux. On n'observa cependant, par la suite, qu'un minimum de troubles mentaux.

**Encéphalocèle consécutive à un ostéome de la fente sphénoïdale. Opération. Guérison.** — M. Cl. VINCENT présente une femme chez laquelle le début de l'encéphalocèle gazeuse a été marqué par un violent mal de tête, qui s'exagérait par l'effort de se mouchoir, par l'éternement, avec sensation de glouglou intracranien. La radiographie montra l'encéphalocèle avec un ostéome de la fente sphénoïdale. L'ablation de la tumeur, avec oblitération de l'orifice par un fragment de fascia lata, a fait disparaître l'encéphalocèle.

**Etat de mal épileptique. Hémiplégie. Coma. Hémorragies intraventriculaires. A propos de deux cas guéris par le traitement chirurgical.** — M. P. PUECH, Mlle RAPPOPORT et M. BRUN présentent deux malades opérées par l'un d'eux d'urgence, alors qu'elles étaient dans le coma et que la mort paraissait imminente. Elles avaient une hémorragie intraventriculaire.

Les auteurs ne pensent pas que de tels cas entrent d'une façon courante dans le cadre neurochirurgical. Cependant, dans des conditions très particulières, l'intervention chirurgicale peut parfois être suivie de succès. Les deux malades présentées en sont des exemples.



# NÉVROSES - INSOMNIES

# LOBÉLIANE

# LALEUF

ANTISPASMODIQUE PUISSANT  
EXCLUSIVEMENT VÉGÉTAL  
GOÛT ET ODEUR AGRÉABLES  
ATOXIQUE

DOSE CALMANTE = 2 à 5 cuillerées à café par jour  
DOSE HYPNOTIQUE = 1 à 3 cuillerées à café le soir

ÉCHANTILLONS ET LITTÉRATURE  
LABORATOIRES LALEUF  
20 - RUE DU LAOS - PARIS (15<sup>e</sup>)

Nouvelle adresse : 51, rue Nicolo, PARIS (XVI<sup>e</sup>).

ADOPTÉ PAR LES HOPITAUX DE PARIS

# SCILLARÈNE

“ SANDOZ ”

*Glucoside cristallisé, principe actif isolé du Bulbe de la Scille*

DIURÉTIQUE GÉNÉRAL — DIURÉTIQUE AZOTURIQUE VRAI

AMPOULES  
1/2 à 1 par jour.

GOUTTES  
xx, 2 à 8 fois par jour.

COMPRIMÉS  
2 à 8 par jour.

SUPPOSITOIRES  
1 à 2 par jour.

PRODUITS SANDOZ, 20, rue Vernier. — PARIS-17<sup>e</sup>.

B. JOYEUX, Pharmacien de 1<sup>re</sup> classe.

**CHARBON DE PEUPLIER** sous forme de **GRAINS ANISÉS** de **CHARBON TISSOT**  
Humectent, divisent, aseptisent, expulsent.  
et conséquences : MAUVAISES DIGESTIONS, MIGRAINES, LOURDEURS de TÊTE  
DIVISION du BOL ALIMENTAIRE HÉMORROIDES, etc. — Une cuillerée à café avalée comme des grains de lin, après chaque repas.  
**CONSTIPATION** Toutes Pharmacies. — Échantillons : PARIS 34, BOULEVARD DE CLICHY (Service 2).

Le traitement chirurgical de certaines hémorragies intracrâniennes, de certains états de mal épileptique, pourrait être actuellement repris et parfois avec succès.

**La structure histologique des centres végétatifs.** — M. LARUELLE a étudié la disparition, la forme, les prolongements des cellules des noyaux végétatifs, en particulier du noyau de l'aile grise et du noyau dorsal du bulbe. Il a constaté des lésions constantes de ces derniers dans l'ulcère de l'estomac, sans pouvoir démêler s'il s'agit d'une lésion causale ou d'une conséquence de l'ulcère.

**Sur un cas d'épilepsie avec hypercalcémie.** — M. COSSA (de Nice) présente un homme atteint de mal comitial à début tardif. On constate chez lui une ostéoporose crânienne et une hypercalcémie notable (0,172 p. 1.000). Les crises ont disparu avec la guérison de l'hypercalcémie. L'auteur envisage le défaut de fixation du calcium tissulaire comme facteur épileptique possible.

**A propos des paralysies post-diphtériques. Localisations exceptionnelles sur les nerfs moteurs des globes oculaires et sur le nerf optique.** — MM. J.-A. CHAVANY et F. THIÉBAUT rapportent l'histoire d'une fille de quatorze ans qui, dix jours après une angine non traitée, fut atteinte d'une paralysie du voile, et, cinq jours plus tard, d'un ptosis des paupières; ces paralysies persistent depuis quinze mois. Huit mois après l'angine, après quelques jours de céphalée et d'état nauséux, s'installèrent une paralysie de la sixième paire droite et une névrite rétrobulbaire, qui aboutirent à la guérison complète en l'espace de quelques semaines.

Les auteurs discutent l'étiologie et la pathogénie de ces divers états paralytiques; ils font rentrer ceux qui se sont installés précocement dans le cadre des paralysies diphtériques, mais ils estiment que les paralysies qui se sont produites tardivement doivent en être distinguées; à leur sujet, ils émettent l'hypothèse d'une arachnoïdite infectieuse secondaire.

**Le système réticulaire du névraxe et ses rapports avec les centres végétatifs supérieurs.** — MM. G. ROUSSY et M. MOSINGER étudient l'ensemble des formations réticulaires du diencéphale et du mésencéphale, dans lesquelles ils proposent de distinguer des « noyaux réticulaires diffus » et des « noyaux réticulaires différenciés », représentés par la plupart des formations motrices extrapyramidales.

Les connexions de la substance réticulaire montrent qu'elle représente un vaste système de coordination ou d'association, dont les fibres afférentes proviennent de toutes les formations sensitives et sensorielles centrales. Au niveau du diencéphale, les fibres afférentes sont de nature olfactive, optique, thalamique, corticale. Les fibres efférentes vont essentiellement à des formations motrices effectrices. Mais au cours de l'évolution phylogénique, se sont développés, au sein de la substance réticulaire, des noyaux de commande en vertu d'un principe évolutif général qui régit ces formations associatives.

Les auteurs insistent enfin sur les rapports qui existent entre le système réticulaire et le système neuro-végétatif central, et qui sont représentés par de nombreuses fibres inter-réticulo-végétatives, notamment au niveau du diencéphale et du mésencéphale. De plus, il y a interpénétration, au niveau des mêmes segments du névraxe, entre les formations réticulaires et les formations neurovégétatives. Il existe, par ailleurs, une parenté histologique entre certains éléments neuro-végétatifs et la substance réticulaire, formation sensorio-motrice et sensorio-végétative, à tendance évolutive effectrice.

**Syndrome d'adiposité du tronc et de la tête (à type d'adénome basophile hypophysaire de Cushing) avec métastases néoplasiques pulmonaires et rachidiennes.** — MM. HENRI

ROGER, JOSEPH ALLIEZ et ANDRÉ JOUVE (de Marseille) ont vu, chez un homme jeune, atteint d'abord d'augmentation de volume de la face avec coloration rosée, apparaître une obésité thoraco-abdominale (avec ventre de femme enceinte et vergetures de la racine des membres), puis de l'asthénie, de la polyurie passagère et de la glycosurie, des algies lombaires, enfin un double syndrome cérébral et une parésie crurale. L'association d'une hypertension artérielle et d'une ostéoporose généralisée (avec selle turcique normale) permet de porter le diagnostic de syndrome de Cushing.

L'existence de métastases pulmonaires et rachidiennes, révélées par la radiographie, pose un problème pathogénique délicat : l'origine de ces métastases peut être cherchée dans un adénome basophile de l'hypophyse, ou plus vraisemblablement dans une tumeur de la surrenale, la réaction de l'hypophyse étant secondaire à l'hypernéphrome, et en corrélation possible avec une métastase pituitaire.

## LIVRES NOUVEAUX

**Précis de phytothérapie (1),** par H. LECLERC. Troisième édition, revue et augmentée.

La preuve la plus significative de l'importance que s'est acquise la phytothérapie est l'accueil qu'a réservé le public médical au *Précis de phytothérapie* dont le docteur Henri Leclerc fait paraître aujourd'hui la 3<sup>e</sup> édition, revue et augmentée.

Les progrès incessants réalisés dans cette branche de l'art de guérir ont obligé l'auteur à apporter à son ouvrage de nombreuses modifications, consistant, les unes dans le remaniement de la plupart des chapitres, les autres dans l'addition de substances dont l'arsenal phytothérapique s'est enrichi depuis la publication des précédentes éditions.

Signalons, parmi quelques-unes des acquisitions récentes qu'il étudie : l'emploi du *Son* comme laxatif; celui de l'*Iris de Florence* comme expectorant; la *Citrouille* dans les affections aiguës du tube digestif; l'action vermifuge du *Py-rèthre*; l'utilisation de l'*Ail* comme hypotenseur, du *Thuya* comme diurétique, de l'*Erigéron* comme antirhumatismal, du *Cassis* et des épicarpes de *Pomacées* dans les syndromes précipitants, de la *Sauge* dans l'asthénie nerveuse, du *Cypres* dans l'énurésie, de la *Ficaire* contre les hémorroïdes, de l'*Aigremoine* comme cytophylactique, de l'*Alchemille* contre le prurit vulvaire, des bourgeons de *Peuplier* dans la tuberculose, du *Sorbier* comme antidiarrhéique, de la feuille d'*Artichaut*, de la *Garance*, du *Romarin* comme cholagogues, de l'*Hélianthe* comme fébrifuge, du *Marrube* comme toni-cardiaque, de l'*Onagre*, du *Lotier*, du *Gattilier* comme antispasmodiques, du *Tilleul* comme remède de la « triple dyscrasie sanguine », du *Fénugrec*, du *Roseau aromatique* comme stimulants, de la *Réglisse* comme modérateur du péristaltisme intestinal, de la *Grassette* comme béchique, de la *Scabieuse* et de l'*Anagallide* comme modificateurs des sécrétions bronchiques, du *Garou* comme révulsif, de l'*Alliaire*, des *Plantains* comme topiques, du *Lierre* comme spécifique des cellulites, du *Muguet* comme tonique du myocarde, etc.

Chacune de ces plantes fournit à l'auteur l'occasion d'enseignements théoriques et pratiques, de formules inédites et judicieusement établies qui vaudront à la 3<sup>e</sup> édition de l'ouvrage un succès au moins égal à celui qu'ont remporté ses deux devancières.

L. G.

(1) In-8 de 308 pages. — Prix : 32 fr. — Paris, Masson et C<sup>ie</sup>.

Le Directeur-gérant : D<sup>r</sup> François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.



**ESTOMAC INTÉSTIN**  
**DYSPEPSIE** **ENTÉRITE**  
**GASTRALGIE** **CHEZ L'ENFANT**  
**CHEZ L'ADULTE**

**VALS-SAINT-JEAN**

EAU de RÉGIME, FAIBLEMENT MINÉRALISÉE et GAZEUSE

Envoi gratuit d'Echantillons et de Notices à MM. les Docteurs sur demande adressée  
 DIRECTION-VALS-GÉNÉRALE 53, Boul. Haussmann, Paris (9<sup>e</sup>). Téléph. 227-76.

**ANÉMIE PALUDEENNE.** — Source Dominique  
**VALS-LES-BAINS.** — Saison du 1<sup>er</sup> juin au 1<sup>er</sup> octobre.

**Tout Déprimé**  
**» Surmené**

**Tout Cérébral**  
**» Intellectuel**

**Tout Convalescent**  
**» Neurasthénique**



est justiciable  
 de la :

**NEVROSTHENINE FREYSSINGE**

6, Rue Abel  
 PARIS (12<sup>e</sup>)

Gouttes de glycérophosphates alcalins (0.40 par XX gouttes).  
 XV à XX gouttes à chaque repas. - *Ni sucre, ni alcool.*

**CURE DE**  
**DIURÈSE**  
**EVIAN**  
**SOURCE**  
**CACHAT**  
**VOIES URINAIRES, FOIE**  
**GOUTTE GRAVELLE**  
**ARTÉRIO-SCLÉROSE**

**RHIZOTANIN CHAPOTOT**

Tanin de Fraiser - Sels de chaux et de magnésie

**Tonique -- Reconstituant -- Recalcifiant**

Anémies — Bronchites chroniques — Prétubercules.  
 Amélioration rapide des Accidents Diarrhéiques  
 et des Néphrites Albuminuriques.

Cachets pour adultes -- Poudre pour enfants  
 Granulé pour adultes et enfants

Éch. Méd. grat. P. AUBRIOT, Ph. 56, bd Ornano, PARIS-18<sup>e</sup>

**LABORATOIRES CARTERET**

**LIQUIDE**  
**et**  
**COMPRIMÉS**

**ANTISEPTIQUE GÉNÉRAL**

*Sans odeur et non toxique*

**LUSOFORME**

*Formol saponiné*

**DÉSINFECTANT -- DÉSODORISANT**

S'EMPLOIE EN SOLUTION AQUEUSE à 1/4" ou 1/2 p. 100 en GYNÉCOLOGIE, OBSTÉTRIQUE, CHIRURGIE

Echantillon et Littérature : 15, rue d'Argenteuil, PARIS

INFECTIONS  
 AIGUES  
 FÉBRILES

**SEPTICEMINE CORTIAL**

7, r. de l'Armorique  
 PARIS (XV<sup>e</sup>)



## Culture pure de Ferments lactiques bulgares sur milieu végétal

**GASTRO-ENTÉRITES** *des Nourrissons et de l'Adulte.*

**DIARRHÉES, CONSTIPATIONS**

**INFECTIONS HÉPATIQUES** *(d'origine intestinale)*

**DERMATOSES, FURONCULOSES**

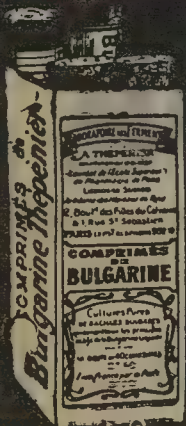
*Prophylaxie de la FIEVRE TYPHOÏDE et du CHOLÉRA*

**RHINITES, OZENES**

**GRIPPES, ANGINES**

**PANSEMENTS DES PLAIES**

**GINGIVO-STOMATITES, PYORRHÉES**



# BULGARINE THÉPÉNIER

**Sucrer DEUX COMPRIMÉS de Bulgarine ou boire un verre à moitié de BOUILLON de Bulgarine une demi-heure avant le repas.**

*Saupoudrer ou insuffler la Poudre de Bulgarine 3 à 4 fois par jour.*

## Phosphates et diastases des Céréales germées

**ENTÉRITES et DYSPEPSIES** *salivaires et pancréatiques*

**PALPITATIONS** *d'origine digestive*

**MATERNISATION** *physiologique du LAIT*

*Préparation des BOUILLIES MALTÉES*

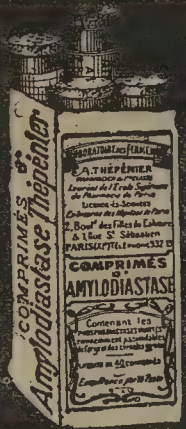
**DIGESTIF PUISSANT** *de tous les FÉCULENTS*

**SURALIMENTATION**

**REPHOSPHATISATION**

**TUBERCULOSES, RACHITISMES**

**NEURASTHÉNIES, CONVALESCENCES**



# Amylodiastase THÉPÉNIER

**Croquer DEUX COMPRIMÉS d'Amylodiastase ou prendre deux cuillerées à café de Sirop Amylodiastase après les repas.**

*Préparation des bouillies : mélanger une cuillerée à café de Sirop Amylodiastase dans la bouillie très chaude mais non bouillante.*

Préparés par le « Laboratoire des Ferments » du Docteur THÉPÉNIER, 10 et 12, rue Clapeyron, PARIS

R. G., 150.854, Seine.



*La Lancette Française***GAZETTE DES HOPITAUX****CIVILS ET MILITAIRES****PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI****ADMINISTRATION ET RÉDACTION :****49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6°. Tél. : Danton 48-31.****PUBLICITE : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6°) - Téléph. : Littré 54-93.****PRIX DE L'ABONNEMENT****FRANCE**

3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.

*Etudiants : 25 francs par an.*

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

**ETRANGER**

Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.

Tous les autres pays : 75 francs.

**SOMMAIRE****TRAVAUX ORIGINAUX***La valeur de la réaction de Takata Ara pratiquée sur le sérum, par MM. G. CARRIÈRE, P. MARTIN et A. DUFOSSÉ.***XIV<sup>e</sup> JOURNÉES MÉDICALES DE BRUXELLES***(Compte rendu [fin], par F. L. S.)***SOCIÉTÉS SAVANTES***Société de biologie.***CHRONIQUE***L'inauguration officielle du Sanatorium des étudiants.***INTÉRÊTS PROFESSIONNELS***Promulgation de la loi sur l'exercice de la médecine.***LIVRES NOUVEAUX****NOTES POUR L'INTERNAT***Sémiologie des splénomégalies.***INFORMATIONS**

**HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT.** — La première épreuve écrite du concours pour les prix de l'externat et la nomination des internes aura lieu le lundi 14 octobre 1935, à 9 heures, au Parc des Expositions, Porte de Versailles, Paris (15°). (Entrée des candidats : Stand 54, côté avenue de la Porte-de-la-Plaine.)

Les élèves sont admis à se faire inscrire à l'Administration centrale, 3, avenue Victoria, bureau du service de santé, tous les jours, dimanches et fêtes exceptés, de 9 à 12 heures et de 13 à 17 heures, depuis le lundi 9 septembre, jusqu'au jeudi 26 septembre inclusivement.

Seront seuls admis dans la salle où auront lieu les compositions écrites, les candidats porteurs du bulletin spécial délivré par l'administration et constatant leur inscription au concours. — Les candidats sont obligatoirement tenus d'occuper, pour rédiger leurs compositions, les places marquées à leur nom.

**FACULTÉS DE MÉDECINE. — PARIS. — Concours pour le cliniciat.** — Des concours pour les emplois vacants de chefs de clinique s'ouvriront à la Faculté de médecine de Paris, à 9 heures du matin, pour les cliniciats suivants :

*Le jeudi 24 octobre.* Cliniciat thérapeutique médical : 1 titulaire sans indemnité.

*Le vendredi 25 octobre.* Cliniciat obstétrical : 2 titulaires avec indemnité, 2 titulaires sans indemnité.

*Le samedi 26 octobre.* Cliniciat urologique : 1 titulaire avec indemnité, 1 titulaire sans indemnité. Cliniciat chirurgical infantile : 1 titulaire avec indemnité, 1 titulaire sans indemnité, 1 adjoint. Cliniciat chirurgical et orthopédique de l'adulte : 1 titulaire avec indemnité, 2 titulaires sans indemnité.

Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de la Faculté, tous les jours de 14 à 16 heures, jusqu'au vendredi 18 octobre inclusivement. Ils auront à produire leur acte de naissance et leur diplôme de docteur.

Sont admis à concourir : tous les docteurs en médecine de nationalité française. Il n'y a pas de limite d'âge.

Les fonctions de chef de clinique sont incompatibles avec celles d'agrégé en exercice, de médecin, chirurgien ou accoucheur des hôpitaux.

— **PARIS.** — Le doyen de la Faculté de médecine de l'Université de Paris est autorisé à accepter, sous bénéfice d'inventaire, le legs fait à cet établissement par M. le docteur Léon Bernard, de sa bibliothèque médicale et de ses instruments professionnels, pour la clinique de la tuberculose.

— **BORDEAUX.** — La chaire de clinique dentaire de la Faculté de médecine de Bordeaux est déclarée vacante.

— **MARSEILLE.** — MM. Lucchini et Waskowit ont obtenu, à la 2<sup>e</sup> session de 1935, le diplôme d'études supérieures de médecine coloniale.

**UNIVERSITÉ DE ROME.** — L'inauguration des nouveaux bâtiments de l'Université de Rome aura lieu cette année « le cinquième jour des calendes de novembre ».

Cette inauguration aura lieu avec une grande solennité. L'Académie des sciences, notamment, y sera représentée.

Laboratoire Mialhe - 8 Rue Favart - Paris - 2°

La feuille de digitale se prescrit :

**Digi-LANATINE**Extrait total des glycosides  
du Digitalis Lanata

**ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE.** — Le *Journal Officiel* du 26 juillet publie la liste des candidats admis à subir les épreuves orales du concours d'admission à l'Ecole du service de santé militaire.

**UNION INTERNATIONALE CONTRE LA TUBERCULOSE.** — Le comité exécutif et le conseil de direction de l'Union internationale contre la tuberculose, dont le secrétaire général est le professeur Fernand Bezançon, se sont réunis à Paris, au secrétariat de l'Union, 66, boulevard Saint-Michel, sous la présidence du docteur Piestrzynski (Pologne), sous-secrétaire d'Etat. Les représentants de vingt pays assistaient à ces réunions.

A cette séance a été fixé le programme de la conférence internationale qui aura lieu à Lisbonne en 1936. Puis M. Madsen (de Copenhague) a présenté un rapport sur la standardisation de la tuberculine. On a discuté ensuite sur les avantages respectifs de la cuti-réaction et de l'intradermo-réaction.

**UN COMMISSARIAT GÉNÉRAL AU TOURISME-THERMALISME-CLIMATISME.** — Il est institué un commissariat général au tourisme, au thermalisme et au climatisme placé sous l'autorité du Ministre des travaux publics.

Il est créé un comité consultatif du tourisme, du thermalisme et du climatisme. Ce comité comprend quarante membres au plus, les uns représentant les départements ministériels intéressés, les autres étant choisis parmi les personnalités qualifiées pour concourir au développement du tourisme, du thermalisme et du climatisme. Enfin sera constitué un centre national d'expansion du tourisme, du thermalisme et du climatisme qui devra notamment organiser la publicité collective à l'étranger, assurer la centralisation puis la diffusion et la publicité des renseignements concernant le tourisme, le thermalisme et le climatisme, l'industrie hôtelière et les transports, ainsi que contribuer à faciliter le séjour des touristes, enfin seconder toutes initiatives tendant à créer ou à développer des éléments attractifs permanents, périodiques ou occasionnels propres à multiplier les mouvements de tourisme.

**L'HOMMAGE DE CUBA A PASTEUR.** — S. Exc. M. José A. Barnet, ministre des Affaires étrangères de Cuba et président intérimaire du Comité France-Amérique de La Havane, vient d'adresser au Comité France-Amérique de Paris le câble suivant :

« Le buste de Pasteur et la place Pasteur ont été inaugurés solennellement à La Havane le samedi 20 juillet. »

C'est pour commémorer le cinquantième de la première vaccination antirabique que l'Académie des sciences de La Havane a pris, avec le concours du Comité France-Amérique de La Havane, présidé par M. André A. de Terry, l'initiative de faire ériger le buste de Pasteur dans un des plus beaux quartiers de La Havane : le Velado. La place sur laquelle s'élève le monument en hommage à Pasteur a été également appelée du nom du grand savant français.

**IMPÔT DES MÉDECINS EXERÇANT LEUR PROFESSION EN QUALITÉ DE SALARIÉS.** — En ce qui concerne les médecins qui exercent leur profession en qualité de salariés, le taux de la déduction forfaitaire à effectuer du chef des frais professionnels, pour l'assiette de l'impôt sur les traitements et salaires reste fixé, en principe, à 10 p. 100 et le maximum de la déduction à 20.000 fr.

Toutefois, ceux de ces médecins qui exercent leur profession dans des conditions entraînant un pourcentage de frais notoirement plus élevé peuvent obtenir la déduction du montant de leurs frais réels à condition d'en justifier.

Pour ceux qui disposent à la fois de revenus provenant de traitements ou salaires et de bénéfices non commerciaux, les dépenses professionnelles communes aux deux branches de leur activité sont évaluées dans les conditions prévues par l'article 79 du code général des impôts directs, et une quote-part proportionnelle est imputée aux revenus bruts de chaque catégorie. (*J. O.*, 10 juillet 1935.)

**NÉCROLOGIE.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort du docteur Haelling à Montrouge (Seine).

**Voyage en Europe Centrale de l'Association de la Presse médicale belge.** — Du 16 août au 10 septembre sera organisé, sous le patronage de l'Association de la Presse médicale belge, un magnifique voyage en Europe Centrale, avec retour par mer d'Istanbul à Marseille.

L'itinéraire, particulièrement séduisant, a été établi comme suit : Paris, le Tyrol autrichien, Vienne, Budapest, Belgrade, le Danube, les Portes de Fer, Bucarest, Sinaïa, Constantza et les plages de la Mer Noire de Carmen Sylva et Eforia, Istanbul, Le Pirée (Athènes), Naples (Pompeï), Marseille, Paris.

Le prix, comprenant tous les frais de Paris à Paris, à la seule exception des pourboires à bord, des boissons dans les hôtels, les wagons-restaurants et sur les bateaux du Danube, et des dépenses personnelles, a été fixé à la somme de 2.425 belgas (2<sup>e</sup> classe chemin de fer avec wagons-lits de Paris à Vienne, par l'Arlberg-Orient-Express, 2<sup>e</sup> classe paquebot).

Pour les voyageurs désirant voyager en 1<sup>re</sup> classe sur les paquebots, le prix est de 2.650 belgas.

De nombreuses excursions sont prévues, notamment à Vienne et à Budapest, excursions comprises dans les prix ci-dessus indiqués.

Les hôtels choisis sont des hôtels de tout premier ordre.

Sur les prix précités, une réduction de 5 p. 100 est consentie aux médecins et à leurs familles (femmes et enfants mineurs célibataires).

Pour recevoir le programme détaillé du voyage, prière de s'adresser d'urgence à la *Section des Croisières et Voyages médicaux*, 29, boulevard Adolphe-Max, Bruxelles.

A noter que le nombre des places est strictement limité.

## INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

### PROMULGATION DE LA LOI SUR L'EXERCICE ILLÉGAL DE LA MÉDECINE

La loi votée le 27 juin dernier a enfin été promulguée le 27 juillet 1935. Ce retard inexplicable a provoqué un émoi justifié dans les milieux médicaux.

Notre confrère Maurice Mordagne a très bien traduit, ici même, les sentiments d'inquiétude de l'Association corporative au sujet de ce retard.

Nous publierons le texte de la loi dans un prochain numéro.

**Phosphopinal Juin**  
Reconstituant général, est au Phosphore blanc ce que le Cacodylate est à l'Arsenic  
L'émulsion et l'échantillon : 10, Impasse Miró, Paris (15)

Toux  
Oyspnée

**IODEINE MONTAGU**

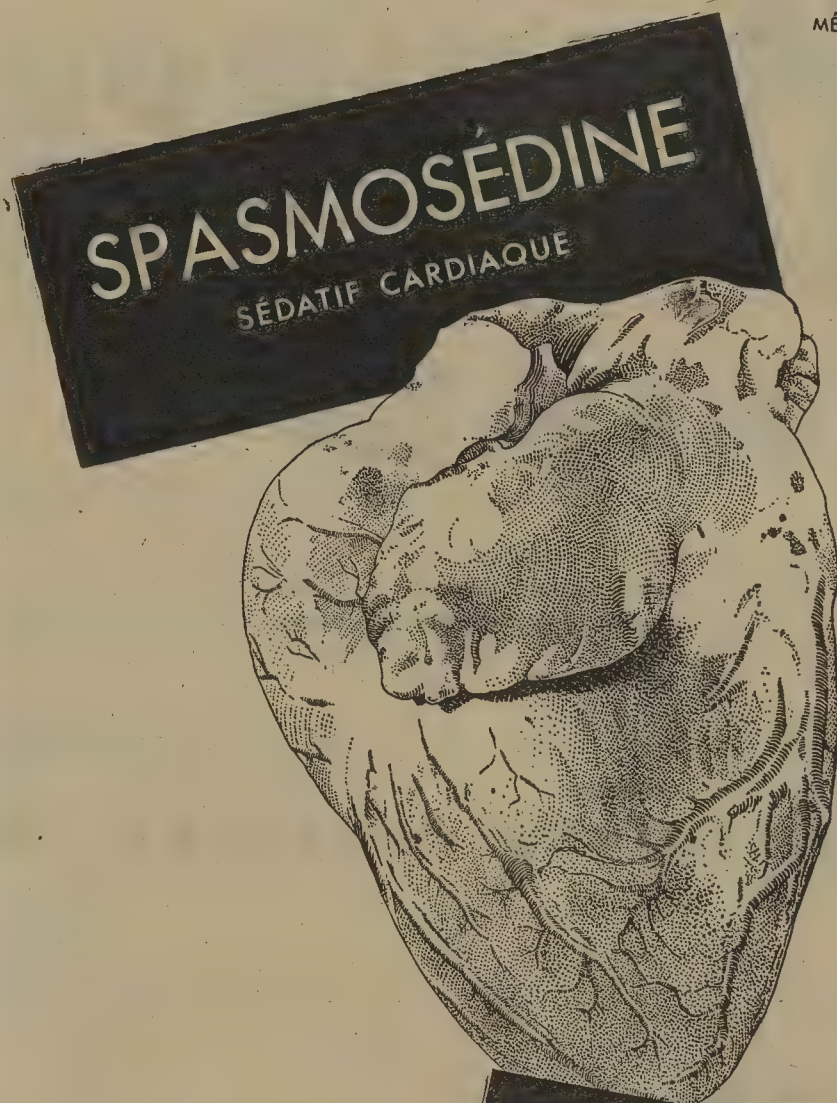
**OUATAPLASME**

de **D'LAVOLEBERT**  
PANSEMENT COMPLET  
Phlegmasies, ulcères, brûlures, etc.



LABORATOIRES DEGLAUDE (C)  
15, BOUL<sup>d</sup> PASTEUR, PARIS (XV<sup>e</sup>)

MÉDICAMENTS CARDIAQUES  
SPÉCIALISÉS



*les 2 médicaments cardiaques essentiels*

VACCINATION  
EN PROFONDEUR

VACCINATION  
EN SURFACE

BACTÉRIOTHÉRAPIE  
LOCALE  
PAR LE PROPIDON  
*Bouillon stock-vaccin du P.<sup>r</sup> P. Delbet*

**PROPIDON**  
**ANSEMENT**

*Étui contenant 1 ampoule de Propidon  
de 5cc., 1 compresse et 1 coton stériles*

**PROPIDEX**

DANS TOUS LES CAS DE :

*Pommade à base de Propidon*

EFFRACTION DU REVÊTEMENT CUTANÉ • MENACE D'EXTENSION DE L'INFECTION  
INFECTION CUTANÉE À PYOGÈNES • CICATRISATION RETARDÉE PAR L'INFECTION

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE

**S P E C I A**

MARQUES POULENC FRÈRES & USINES DU RHÔNE  
21, rue Jean Goujon • PARIS 8<sup>e</sup>

**LABORATOIRES CARTERET**

LIQUIDE  
et  
COMPRIMÉS

**ANTISEPTIQUE GÉNÉRAL**

*Sans odeur et non toxique*

**LUSOFORME**

*Formol saponiné*

**DÉSINFECTANT -- DÉSODORISANT**

S'EMPLOIE EN SOLUTION AQUEUSE à 1/4<sup>e</sup> ou 1/2 p. 100 en GYNÉCOLOGIE, OBSTÉTRIQUE, CHIRURGIE

Échantillon et Littérature : 15, rue d'Argenteuil, PARIS



*Travail de la Clinique médicale de l'hôpital Saint-Sauveur.*

## LA VALEUR DE LA RÉACTION DE TAKATA-ARA PRATiquÉE SUR LE SÉRUM

Par MM. G. CARRIÈRE, P. MARTIN et A. DUFOSSÉ.

**Historique.** — Takata, dès 1925, décrivait une réaction basée sur la propriété qu'ont certains sérums et sérosités pathologiques de flocculer en présence d'un réactif à base de sublimé et de fuchsine. Il tentait, à l'aide de cette méthode, la différenciation sérologique de la pneumonie lobaire et de la « pneumonie lobulaire », c'est-à-dire la pneumonie franche de la broncho-pneumonie et des congestions pulmonaires. Par la suite, Takata et Ara appliquèrent cette réaction à l'étude du liquide céphalo-rachidien ; ils distinguèrent :

1° Une modification colorimétrique, dite « ménin-gitique » qui était positive dans les états méningés et les compressions cérébro-médullaires ;

2° Une réaction de précipitation dite « méta-syphilitique » positive dans les syphilis nerveuses.

Par la suite, de nombreux auteurs (De Almeida, Cameron et Culloch, Daffiné et Grzebieniowska, Draganesco, Durando, Fraulini, Friedmann et Maximova, Gaudini, Karnosh, King, Kasahara, Kindler, Konishi, Lange, Monias, Nicole, Perrier, Peyrot, Prunell, Quarti, Schmitt, Scutelari, Solovieva et Azarch, Stern, U. Bayer, Volterra, Wagner, Walton) ont étudié à leur tour cette réaction sur le liquide céphalo-rachidien ; ils l'ont mise en parallèle avec les réactions de Weichbrodt et du benjoin colloïdal sans lui reconnaître une spécificité absolue.

Staub, Jezler, Skouge, étudiant la réaction de Takata-Ara dans certains états pathologiques, observèrent parallèlement des modifications qualitatives et quantitatives des protéines sériques. Ce fait fut également constaté dans les pneumopathies aiguës par Starlinger, Windaus, Rjalow.

Par la suite, Shellong, Fahr, Swanson ont estimé que ces variations de la protéinémie dépendaient surtout du foie, celui-ci intervenant principalement comme régulateur de l'équilibre albumineux du sérum. Ce n'était donc pas tant les lésions pulmonaires qui importaient, mais plutôt leur retentissement sur le fonctionnement hépatique.

De nombreux travaux, allemands surtout (Grabow, Jezler, Kallos-Deffner, Knigge, Lazzaro, Lucchi et Manfredini, Massobno et de Michelis, Oliva et Pescarmona, Rohrer, Skouge, Van Ginkel, Vigada et Montanari), ont montré que l'intérêt de la réaction se manifestait particulièrement dans les affections hépatiques.

En France, la réaction de Takata-Ara fut étudiée dans le liquide céphalo-rachidien par Draganesco, Peyrot et Prunell. Récemment, un mémoire de Hugonot et Sohier présentait une étude importante de cette méthode appliquée au sérum. Ces auteurs ont montré les rapports étroits qui existent entre cette

réaction et les variations du quotient albumineux du sérum. Sur de nombreux cas, ils ont pu constater que la réaction de Takata-Ara positive s'accompagnait d'une inversion du rapport sérine-globuline. D'autre part, ils ont avancé l'hypothèse d'une intervention probable des euglobulines dans le mécanisme de cette réaction.

**Technique.** — La réaction de Takata-Ara nécessite les solutions et le matériel suivants :

### A. Solutions :

- a) Solution de chlorure de sodium à 9 pour 1.000 ;
- b) Solution de carbonate de sodium à 10 pour 100 ;
- c) Solution de sublimé à 0,50 % ;
- d) Solution de fuchsine basique à 0,02 %.

Le réactif de Takata sera préparé extemporanément en mélangeant à parties égales la solution de sublimé et la solution de fuchsine.

**B. Des tubes de 6 à 8 millimètres de diamètre bien propres et bien secs (ces tubes sont immergés dans le mélange sulfochromique pendant 24 heures, rincés plusieurs fois à l'eau ordinaire, puis à l'eau distillée et séchés ; leur stérilité importe peu).**

**C. 1 pipette de 1 cc. à 2 traits ;**

1 pipette de 1 cc. à 1 trait ;

1 pipette de 1 cc. divisée au centième.

**D. Un portoir.**

8 tubes sont disposés sur le portoir et on verse dans chaque 1 cc. de solution chlorurée sodique. On porte dans le premier 1 cc. du liquide à étudier. On mélange intimement en aspirant 2 ou 3 fois le liquide à la pipette. Puis on prélève 1 cc. du mélange que l'on porte dans le second tube et l'on recommence la même opération. On continue ainsi jusqu'au huitième tube : le mélange y étant fait, on en prend 1 cc. que l'on rejette. Les concentrations ainsi obtenues vont de 1 p. 2 dans le premier tube jusqu'à 1 p. 256 dans le huitième tube. On ajoute alors à chacun des tubes d'abord 0,25 cc. de la solution de carbonate de soude, on agite, puis 0,3 cc. du réactif de Takata.

**Lecture.** — On peut observer 2 ordres de phénomènes : une flocculation, phénomène capital, une modification colorimétrique, phénomène accessoire. Cette réaction colorimétrique (virage au rose de la dilution) donne des renseignements intéressants dans l'examen du liquide céphalo-rachidien. Pour l'étude des sérums, elle n'a pas d'utilité appréciable : elle témoigne de la concentration en albumine, assez grossièrement du reste puisque des sérums de concentration très différente (60 à 90 %) donnent sensiblement les mêmes colorations : rouge dans les 3 premiers tubes, rouge violet et violet dans les deux suivants, bleu violet dans les 3 derniers.

C'est le phénomène de flocculation qui caractérise essentiellement la réaction ; il se manifeste par un trouble presque immédiat du mélange, puis apparaissent des petits flocons blanchâtres légers qui tombent peu à peu au fond du tube. La réaction est dite positive quand il y a flocculation dans 3 tubes, en général à partir de la dilution 1 p. 32 pour les réactions nettement positives (la lecture en est presque immédiate).

Jezler recommande de lire les réactions immédiatement après la manipulation, une heure après, cinq heures après, Hugonot et Sohier proposent, comme plus pratique, la lecture une demi-heure, puis douze heures après la manipulation. Nous avons lu les résultats au bout d'une demi-heure, puis le lendemain.

Pour les réactions faiblement positives, c'est-à-dire quand il existe un dépôt plus ou moins abondant qui se manifeste seulement dans un ou deux tubes, la lecture ne peut se faire aisément que douze heures après le début.

Certains auteurs, Skouge en particulier, ne tiennent pas compte de ces dernières réactions ; elles n'en ont pas moins une valeur réelle, car elles coexistent avec des troubles hépatiques nettement caractérisés.

Enfin, dans la lecture de la réaction, il ne faut tenir aucun compte du dépôt granuleux fin, bleu foncé, qui se manifeste dans les trois derniers tubes. Ce dépôt, formé uniquement par le sel mercuriel et la fuchsine, n'a rien à voir avec un phénomène de flocculation.

Jezler a proposé de représenter la réaction par une courbe. En abscisses, on porte les dilutions et en ordonnées la hauteur du dépôt dans le tube correspondant. Cette figuration permettrait une comparaison plus facile entre les divers cas étudiés ; elle faciliterait surtout la lecture des modifications de la réaction chez le même malade. Pour les commodités personnelles, nous préférons représenter chaque dilution par les chiffres 0, 1, 2, suivant l'intensité de la flocculation tout comme dans la réaction du benjoin colloïdal.

Enfin précisons que la réaction doit se faire avec des sérums ou des sérosités débarrassées de tous les éléments cellulaires par centrifugation. Ces produits conservés à l'abri de l'air extérieur sans autre précaution permettent de faire encore la réaction plusieurs semaines plus tard sans observer de différence dans les résultats.

**Résultats obtenus.**— Nous avons pratiqué la réaction de Takata-Ara chez 122 malades. Chaque fois que cela nous a été possible, nous avons en même temps recherché la vitesse de sédimentation par la méthode de Westergreen et calculé le quotient albumineux du sérum.

Pour la récolte de nos sérums, nous nous sommes placés dans les conditions qui nous ont paru les plus favorables : malade à jeun depuis la veille, sang prélevé sans compression par le garrot en vue d'éviter les perturbations apportées par la stase veineuse.

Les dosages des protéines ont été effectués à l'aide de la méthode de l'Indice Chromique décrite par MM. Polonowski et Warembourg, les albumines totales étant déterminées dans un premier dosage et la sérine étant ensuite dosée après séparation des globulines par précipitation à l'aide du sulfate d'ammoniaque à demi saturé.

Nous avons pratiqué nos recherches, non seulement sur des sujets atteints d'affections hépatiques, mais encore dans différentes maladies.

La première catégorie comprend une série de 12 malades ; chez 5 d'entre eux, la réaction s'est montrée franchement positive ; il s'agissait en l'espèce d'un

cancer secondaire du foie avec ascite, d'une cirrhose de Laënnec, d'un foie cardiaque, d'une syphilis avec hépatomégalie et d'une cirrhose syphilitique. Signalons d'ailleurs la même positivité de la réaction dans les liquides d'ascite des deux premiers malades et dans le liquide pleural d'un malade en état d'asystolie avec hépatomégalie.

Par contre, nous avons eu des résultats négatifs dans un cas de cirrhose syphilitique, dans un cas de cirrhose hypertrophique au début avec splénomégalie, dans un cas de cirrhose éthylique au début et dans trois cas de foie cardiaque (le premier se rapportant à une asystolie au cours d'un rétrécissement mitral ; les deux autres à une insuffisance ventriculaire droite terminant l'évolution d'un syndrome de bronchite chronique avec emphysème). Même résultat négatif dans un cas de syndrome de Raynaud avec hépatomégalie, ainsi d'ailleurs que dans le liquide pleural prélevé chez le malade atteint de rétrécissement mitral.

Par contre, la réaction s'est montrée positive au cours d'une leucémie myéloïde avec gros foie.

Chez 53 tuberculeux pulmonaires, nous avons trouvé la réaction de Takata-Ara positive dans 22 cas, négative dans 31 cas. *Les cas positifs se rapportaient la plupart du temps d'ailleurs à des formes très actives arrivées à la période terminale.* Néanmoins, il nous a été donné de suivre parallèlement l'évolution clinique et la réaction et nous avons pu voir cette dernière devenir positive dans les cas évoluant vers la mort, alors qu'une amélioration clinique s'accompagnait de la négativité de la réaction.

Au cours d'affections aiguës fébriles, nos résultats furent assez variables : positive dans 2 cas de septiciémies staphylococciques, négative dans 3 cas de pleurésies purulentes.

Mêmes variations au cours des processus chroniques : réactions positives dans 3 cas d'emphysème avec bronchite chronique, dans un cas de tabès fruste. Réactions légèrement positives dans un cas de laryngite bacillaire, dans un cas d'hypertrophie prostatique, dans un cas d'angor pectoris chez un syphilitique, dans un cas de monoplégie inférieure gauche avec syndrome pyramidal.

Dans la syphilis tertiaire avec réactions humorales très positives, nous n'avons observé aucun parallélisme entre la réaction de Takata-Ara et les réactions humorales classiques.

L'atteinte rénale ne nous a pas semblé influencer constamment la réaction : positive à la période agonique d'une néphrite azotémique et au cours d'une néphrite hématurique avec gros foie et ascite ; négative, par contre, dans un cas de néphrite azotémique avec hématuries récidivantes et dans 4 cas de néphrite azotémique grave à évolution fatale.

D'après Hugonot et Sohier, la réaction de Takata-Ara est toujours positive dans les lésions importantes du foie, en particulier dans les cas d'hépatites scléreuses, cirrhoses atrophiques et hypertrophiques (dans leurs recherches cependant, 2 cas de cirrhose, ayant d'ailleurs évolué favorablement, ont montré des réactions négatives). Par contre, la réaction serait négative dans tous les cas ne s'accompagnant pas cliniquement d'atteinte profonde du parenchyme, ni d'insuf-



fisance fonctionnelle marquée. En particulier, ils ont observé cette négativité dans 4 cas de cancer du foie, au cours d'hépatomégalie chez des paludéens ou des dysentériques, au cours d'intoxication éthylique ancienne. Skouge, Schindel et Barth attribuent sensiblement la même valeur à la réaction de Takata-Ara comme test d'atteinte hépatique. Cependant récemment Neuweiler déniait à la réaction de Takata-Ara toute valeur comme test d'insuffisance hépatique dans l'intoxication gravidique.

Bien que ces auteurs aient pu disposer d'un nombre de malades plus important que celui étudié par nous, on peut voir d'après nos résultats que leur conception est peut-être encore trop large, puisqu'il nous a été donné d'observer des réactions positives dans des cas autres que ceux qu'ils signalent.

D'ailleurs Hugonot et Sohier ont pu observer un parallélisme frappant entre la positivité de la réaction et des modifications importantes dans la teneur en protéines du sérum. Ce parallélisme, déjà signalé antérieurement par d'autres auteurs, serait tel (c'est une des conclusions de Hugonot et Sohier) que la réaction de Takata-Ara traduirait simplement l'inversion du quotient albumineux sérique et pourrait même éventuellement remplacer le dosage chimique des albumines.

Si nous comparons les résultats obtenus par la réaction de Takata-Ara et par le dosage des albumines sériques, nous constatons que le rapport entre l'abaissement du quotient albumineux et la positivité de la réaction n'est pas constant. En effet, dans l'ensemble des examens pratiqués chez nos malades, tant chez les hépatiques que dans les autres cas, nous avons pu observer sur 53 cas 3 réactions positives avec des quotients albumineux supérieurs à 1. Dans 11 cas, par contre, avec des quotients albumineux inférieurs à 1, nous avons observé des réactions négatives (dans 10 observations, il s'agissait de tuberculose pulmonaire). Néanmoins, nous avons pu observer le parallélisme entre la positivité de la réaction et l'abaissement du quotient albumineux dans 39 cas sur 53 examens pratiqués.

Nous voyons donc que, s'il existe dans la majeure partie des cas un rapport entre les deux ordres de recherches, on ne saurait dire que la réaction de Takata-Ara est simplement subordonnée à des modifications quantitatives des albumines, ni même à une modification dans la teneur relative du sérum en les diverses sortes d'albumines.

Quant à l'hypoprotéïnémie totale, nous n'avons pu constater un rapport constant entre ces deux données.

On sait combien, au cours de ces dernières années, les variations quantitatives des albumines sériques, tant dans leur totalité que dans leurs quantités respectives, ont été étudiées.

Dès 1855, Claude Bernard, rappelant les travaux de Lehmann, démontrait qu'au cours de la traversée hépatique, le sang perdait un tiers de son albumine totale. Depuis, en France, les travaux d'Abrami et Wallich d'une part, de Binet et Codounis de l'autre, insistent sur le rôle joué par le foie sur la constitution albumineuse du sérum. A l'heure actuelle, le « syndrome des albumines sanguines » décrit par Abrami

et Wallich dans les cirrhoses avec ascite est devenu classique. Mais ces modifications n'appartiennent pas exclusivement aux affections hépatiques. L'étude des albumines sériques étendue à différentes maladies, en particulier aux processus infectieux (Achard et Touraine, thèse de Saint-Girons) aux affections rénales (syndrome humoral des néphroses) et aussi à la tuberculose (Achard, Boutry, Codounis, Dufourt, Badiand, etc.) a permis de constater la fréquence de ces variations; bien plus, on a même cherché à tirer de ces modifications une valeur diagnostique et pronostique.

Malgré le nombre important des cas où peuvent être observées de telles variations, on est autorisé à se demander si ces variations, quelle que soit l'affection en cause, ne se ramènent pas toujours à une perturbation du métabolisme hépatique (Schellong, Fahr et Swanson).

Les nombreux travaux étrangers et français sur la réaction de Takata-Ara joints à l'expérience que nous avons pu tirer de nos recherches ne permettent pas d'accorder à la réaction de Takata-Ara une spécificité absolue comme test d'insuffisance hépatique. Tout au plus, peut-elle renseigner, et en cela elle s'ajoute aux données fournies par l'étude des albumines, sur la gravité du processus en cause. De même lorsqu'elle est positive pourra-t-elle conférer à l'observation du malade un caractère particulier traduisant une atteinte réelle de la constitution du milieu humoral.

Schindel et Barth qui considèrent la positivité de la réaction de Takata-Ara comme caractéristique des cirrhoses (réaction positive dans 83,3 % des cas) n'ont obtenu aucune concordance entre cette réaction et l'épreuve au galactose ou la détermination de la bilirubinémie.

En cela, elle peut être comparée à l'étude des albumines sériques, dont les variations peuvent, comme nous l'avons déjà dit, se rencontrer dans des multiples circonstances.

Il n'en est pas moins intéressant de chercher à préciser le mécanisme et la pathogénie de la réaction de Takata-Ara. Il s'agit en l'espèce avant tout d'une réaction de floculation.

On sait que certains sérums jouissent de la propriété de flocculer en présence de certains corps appelés « réactogènes » tels que les dérivés mercuriels. L'emploi de ces substances comme agents de floculation n'est pas propre à la réaction de Takata-Ara, et des méthodes les utilisant ont déjà été décrites pour le diagnostic de certaines affections : telle la réaction de Fulton calquée sur celle de Benett et Kenny pour le diagnostic de la trypanosomiose du chameau (réaction utilisant le chlorure mercurique) ; telle la réaction décrite par Sennevet et Vitas qui utilise le liquide de Zenker et qui peut donner une floculation dans les suppurations chaudes et la syphilis.

On a pu considérer la floculation comme le résultat de la précipitation du sel mercuriel entraînant avec lui une partie des albumines, — ou, suivant l'hypothèse de Jezler, comme la floculation de la solution d'oxyde de mercure préformée par absence de colloïdes de protection, — ou encore comme la conséquence de l'abaissement de la stabilité des protéines sériques dû à l'augmentation des globulines.

Quoi qu'il en soit, on peut dire que la floculation traduit une modification des albumines sériques sans préjuger de la nature de cette modification.

Comme le disent Hugonot et Sohier et comme nous avons pu le constater nous-mêmes, on ne saurait faire intervenir la teneur en protéines totales d'une façon constante bien que la positivité ait souvent coïncidé avec la diminution globale des protéines. Nous avons vu plus haut que les variations propres à la sérine et à la globuline, traduites par les variations du quotient albumineux, ne pouvaient également être considérées comme coïncidant d'une manière absolue avec la positivité de la réaction, bien que celle-ci ait, la plupart du temps, concordé avec un abaissement du quotient albumineux.

La dissociation entre la floculation et les variations quantitatives des albumines n'est d'ailleurs pas propre à la réaction de Takata-Ara comme le signalent Hugonot et Sohier : d'Oelnitz a observé des formologélifications positives avec des quotients albumineux élevés, et Le Bourdelles et Velluz ont constaté des faits du même genre pour la réaction de Henry ; inversement, Sicé signale l'absence de floculation avec des sérums à quotient albumineux peu élevé.

Schindel et Barth dont l'expérience porte sur 687 cas, n'ont constaté aucun parallélisme entre les modifications du quotient albumineux et la réaction de Takata-Ara, de même d'ailleurs qu'entre cette réaction et la vitesse de sédimentation des hématies.

On est donc amené à faire intervenir des variations protéiniques non plus quantitatives, mais qualitatives et suivant Hugonot et Sohier, ce serait, parmi les globulines, non pas tant le groupement entier que la fraction appelée euglobuline distincte des pseudo-globulines qui jouerait un rôle dans la floculation. Lemétayer constatait la disparition de la positivité de la réaction de Fulton après élimination de l'euglobuline par le sulfate de soude à 12 %. Récemment, Ch. Auguste, dans ses travaux sur la sérologie de la syphilis, attirait l'attention sur l'importance que pouvait présenter l'élimination des euglobulines dans les réactions habituellement utilisées.

Nous avons, de notre côté, essayé de débarrasser certains sérums des euglobulines et de pratiquer parallèlement (ainsi que le préconisaient Hugonot et Sohier) la réaction de Takata-Ara sur le sérum intact et sur le sérum modifié. Pour ce faire, nous avons pratiqué la précipitation des euglobulines en faisant passer un courant de gaz carbonique dans le sérum dilué ; et isolé par centrifugation les euglobulines précipitées. Nous n'avons pu pratiquer cette technique que dans 10 cas que nous avons d'ailleurs choisis comme nettement positifs.

La réaction de Takata-Ara est restée positive dans les sérums débarrassés de leurs euglobulines. Nous ne saurions conclure de cette série d'expériences que nous poursuivons d'ailleurs, mais nous nous croyons cependant autorisés dès à présent à envisager le problème comme plus complexe qu'il ne pouvait paraître au premier abord. D'ailleurs, dans ses travaux Ch. Auguste a démontré que les euglobulines avaient dans la réaction de Bordet-Wassermann une action non pas favorisante, mais empêchante. Peut-être en

est-il de même en ce qui concerne leur influence dans la réaction de Takata-Ara.

Tout récemment OEfelein F. signalait un parallélisme entre la positivité de la réaction et la teneur du sérum en ammoniacque : d'après cet auteur, la réaction mesurerait d'une manière en quelque sorte spécifique, l'atteinte du parenchyme hépatique.

De son côté Zirm signale la disparition de la positivité de la réaction par adjonction d'héparine au sérum. Au contraire Schindel fait apparaître la positivité de la réaction par adjonction de petites quantités d'acides gras ; cette positivité provoquée ainsi d'ailleurs que la positivité naturelle de la réaction disparaît par adjonction d'alcalins.

Quelles conclusions pouvons-nous tirer de la valeur de la réaction de Takata-Ara ? Il n'est pas encore possible à l'heure actuelle de faire intervenir, pour expliquer le mécanisme de cette réaction, un facteur certain. Tout au plus est-elle le témoin d'une modification humorale portant sur les protéines, modification dont, jusqu'à présent, on n'a pu établir avec certitude la nature.

Il semble que des travaux poussés dans ce sens contribueraient, tout autant que des statistiques de positivité et de négativité, à établir la valeur réelle de cette réaction.

Tout ce qu'on peut affirmer avec certitude, c'est qu'elle est l'indication d'une perturbation des protéines, qui peut se rencontrer dans les circonstances pathologiques les plus variées. Aussi vouloir lui accorder une spécificité quelconque paraît bien excessif. Cependant, pratiquée dans telle ou telle condition, chez tel ou tel malade porteur d'une affection connue (lésion hépatique, tuberculose...), elle peut, au même titre que les déterminations de la teneur du sérum en protéines, permettre de juger l'importance de l'atteinte humorale causée par la maladie. A cet égard, il est peut-être possible de lui faire jouer un certain rôle diagnostique et peut-être même pronostique, au même titre d'ailleurs qu'à certaines autres réactions (vitesse de sédimentation par exemple). Ce n'est que par une étude plus poussée, par des déterminations portant sur un nombre de malades considérable, mais de malades atteints d'une même maladie, présentant un diagnostic bien établi et dont l'évolution de la maladie pourra être suivie, que l'on sera autorisé à conclure de la valeur de la réaction de Takata-Ara dans la maladie étudiée.

Quant à vouloir rattacher la positivité de la réaction à un facteur hépatique, cela ne nous paraît permis que dans la mesure où le foie intervient dans la composition du sérum en protéines. C'est là un problème de pathologie générale qui déborde de beaucoup le cadre de notre étude et qui jusqu'à présent ne paraît pas avoir été résolu.

---

Séméiologie élémentaire de l'appareil respiratoire, par E. RIST. Petit in-8° de 189 pages. — Prix : 22 fr. Paris, Masson et Cie.

Propédeutique obstétricale, par L. DEVRAIGNE. Petit in-8° de 192 pages avec 50 figures. — Prix : 22 fr. Paris, Masson et Cie.



XIV<sup>e</sup> JOURNÉES MÉDICALES DE BRUXELLES <sup>1</sup>**Rôle du thymus dans la croissance et l'évolution génitale.**

— M. P. LEREBoullet (Paris), après avoir rappelé les nombreuses discussions poursuivies sur le rôle du thymus en physiologie et en pathologie, met en relief les conclusions qui se dégagent des constatations anatomiques, expérimentales, cliniques et thérapeutiques sur l'action du thymus dans la croissance et l'évolution génitale; il se base notamment sur les recherches qu'il a poursuivies depuis dix ans avec MM. J.-J. Gournay et Odinet.

Il expose successivement les arguments d'ordre anatomique et physiologique qui montrent l'accroissement du thymus jusqu'à l'âge de la puberté, le début de son involution au moment de la maturité sexuelle, sa persistance si celle-ci ne s'établit pas. Il rappelle les résultats des thymectomies expérimentales amenant la réduction de la taille et du volume des segments squelettiques (Lucien et Parisot), ceux de l'hyperthymisation expérimentale amenant inversement l'accroissement de la longueur des os (Odinot, Arthus). Il expose également les conséquences de la thymectomie sur l'évolution génitale et inversement celles de l'hyperthymisation qui, entre les mains de J. Camus et Gournay, a eu une action remarquable chez des chiens ayant un syndrome adiposogénital expérimental.

Ces conséquences de l'hyperthymisation expérimentale conduisent à pratiquer l'opothérapie thymique en vue de modifier la cryptorchidie et de favoriser l'évolution pubertaire. M. Lereboullet expose les résultats que lui a donnés l'opothérapie thymique dans nombre de cas de cryptorchidie. Il rapporte quelques observations démonstratives des effets de l'opothérapie thymique par voie sous-cutanée sur la croissance et l'évolution génitale, effets tantôt rapides, tantôt plus lents, mais nettement apparents. Si la médication ne supprime pas toujours la nécessité de l'orchidopexie, elle permet de ne la faire qu'au moment favorable et plus facilement. De même dans des cas où l'acte chirurgical a échoué, elle peut permettre aux testicules de se développer et à l'évolution pubertaire de se faire secondairement. Si l'opothérapie par voie digestive n'est pas dépourvue d'action, c'est l'opothérapie sous-cutanée à l'aide d'extraits bien préparés qui paraît surtout efficace, à condition que la méthode soit longtemps et méthodiquement employée. L'opothérapie thymique peut également agir sur l'évolution ovarienne et M. Lereboullet a, avec M. J. J. Gournay, modifié favorablement des cas de dysménorrhée ancienne, lutté avec succès contre certains cas d'aménorrhée, obtenu la diminution de certains cas d'obésité prépubertaire.

Il rappelle aussi les effets de cette médication dans certains cas d'achondroplasie, où s'affirme son action sur le squelette, et dans quelques faits de mongolisme, dans lesquels la croissance physique et l'intellectuelle sont nettement stimulées.

Quelle que soit la large part d'hypothèse qui persiste dans nos conceptions sur la physiologie du thymus, son rôle dans la croissance et l'évolution génitale semble bien établi et son action thérapeutique est certaine pour peu qu'il soit employé à doses suffisantes et avec ténacité.

**Les rapports anatomiques et physiologiques entre l'hypothalamus et l'hypophyse (la pathologie corrélative du système neuro-endocrinien.** — MM. Roussy et Mosinger.

**Traitement de l'anaphylaxie alimentaire.** — M. Charles Richet fils. — Après avoir indiqué le traitement sympto-

matique et le traitement étiologique, l'auteur s'arrête plus longuement sur les traitements pathogéniques :

La plupart de ces traitements ont eu comme point de départ l'expérience de Besredka sur l'antianaphylaxie.

Les trois principaux sont :

a) Le petit repas désanaphylactisant (Lesné) précédant de trois quarts d'heure le grand repas et de composition identique ;

b) La peptonothérapie de Pagniez et Valléry-Radot : utiliser des peptones de diverses origines (viande, gluten, poisson, etc.) ;

c) L'huile de paraffine (Ch. Richet fils et Couder) qui ralentit l'absorption et permet à l'organisme de s'antianaphylactiser, pendant le temps plus considérable que mettent les protéines à s'absorber.

Accessoirement :

Traitement gastrique ;

Traitement pancréatique, facilitant la dislocation des protéines ;

Traitement hépatique qui facilite l'arrêt par le foie des molécules trop grosses absorbées par la veine porte.

*Traitement physiologique.* — Il devrait aboutir (théoriquement) à produire une modification du terrain.

Divers procédés ont été proposés : l'autohématothérapie, l'opothérapie, le traitement hydrominéral (Vichy en particulier). Leur action est, en général, favorable, mais elle n'est pas constante et est d'interprétation difficile.

**L'insulino-résistance.** — M. E. AUBERTIN (de Bordeaux).

— On rencontre parfois des diabétiques, chez lesquels les doses usuelles d'insuline ne produisent pas leur effet habituel sur l'hyperglycémie et sur la glycosurie. Ces doses doivent être considérablement augmentées ; et, même à ce prix, on n'obtient pas toujours un résultat satisfaisant. Cette insulino-résistance peut être plus ou moins importante. Elle n'est pas fonction de la gravité du diabète.

L'épreuve d'hypoglycémie provoquée par l'insuline ne suffit pas à établir ou à éliminer le diagnostic d'insulino-résistance. La glycémie peut être normalement modifiée par l'injection d'une quantité donnée d'insuline chez le sujet observé à jeun, alors que l'insulinothérapie la mieux ordonnée ne donne pas ses effets ordinaires dans le traitement du diabète. Il faut tenir compte des réactions antagonistes anormales déclenchées par l'alimentation.

L'insulino-résistance a été signalée par un grand nombre de diabétologues dans tous les pays. On l'a vue chez des malades atteints de syndromes infectieux, de cirrhose bronzée, d'hyperplasies surrénaliennes, thyroïdiennes, ou hypophysaires. On la rencontre également chez des sujets qui ne présentent aucune autre affection que leur diabète.

La pathogénie d'un tel phénomène est encore actuellement discutée et exerce la sagacité des auteurs. Plusieurs mécanismes peuvent être envisagés : neutralisation de l'insuline ; actions antagonistes ; peut-être dérèglement des centres nerveux glycorégulateurs. Malheureusement, les données de la clinique ne concordent pas toujours avec les conclusions que l'on pourrait se croire en droit de tirer des données de la physiologie. Le problème comporte encore bien des obscurités.

Il faut cependant signaler les heureux résultats obtenus par quelques auteurs dans le traitement de l'insulino-résistance par l'irradiation de la région hypophysaire.

**Autour de l'hypophyse.** — M. THIERRY DE MARTEL (de Paris).

**Traitement chirurgical des vertiges.** — M. Georges PORTMANN (de Bordeaux).

**Physiologie des surrénales.** — M. V. JEDLIČKA (de Prague).

(1) Association de la Presse médicale française.

Suite. — Voir *Gaz. des hôp.*, 1935, n° 56, p. 966, n° 59, p. 1012.

**Mode d'action de l'insuline et insulino-résistance.** — M. HOET (de Louvain).

**La gestation et les glandes endocrines.** — M. Lucien BROUHA (de Liège).

### SESSION EXTRAORDINAIRE DE LA SOCIÉTÉ BELGE DE PÉDIATRIE

Président : M. DUTHOIT

**La coqueluche.** — M. le professeur BORDET étudie la question au point de vue bactériologique ; il montre l'intérêt des recherches de Delcourt au sujet de la prophylaxie et étudie l'état de la vaccination contre la coqueluche en indiquant ses recherches actuelles avec G. Ramon.

M. PECHÈRE se place sur le terrain clinique et montre les résultats obtenus par le vaccin curatif.

Après une discussion à laquelle prennent part M. Comby, Mlle Comby, MM. Lereboullet, Hallé, Bleichmann, Freysz, les conclusions suivantes sont adoptées :

1° D'une façon générale, le vaccin paraît avoir donné des résultats au point de vue préventif.

2° Au point de vue curatif, la vaccinothérapie paraît dans un certain nombre de cas avoir atténué la maladie.

3° Dans l'ensemble, la coqueluche traitée par le vaccin curatif paraît exempte de grosses complications.

4° Au point de vue thérapeutique, nécessité de n'employer que des moyens inoffensifs : drosera (Lereboullet), gardénal. Efficacité des rayons ultra-violet, soit à titre préventif, soit à titre curatif.

5° *Durée de la contagion* : cinq semaines après la première quinte, il n'y a pas de risque de contagion.

**Broncho-pneumonie de l'enfant.** — MM. les professeurs ROHMER (de Strasbourg) et Charles COHEN (de Bruxelles) étudient le traitement des broncho-pneumonies chez l'enfant par la transfusion sanguine.

### EDUCATION PHYSIQUE

MM. les professeurs Lucien BROUHA (Liège), Isidore GUNZBURG (Bruxelles) et Jean DEMOOR (Bruxelles) étudient le rôle du médecin dans l'éducation physique.

**Le dépistage précoce des troubles cardiaques** est étudié par M. Ch. LAUBRY, M. Lucien BROUHA et M. Van DOOREN. Retenons notamment la conclusion apportée par le médecin commandant DE CHAISEMARTIN (de Joinville) :

« La mesure de la pression moyenne permet d'autoriser pour une large part la pratique des exercices physiques et des sports ; en outre, de suivre les progrès réalisés par un entraînement rationnel.

Dans d'autres cas, les variations excessives de la pression moyenne révéleront les déficiences de l'appareil cardio-vasculaire, bien souvent passées inaperçues, qui interdiront pour un temps plus ou moins long ou même définitivement les efforts fatigants nécessités par l'entraînement. »

\*\*\*

Il faudrait encore citer les projections de films scientifiques (prof. Roussy, René Leroux, prof. Gosset) et les séances opératoires qui attirèrent de nombreux chirurgiens.

\*\*\*

L'exposition de produits pharmaceutiques et d'instruments était comme d'habitude installée dans le grand hall des expositions temporaires où se tenaient les Journées. Elle a remporté le succès habituel.

### FETES ET RECEPTIONS

Suivant une aimable tradition, le programme comportait de nombreuses distractions, un gala à l'Opéra royal de la Monnaie, un concert sous la direction du maître V. de Sabbatta, un bal à l'Hôtel de Ville, une soirée au Vieux-Bruxelles, etc., enfin des réceptions intimes dans lesquelles nos confrères nous firent goûter une fois de plus la cordialité et l'élégance de l'hospitalité belge.

F. L. S.

### EN MARGE DES JOURNÉES MÉDICALES DE BRUXELLES

#### Congrès International de Lutte contre le charlatanisme

Plusieurs orateurs ont attiré au cours de leur exposé, l'attention de l'auditoire sur les conséquences néfastes et quelquefois catastrophiques de certaine publicité mensongère en faveur de médicaments ou de moyens thérapeutiques.

Ces réclames retardent la guérison des vrais malades et sont responsables de l'incurabilité de certaines affections guérissables quand elles sont soignées à temps, à cause du temps perdu avant de recevoir les soins qualifiés.

Les gouvernements et les particuliers dépensent de grands efforts pour éviter par la prévention l'extension des maladies. Les membres de l'assemblée désireux de se joindre à ces efforts, ont décidé de transmettre aux autorités et à la Presse, dans l'intérêt du public, la motion suivante :

« Le Congrès International de Lutte contre le Charlatanisme, réuni à Bruxelles à l'occasion des Journées Médicales, exprime le vœu, dans l'intérêt de la santé publique, de voir supprimer la publicité commerciale en faveur de tous remèdes ou moyens de traitement, et tout spécialement lors des émissions radiophoniques. »

### SOCIÉTÉS SAVANTES

#### SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 18 MAI 1935)

**Les bacilles lactiques envisagés comme source de vitamines B.** — MM. R. LECOQ et H. VILLETTE montrent que les bacilles lactiques (*Bacillus bulgaricus*) introduits à raison d'un milliard par gramme dans une ration comportant par ailleurs 66 p. 100 de saccharose, ne semblent pas apporter aux pigeons de vitamines B en quantité appréciable. Au contraire, la présence des bacilles paraît exagérer les besoins de cet animal en vitamines B, puisque des crises polynévritiques très nettes se produisent au bout de 1 à 2 mois, lorsque des doses de levure capables d'assurer normalement des survies de 4 à 6 mois sont ajoutées à la ration. Cette action très particulière des bacilles lactiques favorisant l'évolution de la polynévrite, est à rapprocher de celle qui fut observée par Noël Bernad avec le *Bacillus asthenogenes* dans le bérubéri humain.

**Bacilles lactiques et déséquilibre alimentaire.** — M. R. LECOQ, s'appuyant sur l'expérimentation conduite sur le pigeon, montre que l'introduction de bacilles lactiques dans un régime où les glucides sont en proportions modérées, entraîne des manifestations atténuées de déséquilibre alimentaire, comparables à celles qui s'observent avec le lactose.



Ces faits justifient l'opinion émise par certains auteurs, selon lesquels l'action thérapeutique due aux bacilles lactiques s'obtiendrait aussi bien par ingestion de lactose.

L'imprégnation des tissus par l'acide lactique ou de proches dérivés (acide pyruvique ?) semble être la cause des troubles polynévritiques observés dans le déséquilibre alimentaire comme dans l'avitaminose B.

**Vagotonie et choc peptonique.** — MM. D. SANTENOISE, L. MERKLEN et M. VIDACOVITCH montrent que l'administration de vagotonine est suivie au bout d'un moment d'un accroissement de la sensibilité au choc peptonique et de l'augmentation des effets d'une injection intra-veineuse de peptone. Ainsi s'expliquerait, en partie au moins, la sensibilité des vagotoniques aux chocs anaphylactiques ou anaphylactoïdes. Ces données imposent la nécessité de n'utiliser en clinique que des extraits vagotonisants suffisamment purifiés et non altérés, ainsi que la suppression, au cours des traitements par la vagotonine, des aliments capables de provoquer, chez des sujets sensibles, des accidents anaphylactiques.

**Procédé de culture des différents stades évolutifs du bacille tuberculeux et B C G-granulaire, filament et bacillaire non acido-résistant et acido-résistant, à partir de lysats obtenus par congélation répétée.** — M. E. GRASSET montre qu'en soumettant le bacille B C G et le bacille tuberculeux à un procédé de congélation répétée, on obtient des produits de lyse microbienne, permettant par ensemencement sur milieux de Sauton et appropriés, de suivre aisément les différents stades de développement de ces micro-organismes, depuis la forme granulaire isolée non acido-résistante, à la forme bacillaire non acido-résistante, et retour à la forme bacillaire originelle acido-résistante.

**Etude sur les inclusions qui caractérisent la maladie de Carré (maladie du jeune âge du chien).** — M. S. NICOLAU cherche et étudie les inclusions dans la maladie du jeune âge ; elles se trouvent dans presque tous les organes et tissus. Il décrit les particularités topographiques et morphologiques de ces inclusions et conclut que, dans le névraxe, la maladie de Carré réalise une *gliocytonose*, par opposition avec la rage qui détermine une *neurocytonose*. La présence d'inclusions dans les tissus d'origine embryonnaire variée montre le peu de spécificité de l'affinité du germe pour des tissus déterminés ; par ses localisations diverses, le virus détermine les variétés des formes de la maladie spontanée (forme tégumentaire, pulmonaire, intestinale, nerveuse). M. Nicolau considère les corpuscules qu'il décrit comme des vraies inclusions (réactions des cellules provoquées par la présence du virus), et non pas comme des parasites. Pour des raisons multiples, il rejette les appellations de « *Negria canis* » (Sinigaglia) et d'« *Encephalitozoon* » (Manouelian), qui impliquent l'idée de parasites définis ; il préfère dire corpuscules de Lenz, du nom du premier auteur qui les a observés. Ces inclusions caractérisent la maladie de Carré, comme les corpuscules de Joest-Degen caractérisent la maladie de Bornu, et les corps de Negri la rage.

**Sur une méthode de production rapide et intensive de l'immunité et de l'antitoxine tétanique chez les animaux. Son intérêt pratique et théorique.** — MM. G. RAMON et E. LEMÉTAYER montrent qu'une seule dose de 2 cc. de toxine ou d'anatoxine tétanique enrobée dans la lanoline et injectée à des moutons et à des chevaux suffit à leur conférer une immunité spécifique relativement forte. Plusieurs doses (au total une vingtaine de centicubes) provoquent chez les mêmes animaux une production très abondante d'antitoxine.

Cette méthode a une grande portée pratique pour la pré-

paration du sérum antitétanique qui est ainsi rendue plus rapide, plus commode, plus économique et pour la vaccination antitétanique des animaux domestiques contre le tétanos, l'immunité conférée dans ce cas étant plus solide et de ce fait plus durable.

Elle comporte en outre un intérêt théorique évident. En effet, grâce à elle se trouve démontrée la possibilité de réaliser d'emblée chez les grands animaux l'immunité antitoxique au moyen d'une seule dose de toxine très active non altérée au préalable dans sa toxicité, mais simplement enrobée dans un peu de matière grasse. Fait des plus remarquables, l'organisme se montre capable d'annihiler complètement et rapidement la nocivité d'une quantité relativement considérable de toxine, tout en respectant le pouvoir antigène de cette toxine, dont il tirera le meilleur profit pour la production de l'antitoxine spécifique.

**Sur le virus rabique fixe pastorien « ramené en arrière » (transformé apparemment en virus des rues après passages répétés dans le système nerveux périphérique du lapin).**

— Mme L. KORCIOWSKA continue les recherches relatées antérieurement avec S. Nicolau sur la transformation du virus rabique fixe en virus des rues. Elle infecte deux chiens avec le germe « ramené en arrière » et constate dans le névraxe des corps de Negri semblables quant au nombre et l'aspect à ceux produits dans l'organisme de la même espèce animale par le virus rabique des rues. Pourtant, le virus fixe ainsi « ramené en arrière » n'a pas toutes les propriétés qui caractérisent les virus des rues, puisque les lapins infectés par voie cutanée ou sous-cutanée ne contractent pas la rage de manière constante.

**Etude expérimentale des relations chronologiques de l'électrocardiogramme avec le mécanogramme.** — MM. P. DUCHOZAL, J. LAMBERT, V. HATEGANU concluent de leurs recherches, faites avec des myographes optiques sensibles, que le mécanogramme précède l'électrocardiogramme, ou tout au moins, apparaît en même temps que lui.

**Neurones virulents et infection de la salive au cours de la rage.** — M. MANOUÉLIAN montre que chez le lapin comme chez le chien, l'infection de la salive dans la rage est due aux neurones parasités des glandes salivaires et de la muqueuse de la langue. Parfois ces neurones se trouvent à une minime distance de l'épithélium ; une éraflure, un frottement tant soit peu important peuvent entamer la muqueuse, et le virus contenu dans les cellules nerveuses est déversé dans la cavité buccale et mis en contact avec la salive qu'il infecte ainsi.

**Fréquence et formes anatomo-cliniques de la tuberculose spontanée du cobaye.** — MM. A. SAENZ, L. COSTIL et M. SADETTIN ont recherché le degré de fréquence et les facteurs déterminants de la tuberculose spontanée chez les cobayes neufs ayant séjourné dans des cages à expériences et ont étudié les caractères anatomo-cliniques qui caractérisent la contamination naturelle de ces animaux.

Au cours de trois années d'expériences, sur un total de 187 cobayes neufs qui furent placés dans une salle occupée par environ 3.000 animaux réservés à l'étude de la tuberculose expérimentale à l'Institut Pasteur, ils ont relevé 15 cas de tuberculose spontanée.

Parmi ces cas, 3 montraient le tableau d'une tuberculose de type digestif et 12 celui d'une infection tuberculeuse d'origine aéro-gène.

Il ressort de ces recherches que chez les cobayes qui sont restés plus de 6 mois au voisinage ou au contact d'animaux tuberculeux, le nombre de ceux qui se contaminent augmente avec la durée du séjour en milieu infecté ; 36 % des cobayes qui ont vécu durant un an à deux ans et demi,

sont devenus tuberculeux. Mais fait très important, ces infections spontanées ne se présentent jamais avant un délai de 6 mois, ce qui supprime toute cause d'erreur pour le diagnostic de la tuberculose dans le travail de laboratoire.

## CHRONIQUE

### L'INAUGURATION OFFICIELLE DU SANATORIUM DES ÉTUDIANTS

Le 7 juillet 1935, le Sanatorium des Etudiants a été inauguré officiellement par M. Edouard Herriot, ministre d'Etat.

A vrai dire, il s'agissait plutôt de la consécration d'une œuvre magnifique que d'une inauguration. Il y a deux ans que le Sanatorium est en plein fonctionnement. La cérémonie qui vient d'avoir lieu a permis de faire le point et de rappeler l'historique du Sana. Personne n'a oublié que l'idée généreuse dont il est sorti est due aux étudiants eux-mêmes et parmi eux à notre confrère le docteur Jean Crouzat, dont personne ne doit oublier le dévouement.

On sait que le projet fut adopté par le Congrès de l'Union nationale des Etudiants que présidait à Clermont-Ferrand le regretté Amabert, de Grenoble. Les appuis vinrent nombreux, en particulier ceux de Léon Bernard et de Rist, ceux des sénateurs Chauveau et Honnorat.

La visite de M. Edouard Herriot au Sanatorium des Petites Roches permit de mesurer l'œuvre accomplie.

Le Sanatorium comprend un bâtiment de 150 lits et un pavillon de 30 lits réservé aux étudiantes.

Surplombant de près de mille mètres la vallée du Grésivaudan, il est protégé contre les vents du Nord par la Dent de Crolles et le versant méridional du massif de la Grande Chartreuse. Il domine de plusieurs centaines de mètres le niveau des brouillards de la vallée de l'Isère et jouit d'un ensoleillement parfait. Il fait face au massif de Belledonne et son panorama embrasse toute la chaîne des Alpes, depuis le Mont Blanc jusqu'au massif du Vercors.

A proximité immédiate des bâtiments se trouvent des forêts domaniales et communales, vastes bois de sapins et d'essences vives; des sentiers à faible pente permettent les promenades des malades.

L'accès de l'établissement universitaire est facile. Un funiculaire, le plus abrupt du monde puisque, près du sommet, la rampe atteint 83 pour cent, relie en quinze minutes le plateau des Petites Roches à la station du tramway qui dessert Grenoble.

En ce qui concerne le logement, le Sanatorium comprend des chambres individuelles, des chambres à deux lits, quelques chambres à trois lits. Il n'existe pas de dortoir.

Orientées au Midi, largement aérées, les chambres comportent des lavabos individuels avec eau courante chaude et froide. De nombreuses salles de bains sont à la disposition des malades. Le chauffage des chambres et de tous les locaux est électrique.

Vaste salle à manger (service par petites tables), salles de jeux dont une avec scène de théâtre; salle d'études et de conférences, salle de musique et plusieurs bibliothèques. Les galeries de cure sont communes à tous les malades. Le service médical comporte une installation complète et moderne de physiologie: téléradiographie, outillage de pneumothorax et d'endoscopie pleurale, salle d'opérations, cabinet dentaire, laboratoire d'analyses, etc.

Ajoutons, pour être complet, que le prix de journée oscille entre 37 et 40 fr. et que les services religieux des différents cultes sont assurés.

Tel est sommairement décrit l'établissement de l'Union nationale, groupement présidé actuellement par M. Théry.

Le Conseil de la fondation est dirigé par M. Hesnard, recteur de l'Académie de Grenoble, assisté des D<sup>rs</sup> Rist et Evrot et de M. Puy, pharmacien à Grenoble, qui exerce avec un total dévouement les fonctions de secrétaire général. Le Comité technique comprend les noms des professeurs Bezançon, Courmont, Lemierre et Sergent; du médecin directeur, le D<sup>r</sup> Douady; du médecin adjoint, le D<sup>r</sup> Cohen; d'un chirurgien, le D<sup>r</sup> Bonniot, professeur à l'Ecole de Grenoble (1).

L. G.

## LIVRES NOUVEAUX

**La roentgentherapie des fibromyomes de l'utérus et des métropathies hémorragiques (2)**, par Paul GIBERT. Préface du docteur Antoine BÉCLÈRE.

Le fibromyome utérin est une affection extrêmement fréquente: reconnaître son existence n'implique pas la nécessité d'un traitement actif. Si cette tumeur bénigne devient gênante par son volume ou par les pertes qu'elle occasionne, il y a lieu de choisir entre le traitement chirurgical et le traitement conservateur.

La nécessité d'un diagnostic exact importe au plus haut point et, en cas de doute, le radiothérapeute doit mettre en œuvre tous les procédés de diagnostic (*Chapitre I*); ils permettent presque toujours de dépister les affections pouvant simuler le fibromyome utérin.

En matière de fibrome utérin ou métropathies hémorragiques non néoplasiques, la roentgentherapie est supérieure au radium (*Chapitres II, III et IV*). Elle peut obtenir tous les résultats que donne le radium, mais ses indications sont beaucoup plus étendues, notamment en cas de tumeurs utérines volumineuses et surtout d'annexites concomitantes.

Une technique correcte est indispensable et beaucoup de pseudo-échecs sont dus à une mauvaise utilisation des rayons de Roentgen (*Chapitre V*).

Les vrais échecs de la roentgentherapie sont les fibromyomes sous-muqueux; les pseudo-échecs concernent des erreurs de diagnostic.

Si une radiothérapie correctement appliquée n'a pas amené la guérison, ou si elle n'a donné qu'un résultat jugé insuffisant, il est de moins en moins soutenable que les difficultés de l'exérèse ou ses résultats en paraissent aggravés (*Chapitres VII et VIII*).

Les métropathies hémorragiques de l'âge voisin de la ménopause, lorsque leur nature non néoplasique a été affirmée, constituent l'indication de choix de la roentgentherapie.

Grâce aux progrès des appareillages radiogènes et surtout à ceux de la dosimétrie, la roentgentherapie correctement appliquée est une méthode exempte de risque et aucune issue fatale ne peut lui être attribuée (*Chapitre IX*).

L. G.

### Tourisme des temps difficiles

Le Club des Sans-Club présente chaque année, à l'aide de reportages astucieux, rédigés sous le contrôle et avec la collaboration de plusieurs milliers de ses membres, les hôtels et auberges méritant par leur cuisine d'entrer dans ses circuits. Ces reportages d'intitulent *Les Auberges de France* (3).

(1) Pour tous renseignements sur l'œuvre et notamment sur l'admission des malades, deux secrétariats fonctionnent: l'un à Paris, 44, rue de Bellechasse, l'autre à Grenoble, 1, rue Barnave.

(2) Collection Médecine et Chirurgie pratiques. Un volume de 412 pages avec 10 figures dans le texte. — Prix: 48 fr. — Paris, Masson et C<sup>ie</sup>.

(3) Le volume 20 fr. dans les grandes librairies et au siège du Club, 42, rue de Trévise, Paris (IX<sup>e</sup>).



---

OPOTHÉRAPIE CARDIAQUE

la

# CRINOCARDINE LALEUF

AMPOULES BUVABLES  
A BASE D'EXTRAITS SPÉCIAUX CONCENTRÉS DE  
MYOCARDE . PANCRÉAS . FOIE . REIN  
MUSCLE STRIÉ

RÉALISE

SANS CONTRE-INDICATIONS

L'ORGANOTHÉRAPIE  
POLYVALENTE ET SYNERGIQUE

DES

**AFFECTIONS CARDIO-VASCULAIRES**

---

ÉCHANTILLONS . LITTÉRATURE  
LABORATOIRES LALEUF  
20, RUE DU LAOS . PARIS-15<sup>e</sup>

dont le prix tient lieu de cotisation et la couverture de carte d'adhérent (sur l'édition de 1935, une place est réservée pour recevoir le nom du détenteur).

Cette année, le Club enregistre deux nouveaux succès dans ses étapes : d'abord la gratuité du garage presque généralisée, et puis l'institution, à sa demande, d'un petit repas du soir, allant de 6 à 12 francs. Cette initiative sera d'autant plus appréciée que si le touriste, sur le chemin du retour, n'a souvent nulle envie de faire un repas complet, il déside néanmoins s'attarder dans un coin pittoresque. Et il n'en a que l'embarras du choix avec le Club des Sans-Club, si sagement dirigé par notre confrère Paul Poulgy, et que patronnait le regretté maître cuisinier A. Escoffier.

## NOTES POUR L'INTERNAT

# SÉMIOLOGIE DES SPLÉNOMÉGALIES

L'étude des splénomégalias offre de nombreux intérêts. Parfois la splénomégalie n'est cliniquement qu'un symptôme accessoire, et l'augmentation du volume de la rate montre surtout le rôle pathogénique important de cet organe dans les différentes infections.

Lorsque la splénomégalie tient le premier plan, elle pose alors de nombreux problèmes diagnostiques et thérapeutiques. Des travaux récents ont précisé certains points de la sémiologie des splénomégalias ; en particulier, P. Emile-Weil et P. Isch-Wall (1934) ont fait connaître l'importance diagnostique de la ponction de la rate. Au point de vue thérapeutique, de multiples travaux, tant en France qu'à l'étranger, se sont attachés aux indications de la splénectomie dans certains syndromes cliniques : on demande actuellement à la splénectomie de combattre trois processus fort distincts : l'hémolyse, les hémorragies, la sclérose.

Tout d'abord, on doit distinguer deux grandes classes de splénomégalias :

Les splénomégalias légères et les grandes splénomégalias.

Dans les splénomégalias légères, la rate est percutable sur une matité de 5 ou 6 centimètres, parfois plus. Dans le décubitus latéral droit, le tympanisme des organes creux voisins peut réduire artificiellement la zone de matité. Aubertin conseille de contrôler par une percussion dans le décubitus latéral gauche. On peut parfois sentir le pôle inférieur de la rate à 2 ou 3 centimètres au-dessous du gril costal.

Dans les splénomégalias importantes, on palpe sous les fausses côtes, dans l'hypocondre gauche, une masse dure régulière, indolore en général, dont le pôle inférieur descend plus ou moins dans la fosse iliaque ; mais surtout, fait capital, on sent à cette masse un bord droit, qui est caractéristique. Ce bord est tranchant ou mousse et présente parfois quelques incisures : il est successivement à convexité droite, rectiligne et concave en haut et à droite au fur et à mesure que la rate grossit. Une rate volumineuse peut même déformer l'abdomen et devenir visible.

On peut apprécier sa forme générale, son grand axe, la mobilité avec les changements de position, les mouvements respiratoires, sa consistance.

Nous insisterons simplement sur cette notion : il importe, en particulier pour suivre les effets thérapeutiques, d'apprécier le plus exactement possible le volume de la splénomégalie. Pour cela : deux procédés. On fait des mensurations, et Aubertin conseille la longueur de la rate mesurée selon la ligne mamillaire, depuis le bord costal jusqu'à son bord inférieur, dans la position couchée, la longueur splénique dans son plus grand axe, la distance du bord inférieur de l'organe à l'épine iliaque, la distance du bord in-

terne à l'ombilic. Le mieux est de faire un calque, et l'on a ainsi un schéma, grandeur nature, facilement comparable.

L'étude radiologique des splénomégalias se fait, en pratique, dans deux conditions :

Pour préciser une splénomégalie légère, difficile à bien noter cliniquement [Lagarenne, Thèse de Paris, 1920] et vérifier l'intégrité de la base gauche.

Pour affirmer le diagnostic de grosse rate dans certaines splénomégalias irrégulières, plus ou moins fixées ; dans ce cas l'étude radiologique simple avec ingestion ou lavement de baryte, parfois après insufflation gastrique ou colique permet de noter les rapports de la tumeur avec l'estomac et l'angle colique gauche et de différencier certaines splénomégalias de tumeur rénale gauche, de cancer de l'angle colique gauche, de tumeur pancréatique. — La méthode de spléno-graphie par le dioxyde de thorium [Oka, 1929 ; Radt, 1930] a donné des résultats intéressants.

Toute splénomégalie primitive nécessite un examen clinique minutieux : explorer les aires ganglionnaires, rechercher les douleurs osseuses provoquées. On devra s'attacher à l'étude des modifications hématologiques. L'épreuve de la spléno-contraction à l'adrénaline peut être nécessaire. L'examen du foie et de la fonction hépatique est capital. « Il est des splénomégalias d'origine hépatique, comme il est des hépatites d'origine splénique » (Aubertin). Enfin le diagnostic de certaines splénomégalias est grandement facilité par la ponction de la rate. P. E. Weil recommande de rejeter toute ponction ramenant du sang et de n'utiliser que les ponctions sèches en apparence, mais qui prélèvent un peu de pulpe splénique. On emploie une aiguille de 7 cm. de 8 à 9 dixièmes de mm. montée sur seringue vaselinée. La ponction est faite sur le malade couché, immobile, en inspiration profonde. Le malade est maintenu au lit une journée avec une vessie de glace sur la région splénique. Dans certains cas, seule, la ponction splénique met en évidence des éléments pathognomoniques : corps de Leishmann dans le kala-azar, — hématozoaires dans le paludisme (Mélé, Thèse d'Alger, 1925) ou leucocytes mélanifères, — cellules endothéliales à protoplasma étendu clair et à noyau petit et foncé de la maladie de Gaucher (Merklen). — Dans d'autres cas, elle permet une sorte de cyto-diagnostic avec les quatre types décrits par P. E. Weil : type macrophagique avec cellules mononucléées abondantes ; type myéloïde ; type lymphoïde ; type érythroblastique, plus rare.

En clinique, les splénomégalias se rencontrent dans des syndromes extrêmement divers :

Syndromes septicémiques,  
Syndromes hépato-spléniques,  
Syndromes spléno-ganglionnaires,  
Syndromes spléno-articulaires,  
Syndromes spléno-arthro-ganglionnaires,  
Et au cours de nombreux syndromes hématologiques.

Dans certains cas, les splénomégalias sont cliniquement primitives. Nous allons étudier successivement ces syndromes :

Voyons d'abord des splénomégalias témoins d'une septicémie. La splénomégalie est un symptôme de valeur dans de nombreux cas : streptococcémie, méningococcémie, pneumococcémie et surtout typhoïde et paratyphoïde. Dans la granulie, la syphilis secondaire, dans la fièvre de Malte, le paludisme, on retrouve cette participation splénique.

(A suivre.)

ALBERT FIEHRER.

Le Directeur-gérant : D<sup>r</sup> François LE SOURD.



# somnifène "roche"

à  
chacun

sa

dose

le plus maniable  
des hypnotiques  
gouttes

réglable

à

volonté

Produits F. HOFFMANN - LA ROCHE & C<sup>ie</sup>  
10 Rue Crillon - PARIS

R. C., 235.781

A. GUERBET & C<sup>ie</sup> PHARMACIENS

THÉRAPEUTIQUE &amp; RADIOLOGIE

**LIPIODOL****LAFAY**

Huile iodée à 40%.

0. gr. 54 d'iode par cm. 3

22, Rue du Landy - St-Ouen - près Paris

## CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MEDITERRANÉE

### CORSE!... ILE DE BEAUTE

Allez vers cette île merveilleuse, vous l'aimerez dès qu'elle se montrera... L'apercevoir puis l'aborder toute chaude et parfumée dans la lumière est un véritable délice. Parcourez-la en tous sens d'Ajaccio à Bastia, de Corté à Sartène, de Calvi à Bonifacio et l'envie vous viendra de ne plus la quitter.

De Marseille ou de Nice, les paquebots atteignent ce pays privilégié en quelques heures. A l'arrivée, de confortables autocars vous attendent.

Pour votre voyage utilisez au départ des principales gares P. L. M. les billets d'aller et retour ou les billets circulaires valables 45 jours. Ces billets comprennent le parcours maritime et permettent de faire enregistrer directement les bagages pour le port ou la gare corse où vous vous rendez.

Tous renseignements utiles vous seront donnés par les gares, bureaux ou agences P. L. M. de tourisme.

**DÉSINFECTION  
INTESTINALE****CHLORAMINE  
FREYSSINGE**

1 à 3 pilules à chaque repas. - 6, Rue Abel, PARIS - Aucune contraindication

**CHARBON DE PEUPLIER** sous forme de **GRAINS ANISÉS** **CHARBON TISSOT**  
Humectent, divisent, aseptisent, expulsent.  
et conséquences : MAUVAISES DIGESTIONS, MIGRAINES, LOURDEURS de TÊTE  
DIVISION du BOL ALIMENTAIRE HÉMORROIDES, etc. — Une cuillerée à café avalée comme des graines de lin, après chaque repas.  
**CONSTIPATION** Toutes Pharmacies. — Échantillons : PARIS, 34, BOULEVARD DE CLIGNY (Service ad.)



# UROMIL

Éther Phényl Cinchonique — Pipérazine — Hexaméthylène Tétramine



**MOBILISE — DISSOUT  
ÉLIMINE**

**L'ACIDE URIQUE**

**ARTHRITISME**

Dr L. BELIERES - 19, RUE DROUOT - PARIS

# GLYCÉROPHOSPHATE ROBIN

*Granulé - Comprimés - Injectable*

**RACHITISME - FAIBLESSE DES OS - CROISSANCE CHEZ LES ENFANTS  
ALLAITEMENT - GROSSESSE - SURMENAGE INTELLECTUEL, ETC.**

R. C., 221.839, S.

**LABORATOIRES ROBIN, 13, Rue de Poissy, PARIS**

## LABORATOIRES CARTERET

Pas d'accoutumance - Agit vite - Pas d'accumulation

### DIURÈNE

"Extrait total" d'ADONIS VERNALIS

CARDIOPATHIES - ARTÉRIO-SCLÉROSE  
NÉPHRITES & CIRRHOSES  
OEDÈMES &  
ASCITES

LIQUIDE

PILULES

Posologie : 2 à 6 cuillerées à café  
ou 4 à 12 pilules par jour.

CONTIENT TOUS LES PRINCIPES ACTIFS DE L'ADONIS VERNALIS

**Échantillon et Littérature : 15, rue d'Argenteuil, PARIS**



*La Lancette Française*

# GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6<sup>e</sup>. Tél. : Danton 48-31.PUBLICITE : M. A. THOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6<sup>e</sup>) - Téléph. : LITRE 54-93.

## PRIX DE L'ABONNEMENT

## FRANCE

3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.

*Etudiants* : 25 francs par an.

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

## ETRANGER

Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.

Tous les autres pays : 75 francs.

## SOMMAIRE

## REVUE GÉNÉRALE

*Physiologie des nerfs oculo-moteurs [fin]*, par MM. B. POMMÉ et J. DUGUET.

## SOCIÉTÉS SAVANTES

*Académie de médecine. — Société de médecine de Paris. — Société de chirurgie.*

## DOCUMENTS OFFICIELS

*Loi relative à l'exercice de la médecine et de l'art dentaire.*

## INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

*La radiesthésie devant la loi*, par M. FOVEAU DE COURMELLES.

## LIVRES NOUVEAUX

## INFORMATIONS

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Liste des prix à décerner en 1935 (bourses de fondations, bourses de doctorat, bourses municipales) :

*Bernheim*, 1.000 francs. — Récompense de la meilleure thèse de doctorat sur la tuberculose (Etudiants français, russes ou polonais). — 15 octobre 1935.*Segond*, 6.000 francs. — Bourses à des internes ayant fait leurs preuves, qui préparent le concours d'adjuvat ou ont obtenu le titre d'aide d'anatomie. — 15 octobre 1935.*Déroulède*, 1.000 francs. — Récompense de travaux ayant trait à l'étude du Cancer. — 15 octobre 1935.*Monthyon*, 2.500 francs. — Récompense du meilleur ouvrage sur les maladies prédominantes en 1934. — 15 octobre 1935.*Girard*, 3.500 francs. — Prix à un étudiant pourvu de douze inscriptions au moins, poursuivant des recherches pour découvrir un médicament, sérum, etc., susceptible d'atténuer en France les ravages causés par les maladies contagieuses. — 15 octobre 1935.*Saintour*, 7.000 francs. — Le sujet désigné par la Faculté, pour l'année 1935; est le suivant : « La sclérose pulmonaire tuberculeuse ».

Les mémoires doivent être déposés au Secrétariat de la Faculté, jusqu'au 15 octobre 1935, dernier délai, sans désignation d'auteur.

Chaque mémoire devra porter une épigraphe ou devise apparente qui sera rappelée sur un pli cacheté contenant le nom et l'adresse de l'auteur.

*Barbier*, 3.500 francs. — Prix en faveur de la personne qui inventera une opération, des instruments, des bandages, des appareils et autres moyens mécaniques reconnus d'une utilité générale et supérieure à tout ce qui a été employé et imaginé précédemment. — 15 octobre 1935.*Châteauvillard*, 3.000 francs. — Prix au meilleur travail sur les sciences médicales imprimé au cours de l'année précédente (les thèses et dissertations inaugurales sont admises). — 31 janvier 1936.*Jeunesse*, 2.600 francs. — Prix au meilleur ouvrage sur l'Hygiène. — 15 octobre 1935.*Léri*, 1.500 francs. — Prix à un auteur de nationalité française pour le meilleur travail sur les affections des os et articulations, publié au cours de l'année 1934. — 15 octobre 1935.*Lacaze*, 25.000 francs. — Récompense du meilleur ouvrage sur la phtisie. — 15 octobre 1935.*Charles Legroux*, 2.200 francs. — Récompense du meilleur travail sur le diabète, ses causes et son traitement. — 15 octobre 1935.*Jeunesse*, 1.600 francs. — Récompense du meilleur ouvrage relatif à l'Histologie. — 15 octobre 1935.*Georges Lévi-Franckel*, 1.500 francs. — Prix destiné à un élève de la Clinique Médicale de l'Hôtel-Dieu, soit à un interne ou externe en fonctions dans ce service, soit à un ancien interne de ce service.*Rigout*, 2.500 francs. — Récompense de la meilleure thèse de chimie biologique, physiologique ou de bactériologie. — 15 octobre 1935.*Desmazes*, 1.800 francs. — Récompense du meilleur traité sur l'influenza. — 15 octobre 1935.*Lannelongue*, 600 francs. — Aide à un étudiant en médecine momentanément dans la gêne. — 15 octobre 1935.*De Rothschild*, 2.600 francs. — Bourses à deux étudiants, de préférence israélites. — 15 octobre 1935.**OUABAÏNE ARNAUD**LABORATOIRE NATIVELLE, 27, Rue de la Procession, PARIS (XV<sup>e</sup>)

*Carville*, 1.500 francs. — Deux bourses au profit de deux étudiants français, laborieux et peu fortunés. — 15 octobre 1935.

*Demarle*, 850 francs. — Prix annuel à un étudiant méritant. — 15 octobre 1935.

*De Trémont*, 2.200 francs. — Prix annuel à un étudiant méritant et sans fortune. — 15 octobre 1935.

*Véret*, 600 francs. — Prix annuel à un étudiant méritant sans fortune. — 15 octobre 1935.

*Hervieux*, 3.600 francs. — Aide à deux étudiants méritants et sans fortune. — 15 octobre 1935.

*Dieulafoy*, 7.000 francs. — Bourses à trois étudiants français méritants, sans fortune ou peu fortunés. — 15 octobre 1935.

*Seligmann*. — Bourse de 10.000 francs destinée à soigner un externe des hôpitaux de 3<sup>e</sup> année ou un interne des hôpitaux de Paris atteint de tuberculose débutante.

*Legs Marjolin*. — Remboursement total ou partiel des frais d'inscriptions d'étudiants en médecine français internes ou externes des hôpitaux de Paris s'étant fait remarquer par leur zèle, leur exactitude et ayant recueilli avec soin les observations dans leur service (joindre à la demande les certificats des chefs de service). — 15 octobre 1935.

*Faucher*. — Exonération totale ou partielle des frais de scolarité et d'examens pour deux étudiants français et deux étudiants polonais. — 15 octobre 1935.

*Legs Mallerre*. — Aide à un ou plusieurs étudiants français méritants ou sans fortune. — 15 octobre 1935.

Les demandes établies sur papier timbré à 4 fr. (sauf pour les Pupilles de la Nation) et accompagnées, soit d'un état de situation de fortune, soit du travail ou de l'appareil à récompenser, devront parvenir à M. le Doyen, au plus tard, aux dates mentionnées ci-dessus.

Pour tous renseignements, s'adresser au Secrétariat de la Faculté.

**FACULTÉ DE MÉDECINE DE BRUXELLES.** — MM. les docteurs Albert Heyninx, F. Van den Branden et le docteur Maurice De Laet, chargés de clinique, sont nommés professeurs extraordinaires.

**LÉGION D'HONNEUR.** — EDUCATION NATIONALE (promotion du Museum).

*Est élevé à la dignité de grand officier* : M. Alfred Lacroix, secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences, professeur au Museum d'histoire naturelle.

Sont nommés :

*Au grade de commandeur* : MM. Boule, Grùvel, Louis Roule.

*Au grade d'officier* : MM. Allerand, Bourdelle, Jeannet, Moine et Urbain.

*Au grade de chevalier* : MM. Allorge, Benoist, Berlioz, Chopard, Hasenfratz, Loubière, Oral et Scherdlin.

**CONGRÈS INTERNATIONAL DE L'INSUFFISANCE HÉPATIQUE** (Vichy, 16, 17, 18 septembre 1937). — Un congrès international de l'insuffisance hépatique placé sous la présidence de M. le professeur Loeper, membre de l'Académie de médecine, se tiendra à Vichy en 1937.

Deux sections de travaux sont prévues : 1<sup>o</sup> médecine et biologie ; 2<sup>o</sup> thérapeutique (médicale, chirurgicale et hydrologique).

Cette manifestation scientifique fera suite au congrès international de la lithiase biliaire de 1932 qui fut présidé par M. le professeur Carnot.

## INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

### LA RADIESTHÉSIE DEVANT LA LOI

En 1934, nous avons parlé ici même des radiations émises par les sources, les minerais, les humains, et perçues par les baguettes ou les pendules des sourciers. Les radiesthésistes ont eu plusieurs Congrès internationaux dont Paris 1935. On les appelle maintenant radiotelluristes, rhabdomanciens ou radiesthésistes.

Tout le monde n'y est pas apte !

Est-ce donc un don, une faculté, et les médecins, non doués, doivent-ils recourir à des aides chez qui baguettes et pendules disent tant de choses ?

Question médico-légale !

J'ai au dernier Congrès parlé, sous le titre de ces quelques lignes, des actions de la loi, enseignant au médecin de n'exercer que sous son propre contrôle, et l'ai dit ici en 1934. Nous ne pouvons pas nous borner à être « le porte-plume » d'empiriques même aussi honnêtes que possible. Nous ne le pouvons, ni ne le devons.

Il existe, fort heureusement, des médecins connus, bons radiesthésistes, qui, utilisant depuis longtemps le pendule notamment, en ont déduit l'existence de sources, d'eaux souterraines et en sont arrivés à des diagnostics humains, de maladies, de microbes.

Dans ce domaine, le Dr Henri Moineau opère depuis trente ans, et son disciple M. Léon Joly vient de publier *Radiotellurie et Radiesthésie devant la science*, où ses méthodes sont clairement exposées. Bien des médecins sont radiesthésistes et publient sur la matière. *L'Association Internationale des Médecins radiesthésistes*, formée sur l'initiative de la doctoresse Andrée Besson, a étudié ces troublants problèmes.

Il y a là un procédé nouveau d'investigation médicale et non infailible. Il n'en est pas en médecine. Les rayons X ont été accusés de bien des méfaits (brûlures, phototoxiques imprévisibles) et qui pis est, d'erreurs de diagnostics, d'erreurs qui ne leur sont pas dues réellement, mais sont dues aux interprétations défectueuses de leurs praticiens. Prudence et sagacité s'imposent de même aux praticiens de la baguette ou du pendule, agissant eux-mêmes ou par aides dûment contrôlés et surveillés.

La radiesthésie est un moyen de plus de diagnostic qui doit s'ajouter aux autres procédés d'examen, mais non s'y substituer. Déjà, maints charlatans s'y faufilent, « chassons-les du temple ». Et nous, étudions, cherchons, tout est là.

Dr FOVEAU DE COURMELLES,

### RENSEIGNEMENTS

**MÉDECIN COLONIAL** en congé, remplacerait confrère (médecine générale, accouchements, petite chirurgie) pendant les mois d'août, septembre, octobre. S'adresser au journal.

ANÉMIES  
DYSPEPSIES  
ANTITOXIQUE



DOSE: 4 à 6  
TABLETTES  
PAR JOUR

BIOXYDE DE MANGANESE COLLOÏDAL SELS MAGNÉSIENS  
Laboratoire SCHMIT, 71 Rue Sainte-Anne, PARIS. 2<sup>e</sup>

Néuralgies  
Néurites

**BROMÉINE MONTAGU**



# QUINBY

QUINIO BISMUTH "formule AUBRY"

et

## SYPHILIS

# QUINBY SOLUBLE

INDOLORE - INCOLORE PROPRE - INJECTION FACILE

Adopté par :

L'Assistance-  
Publique —  
Les Ministères  
de l'Hygiène et  
des Colonies.

LABORATOIRES

**AUBRY**

62, rue Erlanger

PARIS 16°

Téléphone : JASMIN 33-44

**QUINBY** EST ÉGALEMENT EFFICACE

CONTRE LA

**TYPHOÏDE**
**QUINBY**

EST ENCORE INDIQUÉ CONTRE

LA FIÈVRE DE

**MALTE**

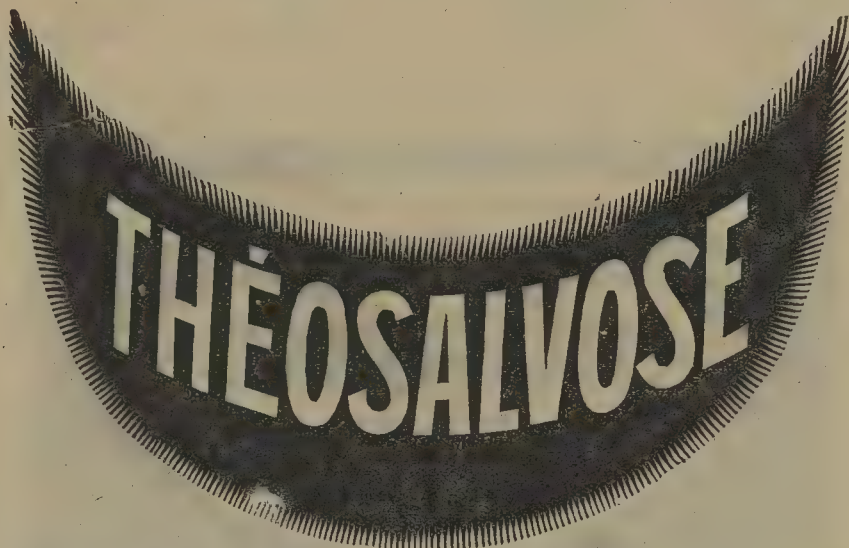
## DIURÉTIQUE

 D'UN POUVOIR REMARQUABLE  
D'UNE FIDÉLITÉ CONSTANTE

Pure  
Digitalique  
Strophantique  
Sparléinée  
Scillitique  
Barbiturique

Phosphatée  
Lithinée  
Caféinée

Ne se délivrent  
qu'en cachets



Cachets dosés

0 gramme 25

et à 7

0 gramme 50

de Théosalvose

DOSE MOYENNE :

1 à 2 grammes

par jour.

## THÉOBROMINE FRANÇAISE

garantie chimiquement pure

Artériosclérose — Affections cardiaques et rénales — Albuminuries — Intoxications  
Urémie — Uricémie — Goutte — Rhumatismes — Hydroplisie — Maladies infectieuses

Laboratoires André GUILLAUMIN

PARIS — 13, rue du Cherche-Midi, 13 — PARIS

R. G., 2, 26, Seine.



LABORATOIRES CARTERET

# Tonique Cardiaque Diurétique Puissant

avec

tous les principes actifs  
de l'Adonis vernalis

---

*Pas d'Accumulation*

---

*Pas d'Accoutumance*

---

*Pas toxique*

---

*Agit vite*

Pas d'accoutumance - Agit vite - Pas d'accumulation

**DIURÈNE**  
"Extrait total" d'ADONIS VERNALIS

CARDIOPATHIES - ARTÉRIO-SCLÉROSE  
NÉPHRITES & CIRRHOSSES  
OEDÈMES &  
ASCITES

LIQUIDE      PILULES

Posologie : 2 à 6 cuillerées à café  
ou 4 à 12 pilules par jour.

Echantillons et Littérature : 15, RUE D'ARGENTEUIL, PARIS



REVUE GÉNÉRALE

## PHYSIOLOGIE DES NERFS OCULO-MOTEURS<sup>1</sup>

PAR MM.

B. POMMÉ,

et

J. DUGUET,

Médecin commandant,  
Professeur agrégé  
du Val-de-Grâce.Médecin lieutenant,  
Licencié ès sciences.

**II. Les centres nerveux et leurs connexions.** — Chaque des directions du regard, chaque mouvement volontaire ou réflexe des globes oculaires possède un centre cortical et des connexions particulières avec les noyaux pédonculo-protubérantiels des nerfs oculo-moteurs. Leur existence et leur localisation ont été mises en évidence par l'expérimentation et surtout par l'étude des faits anatomo-cliniques.

**A. LES CENTRES PÉRIPHÉRIQUES.** — Les noyaux d'origine des fibres périphériques du moteur oculaire commun, du pathétique et du moteur oculaire externe forment une colonne de substance grise qui s'étend du mésencéphale à la protubérance.

1) *Les noyaux du nerf moteur oculaire commun.* — Découverts par Stilling en 1846, les noyaux du III ont été décrits par Stieda (1869) et Mathias Duval (1880). Ils forment un amas de substance grise placé sous le plancher de l'aqueduc de Sylvius, au-dessous des tubercules quadrijumeaux, et s'étendent depuis le III<sup>e</sup> ventricule jusqu'au noyau du pathétique.

Hensen et Völckers ont tenté d'établir expérimentalement à l'intérieur des noyaux du moteur oculaire commun l'existence d'un certain nombre de centres présidant aux mouvements d'un muscle ou d'un groupe musculaire déterminé. Ils ont décrit, successivement étagés d'arrière en avant, les centres du petit oblique, du droit inférieur, du groupe droit supérieur et releveur palpébral, enfin le centre du droit interne.

Stahr (1889), s'appuyant sur des faits connus de paralysies oculo-motrices d'origine nucléaire vérifiés à l'autopsie, a obtenu des résultats concordant approximativement avec les données expérimentales de Hensen et Völckers. Toutefois, il faut reconnaître que l'accord est loin d'être unanime et les limites de ces centres secondaires demeurent fort imprécises.

Bernheimer a proposé la schématisation anatomique suivante des noyaux de la troisième paire. Nous en empruntons la description au travail d'Houtsager :

« Les noyaux du III représentent deux colonnes latérales, noyaux principaux, séparées par le noyau médian, et supportant sur leur flanc interne, du côté proximal, les deux noyaux d'Edinger-Westphal.

« Le noyau d'Edinger-Westphal et le noyau central émettent, pour Bernheimer, des fibres directes et pré-

sident à l'innervation des muscles intrinsèques du globe.

« Chaque colonne latérale renferme 5 groupements cellulaires superposés. Ce sont, de haut en bas, le centre du releveur, le centre du droit supérieur à fibres exclusivement directes, celui du droit interne et du petit oblique à fibres directes et croisées, mais surtout directes, enfin le centre du droit inférieur à fibres exclusivement croisées. » (Fig. 3.)

On voit que ce schéma, résultat des recherches de Bernheimer sur le singe, et qui est encore le plus

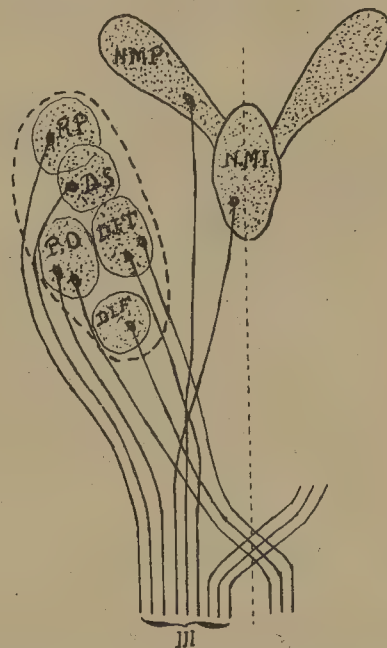


FIG. 3. — Schéma de Bernheimer (d'après Houtsager). — NIP, noyau latéral principal, renfermant les noyaux : RP, releveur de la paupière supérieure ; DS, droit supérieur ; DIT, droit interne ; PO, petit oblique ; DIF, droit inférieur ; NMI, noyau médian impair. — NMP, noyau médian pair. — III, nerf moteur oculaire commun.

Les fibres RP, DS sont exclusivement directes ; les fibres DIT et PO, directes et croisées ; les fibres DIF sont exclusivement croisées ; les fibres NMP et NMI directes.

généralement admis par les neurologistes, se rapproche sensiblement des conclusions de Hensen et Völckers et de Stahr.

La longue étendue de ces noyaux secondaires, dont la vascularisation est d'origine différente selon leur hauteur, permet d'expliquer certains faits cliniques tels que la paralysie isolée d'un muscle oculogyre.

2) *Le noyau du nerf pathétique.* — Le noyau du pathétique fait suite aux noyaux du moteur oculaire commun. Il est constitué par un amas cellulaire situé dans la calotte pédonculaire, un peu au-dessous et en dehors de l'aqueduc de Sylvius (fig. 4 et 5). Les fibres qui en partent s'entrecroisent *en totalité* sur la ligne médiane avant leur émergence. Cette disposition est unique parmi les nerfs craniens.

3) *Le noyau du nerf moteur oculaire externe.* — Situé dans la protubérance, sous le plancher du IV<sup>e</sup> ventricule, le noyau du moteur oculaire externe est placé sous la saillie de l'eminencia teres, dans la boucle formée par les fibres intra-protubérantielles du nerf facial. Il se trouve placé au-dessus du noyau de

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1935, n° 60, p. 1025.

l'hypoglosse dont il n'est séparé que par un intervalle très petit. Van Gehuchten a signalé l'existence d'un noyau accessoire placé en avant du noyau principal, entre ce dernier et le noyau d'origine du facial.



FIG. 4. — Les noyaux d'origine du moteur oculaire commun et du pathétique (d'après Thane). — La coupe frontale passe à des niveaux différents : à droite, au niveau du tubercule quadrijumeau supérieur ; à gauche, au niveau du tubercule quadrijumeau inférieur. — III et N. III, moteur ocul. commun et son noyau ; IV et N. IV, pathétique et son noyau ; V. D., racine motrice du trijumeau ; N. V., noyau moteur du trijumeau ; C. Q. S., tubercule quadrijumeau supérieur ; C. Q. I., tubercule quadrijumeau inférieur ; P. L. B., bandelette longitudinale postérieure.

Toutes les fibres radiculaires du VI sont directes et proviennent du noyau correspondant.

4) *Les centres périphériques de l'iris et du corps ciliaire.* — On a longtemps décrit les centres nucléaires de l'iris et du muscle ciliaire comme faisant partie des noyaux du moteur oculaire commun. Hensen et Völckers, Starr, les plaçaient dans les groupes secondaires qui, situés en avant de la masse nucléaire principale, tendent à se prolonger sur les flancs du IV<sup>e</sup> ventricule. Bernheimer localisait le centre photo-moteur dans les noyaux médians d'Edinger-Westphal.

Mais, d'une part, l'étude des dégénérescences consécutives aux paralysies iriennes montre l'intégrité des noyaux du III, d'autre part, le noyau d'Edinger-Westphal n'apparaît qu'au septième mois de la vie utérine alors que Magitot a pu constater l'existence du réflexe photo-moteur à partir du sixième mois chez des prématurés.

Il semble que les cellules qui envoient au ganglion ciliaire l'influx irido-constricteur siègent au voisinage des noyaux du III, mais nos connaissances s'arrêtent là. « Le centre constricteur de l'iris, d'après des recherches récentes, serait indépendant du

moteur oculaire commun. Il représenterait l'expression la plus élevée du sympathique bulbaire et serait voisin de la III<sup>e</sup> paire. » (Terrien.) Pour J. Sisesti, « il n'est qu'un segment limité de cette longue traînée cellulaire allant de la partie inférieure du bulbe jusqu'au plancher du III<sup>e</sup> ventricule et qui envoie des fibres — destinées à la musculature lisse, aux vaisseaux et aux glandes — à presque tous les nerfs du tronc cérébral ».

La localisation du noyau accommodateur est aussi imprécise. Il serait placé au voisinage du centre photo-moteur.

B. LES CENTRES CORTICAUX. — Les centres supérieurs des nerfs oculo-moteurs sont doubles pour chaque hémisphère et en rapport, l'un avec les mouvements volontaires — c'est le centre psycho-moteur — l'autre avec les mouvements réflexes des globes oculaires — c'est le centre sensorio-moteur.

1) *La zone psycho-motrice.* — Les expériences de Ferrier, Sherrington, Mott et Schaeffer, Russel, Beever

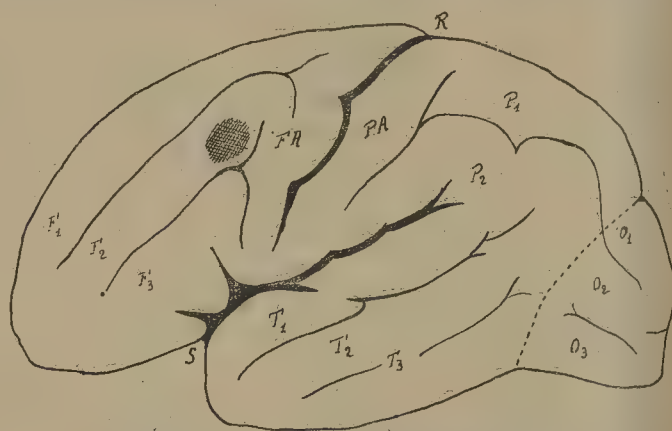


FIG. 6. — Localisation de l'aire psycho-motrice des mouvements des globes oculaires. (D'après Allen Starr, Keen, Horsley, etc...)

et Horsley ont permis de localiser le centre psycho-moteur dans la région prérolandique, vers le pied de la deuxième frontale, en avant de la circonvolution frontale ascendante. Il se trouve au voisinage de l'aire motrice corticale du trijumeau, du facial et de l'hypoglosse. Son action est bilatérale (fig. 6).

La destruction de ce centre abolit les mouvements volontaires des globes oculaires, mais respecte les mouvements réflexes. Unilatérale, cette destruction provoque la paralysie du regard vers le côté opposé à la lésion. La persistance de l'influence motrice antagoniste détermine une déviation conjuguée des yeux vers le côté lésé : le malade regarde sa lésion (loi de Prévost). Prévost avait décrit ce phénomène dans l'hémiplégie corticale sous le nom de déviation conjuguée de la tête et des yeux.

L'excitation de l'aire psycho-motrice d'un hémisphère détermine au contraire une déviation conjuguée des yeux vers le côté opposé (Loi de Landouzy). Ce fait se vérifie dans les lésions irritatives du cortex rolandique susceptibles de provoquer de la contraction. Le centre hémisphérique gauche agit donc sur le regard à droite et inversement.

On tend à admettre l'existence d'une localisation corticale ou sous-corticale distincte pour chacune des

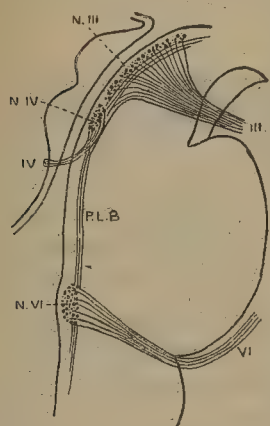


FIG. 5. — Les noyaux d'origine des nerfs oculaires communs et pathétiques (d'après Gowers, Schäffer et Symington). — III et N. III, nerf moteur ocul. commun et son noyau ; IV et N. IV, nerf pathétique et son noyau ; VI et N. VI, nerf moteur oculaire externe et son noyau ; P. L. B., bandelette longitudinale postérieure.



directions du regard. Russel sectionne le muscle droit interne du côté droit et le droit externe du côté gauche. En excitant l'aire corticale droite, il obtient des mouvements d'élévation et d'abaissement du regard, au lieu d'une déviation conjuguée des yeux vers la gauche. Mott et Schaeffer ont obtenu des mouvements de latéralité des globes oculaires en excitant la partie moyenne de la zone psycho-motrice ; un mouvement de latéralité avec abaissement du regard en excitant la partie supérieure ; un mouvement de latéralité avec élévation du regard par l'excitation de sa partie inférieure. Les mouvements de latéralité des globes oculaires semblent donc avoir une plus large représentation.

J. Roux s'était refusé à admettre ces localisations corticales distinctes. La clinique paraît cependant en confirmer l'existence et il a été rapporté des observations de paralysies isolées des mouvements de latéralité, exceptionnelles et de durée passagère il est vrai, mais dues à des lésions prérolandiques.

2) *Le centre sensorio-moteur.* — Le centre des mouvements réflexes sensoriels est localisé dans le lobe occipital, sur les lèvres de la scissure calcarine, par conséquent dans la sphère visuelle (Betcherew, Schaeffer, Luciani et Tamburini).

Schaeffer (1888), opérant sur le singe, a montré que l'excitation de l'écorce occipitale interne provoque une déviation latérale conjuguée des yeux lorsqu'elle porte sur sa partie supérieure, en arrière de la scissure pariéto-occipitale. L'excitation de la partie inférieure ou tentoriale détermine l'élévation des globes oculaires. Ces mouvements existent en l'absence de toute représentation visuelle. Ils persistent après extirpation des centres psycho-moteurs prérolandiques. Ils disparaissent après section de la couronne rayonnante du lobe occipital (Munk).

Foerster, en excitant chez l'homme une zone comprenant la moitié antérieure du lobe occipital, obtiendrait à la partie supérieure une déviation conjuguée des yeux, de la tête et du tronc ; à la partie inférieure, une déviation conjuguée spasmodique tonique. Le premier résultat serait obtenu, d'après le même auteur, en excitant les deux tiers supérieurs de la première temporale.

Certains auteurs (Ferrier) ont voulu ajouter aux centres sensorio-moteurs et psycho-moteurs des localisations oculo-motrices corticales au niveau du gyrus angularis et de la sphère auditive. Ces zones motrices sont encore très discutées.

3) *Les centres cérébelleux.* — Flourens, Magendie, Ferrier avaient obtenu, par l'excitation d'un hémisphère cérébelleux, une déviation conjuguée des yeux vers le côté excité. Duval et Laborde, reprenant ces expériences, ont constaté des mouvements oculaires accompagnés de la disparition du parallélisme des axes visuels. Russel a observé après l'ablation d'un hémisphère cérébelleux une déviation en bas et en dehors du globe oculaire du côté sain et un nystagmus latéral battant vers le côté lésé. L'extirpation des deux hémisphères cérébelleux provoquait une déviation en bas et en dehors des deux yeux et un nystagmus bilatéral. De ces résultats expérimentaux, Pari-

naud avait conclu à l'existence dans le cervelet d'un centre coordinateur des mouvements oculaires.

La clinique n'a pas confirmé cette hypothèse et on ne connaît encore aucune localisation oculo-motrice précise sur le cortex cérébelleux. Il n'existe pas de fait démonstratif de paralysie oculaire associée au cours des lésions cérébelleuses (Coutelas). Quant au nystagmus, trouble de la statique oculaire que l'on rencontre fréquemment dans les lésions du cervelet, il a été considéré par Bielschowsky comme étant d'origine vestibulaire. Barré n'admet pas l'existence du nystagmus cérébelleux, c'est-à-dire d'un nystagmus produit par une lésion des voies cérébelleuses. Il s'agit pour cet auteur « d'un nystagmus vestibulaire du cérébelleux ».

4) *Les centres corticaux de l'iris et de l'accommodation.* — Les recherches expérimentales de Bochefontaine, de François-Franck et de Ferrier n'ont pas abouti à une localisation corticale précise des mouvements iriens. Ferrier a obtenu une contraction pupillaire chez le singe en excitant la circonvolution temporale supérieure. Bochefontaine obtenait une mydriase quel que fût le point cortical excité. Aussi, François-Franck hésite-t-il à reconnaître des points corticaux spécialisés, « les mêmes points du cerveau pouvant être l'origine d'effets oculo-pupillaires différents suivant les conditions actuelles du sujet » (François-Franck).

Pratiquement, l'excitation électrique du cortex est douloureuse et cette douleur suffit à provoquer des réactions pupillaires.

Quant au centre cortical de l'accommodation, certains auteurs le localisent sur l'écorce occipitale interne, dans l'aire visuelle. D'autres considèrent qu'il s'agit en réalité d'un phénomène volontaire, un sujet entraîné pouvant relâcher à volonté son accommodation, et lui attribuent un centre cortical siégeant dans la région pré-rolandique, au voisinage du centre des mouvements associés des yeux.

C. LES VOIES D'ASSOCIATION. — Les connexions entre centres corticaux et noyaux des nerfs oculo-moteurs, d'une part, entre les noyaux protubérantiels des deux côtés, d'autre part, sont restées longtemps imparfaitement précisées en raison des difficultés que rencontreraient les expérimentateurs et des discussions que soulève l'interprétation des faits cliniques. Voici les faits actuellement admis :

1) *Les connexions cortico-périphériques.* — Les centres psycho-moteurs sont reliés aux noyaux oculo-moteurs par la voie pyramidale, voie motrice volontaire. Les fibres oculogyres, nées de la région prérolandique, passent dans la partie interne du pied du pédoncule et gagnent le ruban de Reil médian. A la partie moyenne de la protubérance, les fibres oculogyres se dégagent du faisceau principal. Elles traversent la ligne médiane, s'entrecroisant avec les fibres du côté opposé, et vont s'articuler avec les cellules des noyaux du moteur oculaire commun, du pathétique et du moteur oculaire externe. Une double dégénération pyramidale fait apparaître cliniquement une paralysie complète du regard volontaire.

Les centres occipitaux, centres des mouvements automatiques et réflexes, sont en relation directe et croisée avec les noyaux oculo-moteurs. Les fibres nées de l'écorce occipitale gagnent par les radiations optiques le tubercule quadrijumeau antérieur et descendent dans le pédoncule cérébral. Après avoir abandonné des fibres au noyau du III du même côté, cette voie postérieure s'entrecroise sur la ligne médiane avec celle du côté opposé, descend dans le faisceau pré-longitudinal et vient se terminer dans les noyaux du IV et du VI du côté opposé. Certaines fibres aboutissent aux noyaux du facial, du spinal et des nerfs cervicaux qui sont des centres céphalogyres.

Les relations entre les noyaux vestibulaires, origine des excitations réflexes commandant les mouvements compensateurs des globes suivant la position de la tête dans l'espace, et les noyaux oculo-moteurs se font par les bandelettes longitudinales postérieures (Van Gehuchten). Elles sont à la fois directes et croisées. Les relations croisées, les plus importantes, se font par les fibres ascendantes qui, du noyau descendant, vont au faisceau longitudinal postérieur du côté opposé. Les connexions directes, d'importance secondaire, se font par une voie extrapyramidale. Une lésion des fibres vestibulo-oculo-motrices provoque un strabisme divergent bilatéral avec impossibilité de la convergence.

Enfin, les centres des mouvements réflexes des globes oculaires provoqués par les modifications de position de la tête par rapport au tronc sont également reliés aux noyaux oculo-moteurs par la bandelette longitudinale postérieure.

2) *Les voies d'association internucléaires.* — Les voies d'association internucléaires unissent entre eux les noyaux des nerfs oculo-moteurs d'un même côté. Elles unissent également les noyaux protubérantiels bilatéralement. Elles constituent un véritable chiasma oculo-moteur qui explique la synergie parfaite des mouvements des globes oculaires, aussi compliqué que soit le mouvement de direction du regard envisagé.

De la partie antérieure du noyau du moteur oculaire externe part un faisceau longitudinal qui s'entrecroise sur la ligne médiane avec le faisceau du côté opposé, au-dessous des tubercules quadrijumeaux. Il se jette dans le tronc de l'oculo-moteur commun du côté opposé. Il serait destiné au muscle droit interne et assurerait la synergie réflexe des mouvements des globes dans le regard latéral.

*Cette voie d'association est formée par les faisceaux les plus internes de la bandelette longitudinale postérieure, qui constitue avec la commissure blanche postérieure les grandes voies d'association internucléaires.* La destruction de ces formations supprime les mouvements volontaires et réflexes des globes oculaires et donne une paralysie complète du regard.

L'interruption pathologique du faisceau longitudinal postérieur droit détermine une paralysie du regard latéral vers la droite, sans déviation oculaire, sans diplopie. Une lésion juxta-quadrigémale de la commissure blanche postérieure fait apparaître une paralysie complète des mouvements de verticalité du regard (Alajouanine et Thurel).

En résumé, les fibres du faisceau longitudinal postérieur (ou bandelette longitudinale postérieure) s'entrecroisent sur la ligne médiane et jettent leurs branches collatérales ou terminales dans les noyaux oculo-moteurs homolatéraux, assurant ainsi la synergie des mouvements de latéralité du globe. Les fibres inférieures ou ventrales de la commissure blanche postérieure (Betcherew), venues d'un des hémisphères, pénétrant dans la calotte et se jettent dans le faisceau longitudinal postérieur du côté opposé, assurant ainsi la synergie des mouvements de verticalité du globe et unissant, par la voie du faisceau longitudinal postérieur, les noyaux oculo-moteurs des deux côtés.

**III. Le mécanisme nerveux des fonctions des nerfs oculo-moteurs.** — Les nerfs oculo-moteurs ne représentent donc que les voies de conduction périphérique des influx nerveux venus des centres supérieurs. Ils n'ont par eux-mêmes, nous l'avons vu, aucune représentation corticale distincte et isolée. Le méca-

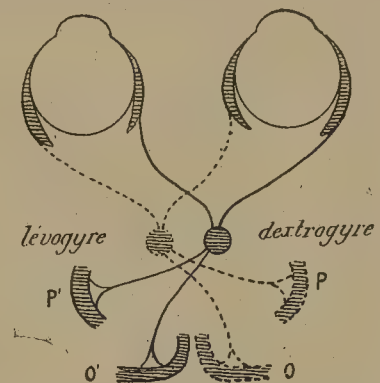


FIG. 7. — Nerfs et centres hémioculo-moteurs : double centre cortical (d'après Morat). — P P' : écorce fronto-pariétale ; O O' : écorce occipitale.

nisme nerveux des fonctions dévolues anatomiquement aux nerfs oculo-moteurs est donc en réalité un phénomène cortical ou sous-cortical. « Ce ne sont pas là des nerfs vrais, des unités nerveuses, pour le physiologiste et le clinicien qui doivent substituer la notion de nerf cortical à la notion de nerf périphérique. » (Grasset).

Partant de ce principe, Grasset, reprenant et complétant un schéma de Foville, a décrit deux nerfs hémioculomoteurs. L'un, nerf lévogyre, viendrait de l'hémisphère droit. L'autre, nerf dextrogyre, partirait de l'hémisphère gauche. Selon Grasset, les fibres de projection des centres oculo-moteurs, après leur passage dans la capsule interne, se réuniraient en un tronc commun ou faisceau hémioculo-moteur qui s'entrecroiserait avec son homologue du côté opposé et se dirigerait vers un noyau supra-nucléaire protubérantiel. Là, chaque nerf hémioculo-moteur se diviserait en deux branches, l'une se rendant dans le noyau du moteur oculaire externe du côté correspondant, donc au muscle droit externe, tandis que l'autre, se dirigeant vers le noyau du III du côté opposé, viendrait agir sur le muscle droit interne (fig. 7).

Ces nerfs formaient les rênes dont parle Foville, réunies dans les mains du cocher qui conduit ses deux chevaux.



Les rênes droites (nerf dextrogyre), commandées par la main gauche (cerveau gauche), font tourner les chevaux (globes oculaires) à droite et inversement. La section du nerf oculogyre droit, par le fait d'une lésion siégeant dans l'hémisphère gauche, provoquerait une déviation conjuguée des yeux vers la gauche. L'action persistante de l'oculogyre gauche devenant prédominante, le malade regarde sa lésion.

Grasset et Parinaud ont complété la conception physiologique des nerfs directeurs du regard par la description d'un nerf d'élévation du regard (suspiciens) et d'un nerf d'abaissement (despiciens).

Mais la théorie des nerfs directeurs du regard a conduit Sauvinaud, Parinaud, Grasset à admettre l'existence de centres supra-nucléaires mésocéphaliques de coordination des mouvements de latéralité, centres intermédiaires d'associations fonctionnelles qui feraient agir de façon synergique les noyaux d'origine réelle des nerfs oculo-moteurs. On en a fait un véritable abus, décrivant ainsi un centre de coordination des mouvements binoculaires, un centre de la convergence, un centre du clignement, etc...

Pratiquement, ces centres que l'on localisait dans les tubercules quadrijumeaux antérieurs n'ont pu être découverts ni par l'expérimentation, ni par la clinique. Adamück, puis Beaunis, excitant les tubercules quadrijumeaux antérieurs, avaient obtenu des mouvements associés de verticalité et de latéralité. Mais, Hensen et Völckers ont obtenu des résultats identiques en enlevant les tubercules quadrijumeaux et en excitant ensuite la région sous-jacente. Bernheimer détruit les tubercules quadrijumeaux chez le singe. Il obtient encore des mouvements associés des yeux par l'excitation du cortex du pli courbe. Il conclut donc « à l'inutilité et à la non-existence de neurones reliant les noyaux bulbo-protubérantiels à l'écorce du pli courbe et qui, suivant certains auteurs, siègeraient dans les tubercules quadrijumeaux antérieurs ».

Enfin, Ferrier et Turner ont montré que les lésions produites chez le singe au niveau des tubercules quadrijumeaux ne pouvaient créer que des troubles passagers dans la motilité des globes oculaires.

On admet actuellement que les centres supra-nucléaires mésocéphaliques, conséquence de la notion classique des nerfs oculogyres, ne sont pas indispensables en réalité à la compréhension des paralysies de fonction des globes oculaires.

De même que les nerfs oculo-gyres qu'aucune étude anatomo-pathologique n'a permis d'identifier comme voies isolées, ces centres de coordination demeurent de pures hypothèses.

Dans un travail récent, Th. Alajouanine et Thurel, se basant sur des observations anatomo-cliniques, estiment plus simple et plus rationnel d'admettre des relations directes entre chaque centre et les noyaux oculo-moteurs des deux côtés.

« Les faisceaux longitudinaux postérieurs et la commissure blanche postérieure constituent de véritables chiasmas moteurs. Ceux-ci suffisent à expliquer l'exécution de l'ordre de tourner les yeux dans telle ou telle direction, cet ordre venant directement des centres volontaires ou des centres réflexes.

« La section de la commissure postérieure et des faisceaux longitudinaux postérieurs supprime les mouvements coordonnés du globe oculaire ; celle de la commissure postérieure, les mouvements de verticalité ; celle des faisceaux longitudinaux postérieurs, les mouvements de latéralité ; la lésion d'un faisceau supprime les mouvements de latéralité du côté lésé. » (Alajouanine et Thurel.)

\*\*\*

En résumé, l'action des nerfs oculomoteurs sur les globes oculaires dépasse en intérêt leur physiologie spéciale : la localisation au niveau du cortex des centres des mouvements synergiques et les associations internucléaires par des voies réalisant un véritable chiasma moteur constituent des questions neuro-physiologiques d'actualité.

#### BIBLIOGRAPHIE

- ALAJOUANINE et CORNIL. — Localisations cérébrales corticales, in *Traité de Physiologie de Roger et Binet*. Paris, 1933.
- ALAJOUANINE et THUREL. — Révision des paralysies associées des globes oculaires, *Revue Neurol.*, I, n° 2, fév. 1931.
- APOLANT. — *Arch. f. Microsc. Anatom.*, 1896.
- BEEVOR et HORSLEY. — Note on some of the motor functions of certain cranial nerves, *Proc. of the Roy. Soc.*, XLIV, mai 1888.
- BISCHAREL. — L'innervation motrice de l'iris, *Ann. d'Ocul.* juin 1932.
- W. BUSCH. — Quelques mots sur l'action du droit supérieur de l'œil, *Muller's Arch.*, 1852.
- W. BUSCH. — Sur l'action de l'orbiculaire des paupières, *Arch., f. Ophth.*, IV, 1858.
- COUTELAS. — Essai sur la coordination des mouvements des yeux à l'état normal et pathologique, *Th. de Paris*, 1907.
- I. DARKSCHEWITSCH. — *Neurolog. Centralb.*, 1885.
- DI MARZIO et FUMAROLA. — Les troubles des mouvements associés des yeux, *Rev. d'Oto-Neuro-Opht.*, n° 4, avril 1930.
- FERRIER et TURNER. — Experimental lesions of the corpora quadrigemina, *Brain*, 1901.
- FERRIER. — *Les fonctions du système nerveux : cerveau*, Paris, 1878.
- FROMENT, DECHAUME et COLRAT. — Deux observations anatomo-cliniques de paralysie des mouvements associés de latéralité des yeux, *Rev. d'Oto-Neuro-Opht.*, n° 9, nov. 1930.
- GAUSSEL. — Les mouvements associés des yeux et les nerfs oculogyres, *Th. de Paris*, 1906-07.
- VAN GEHUCHTEN. — De l'origine du nerf moteur oculaire commun, *La cellule*, 1892.
- VAN GEHUCHTEN. — De l'origine du pathétique et de la racine supérieure du trijumeau, *Bull. Acad. Roy. de Belgique*, 1895.
- VAN GEHUCHTEN. — Recherches sur l'origine réelle des nerfs craniens. Les nerfs moteurs oculaires, *Journ. de Neurol.*, 1898.
- VAN GEHUCHTEN junior. — Un cas de paralysie latérale du regard par lésion protubérantielle. Contribution à l'étude des voies oculogyres, *Rev. d'Oto-Neuro-Opht.*, n° 9, nov. 1930.
- GAUSSEL. — Les paralysies des mouvements des yeux dans les affections du cervelet, des tubercules quadrijumeaux et de la protubérance, *Rev. de Méd.*, 1905.

- GRASSET. — *Les centres nerveux. Physiologie clinique*, Paris 1910.
- GUILLAIN et BERTRAND. — *Anatomie topographique du système nerveux central*, Paris 1926.
- HARRISON. — Paralyse du troisième nerf, *Brit. Med. Journ.*, n° 3623, 14 juin 1930.
- HENSEN et VOLCKERS. — Ueber den Ursprung des Accommodations Nerven, *Graefe's Arch.*, XXIV, 1878.
- HOUTSAEGER. — *Les nerfs crâniens. Etude anatomoclinique*, Louvain, 1932.
- HOVELACQUE. — *Les nerfs crâniens. Anatomie macroscopique*, Paris, 1923.
- JONESCO SISESTI. — *La syringobulbie. Contribution à la physiopathologie du tronc cérébral*, Paris, 1932.
- LANGERON. — Localisations cérébelleuses, *Gaz. des Hôp. civils et milit.*, n° 33 et 35, 29 avril et 6 mai 1922.
- LÉVY-VALENSI. — *Syndromes corticaux. Fascicule XIX du Traité de Médecine de Roger, Vidal et Teissier*.
- MAGITOT. — *L'iris*, Paris, 1921.
- MARINA. — *Annali di Neurologia*, 1903.
- ONETO. — Un cas de paralysie des mouvements associés des yeux, *Bol. des Inform. Ophthalm.*, avril 1932.
- PARINAUD. — *La vision*, Paris, 1898.
- PERLIA. — Die Anatomie des oculomotorius Centrums beim Menschen, *Graefe's Arch.*, 1889.
- PITRES et TESTUT. — *Les nerfs en schémas. Anatomie et physio-pathologie*, Paris, 1925.
- RANSON et MAGOUN. — The central path of the pupillo-constrictor reflex in response to light., *Arch. of Neurol. and Psych.*, 30 juin 1933.
- SAUVINEAU. — Paralyse des muscles de l'œil, *Encyclopédie Française d'Ophthalm.*, VII.
- SCHAEFFER. — *Brain*, 1888.
- SHERINGTON. — *Journ. of physiol.*, 1894.
- STAHR. — Ophthalmoplegia externa partialis, *J. of Nerv. and Mental Dis.*, 1888.
- THOMAS et DURUPT. — *Localisations cérébelleuses*, Paris 1913.
- A. THOMAS. — La paralysie horizontale du regard. Les voies oculo-motrices. Le faisceau longitudinal postérieur, *Rev. d'Oto-Neuro-Ophth.*, n° 4, avril 1924.
- WINCKLER. — *Manuel de Neurologie*, Haarlem, 1918.

## SOCIÉTÉS SAVANTES

### ACADEMIE DE MEDECINE

(SÉANCE DU 30 JUILLET 1935)

M. le Président annonce le décès de M. Braemer (de Strasbourg), correspondant national dans la section de pharmacie.

**Action des eaux sulfatées calciques sur la motricité intestinale.** — M. DESGREZ présente une note de MM. D. SANTE-NOISE, L. MERKLEN, C. FRANCK, S. STANKOFF et M. VIDACOVICH concernant l'action des eaux sulfatées calciques vosgiennes sur la motricité intestinale. Ces auteurs confirment les données de la clinique relatives à l'importance des rôles du parasympathique et de la sécrétion biliaire, dans la cure sulfatée calcique.

**La cure sulfureuse dans l'élimination du mercure.** — M. DESGREZ présente également un travail de M. RANGIER et de Mlle RABUSSIER d'où il résulte que la cure d'eau sulfureuse accroît l'élimination du mercure administré sous ses différentes formes thérapeutiques.

**Le sort de l'émanation dans l'organisme.** — M<sup>me</sup> BLANQUET, MM. MOUGEOT et AUBERTOT. L'élimination de l'émanation commence aussitôt après l'ingestion d'eau radioactive ; elle est maxima après 10 minutes environ ; elle décroît progressivement à mesure que la pression propre à l'émanation dans le sang diminue.

On sait que l'élimination de l'émanation ne se fait pas par voie rénale, que la sécrétion sudorale et lactée n'en contient que faible quantité, elle traverse la muqueuse gastrique pour emprunter la voie pulmonaire comme voie de sortie.

**Etude de l'action de l'héliothérapie sur l'état phosphatémique.** — MM. A. AIMÈS et S. CAYLA, de Montpellier. L'héliothérapie provoque généralement de l'hyperphosphatémie. Nous devons en outre retenir que certains sujets réagissent avec une plus grande sensibilité que les autres à l'exposition solaire. Mais ce qui est le plus intéressant à noter, c'est que chez les sujets exposés aux rayons solaires existe un état hyperphosphatémique favorable à la reminéralisation.

**La détection de l'hormone œstrogène dans l'urine de femme enceinte, par la méthode spectrophotométrique.** — MM. A. CHEVALLIER, L. CORNIL et J. VERDOLLIN (Marseille). Après avoir rappelé les inconvénients des procédés biologiques mis en œuvre pour déceler et doser l'hormone œstrogène dans l'urine de femme enceinte, proposent de substituer à cette technique un procédé comportant une concentration de l'hormone par voie chimique, et ensuite son dosage par l'examen spectrophotométrique de la solution. Leurs expériences montrent que la première partie de l'opération (concentration) est facilement obtenue en utilisant la méthode indiquée récemment par Cohen et Marrian. L'examen spectrophotométrique consiste à établir le spectre ultraviolet de la solution obtenue. La présence de la folliculine détermine une absorption sélective dans la région de 2800 Å. L'application de cette technique au diagnostic de la grossesse permet d'envisager ce dernier avec une sécurité scientifique désormais mieux établie.

**Hernies et appendicite latente.** — M. C. POENARU CAPLESCO (de Bucarest) insiste sur l'importance du dépistage de l'appendicite latente et de la coexistence de cette appendicite latente avec les hernies inguinale, crurale et ou ombilicale.

Les troubles digestifs attribués souvent à la présence de la hernie font parfois négliger une appendicite latente. Aussi l'auteur trouve un avantage lorsqu'il a dépisté l'appendicite, à faire dans une seule séance opératoire la cure de la hernie et l'appendicéctomie.

La prochaine séance de l'Académie aura lieu le 1<sup>er</sup> octobre 1935.

### SOCIÉTÉ DE MEDECINE DE PARIS

(SÉANCE DU 10 MAI 1935)

**Aiguille à pneumothorax.** — M. J.-A. BAYLE présente une nouvelle aiguille qui permet de percer la plèvre avec un mandrin mousse, comme le trocart de Küss. Ses avantages sont un calibre extérieur notablement moindre et un maniement très simple.

**Corps étranger de l'utérus.** — M. SÉJOURNET, après avoir rappelé que les corps étrangers de l'utérus ne sont pas exceptionnels, en rapporte de nouvelles observations. L'une qui concerne un fil de laiton qui resta en place cinq ans et fut extrait au cours d'une intervention sur le col, est un exemple de longue tolérance par l'utérus. La seconde concerne un fragment d'os introduit dans un but abortif et dont la présence déterminait des signes de septicémie grave.



A cette occasion, l'auteur expose les manifestations cliniques, très variées, auxquelles peuvent donner lieu les corps étrangers de l'utérus.

**L'électrolyse dans le traitement des rétrécissements.** — M. Charles SCHMITT appelle l'attention sur les services que rend cette méthode dans le traitement des divers rétrécissements, en particulier dans ceux de l'urètre, du col utérin, du canal lacrymal... Elle agit rapidement (une à dix séances), efficacement (récidives exceptionnelles), est sans danger et ne nécessite aucune immobilisation. Mais elle exige une instrumentation spéciale et des précautions, nettement indiquées par des connaissances théoriques sur l'action propre du pôle négatif du courant continu.

**Abcès froids du thorax.** — M. KAUFMANN résume dans sa communication accompagnée de projections les travaux qu'il poursuit depuis 1929 et qui démontrent qu'en matière de tuberculose — dite chirurgicale — l'ostéite est secondaire à la tuberculose des parties molles. Ceci est vrai de l'ostéite costale, de celle du sternum et des lésions rachidiennes du Mal de Pott. L'auteur décrit les techniques opératoires qui conviennent à ces lésions et envisage la radiothérapie du Mal de Pott.

**Traitement préventif et curatif des chéloïdes.** — M. René WEIL est d'avis que la chéloïde est une maladie de la cicatrice due à une organisation fibreuse de la trame conjonctive. Pour l'éviter, il faut appliquer préventivement le radium sur les lignes de suture en chirurgie esthétique ; pour l'enlever, lorsqu'elle est constituée, la symbiose « chirurgie et radium » s'impose et guérit.

**Les causes d'erreur dans les déterminations des groupes sanguins.** — M. A. BÉCART montre que ces causes d'erreur résultent de trois ordres de faits : 1° Mauvaise technique de la détermination des groupes sanguins ; 2° Emploi de sérums-tests défectueux ou peu actifs ; 3° Interprétation erronée des résultats (pseudo-agglutination). Après avoir exposé la technique, qui est précise, l'auteur insiste sur la nécessité d'avoir de bons sérums-tests, et il expose les pseudo-agglutinations : a) la *coagulation in situ* (phénomène rare) ; b) la *concentration* (phénomène purement physique qui fait que les globules s'amassent au centre de la goutte, laissant les bords clairs) ; c) la *sédimentation globulaire*, l'homogénéité de la tache n'est pas parfaite. On distingue de petits amas de globules côte à côte. Ce phénomène va depuis la précipitation sableuse jusqu'à la pan-agglutination de Mino. L'épreuve au kaolin de Falgairolles, celle de la lécitine de Lattes, éliminent les pseudo-agglutinations. L'épreuve de la goutte supplémentaire au sérum IV est un procédé indirect, simple et élégant, permettant d'éviter de prendre pour une agglutination ce qui n'en est pas et *vice versa*. En résumé, une technique précise, des sérums-tests actifs et souvent contrôlés, l'épreuve de la goutte supplémentaire, permettent de donner le maximum de sécurité à l'épreuve de Beth-Vincent et de faire une détermination exacte des groupes sanguins.

#### SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 5 JUIN 1935)

**Obstruction broncho-pulmonaire post-opératoire.** — M. J. QUÉNU rappelle une observation de MM. Tissier et Clavel qui avaient déjà traité leur malade par broncho-aspiration. Cette technique a été employée pour la première fois par Chevalier-Jackson.

**Pancréatite hémorragique.** — M. GRÉGOIRE rapporte l'observation d'un malade opéré pour un syndrome dou-

loureux de l'étage supérieur de l'abdomen. Le malade guérit sans qu'on ait fait autre chose qu'une laparotomie exploratrice, et l'auteur attribue la guérison à l'anesthésie agissant comme antichoc.

**Péritonite par perforation d'une pyonéphrose calculeuse.** — M. Louis MICHON rapporte une observation de M. Couvelaire qui, intervenant pour un syndrome péritonéal, se trouva en présence d'une collection rétropéritonéale perforée. Il s'agissait en réalité d'une pyonéphrose perforée. Néphrectomie et mise en place d'un Mickulicz ; le malade meurt au cinquième jour de complications pulmonaires.

M. FEY a observé deux perforations de suppurations rénales.

M. HUET a opéré une pyonéphrose perforée dans le péritoine.

M. MONDOR, une péritonite par phlegmon périnéphrétique. Il insiste sur la chute brutale de la leucocytose lors de la diffusion péritonéale d'une collection suppurée.

**Adénoépithéliome du foie.** — MM. BAUMGARTNER et FIESSINGER ont observé un adénoépithéliome malin du lobe gauche du foie. Le malade, opéré au bistouri électrique, semble guéri depuis trois ans.

M. SOUPAULT, dans un cas analogue, a eu une récurrence après un an.

M. RICHE a eu également une récurrence très rapide.

Un malade de M. BRÉCHOT reste au contraire guéri depuis seize mois.

**Maladie de Schüller-Christian.** — M. L. BAZY rapporte l'observation d'un malade présentant une volumineuse tuméfaction du crâne avec perte de substance osseuse et exophtalmie. La radiographie confirmait la perte de substance et montrait en outre un élargissement considérable de la selle turcique. L'examen du sang montrait une élévation très marquée du taux de la cholestérine et du cholestérol, et fait penser qu'il s'agit d'une variété de xanthome.

M. SORREL rapproche cette affection de la maladie de Gaucher, qui est elle-même une sorte de xanthomatose.

**Luxation récidivante du coude.** — M. SORREL, ayant observé un cas de cet ordre, a imaginé de créer une butée humérale postérieure limitant la course de l'olécranon. La guérison semble complète.

**Indications opératoires dans les ptoses rénales.** — M. Louis MICHON montre l'intérêt de la double pyélographie en position verticale et horizontale, rendue possible par l'urographie intraveineuse. Il préconise la néphropexie à lambeaux capsulaires.

## DOCUMENTS OFFICIELS

### LOI RELATIVE A L'EXERCICE DE LA MÉDECINE ET DE L'ART DENTAIRE

Le Sénat et la Chambre des députés ont adopté,

Le Président de la République promulgue la loi dont la teneur suit :

Art. 1<sup>er</sup>. — Nul ne peut exercer la médecine ou l'art dentaire en France, s'il n'est :

1° Muni du diplôme d'Etat français de docteur en médecine ou de chirurgien-dentiste, ou bénéficiaire des dispositions transitoires de la loi du 30 novembre 1892 ou des dispositions spéciales aux praticiens alsaciens et lorrains (arrêté du 24 septembre 1919, loi du 13 juillet 1921, loi du



10 août 1924, décret du 5 juillet 1922 ratifié par la loi du 13 décembre 1924, loi du 18 août 1927) ;

2° Citoyen ou sujet français, ou ressortissant des pays placés sous le protectorat de la France.

Toutefois, les pays étrangers où les médecins de nationalité française sont autorisés à exercer leur art pourront demander au Gouvernement français des conventions diplomatiques dispensant, en certains cas, de la nationalité française. Mais une parité devra être établie entre le nombre des médecins originaires des pays avec lesquels les conventions ont été passées, venant exercer en France, et celui des médecins français exerçant, effectivement, la médecine dans ces pays.

Les autorisations seront données individuellement, par décret.

Les dispositions des deux alinéas précédents s'appliquent aux chirurgiens dentistes.

Pourront également exercer la médecine sur le territoire français, dans les mêmes conditions que ceux pourvus du diplôme de docteur en médecine délivré par le Gouvernement français, les médecins sarrois détenteurs des autorisations nécessaires pour l'exercice de la médecine dans la Sarre et qui ont obtenu la nationalité française avant le 1<sup>er</sup> mars 1935.

Des autorisations pourront être accordées, individuellement, par le Gouvernement français, aux autres médecins sarrois qui se trouvent actuellement en France et qui ont demandé leur naturalisation avant le 1<sup>er</sup> mars 1935.

Art. 2. — Les titulaires d'un diplôme étranger de docteur en médecine qui postuleront le diplôme d'Etat français devront :

1° Justifier des titres initiaux requis pour l'inscription au doctorat d'Etat français, y compris le diplôme du certificat d'études physiques, chimiques et biologiques ;

2° Satisfaire à tous les examens. Ils pourront être dispensés de trois années de scolarité au maximum.

Les titulaires d'un diplôme de docteur en médecine d'une université française et les étudiants en cours d'études pour ce diplôme, qui postuleront le diplôme d'Etat, seront astreints aux mêmes obligations.

Toutefois, la dispense de scolarité pourra être étendue pour eux à quatre années.

Art. 3. — Les étudiants de nationalité étrangère ne pourront s'inscrire aux facultés et écoles françaises métropolitaines de médecine, en vue de l'obtention du diplôme d'Etat français de docteur en médecine, s'ils ne justifient pas des titres initiaux français, y compris le diplôme du certificat d'études physiques, chimiques et biologiques, requis par les règlements afférents à ce diplôme d'Etat.

Il ne sera accordé aux étudiants étrangers, ou naturalisés Français, postulant le diplôme d'Etat de docteur en médecine, aucune dispense d'examens et de scolarité en vue de leur inscription dans les facultés et écoles de médecine, quelle que soit la durée des études faites par eux à l'étranger.

L'étudiant de nationalité étrangère ne pourra être inscrit dans une faculté ou école de médecine française en vue de l'obtention du diplôme d'université s'il ne possède tous les titres initiaux lui permettant de s'inscrire régulièrement à une faculté de médecine de son pays d'origine.

Art. 4. — Les titulaires d'un diplôme étranger de chirurgien dentiste, qui postuleront le diplôme d'Etat français de chirurgien dentiste, devront posséder les titres initiaux exigés des étudiants français lors de leur inscription en vue du diplôme d'Etat français de chirurgien dentiste.

Aucune dispense d'examen ne sera accordée.

Les dispositions du paragraphe ci-dessus s'appliqueront à tout étranger possesseur du diplôme français d'université de chirurgien dentiste qui postulera le diplôme d'Etat fran-

çais de chirurgien dentiste. Toutefois, le bénéfice d'une dispense d'une seule année de scolarité pourra lui être réservé.

Art. 5. — Pour s'inscrire au diplôme d'Etat français de chirurgien dentiste, tout étudiant étranger devra faire la preuve des titres initiaux exigés des étudiants français.

Quelle que soit la durée des études faites par lui à l'étranger, il ne pourra bénéficier d'aucune dispense de stage, de scolarité ou d'examen.

Art. 6. — Dans un délai de six mois à dater de la promulgation de la présente loi, les titres et diplômes de tous les médecins et dentistes exerçant en France devront être vérifiés et authentiqués par les soins des préfets et avec la collaboration des syndicats médicaux, des syndicats de chirurgiens dentistes et de l'administration des contributions directes.

Passé ce délai, les praticiens qui ne se seront pas soumis à cette mesure recevront, par les soins des préfets, et dans la quinzaine, une lettre recommandée les invitant à se conformer à la disposition précédente. Si dans les quinze jours francs qui suivront la réception de cet avis, ils ne se conforment pas à la loi, ils seront passibles d'une amende de 16 à 50 fr.

Quiconque veut exercer la médecine ou l'art dentaire, sans avoir fait enregistrer son diplôme dans les délais et conditions fixés à l'article 9 de la loi du 30 novembre 1892, sera puni d'une amende de 500 francs.

Un rapport avec état nominatif précisant entre autres la nationalité du praticien ou sa date de naturalisation, la nature et la date exactes du diplôme ou des titres, le lieu de dépôt du diplôme ou des titres, sera envoyé au ministère de la santé publique dans le mois qui suivra la clôture de la vérification préfectorale.

Les modifications apportées à l'état nominatif ci-dessus seront adressées, chaque année, au ministère de la santé publique dans la première quinzaine du mois d'avril.

Un règlement d'administration publique, rendu dans les trois mois après la promulgation de la loi, fixera les détails de ces opérations de vérification ainsi que les moyens de justifier des titres et diplômes dont auront pu être déposés les médecins et les dentistes.

Art. 7. — Tout étranger naturalisé et muni du diplôme d'Etat de docteur en médecine :

1° Pourra immédiatement exercer la médecine s'il a accompli le temps légal de service militaire actif ou s'il a servi dans l'armée française en qualité d'engagé volontaire au cours d'opérations militaires depuis 1914 ;

2° Pourra exercer la médecine seulement après un délai égal à la durée du service militaire qu'il n'aura pas accompli, s'il a été exempté totalement des obligations militaires françaises par un conseil de révision ou partiellement par un conseil de réforme, ou si la loi du recrutement ne lui est pas applicable en raison de son sexe, ce délai devant partir du jour de l'obtention du diplôme ;

3° Pourra exercer la médecine seulement après un délai égal au double de la durée du service militaire qu'il n'aura pas accompli si, en raison de son âge, il a été dispensé de la totalité ou d'une partie du temps légal de service militaire actif, ce délai devant partir du jour de l'obtention du diplôme ;

4° Devra subir un délai d'attente de cinq ans après l'obtention du droit d'exercer pour remplir les fonctions ou emplois de médecine publique déterminés par un règlement d'administration publique. Ce délai de cinq ans ne sera pas exigé pour les médecins qui, engagés volontaires, auront servi dans l'armée française au cours d'opérations militaires depuis 1914 ; des dérogations pourront être accordées par le ministre de la santé publique pour assurer ces services dans les cas d'extrême nécessité.



<b>AÉROCID</b> AIR TUE	nouveau traitement DE L'AÉROPHAGIE PAR L'OPOTHÉRAPIE	un cachet ou deux comprimés au lever et au coucher
	LABORATOIRE DE L'AÉROCID, 71, RUE SAINTE-ANNE, PARIS	

# OLÉTHYLE-BENZYLE

## TANIN PHYSIOLOGIQUE VIVANT RHIZOTANIN CHAPOTOT

**Tolérance stomacale absolue**  
**Neutralisation des Toxines**  
*Amélioration rapide des accidents diarrhéiques*

2 FORMES { Cachets pour Adultes, 2 à 6 par jour.  
Poudre pour Enfants, 2 à 4 mesures par jour.  
Avoir soin de bien spécifier.

Echantillon médical gratuit  
**AUBRIOT**  
56, Boulevard Ornano — PARIS  
R. C. Seine, 20.019

## SIROP DU D<sup>R</sup> REINVILLIER

(Lauréat de l'Académie de Médecine de Paris)

au Phosphate de Chaux hydraté  
TUBERCULOSES - RACHITISME - MALADIES DES OS & DU SYSTÈME NERVEUX  
DENTITION DIFFICILE

DOSES : 2 à 4 cuillerées à bouche, à dessert ou à café suivant l'âge

ASSIMILATION  
COMPLÈTE

PRESCRIRE : **BERTAUT-BLANCARD FRÈRES**  
SIROP REINVILLIER, un flacon 64, Rue de La Rochefoucauld, PARIS (9<sup>e</sup>)

AS D'ACIDE  
LIBRE

# SULFARSENOL

## ARSENOS-SOLVANT

ADOPTÉS PAR LES HOPITAUX

## EKTOPHANOL

SELS DE LITHIUM DE L'ACIDE PHENYLQUINOLEINE CARBONIQUE

Indications : Rhumatismes musculaires ou articulaires, aigus ou chroniques, Goutte, Sciatique, Lumbago, etc.

LABORATOIRES DE BIOCHIMIE MÉDICALE CH. DESGREZ, Dr en Ph<sup>ie</sup>, 19-21, rue Van-Lo, PARIS XVI<sup>e</sup> — Tél. Auteuil 26-62



Les médecins étrangers autorisés à exercer leur profession en France avant la promulgation de la présente loi continueront à jouir de cette autorisation. Toutefois ils seront soumis aux dispositions de l'alinéa 4°, à moins qu'ils ne soient déjà pourvus d'une fonction ou d'un emploi de médecine publique.

Seront dispensés du délai d'attente prévu aux alinéas 2° et 3° du présent article, les étrangers qui étaient en cours d'études médicales le 21 avril 1933 et qui, avant la promulgation de la loi, ont demandé leur naturalisation et se sont mariés à des Françaises ayant conservé leur nationalité.

Les dispositions du présent article s'appliqueront aux chirurgiens dentistes.

Art. 8. — La loi du 21 avril 1933 sur l'exercice de la médecine est et demeure abrogée.

Sont en outre abrogées toutes les dispositions antérieures contraires aux dispositions de la présente loi, en particulier celles de l'arrêté du 24 septembre 1919 du commissaire général de la République à Strasbourg, des lois du 30 novembre 1892 et 10 août 1924, et du décret du 5 juillet 1922, ratifié par la loi du 13 décembre 1924.

La présente loi, délibérée et adoptée par le Sénat et la Chambre des députés, sera exécutée comme loi de l'Etat.

Fait à Paris, le 26 juillet 1935.

Albert LEBRUN.

Par le Président de la République,  
Le président du conseil,  
ministre des affaires étrangères,  
Pierre LAVAL.

Le ministre de la santé publique  
et de l'éducation physique,  
Ernest LAFONT.

Le garde des sceaux, ministre de la justice,  
Léon BÉRARD.

Le ministre de l'éducation nationale,  
Mario ROUSTAN.

## LIVRES NOUVEAUX

**Maladies de l'intestin (1)**, par R. BENSUADE, médecin honoraire de l'Hôpital Saint-Antoine. *Série III : Cancer du rectum, lymphosarcome, tumeurs villeuses, polype solitaire, polyposse rectocolique, fibromes-myomes, angiomes*, avec la collaboration de MM. J. CHARRIER, chirurgien des hôpitaux ; A. CAIN, P. HILLEMANT, A. LAMBLING, médecins des hôpitaux ; E. ANTOINE, P. AUGIER, A. BENSUADE, F. BERTILLON, A. DUFOUR, A. HOROWITZ, A. POIRIER.

Sans constituer à proprement parler un traité didactique, ce volume et les deux premiers, précédemment publiés, comportent un programme où sont étudiées les questions les plus intéressantes de la pathologie intestinale et surtout de la proctologie.

On trouvera dans cet ouvrage, essentiellement vivant comme l'enseignement qu'il reflète, des idées originales, des doctrines précises, facilement applicables, et ne figurant pas le plus souvent dans des traités classiques, — on y trouvera aussi les mises au point d'articles et une abondante bibliographie. — A ces divers titres, cet ouvrage s'adresse aussi bien au praticien qu'au spécialiste. Les techniques d'exploration y sont minutieusement détaillées, ainsi que la discussion des résultats qu'elles apportent.

L. G.

(1) In-8 de 370 pages avec 127 figures. — Prix : 60 fr. — Paris, Masson et C<sup>ie</sup>.

## Précis de Chirurgie de guerre (1)

Le *Précis de Chirurgie de guerre*, que le médecin lieutenant-colonel CLAVELIN, professeur au Val-de-Grâce, vient de faire paraître chez les éditeurs Charles Lavauzelle et Cie, s'adresse à tout médecin susceptible d'être mobilisé dans les corps de troupe, comme dans les formations chirurgicales des armées ou de l'intérieur.

L'auteur s'est efforcé d'être aussi clair et pratique que possible.

Il y aurait eu de longs chapitres à écrire sur la pathogénie et l'anatomie pathologique des blessures des divers organes et appareils. Mais, pour ne pas alourdir l'ouvrage, ces questions ne sont abordées que dans la mesure où leur connaissance est indispensable pour expliquer la symptomatologie et l'évolution de la blessure, surtout pour justifier le traitement ou les modalités de traitement envisagés.

De même les détails de la technique opératoire n'ont été développés que pour quelques cas particuliers où ils peuvent un peu différer de la technique de la chirurgie du temps de paix. Par contre, l'adaptation de la technique chirurgicale, les diverses modalités susceptibles d'être utilisées ont été étudiées longuement. Après l'étude de chaque variété de blessure, un paragraphe spécial envisage la conduite à tenir aux divers échelons du Service de Santé suivant les circonstances qui peuvent être imposées par les événements militaires.

Les derniers chapitres traitent de l'organisation chirurgicale des armées, étudiant successivement le personnel et le matériel chirurgical, l'organisation intérieure de la formation chirurgicale, l'organisation des évacuations et du triage, la liaison chirurgicale.

Enfin quelques chapitres annexes résument les détails importants de la constitution en personnel, matériel et véhicules techniques des diverses formations chirurgicales ou du noyau chirurgical des formations mixtes en service aux armées.

Ainsi conçu, l'ouvrage justifie son titre de *Précis de Chirurgie de guerre et d'organisation chirurgicale aux armées*.

*Vita più sana e più lunga (2)*, par M. E.-J. PAMPANA.

Voici un petit livre qui mérite l'attention du public auquel il s'adresse : les gens cultivés. Il ne s'agit nullement de théories que seulement des personnes cultivées peuvent comprendre, car la matière est exposée avec une clarté remarquable et n'importe qui en trouverait instructive la lecture ; mais l'auteur a réussi à écrire un petit livre qui peut répondre au goût des gens cultivés et qui, par conséquent, réussit à se faire lire.

Naturellement, les médecins n'y trouveront rien d'inédit ; mais ils y apprécieront l'équilibre des opinions et l'efficacité qu'elles peuvent démontrer sur le lecteur. Le nombre des pages est très restreint ; on pourrait le regretter, si la lecture du petit livre ne suffisait à nous convaincre que toutes les questions essentielles de l'hygiène de l'adulte y sont traitées ; et l'on s'étonne qu'une telle concision ait également réussi à éviter toute impression de sécheresse au style.

Les livres de ce genre sont des collaborateurs des médecins dans l'opinion du public.

G. T.

(1) En vente chez les éditeurs. — Prix : 20 fr. — Franco par poste contre chèque postal 88-49, Paris.

(2) Edt. « Annali d'Igiene », via delle Finanze 14, Roma (130).

Le Directeur-gérant : D<sup>r</sup> François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.



# LIPIODOL LAFAY

THERAPEUTIQUE IODORGANIQUE ET RADIODIAGNOSTIC

Huile iodée à 40%.

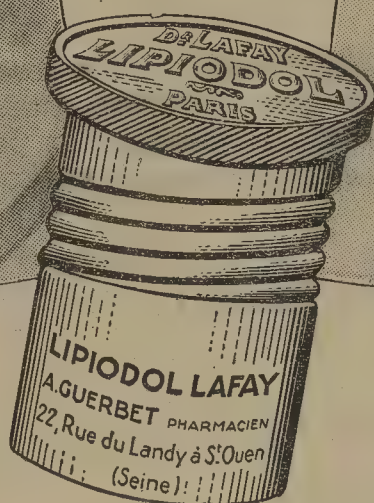
54. centigr. d'iode pur par centi. cube



*Injection intra-utérine  
de Lipiodol*



*Injection intra-fistulaire  
de Lipiodol*



## POUR COMBATTRE

ASTHME  
ARTÉRIOSCLÉROSE  
LYMPHATISME  
RHUMATISME  
ALGIES DIVERSES  
SCIATIQUE  
SYPHILIS

## POUR EXPLORER

VOIES RESPIRATOIRES  
UTÉRUS ET TROMPES  
SYSTÈME NERVEUX  
VOIES URINAIRES  
SINUS NASAUX  
VOIES LACRYMALES  
ABCÈS ET FISTULES

AMPOULES, CAPSULES,  
EMULSION, COMPRIMÉS

**A. GUERBET & C<sup>IE</sup>**

Pharmacien

Ex-interne des Hôpitaux de Paris

22, Rue du Landy

St-OUEN (près Paris)

### Dosage :

1 cm<sup>3</sup>, = 0 gr. 54 d'Iode

1 capsule  
1 cuiller à café } = 0 gr. 20  
d'émulsion d'Iode

1 comprimé = 0. gr. 04 d'Iode

LIPIODOL à 20%

LIPIODOL à 10% Ascendant







*La Lancette Française***GAZETTE DES HOPITAUX****CIVILS ET MILITAIRES****PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI****ADMINISTRATION ET RÉDACTION :****49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6°. Tél. : Danton 48-31.****PUBLICITÉ : M. A. THOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6°) - Téléph. : Littré 54-93.****PRIX DE L'ABONNEMENT****FRANCE**3 mois : **12 fr. 50.** — 6 mois : **25 fr.** — 1 an : **45 fr.***Etudiants : 25 francs par an.*

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

**ETRANGER**Pays ayant accordé la réduction de port : **65 francs.**Tous les autres pays : **75 francs.****SOMMAIRE****TRAVAUX ORIGINAUX***Arachnoïdite de la fosse cérébrale postérieure consécutive à la varicelle, par MM. L. BABONNEIX et J. GOUYEN.***PREMIER CONGRÈS INTERNATIONAL DE BRUCELLOSES**  
(Compte rendu.)**SOCIÉTÉS SAVANTES***Société de médecine de Paris. — Société des chirurgiens de Paris. — Société de biologie.***INTÉRÊTS PROFESSIONNELS***A propos des conventions, par M. A. HERPIN.***LIVRES NOUVEAUX****NOTES POUR L'INTERNAT***Sémiologie des splénomégalias (suite).***INFORMATIONS****HÔPITAUX DE PARIS.** — *Concours pour les prix à décerner à MM. les élèves internes en médecine de quatrième année (année 1935-1936).* — *Concours de médecine.* — L'ouverture de ce concours aura lieu le lundi 20 janvier 1936, à 9 h., à la salle des concours de l'administration, 49, rue des Saints-Pères.

Les élèves qui désireront prendre part à ce concours seront admis à se faire inscrire au bureau du Service de santé de l'administration, tous les jours, de 14 à 17 h., du lundi 4 au vendredi 15 novembre 1935 inclusivement.

Le mémoire prescrit comme épreuve de ce concours devra être déposé au bureau du Service de santé au plus tard le vendredi 15 novembre 1935, à 17 h., dernier délai.

**HÔPITAUX DE PROVINCE.** — BORDEAUX. — Après concours la médaille d'or du prix de l'Internat en 1935 pour la section médecine a été décernée à M. René Saric, interne de quatrième année.**FACULTÉS DE MÉDECINE.** — PARIS. — *Service des vacances 1935.* — La bibliothèque rouvrira :

1° Du 2 au 15 septembre, les mardis, jeudis et samedis, de 14 à 17 h.

2° Du 16 au 30 septembre, les mardis, mercredis, jeudis et vendredis, de 14 à 18 h.

Reprise du service normal quotidien (séances du soir compris) à partir du 1<sup>er</sup> octobre.**LÉGION D'HONNEUR.** — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :**GUERRE.** — *Au grade de chevalier.* — M. le docteur Mascarel (de Brulon, Sarthe) et M. le médecin capitaine Lestelle.**MARINE.** — *Au grade de chevalier.* — M. le docteur Cézilly (de Marseille).*Au grade d'officier.* — M. le docteur Edgard Zunz, professeur à la Faculté de médecine de Bruxelles, membre et ancien président de l'Académie royale de médecine de Belgique.Nous sommes heureux d'adresser nos très vives félicitations à notre éminent et aimable confrère qui vient de présider avec tant d'autorité la XIV<sup>e</sup> session des Journées médicales de Bruxelles.**MÉRITE MARITIME.** — *Officier.* — M. le médecin général de la marine Cazamian.**AU VAL-DE-GRACE.** — Le *Journal officiel* publie la liste des officiers du Corps de santé sortant de l'Ecole d'application du Service de santé militaire, ainsi que leurs affectations.**POUR UN NOUVEAU RÈGLEMENT DES ASILES D'ALIÉNÉS.** — Le ministre de la Santé publique et de l'Education physique, ayant constaté que les règlements des asiles d'aliénés étaient, pour la plupart, très anciens, remontant parfois à 1870 ou même à 1857, a chargé une commission réduite, composée de M. Plytas, inspecteur général des services administratifs; du docteur Olivier, médecin directeur de l'asile d'aliénés de Blois, et de M. Tournaire, directeur administratif de l'asile de Clermont (Oise), de préparer un règlement-type tenant compte des nécessités actuelles du service.**VISITE DE L'ÉTABLISSEMENT THERMAL D'ENGHIEN PAR LE PRÉSIDENT DE LA RÉPUBLIQUE.** — L'établissement thermal**EXTRAIT DE MALT FRANÇAIS  
DÉJARDIN****Bière de Santé - Eupeptique - Galactagogue**

d'Enghien inauguré le 30 mars 1935 par M. Queuille, ministre de la santé publique, a reçu, le 12 juillet dernier, la visite de M. Albert Lebrun, président de la République, accompagné de M. Magre, secrétaire général de la Présidence. M. Ernest Lafont, ministre de la Santé publique avait bien voulu se joindre au Président de la République.

Le Président a été reçu par M. Patenôtre-Desnoyers, député-maire d'Enghien, aux côtés de qui se trouvaient M. Bonnefoy-Sibour, préfet de Seine-et-Oise, M. Lucas, sous-préfet de Pontoise, MM. Cornudet, Leredu, Israël, sénateurs; M. le professeur Siredey, président de l'Académie de médecine; M. le professeur Roussy, doyen de la Faculté de médecine; le général Cheutin, le professeur Guy Laroche, le docteur Thiet, président du Syndicat des médecins de Seine-et-Oise; le docteur Gardette, ainsi que de nombreuses personnalités politiques et médicales.

Le Président a visité les nouveaux thermes d'Enghien, guidé par le docteur Perrier, directeur de l'établissement, et notamment l'outillage technique des salles d'inhalations et de pulvérisations et des salles de douches nasales qui constituent, actuellement, un ensemble unique en France et même en Europe.

**COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE. — HÔPITAL BROCA (Professeur : M. N.)** — *Gynécologie.* — M. R. Palmer, chef des travaux, et les chefs de clinique et assistants du service feront un cours de vacances du 16 au 18 septembre 1935.

Ce cours s'adresse aux docteurs en médecine français et étrangers et aux étudiants en fin d'études, désirant acquérir la pratique des méthodes thérapeutiques actuelles en gynécologie.

Durée : deux semaines chaque jour sauf le dimanche; le matin de 9 à 12 h. 30; opérations, consultations, applications de radium, de diathermie, de diathermo-coagulation et d'ondes courtes, insufflations tubaires, injections intra-utérines de lipiodol, titrages hormonaux, etc... L'après-midi, de 5 à 7 heures : cours et examen de malades à l'amphithéâtre de la clinique.

Le droit à verser est de 200 francs.

S'inscrire au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis de 14 à 16 heures.

**X<sup>e</sup> Congrès de la Société internationale de Chirurgie (Le Caire, décembre 1935).** — Les docteurs Chifoliau, chirurgien de l'Hôpital Saint-Louis, et Braine, chirurgien des hôpitaux de Paris, chargés par le Comité d'un rapport au prochain Congrès international sur la Chirurgie des parathyroïdes, seraient obligés à leurs confrères de vouloir bien leur communiquer les observations et les travaux relatifs à la chirurgie parathyroïdienne, et spécialement :

- 1° Le nombre de malades opérés et un court résumé de leurs observations cliniques ;
- 2° Les indications opératoires ;
- 3° La technique opératoire ;
- 4° Les résultats immédiats et lointains ;
- 5° Les modifications biologiques, le métabolisme et spécialement le bilan calcique ;
- 6° Les recherches de chirurgie expérimentale ;
- 7° Les publications et références bibliographiques.

N. B. — Prière d'adresser les documents au docteur Braine, 6, avenue Bugeaud, Paris (16<sup>e</sup>).

**Syndromes météoropathologiques et inadaptés urbains**, par G. MOURIQUAND et P. JOSSERAND. In-8 de 126 pages. — Prix : 16 fr. — Paris, Masson et Cie.

Insomnies  
Toux nerveuse.

**BROMÉINE** MONTAGU

## INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

### A PROPOS DES CONVENTIONS

Il y a quelques mois, le Syndicat de Toulouse a dénoncé les conventions avec les Caisses. Ces dernières prétendaient imposer l'acceptation d'une maison de soins dentaires, et cette dénonciation est tout à l'honneur du Syndicat, qui s'est ainsi solidarisé avec les stomatologistes et chirurgiens-dentistes.

Depuis, il ne semble pas que les médecins aient souffert de cette absence de conventions, et nous avons eu l'occasion de voir des confrères qui trouvaient même cette situation avantageuse pour eux, si elle était préjudiciable aux intérêts des assurés.

Cependant, un groupe de praticiens de l'Art dentaire, méconnaissant le geste de solidarité du Syndicat médical, avait cru pouvoir accepter les conditions fixées par les Caisses et signer une convention isolée avec elles.

Nous n'insisterons pas sur l'inopportunité — pour ne pas dire plus — d'un tel geste, mais cette affaire a eu un épilogue sur lequel nous ne saurions trop attirer l'attention du Corps médical. Il s'agit de la lettre suivante, adressée par le Ministère du Travail :

« Paris, le 14 mai 1935.

« Monsieur le Président,

« Vous avez bien voulu appeler mon attention sur une convention conclue entre l'Union des Caisses d'Assurances sociales de la Haute-Garonne et le Syndicat indépendant des Praticiens de l'Art dentaire. C'est à la suite de la rupture des Conventions entre les Caisses et les Syndicats médicaux, intervenue le 1<sup>er</sup> janvier 1935, que l'accord précité a été conclu avec ledit Syndicat non habilité.

« J'ai l'honneur de vous faire connaître que j'ai invité M. le Préfet de la Haute-Garonne, dès le 14 mars 1935, à provoquer sans retard la conclusion de nouvelles Conventions, en insistant sur les inconvénients que présentent, tant pour les Caisses que pour les assurés, l'absence de collaboration entre l'Assurance et le Corps médical. La question fait l'objet d'une étude attentive, mais, quoi qu'il en soit, je signale à M. le Préfet de la Haute-Garonne que l'accord intervenu avec le Syndicat indépendant non habilité ne saurait évidemment être agréé et que les Caisses doivent le dénoncer sans délai.

« Veuillez agréer, etc...

« Pour le Ministre :

« Le Conseiller d'Etat, TOMASINI. »

Ainsi donc, l'absence de conventions ne se traduit pas par l'édification de maisons de soins, comme nous sommes accoutumés d'en être menacés, et les précautions qui ont dû être prises par les Pouvoirs publics pour la protection des fonds des assurés sociaux le permettront de moins en moins. De plus, il n'est pas admis qu'un syndicat dissident puisse passer convention avec les Caisses, même en cas de refus du syndicat médical régulier. Enfin l'administration indique très nettement que les Caisses doivent s'efforcer de réaliser « la collaboration entre l'Assurance et le Corps médical ».

Nous sommes donc fondés à exiger pour les conventions des conditions raisonnables ; on nous a parlé trop longtemps de la volonté des Caisses, il est temps de parler de la volonté du Corps médical.

A. HERPIN.

**QUATAPLASME** du D<sup>r</sup> LAVOLEBERT  
PANSEMENT COMPLET  
Phlegmasies, eczémas, brûlures, etc



# AGOCHOLINE

(GRANULÉ SOLUBLE)



## CHOLECYSTITES CHRONIQUES CONGESTION DU FOIE

Lithiase biliaire - Ictère et Cholémie

Dyspepsies réflexes - Constipation  
Migraines, Vertiges, Eczéma, Prurit

d'origine  
hépato biliaire

**Posologie :** 1 à 3 cuillerées à café le matin à jeun, dans un demi verre d'eau chaude.

**LABORATOIRES DU D<sup>r</sup> ZIZINE**  
24, 26, Rue de Fécamp - Paris (XII<sup>e</sup>)



Hypertensions  
ET TOUS ÉTATS  
SPASMODIQUES  
DE LA MUSCULATURE  
LISSE

BENZOATE DE BENZYLE

# OLETHYLE-BENZYLE

Le seul en **GÉLULES**  
**CAPSULES**  
**MOLLES**

Littérature - Echantillons - Posologie  
LABORATOIRE CENTRAL DE PARIS  
122, Rue du Faubourg Saint-Honoré, Paris

# PANTOPON

## "ROCHE"



### OPIUM TOTAL INJECTABLE

AMPOULES **3** FORMES COMPRIMÉS

SIROP

Produits F. HOFFMANN-LA ROCHE & C<sup>IE</sup> 10, Rue Crillon, PARIS

POSOMÉTRIE ABSOLUMENT RIGoureuse

## CALOMEL

### VICARIO

PETITS COMPRIMÉS

Un milligramme, quart et demi-centigramme  
un, deux et cinq centigrammes  
DÉSAGRÉGATION RAPIDE

NEURALGIES — GRIPPE — RHUMATISMES

## NOPIRINE

### VICARIO

ASPIRINE RENFORCÉE

Pharmacie VICARIO, 17, boul. Haussmann, PARIS



## ARACHNOÏDITE DE LA FOSSE CÉRÉBRALE POSTÉRIEURE CONSÉCUTIVE A LA VARICELLE

Par MM. L. BABONNEIX et J. GOUYEN.

Si, depuis la communication déjà lointaine du Prof. Marfan (1893), on ne met plus en doute l'encéphalite post-varicellique, l'existence de méningites produites par cette infection est encore discutée, et, dans un travail récent, les savants belges n'en signalent que quatre cas (1). C'est pourquoi il nous a paru intéressant d'en rapporter un d'autant plus curieux que, par son évolution comme par sa localisation, il a emprunté aux tumeurs cérébelleuses la plupart des éléments de sa symptomatologie.

\*\*\*

OBSERVATION. — Paulette F., 11 ans, est amenée à la consultation de l'un de nous, le 8 mars 1935, pour des troubles de l'écriture, un ptosis bilatéral, une certaine instabilité de la démarche et un ralentissement progressif du développement intellectuel.

A. H et A. P. — Née à terme, elle pesait 3 kg. 700. Elle a été nourrie au sein. Premières dents à 4 mois, premiers pas seulement vers 20 mois.

Rougeole et oreillons dans sa petite enfance.

A part une sœur morte à 3 ans d'une méningite tuberculeuse, rien d'autre à retenir dans ses antécédents familiaux.

H. de la M. — Il y a 5 ans, elle fait une varicelle d'évolution apparemment normale. Un mois après, cependant, on note une poussée thermique autour de 39° et un état délirant ayant duré 2 à 3 jours.

Néanmoins, elle se rétablit vite et reprend une activité normale.

Il y a quatre ans, apparaissent les premiers troubles nets enregistrés par les parents : ralentissement de la croissance et du développement intellectuel, déficience de la mémoire, difficulté croissante pour les opérations élémentaires, fléchissement scolaire évident.

Peu à peu s'installe, par intermittences, un léger tremblement intentionnel des mains, avec des troubles correspondants de l'écriture.

Le tout évolue avec une extrême lenteur et s'étale sur quatre années.

Il y a quelques mois, aux troubles précédents, qui s'accroissent, s'ajoutent de nouvelles manifestations : instabilité de la démarche, diminution subjective de l'acuité visuelle, hésitations intermittentes de la parole, ptosis bilatéral, d'abord léger et transitoire, puis permanent et progressif.

(1) DAGNELIE, DUBOIS, FONTEYNE, P. A. LEY, MEUNIER et van BOGAERT. Les encéphalites aiguës. *Journal de neurologie et de psychiatrie*, n° 9, septembre 1932. En réalité, il en existe davantage, ainsi qu'en témoigne la brève énumération que voici.

H. KOPLIK. *Diseases of Infancy and Childhood*, 3<sup>e</sup> éd., p. 313. Giovanni de TONI. Sulle meningite di varicella. *Policlinico (Sez. Prat.)*, 1924.

WINNICOT et GIBBS. Varicelle Encephalitis, *British Journal of Children's Diseases*, avril-juin 1926, n° 263-270 (2) p. 107-127.

L. BABONNEIX, ADELIN et COLOMBE. Un cas d'encéphalite varicellique. *Gazette médicale de France*, avril 1928.

V. GILLOT, Ch. SARROUY et P. DUPUY d'UBY. A propos des complications nerveuses de la varicelle, *Presse méd.*, 9 novembre 1932, n° 9, p. 1672.

O. DUDEVANT. Contribution à l'étude de l'encéphalo-myéélite post-varicellique. *Th. Toulouse*, 1931.

L. CAZAG-AVERBUCH. Un cas d'encéphalo-méningite post-varicelleuse. *Soc. de péd. de Jassi*, n° 2, avril-juin 1933, p. 79.

L'enfant est conduite en janvier 35 à notre ami Gilbert Robin, qui se demande s'il ne se trouve pas en présence d'un syndrome encéphalitique fruste.

Tous les symptômes s'accroissant, la fréquentation scolaire devient impossible. Une assistante sociale nous amène l'enfant.

Examen le 8 mars 1935.

Facies endormi.

Il existe un ptosis bilatéral, sans paralysie faciale.

La démarche est instable, un peu sautillante avec talonnement léger et, dans le demi-tour, une hésitation avec perte facile de l'équilibre.

La station debout s'accompagne d'oscillations marquées.

Les manœuvres du talon sur le genou et du doigt sur le nez révèlent un peu de dysmétrie.

Adiadococinésie ébauchée ; tremblement intentionnel léger.

Passivité bilatérale évidente.

L'écriture est anormale, tremblée, la parole un peu hésitante.

Le reste de l'examen est négatif.

Force musculaire et tonicité normales.

Aucun trouble sensitif ni trophique.

Réflexes normaux. Pas de signe de Babinski.

Aucun stigmate de spécificité, ni dans l'examen, ni dans les antécédents.

L'examen des yeux, pratiqué par M. Coutela, montre une rétinite pigmentaire atypique, bilatérale, cependant plus marquée à droite, et un aspect anormal, un peu flou, des papilles, dont il est, pour le moment, impossible de préciser s'il s'agit de stase vraie ou d'un aspect congénital.

A partir du 8 mars, les troubles de l'équilibre s'accroissent très rapidement. L'enfant n'a jamais souffert de céphalée, mais elle a maintenant quelques vomissements.

MM. de Martel et Guillaume voient la petite malade le 15 mars. Ils notent :

« Syndrome cérébello-vestibulaire caractérisé par des troubles importants de l'équilibre.

Instabilité dans la marche, tendance à la chute en arrière et à gauche dans la rotation brusque sur ordre.

Station debout : oscillations malgré l'écartement des pieds, avec latéropulsion gauche et surtout rétropulsion, s'accroissant par occlusion des yeux.

Nystagmus horizontal surtout dans le regard latéral droit.

Passivité segmentaire nettement augmentée des deux côtés, mais surtout à gauche.

Troubles cérébelleux kinétiques bilatéraux, mais plus marqués à gauche.

Rien aux grandes voies sensitivo-motrices.

Nerfs craniens normaux.

Examen ophtalmologique : papilles très hyperhémées, saillie des disques, contours flous ; mais en dehors de la papille, zone de rétinite pigmentaire.

Champ visuel normal. Motilité oculaire normale.

En résumé, concluent-ils, syndrome cérébelleux à évolution lente et progressive :

Ou gliome kystique,

Ou affection cérébelleuse (atrophie) secondaire à la varicelle, avec arachnoïdite et blocage de la fosse postérieure. »

Intervention par ces Messieurs le 21 mars 1935.

Position assise. Anesthésie locale. Opération d'Elsberg (ligne médiane).

La dure-mère bat très nettement.

Après son ouverture, le grand lac apparaît très dilaté, le vermis petit, les lobes cérébelleux également atrophiés.

L'arachnoïde est épaisse et lactescente. Par une petite ouverture de cette dernière, pratiquée en faisant une biopsie du cortex cérébelleux gauche, une quantité considérable de L.C.R. s'écoule et le grand lac est vidé très rapidement.

Il s'agit bien d'un processus inflammatoire.

Il n'y a pas de tumeur.  
Sutures. Drain médian.  
Suites.

Pas d'hyperthermie ; ablation du drain 24 heures après l'opération. Bon état de la malade 3 jours plus tard.

Trois semaines plus tard, nous avons eu des nouvelles de l'enfant dont l'état, paraît-il, s'améliore rapidement. Nous n'avons cependant pu, pour notre part, la réexaminer depuis son intervention.

\*  
\*  
\*

En somme, arachnoïdite de la fosse cérébrale postérieure, au sujet de laquelle nous voudrions faire quelques brèves remarques :

1° L'intervention a permis de retrouver ces lésions de l'arachnoïde consistant en « multiplication apparente ou réelle des trabécules et des lames du tissu « sous-arachnoïdien normal, leur épaissement, leur « opacité, les adhérences des lames entre elles ou avec « les éléments qui les traversent ou les limitent vers « la pie-mère ou la dure-mère », et que M. le Prof. Barré considère comme caractéristiques (1).

2° Il est classique d'insister sur les difficultés que soulève le diagnostic de cette affection. Trop souvent, elle est prise pour une tumeur cérébrale, ou plus exactement, quand elle occupe la fosse cérébelleuse postérieure, pour une tumeur cérébelleuse. Pourquoi, dans notre cas, MM. Th. de Martel et Guillaume ont-ils soupçonné son existence ? Sans doute (2), parce qu'ils ont pris en considération les éléments suivants : lente évolution, par à-coups, des accidents, consécutifs à une infection, atteinte de nerfs éloignés, comme la III<sup>e</sup> paire, bilatéralité des troubles observés, absence de signes pyramidaux, coexistence de troubles psychiques portant plus sur l'intelligence que sur le caractère, et ce, bien que manquaient les douleurs rachidiennes signalées par plusieurs auteurs (Barré, Cl. Vincent).

3° Cette arachnoïdite postérieure, à quelle cause l'attribuer ? Si l'on songe que les premiers symptômes en sont apparus un an après la varicelle, affection dont on connaît la prédilection pour le névraxe, et qu'aucun autre facteur pathogène ne peut être invoqué, il est permis de faire, avec les réserves d'usage, de celle-là la conséquence de celle-ci. Dans un cas de Mya, ne trouva-t-on pas, à l'autopsie d'un sujet mort de varicelle compliquée de troubles nerveux, une pachyméningite hémorragique prédominant sur la fosse cérébrale moyenne (3) ?

4° Le traitement chirurgical donne, le plus souvent, dans ces cas, d'excellents résultats (Barré et Schulmann, Bueno, de Martel et Guillaume, H. Roger et Allez, Tournay, Clovis Vincent, etc.). Ce n'est donc que lorsqu'il est impossible qu'on recourra à la radiothérapie (Gauducheau).

(1) J. A. BARRÉ. Etude sur l'arachnoïdite spinale et l'arachnoïdite de la fosse cérébrale postérieure. *Réunion internationale neurologique*, 30-31 mai 1933, in *Revue neurol.*, 1933, I, p. 879-978.

(2) Th. de MARTEL et J. GUILLAUME. Considérations sur les méningites séreuses circonscrites. *Réunion internationale neurologique*, 30-31 mai 1932. *Revue neurol.*, 1932, I, p. 954-955.

(3) MYA. Localizzazioni iniziali dell'agente patogeno in alcune forme morbose di origine infettive, *Sperimentale*, 1893, fascicules 20-21.

## PREMIER CONGRÈS INTERNATIONAL DE BRUCELLOSES

Avignon, 11, 12 13 juin 1935

Le Congrès s'est tenu en présence des D<sup>rs</sup> Xavier Leclainche, délégué du ministère de la Santé publique ; Pleindoux, inspecteur général des Services vétérinaires, délégué du ministère de l'Agriculture ; professeur agrégé Meersseman, délégué du Service de Santé de l'Armée ; D<sup>r</sup> Hayat et Mlle Cordier, délégués du Gouvernement général tunisien. Etaient représentées les Facultés de médecine de Marseille (professeur Roger, Ollmer et Violle), de Lyon (professeur Garin), de Montpellier, les préfectures de 20 départements représentées par les directeurs de Bureaux d'hygiène et les directeurs des services vétérinaires, les Chambres d'agriculture et les Syndicats d'éleveurs de Provence. L'Italie avait délégué les professeurs Bertarelli et Bianchi (Pavie), Bruschettini (Gênes), Calisti (Pérouse), Favilli (Florence), Finzi (Milan), Giugni (Bologne), Migliavacca (Pavie) ; la Suisse les D<sup>rs</sup> Roux et Chaudet, du département de l'Intérieur (Lausanne) ; l'Angleterre M. Pool, de l'Office impérial des maladies animales. Le secrétariat général était assuré par le D<sup>r</sup> Jullien. Le très généreux concours de M. le préfet de Vaucluse, du Conseil général et de la Municipalité d'Avignon ont contribué au succès de l'assemblée. Les comptes rendus ont été très fidèlement donnés par la presse quotidienne, dont le rôle de diffusion est très important en matière de brucelloses.

Plus de 200 congressistes étaient inscrits et présents aux séances. La journée du mardi a été consacrée aux communications d'ordre médical, celle du mercredi aux communications vétérinaires et le mercredi à 11 heures une démonstration pratique de diagnostic a été faite au centre d'élevage du Tronquet. Dans l'après-midi du mercredi, un certain nombre de vœux ont été discutés et votés par l'Assemblée pour être présentés aux Pouvoirs publics. Ces vœux intéressent la prophylaxie de l'endémioépidémie.

Le mardi à midi, M. Vailland, adjoint, représentant le député-maire d'Avignon, recevait les congressistes à l'hôtel de ville. Au cours de l'après-midi, les dames des congressistes ont visité la ville et ses environs. Le mercredi soir, après un vin d'honneur offert aux délégués étrangers, un banquet réunissait les congressistes sous la présidence de M. le préfet de Vaucluse. Etaient présents les représentants du Conseil général, de la Municipalité, des Syndicats des médecins de Vaucluse et diverses personnalités avignonnaises. Les discours donnèrent lieu à une véritable manifestation de coopération intellectuelle et d'amitié franco-italienne.

Le jeudi, sous la direction du D<sup>r</sup> Pleindoux, les congressistes, après avoir visité Maillanne et les Beaux, déjeunèrent à Fos-sur-Mer, où, grâce au concours de la population, ils purent assister à d'intéressantes manifestations équestres et taurines.

La collaboration des deux médecines humaine et vétérinaire s'est montrée si féconde au cours de ces journées qu'il a paru nécessaire à tous de la faire survivre au Congrès par la fondation d'un Office international de recherches sur les brucelloses humaines et animales.

Le Podestat de Pérouse a invité officiellement les congressistes à tenir dans sa ville leur prochaine réunion.

### RAPPORTS ET COMMUNICATION (résumés)

**Journée médicale.** — Séance du mardi 11 juin (matin). Présidents : D<sup>r</sup> Xavier LECLAINCHE, délégué de M. le ministre de la Santé publique ; professeur BERTARELLI, professeur d'hygiène à l'Université royale de Pavie.



**D<sup>r</sup> D. PARODI**, Bastia (Corse). — **Relation d'un cas de fièvre ondulante terminée par névrite, paraplégie avec dépression profonde, crise de larmes, hallucination, perte de connaissance, décès par paralysie bulbaire.**

**D<sup>r</sup> FURIO CANNAVO**, Barce (Lybie). — **Complications oculaires de la fièvre ondulante.** — L'auteur communique une auto-observation de brucellose professionnelle sudoro-algique avec fièvre, troubles cardiaques, séro-diagnostic positif au 1/400. Au cinquantième jour, troubles de la vision de l'œil gauche, diagnostic ; choroïdite avec corps flottant du vitré, troubles pupillaires. L'auteur rappelle la bibliographie, d'ailleurs assez restreinte, des troubles oculaires publiés par différents auteurs au cours de la fièvre ondulante.

Médecin-lieutenant **BERNARD CHANTEGREIL**. — **Relation de trois malades atteints de fièvre ondulante avec séro-diagnostic positif au 1/1280 et millième pour la melitensis.** L'un des malades fit une phlébite au cours de sa maladie.

**D<sup>r</sup> PICARD**, Arles. — **La fièvre ondulante en Crau et en Camargue.** Très intéressante et très complète relation clinique et thérapeutique des nombreux cas de fièvre ondulante que l'auteur observe dans sa région.

**D<sup>r</sup> MICHEL BESCHET**, Avignon. — **Complications chirurgicales de la fièvre ondulante.**

Professeur **MEERSSEMAN**, Lyon, en collaboration avec MM. J. DECHAUME, médecin des hôpitaux de Lyon, et le médecin commandant B. POMMÉ. — **Un cas d'encéphalite aiguë post-mélicoccique. Etude anatomo-clinique.** — L'autopsie d'un malade décédé brusquement à la suite d'un syndrome encéphalitique au cours d'une mélicoccie confirmée par l'agglutination de Wright au 1-2000 du sérum pour le melitensis, a permis aux auteurs de faire une étude très poussée, anatomo-pathologique en particulier des coupes de plusieurs fragments d'encéphale. Après coloration à l'hématoxyline-éosine-safran, les auteurs ont montré des lésions inflammatoires siégeant électivement sur la substance blanche (2 figures).

Professeur **ENRICO CALISTI**, Pérouse. — **Quesiti pratici nel campo delle brucellosi.** — L'auteur, en conclusion de son très intéressant travail, attire l'attention des Gouvernements sur les problèmes de prophylaxie qui sont vitaux pour une très grande catégorie d'ouvriers professionnels.

**D<sup>r</sup> HAYAT**, de Tunis. — L'auteur rapporte une relation très complète de l'histoire et du développement des brucelloses en Tunisie. Il note, en particulier, les différences de physiologie que prend l'endémo-épidémie dans les régions qu'il observe ; les brucelloses paraissent frapper électivement non pas la population campagnarde, mais certaines parties des agglomérations urbaines, ce qui fait qu'Hayat soupçonne l'existence d'un agent de transmission et de contamination encore indéterminé.

**Journée médicale.** — Séance du mardi 11 juin (après-midi). Présidents : médecin-commandant **MEERSSEMAN**, professeur agrégé au Val-de-Grâce, délégué de M. le ministre de la Guerre (direction du Service de santé de l'Armée) ; professeur **BERTARELLI**, de Pavie.

Professeur **BRUSCHETTINI**, de Gènes. — **Différenciation bactériologique des brucella.** L'auteur démontre que les milieux à l'œuf récemment préconisés pour la différenciation offrent aux chercheurs un moyen pratique et facile de diagnostic bactériologique et donnent une nouvelle confirmation de l'existence de deux types de brucella.

**D<sup>r</sup> MARTINI**, de Milan. — Sur le même sujet. Confirme la valeur du procédé de différenciation donné par le professeur **Bruschettini**.

**D<sup>r</sup> GIOVANI FAVILLI**, de Florence (en collaboration avec G. BIANCALANI). — **Recherches sur les substances hydro-carbonées des bactéries du groupe brucella.** Les auteurs se sont proposé d'étudier les polysaccharides spécifiques isolés de différentes variétés de brucella et avancent que ces substances isolées sont douées d'un pouvoir précipitant spécifique.

**D<sup>r</sup> HAUDUROY**, Paris. — **Le diagnostic des brucelloses par les méthodes de laboratoire.** L'auteur rapporte les techniques sûres ayant fait la preuve dans les laboratoires spécialisés : 1° de recherche de microbes dans le sang chez l'homme et chez l'animal ; 2° de recherche chez l'homme et les animaux des anticorps spécifiques ; 3° de recherche des brucella dans le lait.

**D<sup>r</sup> RENÉ GRIMAUD**, de Lyon. — **La fièvre ondulante dans le Vaucluse.** L'auteur, ancien interne des hôpitaux d'Avignon, étudie dans son travail (*Thèse de Lyon*, 1935) l'extension et la prophylaxie de la fièvre ondulante dans le département de Vaucluse.

**D<sup>r</sup> MAURICE CAUSSE**. — **Quelques considérations sur les brucelloses en Ardèche.** L'auteur présente une étude très complète sur l'extension des brucelloses dans le département de l'Ardèche et la prophylaxie de la maladie ainsi que sur le fonctionnement du Centre de traitement de Joyeuse.

**D<sup>r</sup> PONCET**. — **La fièvre ondulante dans le département de l'Ain.**

**D<sup>r</sup> GINSBOURG**, de Reims. — **Extension de la fièvre ondulante dans la Marne et dans les Ardennes.**

**D<sup>r</sup> BARBARY**, Nice, et **FAURE-BRAC**. — **Les éléments pratiques de prophylaxie des brucelloses dans les centres ruraux.** Les auteurs, après une étude très poussée des brucelloses humaines et animales dans les Alpes-Maritimes, émettent le vœu suivant : La mélicoccie étant une maladie des plus préjudiciables à l'élevage français ainsi qu'un danger croissant pour l'homme, il importe que les mesures prophylactiques, notamment la mise en œuvre de l'intra-dermo-réaction et de la prémunition, soient à envisager et représentent des opérations entièrement gratuites pour l'éleveur dont la situation n'a jamais été aussi précaire. Les auteurs réclament l'aide des assemblées départementales, des chambres d'agriculture, des offices départementaux agricoles.

Professeur **FRANCESCO GIUGNI**, de Bologne. **Aleune note sulla terapia vaccinica per via endovenosa nella « febbre melitense ».** — L'auteur montre qu'à la suite de violentes réactions fébriles obtenues par injections intra-veineuses d'un vaccin spécifique contenant de 5 à 100 millions de germes par injection, on obtient dans un très grand nombre de cas, et presque sans contre-indication, la régression rapide et la guérison des brucelloses humaines.

**Discussion.** — Le **D<sup>r</sup> PICARD**, d'Arles, qui a employé la méthode du professeur Giugni, a eu par contre un assez grand nombre d'insuccès.

**H. CAMBESSÈDES**, Paris. — **Le rôle du choc dans la thérapeutique de la fièvre ondulante.** — L'auteur conclut de tous les faits qu'il cite, qu'il est au moins prudent de considérer que le mécanisme du choc dans la guérison de la fièvre ondulante est général et doit être retenu même dans le mode d'action des médicaments chimiques. Il fait intervenir le système neuro-végétatif dans le mécanisme de déclenchement du choc curatif et pense que si ce mécanisme d'action du sympathique est un jour démontré, vaccinothérapie et chimiothérapie pourront être considérées comme ayant en commun un même processus d'action.

Préimant part à la discussion de ce rapport MM. **Barbary**, **Giugni**, **Bianchi**, **Picard**, **Hayat**, **Jullien**, **Gariib**, **Hauduroy**, **Izard**. Il ressort de cette discussion qu'un certain nombre d'auteurs (**Jullien**) ont observé que les chocs ob-

tenus dans un but thérapeutique au cours de la fièvre ondulante humaine, surtout au moyen d'injections de vaccins spécifiques (contenant un nombre élevé de corps ou de produits microbiens du genre *brucella*) entraînaient souvent des aggravations de la maladie : poussées thermiques tenaces, réveil ou exagération des algies. Il paraît se passer quelque chose de comparable aux réactions focales et générales qu'on observe chez les tuberculeux recevant dans un but thérapeutique des doses choquantes de tuberculines.

**D<sup>r</sup> DUBOIS, de Nîmes, et D<sup>r</sup> SOLLIER. — La valeur curative du vaccin polyvalent Dubois et Sollier.** — Environ 374 cas de brucelloses humaines traités par environ 150 médecins sous la direction des auteurs par le vaccin de S.S. ont guéri dans les trois quarts des cas dans un délai de un à deux mois.

**D<sup>rs</sup> DUBOIS et SOLLIER. — Prévention de la brucellose humaine par l'emploi d'un vaccin polyvalent** (résultats observés de 1929 à 1934). Conclusion des auteurs. La vaccination préventive à l'aide de notre vaccin polyvalent antibrucellique pratiquée depuis cinq ans chez plus de 2.000 personnes particulièrement exposées aux contaminations animales a donné les meilleurs résultats. Cette méthode nous paraît constituer présentement le meilleur moyen de prophylaxie contre les brucelloses animales. Dans les exploitations où la brucellose humaine, ovine ou caprine a été observée, le seul moyen efficace de préserver les personnes exposées à l'infection animale consiste dans la vaccination préventive de celles-ci. La vaccination préventive doit être étendue également aux personnes que leur profession oblige à des contacts avec des animaux susceptibles d'être infectés (vétérinaires, bouchers, négociants en bestiaux).

**D<sup>r</sup> JULLIEN, Joyeuse. — Le centre de traitement de la fièvre ondulante de Joyeuse.** — De l'expérience de l'auteur, il résulte que tant au point de vue du traitement des malades que de l'hygiène publique et des recherches de laboratoire, il y a un grand intérêt à grouper dans un centre spécialisé le plus grand nombre possible de sujets atteints de fièvre ondulante. En effet, l'épidémiologie, la pathogénie, les réactions biologiques, le traitement et la prophylaxie de la fièvre ondulante ont besoin de mises au point et réclament une revision constante à la faveur de l'observation et de l'expérimentation. L'épidémie sévit dans des régions souvent montagneuses, très difficiles d'accès, et les malades humains de même que les troupeaux contaminés échappent forcément à l'observation journalière. Le milieu hospitalier placé en plein centre d'un foyer d'endémie épidémie permet la récolte et le classement des observations complètes. L'auteur a ainsi pu établir sur plusieurs centaines d'observations sa théorie de la résistance de certaines formes de la maladie et montrer avec évidence le rôle de surinfections ainsi que l'heureuse action des vaccins non spécifiques agissant sans choc du type Paronduline.

Un centre de dépistage et de prophylaxie fonctionnant sans aucun frais dans un petit hôpital cantonal est une véritable leçon de choses pour les populations rurales qui souvent ignorent et méconnaissent la maladie et ses dangers, ou bien, plus souvent encore, la dissimulent car pour l'homme, dit-on, elle est incurable et chez l'animal sa reconnaissance entraîne des mesures de police que l'on considère comme vexatoires ou superflues. Montrer aux malades que l'on soigne et que l'on guérit la maladie, leur montrer encore qu'on peut éteindre un foyer d'épidémie, c'est faire pénétrer dans leur esprit des notions utiles et saines.

Au point de vue économique, dans une région où sévit la brucellose, le nombre des individus touchés par le mal atteints de séquelles interminables, est très grand et représente en capital-travail une perte extrêmement élevée. Si

ces sujets peuvent être rapidement rendus à leurs travaux, comme le montre l'exemple du centre de Joyeuse où la guérison est obtenue en moyenne en vingt-cinq jours, les journées d'hôpital ne représentent pas une charge, mais un indiscutable bénéfice.

Au cours de la discussion qui a suivi ce rapport, l'auteur montre que les centres de prophylaxie ne doivent en aucun cas entrer en conflit avec les praticiens et les laboratoires privés, mais au contraire assurer la liaison entre tous ceux qu'intéresse la lutte contre les brucelloses.

**Journée vétérinaire.** — Séance du mercredi 12 juin (matin). Présidents : M. le D<sup>r</sup> PLEINDOUX, inspecteur général des services vétérinaires, délégué de M. le ministre de l'Agriculture ; professeur GUIDO FINZI, de l'Université royale de Milan ; M. W.-A. POOL, Deputy Director Imperial Bureau of Animal Health, Weybridge (Angleterre).

**PAUL ROSSI. — La fièvre ondulante à base *Brucella abortus* en Saône-et-Loire.** — Conclusions de l'auteur : *Brucella abortus* causa en France une maladie humaine longue et grave plus fréquente qu'on ne le pensait. Le péril bovin existe. Tout doit être mis en œuvre pour conjurer le péril.

*Discussion* : D<sup>r</sup> Vidal, M. Naudinat.

**D<sup>r</sup> PÉRÈS. — Les brucelloses animales dans le département de la Drôme et de l'Ardèche.** — Dans les conclusions de son très intéressant travail, l'auteur étudie particulièrement la vaccination préventive du bétail par les injections à base d'*Abortus* vivant et montre les dangers de cette méthode employée dans les troupeaux sains.

*Discussion* : D<sup>r</sup> Dubois, D<sup>r</sup> Albertin, professeur Finzi, M. Veloppe, M. Naudinat, Mlle Cordier.

**D<sup>r</sup> VELOPPE, directeur des services vétérinaires du Var, et D<sup>r</sup> JAUBERT, directeur des services vétérinaires de la Seyne. — Fromage frais et fièvre ondulante.** — Conclusions : 1° L'ingestion de fromages frais fabriqués avec du lait de brebis atteintes de méliococcie peut transmettre la fièvre ondulante.

2° Le chauffage à 80° au moins, prolongé durant trente minutes, détruit la virulence du lait.

3° La surveillance du chauffage du lait étant pratiquement impossible, la vente du lait et des fromages doit être interdite.

4° L'étiologie de la fièvre ondulante résidant essentiellement dans une infection brucellique des troupeaux, la prophylaxie doit s'exercer tout d'abord dans l'ordre animal, mais la suspicion de méliococcie ne pouvant être portée qu'à partir de la connaissance des cas de fièvre ondulante, il importe que les déclarations de cette maladie soient rapidement et complètement faites.

En conclusion, nous estimons que la vente du lait et des fromages frais devrait être interdite à tout propriétaire d'un troupeau infecté de méliococcie. Cependant, pour corriger ce que cette mesure pourrait avoir de trop absolu, nous pensons qu'on pourrait autoriser sans danger la vente des fromages ayant subi une maturation d'au moins un mois.

*Discussion* : professeur Bertarelli.

**MM. P. RINJARD et G. GUITTONNEAU (Rapporteur D<sup>r</sup> Hauduroy).** — Le rôle du lait et de ses dérivés dans l'étiologie de la fièvre ondulante.

Conclusions : Des mesures très simples de prophylaxie basées sur la mise en œuvre de bonnes techniques fromagères et sur l'application méthodique de la pasteurisation en laiterie et en beurrerie peuvent toujours permettre, dans des conditions industriellement réalisables, de préserver les consommateurs de lait ou de produits laitiers contre toute



contamination venant d'un troupeau atteint de brucellose. Vis-à-vis d'une menace dont le caractère doit rester ainsi purement accidentel, il n'y a pas lieu, à notre avis, d'envisager une vaccination. La vaccination semble au contraire tout à fait recommandable, ainsi que l'ont indiqué Dubois et Sollier, pour pallier à certains risques professionnels extrêmement menaçants et notamment à ceux que court le personnel préposé aux soins et à la traite des animaux brucelliques, surtout dans les cas de mélitococcie. La contamination transcutanée de ce personnel a vraisemblablement comme point de départ le plus fréquent les souillures par les excréments ou les liquides pathologiques, mais le lait peut aussi en être la source.

M. LOUIS ROUX, Lausanne. — **Brucelloses et tuberculoses.** — Dans son très intéressant travail, l'auteur apporte une contribution importante à la question générale des brucello-tuberculoses déjà mises à l'étude en pathologie humaine par Jullien, Sergent, etc. Voici les conclusions de l'auteur : sur 7 cas de mammites tuberculeuses observés, il a été possible de constater dans 3 cas une infection mixte à bacille de Koch et à bacille de Bang, soit dans plus de 40 p. 100 des cas. Le bacille de Bang paraît être le premier fautif. A la fin de la maladie, il disparaît ou ne peut que difficilement être mis à l'évidence. Il serait intéressant de rechercher si l'avortement épizootique provoque une aggravation manifeste et rapide d'une tuberculose préexistante.

D<sup>r</sup> CHARLES DUBOIS. — **Essai de prémunition et de vaccination préventive contre la brucellose ovine, caprine et bovine, à l'aide de vaccins vivants préparés avec un excipient gras.** En conclusion, l'auteur estime qu'il sera dans quelque temps à même de donner son avis sur la valeur des vaccins vivants préparés avec un excipient gras tant en ce qui concerne la prémunition que la vaccination préventive contre la brucellose.

*Discussion.* — Au cours de la discussion qui a suivi cette intéressante communication et à laquelle ont pris part MM. Hauduroy, Finzi, Jullien, Meersseman et Mlle Cordier, il a semblé nécessaire aux congressistes d'établir une définition exacte des termes prémunition et vaccination préventive, définition qui permette aux médecins et aux vétérinaires d'attribuer la même valeur au même terme.

D<sup>r</sup> vétérinaire H. VELU et G. ZOTNER (Maroc). — **Les excipients gras et la vaccination antibrucellique.** — Conclusions : en résumé, comme l'avait pensé H. Vallé, l'emploi des excipients gras semble applicable à *Br. abortus*. L'incorporation dans ces milieux de germes tués doit constituer un progrès notable sur les vaccins actuels même vivants.

D<sup>r</sup> LUIGI MAGLIAVACCA (Pavie). — **La Vaccinazione endovenosa quale mezzo di diagnosi. Cura e profilassi del' abortu epizootico nei bovini.**

Professeur GUIDO FINZI (Milan). — **Brucellosi umana e animale. Diagnosi terapia e profilassi della brucellosa bovina.** — Dans ses conclusions, l'auteur réclame le diagnostic de la maladie de Bang, la standardisation des méthodes et la préparation de l'antigène avec critères d'évaluation de la réaction. Il préconise, à côté des méthodes d'agglutination, la déviation du complément et surtout, en dehors du laboratoire, les épreuves allergiques quand l'allergène est convenablement préparé. Il étudie la valeur de son « anabortine », des diverses anabortines et brucellines introduites par voies sous-cutanées. Il étudie également l'ophtalmo-réaction en série à l'anabortine, qui est spécifique mais manque souvent. Il réclame également pour les allergènes la standardisation des produits. Dans l'étude de la vaccination préventive, Finzi considère comme peu utiles les vaccins morts et comme d'action douteuse et en tout cas

dangereux les vaccins vivants. Toutefois, la vaccination préventive du bétail doit être retenue comme le meilleur moyen de lutte contre l'extension des brucelloses, et elle trouve son application la plus logique sur le bétail jeune plutôt que sur le bétail adulte, mais, dans l'état actuel de la science, il recommande d'avoir strictement recours, en attendant un produit vaccinal vraiment actif, aux mesures sanitaires.

D<sup>r</sup> HAYAT, Tunis. — **Mélitococcie et tularémie.** — Au cours d'une infection d'animaux de laboratoire, l'auteur a démontré que la tularémie, que l'on croyait limitée à certaines espèces sauvages pouvant accidentellement contaminer les chasseurs, pouvait infecter également les animaux de laboratoire et revêtait alors une force septicémique. Le sang des animaux observés par Hayat et trouvés atteints de tularémie, agglutinait également *Brucella melitensis*.

*Discussion.* — A propos de la communication précédente, Jullien fait observer qu'en médecine humaine, en présence de cas fébriles prolongés devant lesquels le diagnostic de brucellose pourrait être cliniquement posé, mais ne serait pas confirmé par le laboratoire, il faut songer à une infection de plus en plus répandue dans le Sud-Est de la France et les pays méditerranéens : le kala-azar.

**Séance générale du mercredi 13 juin (après-midi).** — Présidents : M. LECLAINCHE, PLEINDOUX, MEERSSEMAN, BERTARELLI, POOL, FINZI, ROUX de Lausanne.

Au cours de la séance de clôture, les congressistes ont élaboré un certain nombre de vœux.

1° *Dépistage de la maladie.* — Il est absolument indispensable que les antigènes destinés aux épreuves d'agglutination et que les allergènes destinés aux épreuves d'intradermo de cuti ou d'ophtalmo-réaction aient une préparation standardisée.

Que les diverses techniques ainsi que l'appréciation de leurs résultats soient unifiées et communes à tous les laboratoires, à tous les expérimentateurs et à tous les praticiens. Cette standardisation et cette unification peuvent seules donner la certitude maximum dans l'obtention et dans l'interprétation des résultats.

En conséquence, il est à désirer que les divers gouvernements prennent chacun des mesures dans leur pays respectif pour le contrôle des laboratoires.

2° *Prophylaxie.* — Le Congrès des brucelloses, prenant en considération les résultats apportés par les auteurs français et étrangers sur l'efficacité de la vaccination de l'homme contre les infections à melitensis et rappelant les vœux émis précédemment par l'Académie de médecine, émet le vœu que cette vaccination continue à être officiellement préconisée en intensifiant dans les milieux contaminés les moyens de propagande auprès des pouvoirs publics et des populations intéressées.

3° Le Congrès des brucelloses, considérant que le diagnostic bactériologique est à la base de toute action prophylactique efficace en matière de brucellose, émet le vœu que les centres de dépistage de prophylaxie continuent à apporter aux médecins et aux vétérinaires leur collaboration.

4° En France, en particulier, les techniques sanitaires paraissent beaucoup plus rigoureusement observées par les services dépendant du ministère de l'Agriculture, les inspecteurs départementaux des services vétérinaires et les praticiens des services vétérinaires. Le Congrès émet le vœu que les services dépendant du ministère de la Santé publique et les praticiens de la médecine humaine s'inspirent de l'esprit et des méthodes des techniques sanitaires vétérinaires. En effet, dans le cas précis de la déclaration de la ma-

ladie, il est remarquable que les services vétérinaires sont beaucoup plus régulièrement alertés que les services médicaux d'hygiène.

5° Les membres du Congrès, ayant éprouvé au cours des séances de cette assemblée combien la collaboration des médecins, des vétérinaires, des professeurs, des bactériologistes, des hygiénistes et des praticiens entraînait d'intéressants résultats, émettent le vœu d'un Office international d'études sur les brucelloses humaines et animales groupant médecins, vétérinaires, administrateurs et éleveurs. Cet Office centralisateur des travaux et liaison entre tous les intéressés, devrait entrer en contact avec l'Office international des épizooties et avec le bureau d'hygiène de la Société des Nations.

6° Le Congrès prend avec une vive reconnaissance acte de la lettre de S. E. le Podestat de Pérouse datée du 6 juin 1935 et invitant les congressistes à tenir leurs prochaines assises dans sa ville.

## SOCIÉTÉS SAVANTES

### SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(SÉANCE DU 23 MAI 1935)

**Gomme syphilitique du thorax ayant simulé un abcès froid. Guérison radicale par le traitement spécifique.** — MM. A. TARDIEU et P. GOVIN communiquent l'observation d'une malade de 32 ans soignée pendant huit mois sans succès pour une suppuration froide du thorax. Tardivement survint une ulcération nettement syphilitique. Le traitement arsénobenzolique entraîna la guérison rapide et définitive et des lésions cliniquement syphilitiques et des lésions anciennes dont les caractères cliniques étaient, à s'y méprendre, ceux d'une suppuration bacillaire.

**La chirurgie du cholédoque en deux temps. Sa bénignité.** — Pierre LE GAC montre que grâce à la cholécocographie, et à la cholangiographie, par injection de ténébryl dans une sonde vésiculaire ou dans un drain de Kehr, on peut se rendre compte : 1° de la perméabilité de la voie biliaire principale ; 2° de la nécessité ou non d'une intervention chez un lithiasique ; 3° de la durée suffisante d'un drainage biliaire. Chez un ictérique fatigué, se borner à faire d'abord un anus biliaire, faire ensuite une exploration radiologique, qui décidera de la nécessité ou non d'une opération nouvelle, c'est augmenter les chances de guérison, tant sont graves chez ces malades les opérations en un temps.

**Volumineuse tumeur du cordon spermatique.** — M. Pierre LE GAC nous dit que les tumeurs bénignes du cordon spermatique sont rares. L'auteur rapporte l'observation d'une tumeur intéressante par son volume, son poids (1 kg. 500), sa structure, il s'agissait d'un fibromyolipome. Le traitement doit être l'ablation de la tumeur, avec conservation du testicule qui fut impossible dans ce cas particulier où la castration droite a été indispensable.

**Problèmes de pathologie générale liés aux radiations nocives du sol.** — Mlle A. BESSON rapporte un certain nombre de cas pathologiques très variés (cancer, tuberculose, hypertension, goitre, phénomènes nerveux, insomnies) ayant été observés dans des lieux où fut détectée par les procédés radioesthésiques (baguette et pendule) l'existence de radiations nocives. Cette étude doit être poursuivie systématiquement pour que l'on puisse se faire une idée de plus en plus nette sur l'incidence des facteurs telluriques en matière de pathologie générale.

**Propos rompus sur le mal de Pott.** — M. C. ROEDERER est de plus en plus convaincu que le mal de Pott se présente exceptionnellement sous sa forme classique : déformation, symptômes nerveux et abcès. Le plus souvent, on a affaire à des formes larvées, discrètes et uni-symptomatiques. Chez l'enfant dont les vertèbres réagissent peu, les formes multivertébrales sont fréquentes et la gibbosité est le seul signe, conciliable parfois, avec une certaine souplesse, d'où la difficulté du diagnostic surtout s'il y a scoliose. Quant à l'adulte, la forme nerveuse d'emblée, à laquelle ont été consacrées des thèses récentes, est maintenant bien connue des services de neurologie. On voit aussi l'abcès comme symptôme de début et comme seul symptôme. D'une façon générale bien des erreurs de diagnostic seraient évitées si l'insidiosité et l'extrême lenteur d'évolution du Pott chez l'adulte étaient notions plus répandues.

**A propos du traitement des chéloïdes.** — M. P. DEGRAIS en réponse à la communication de M. René Weill sur le traitement préventif et curatif des chéloïdes par le radium, croit devoir faire remarquer tout d'abord que l'association de la chirurgie et du radium, dont cet auteur se montre partisan en toutes circonstances, n'est nullement de date encore récente, puisqu'elle fut appliquée pour la première fois par lui-même en 1910. D'autre part, si certaines chéloïdes volumineuses ou brides fibreuses chéloïdiennes bénéficient utilement de cette association, nombreuses sont par contre les chéloïdes relevant uniquement de la curiethérapie, par simple raison d'esthétique; les formes prurigineuses et douloureuses en sont également justiciables. Son pouvoir modificateur trouve également à s'employer sur l'acné chéloïdienne, de même que sur certaines lésions fibreuses cicatricielles, cause d'impotences fonctionnelles diverses (libérations tendineuses au nerveuses, assouplissement d'ankyloses fibreuses).

### SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

(SÉANCE DU 3 MAI 1935)

**Névrose traumatique consécutive à une fracture de l'extrémité inférieure des deux radius, droit et gauche.** — M. PEUGNIEZ communique cette observation concernant une femme de 38 ans. La réduction des deux fractures a été très bonne, mais il a persisté une incapacité fonctionnelle de la main gauche avec troubles sensitifs, vaso-moteurs, trophiques, etc., sans qu'on puisse invoquer aucune simulation. Ces phénomènes semblent devoir être rattachés à des troubles sympathiques dus au traumatisme.

**Le forage des épiphyses articulaires.** — M. Raphaël MAS-SART publie la statistique des interventions qu'il a faites pour traiter des arthrites chroniques douloureuses de la hanche, et il montre qu'il a étendu avec succès la méthode à une arthrite non tuberculeuse de l'épaule et à une arthrite du genou. La simplicité de la technique qu'il utilise lui permet de pénétrer ainsi au sein des épiphyses dans un but thérapeutique, dont l'efficacité est certaine. Poussant plus loin ses investigations au sein de l'épiphyse, l'auteur en a profité pour prélever des fragments de tissus, mais surtout (et il croit sa méthode originale) pour introduire dans l'épiphyse un tube à vision directe qui le renseigne sur les aspects osseux observés. Le forage thérapeutique se complète ainsi d'un moyen diagnostique sur lequel l'auteur attire l'attention de tous ceux qui cherchent à voir un peu clair dans les arthrites chroniques.

**Un nouveau traitement des ostéomyélites aiguës à forme envahissante du maxillaire inférieur.** — M. Marcel DARCIS-SAC. Le traitement classique des ostéomyélites du maxil-



laire inférieur à forme envahissante était fait jusqu'ici d'expectation. Cette manière de faire présentait le grave inconvénient de laisser envahir progressivement tout le corps du maxillaire, envahissement pouvant aboutir à l'élimination totale de cet os, tout au moins à des fractures pathologiques d'un pronostic particulièrement grave dont l'auteur rapporte deux exemples typiques. M. Darcissac a adopté une conduite différente, et il montre l'heureux résultat que sa nouvelle technique permet d'obtenir dans le traitement de cette grave affection. Dès que le diagnostic d'ostéomyélite est posé (signes cliniques, signes radiologiques) — en général vers la troisième semaine après le début des phénomènes phlegmasiques — et mise en œuvre de tous les moyens thérapeutiques usuels, toute la portion atteinte est soigneusement curettée par la voie alvéolaire. On réalise ainsi un véritable évidement du corps du maxillaire; la cavité obtenue est soigneusement cautérisée à l'acide trichloracétique, puis sa cicatrisation est assurée à ciel ouvert par introduction d'une masse d'étain (préparée sur un moulage de cette cavité) qui est maintenue en permanence en place, n'étant enlevée que pour les lavages, et qui s'élimine automatiquement dans les semaines qui suivent par le travail de cicatrisation. On évite ainsi les fusées purulentes péri-mandibulaires pouvant entraîner la rupture de l'arc basilaire et l'inclusion ultérieure de séquestres amenant des fistulisations interminables. Cinq observations illustrées de nombreuses figures accompagnent cette communication et permettent d'établir un parallèle entre le traitement classique et cette nouvelle méthode qui a permis à l'auteur, soit seul, soit en collaboration avec les D<sup>rs</sup> Dufourmentel, Thibault et Hennion, d'améliorer très nettement le pronostic de cette grave affection.

**Une observation de diverticule du duodénum.** — M. Jean LANOS communique l'observation d'une malade ayant un diverticule de la deuxième portion du duodénum. L'auteur fit la résection de ce diverticule implanté sur la face postérieure. Une radiographie de contrôle faite par le D<sup>r</sup> Levassor trois semaines après l'intervention permit de découvrir deux autres petits diverticules, à pédicule mince, probablement intra-pancréatiques.

L'auteur insiste sur les difficultés du traitement dans ce cas de diverticules multiples de la deuxième portion du duodénum.

**Un cas de diverticule de l'œsophage.** — M. G. LUQUET communique l'observation d'un diverticule de l'œsophage opéré en un temps et guéri. Il insiste sur l'avantage qu'il y a à faire le premier plan de sutures, sur pince, sans prendre la muqueuse œsophagienne, ce qui a pour résultat d'invaginer cette dernière automatiquement. On diminue ainsi considérablement les risques de désunion, fistule et infection secondaire.

#### SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 25 MAI 1935)

**Élimination fécale des bacilles tuberculeux et allergie chez les cobayes inoculés per os avec les variétés R et S du BCG.** — M. K. BIRKHAUG. L'administration per os de 300 mgr., poids humide, des variétés R et S du BCG à de jeunes cobayes, amène une élimination abondante par les fèces de bacilles acido-résistants cultivables. Les animaux qui ont ingéré la variété R cessent d'éliminer des bacilles tuberculeux cultivables 12 jours après l'ingestion, tandis que ceux qui ont ingéré la variété S continuent à éliminer des bacilles acido-résistants cultivables jusqu'à 5 mois après l'ingestion. Dans le même groupe d'animaux, la sensibilité tuberculinique ne s'établit qu'irrégulièrement après l'in-

gestion de la variété R du BCG, tandis que le groupe ayant ingéré la variété S devient très sensible à la tuberculine plus d'un an après l'ingestion. Etant donné la virulence relative de la variété S du BCG, la question se pose de sa supériorité, sur le BCG entier, qui se compose principalement de la variété R, pour produire une allergie tuberculinique forte et durable.

**Existence d'une vasoconstriction des artères mésentériques au cours du choc anaphylactique du lapin.** — MM. PASTEUR VALLERY-RADOT, Jean HAMBURGER et Mme A. HUGO. Le choc anaphylactique du lapin s'accompagne d'une vasoconstriction des artères mésentériques. Un dispositif expérimental simple permet d'observer les artères mésentériques devenant filiformes; on n'aperçoit plus de battements artériels; la teinte des anses intestinales pâlit considérablement. Ce phénomène s'observe en même temps que la chute de pression artérielle.

**Mise en évidence, par l'artériographie, de la vasoconstriction des artères des membres au cours du choc anaphylactique du lapin.** — MM. PASTEUR VALLERY-RADOT, LEBDOUX-LEBARD, Jean HAMBURGER, Mme A. HUGO et G. CALDERON ont constaté, au cours du choc anaphylactique du lapin, une diminution très nette du calibre de l'artère fémorale et de ses branches. La vasoconstriction occupe le tronc de l'artère; la limite supérieure du spasme est, en général, nette. Cette vasoconstriction fait presque complètement disparaître les petites ramifications artérielles.

**L'hyperglycémie provoquée chez les néphrétiques.** — MM. F. RATHERY, P.-M. DE TRAVERSE, V. FARLEY. L'hyperglycémie provoquée appliquée per os à des azotémiques divers avec 50 gr. de glucose semble déceler un trouble du métabolisme glucidique; son intensité est plus grande, sa durée plus longue, parfois même la glycémie est plus élevée au bout de deux heures qu'au départ.

Il semble n'y avoir aucun rapport entre l'importance de l'azotémie et celui du trouble d'hyperglycémie.

**Étude des lésions histologiques pulmonaires provoquées chez le singe par des injections in situ ou intraveineuse à dose élevée d'une souche S de bacille tuberculeux humain.** — MM. P. ARMAND-DELILLE et Mlle Françoise BLOCH ont étudié histologiquement les poumons et la rate de singes cynocéphales et macacus cynomoeus inoculés soit localement soit par voie intraveineuse de doses diverses d'une souche S d'un bacille tuberculeux humain.

Même avec des doses de 10 milligrammes ils n'y ont constaté que des lésions folliculaires atténuées et régressives analogues à celles que Coulaud a provoquées chez le lapin par des inoculations de BCG à très haute dose.

La souche S étudiée, qui ne tue pas le singe, même à très forte dose, constitue une race très atténuée, incapable d'engendrer des lésions caséuses ou même des formations folliculaires persistantes.

**Contribution à l'étude de l'action vaso-dilatatrice de la quinine. Effets cardio-vasculaires du phényléthylbarbiturate de quinine.** — MM. H. BUSQUET et Ch. VISCHNIAC apportent une preuve nouvelle de l'action vaso-dilatatrice de la quinine, en étudiant un dérivé barbiturique de cet alcaloïde, préparé par eux et chimiquement défini. Ce composé produit simultanément une chute de la pression artérielle et une augmentation de l'amplitude cardiaque.

Ce résultat est particulièrement net en utilisant la voie sous-cutanée. Par voie intra-veineuse, on l'obtient encore avec des doses faibles qui, non seulement, n'affaiblissent pas le cœur, mais même le renforcent. La simultanéité du renforcement cardiaque et de la chute de la pression ne peut s'expliquer que par l'intervention d'une vaso-dilatation.

**Injectons intraveineuses continues d'adrénaline après choc peptonique, chez le chien.** — MM. A. BAUDOUIN, H. BÉNARD, J. LEWIN et J. SALLET. Des injections lentes et continues d'adrénaline à la dose de 0,009 mgr. et 0,6 mgr. par kg-heure, chez des animaux en état de choc, paraissent relever la pression artérielle d'une façon beaucoup plus efficace que ne l'auraient fait plusieurs injections massives aux doses où ces injections rapides sont tolérées par l'animal.

**Injectons intraveineuses lentes et continues d'adrénaline chez l'homme.** — MM. A. BAUDOUIN, H. BÉNARD, J. HERVY, J. LEWIN et J. SALLET. Des injections lentes et continues d'adrénaline à la dose de 0,003 mgr. à 0,01 mgr. par kg. et par heure, déterminent chez des opérés en état de choc opératoire, un relèvement de la pression artérielle à sa valeur antérieure à l'intervention. Le maintien de cette pression pendant plusieurs heures amène une amélioration considérable de l'état général et permet des suites opératoires excellentes. Ces injections déterminent pour des doses faibles (0,005 mgr. par kg. heure) une hyperglycémie.

**Distribution architectonique des atrophies cérébrales dans deux cas de maladie de Pick.** — MM. GUILLAIN et I. BERTRAND. La systématisation des lésions atrophiques dans la maladie de Pick ne répond à aucun lobe, ni à aucun territoire artériel. On peut donc se demander si une disposition architectonique spéciale ne conditionne pas le développement des atrophies.

Les auteurs décrivent deux types dégénératifs dans lesquels les territoires atrophies, bien que distants, répondent au même type cytotechnique.

1. *Dégénération systématisée du koniocortex.* Le koniocortex comprend la pariétale ascendante, les lèvres de la calcarine et le versant intérieur des sillons de l'hippocampe et du corps calleux. Dans ce type koniocortical, la dégénérescence frappe tous les centres corticaux sensitivo-sensoriels, répondant au tact, à la vision, à l'audition, au goût et à l'odorat.

2. *Dégénération systématisée de l'isocortex à types frontal et pariétal.* L'isocortex, suivant la définition de Vogt, comprend les territoires à six couches. Dans le deuxième cas de maladie de Pick étudié par les auteurs, la dégénérescence frappe l'isocortex à types frontal et pariétal, c'est-à-dire face externe des hémisphères, la zone de Wernicke et l'insula postérieure (type pariétal de von Economo), face interne, le lobule quadrilatère et al frontale interne (type frontal de von Economo).

On voit par ces exemples l'intérêt qu'il y aurait à envisager la maladie de Pick d'un point de vue plus architectonique, en recherchant les analogies structurales et phylogénétiques capables d'unir les dégénérescences de territoires en apparence indépendants.

**Recherches expérimentales sur le pH du contenu duodénal en l'absence de bile.** — M. G. LOEWY, continuant ses expériences sur le pH des liquides duodénaux après différents repas, a recherché les modifications du contenu duodénal en l'absence de bile. Trois expériences ont pu être pratiquées. Dans une où, après dérivation de la bile, un ulcère s'était formé dans le bulbe, la réaction de la première portion duodénale a été trouvée plus alcaline qu'avant l'exclusion de la bile.

En ce qui concerne la terminaison duodénale, vers l'angle duodéno-jéjunal, les résultats de toutes les expériences concordent à établir, qu'en l'absence de bile, la réaction du milieu duodénal devient nettement plus alcaline.

**De l'action des germes intestinaux sur la gélose à l'esculine.** — MM. Lucien JAME, R. CROSNIER et F. MOREL préconisent l'emploi de la gélose à l'esculine pour l'iden-

tification des germes intestinaux, en particulier pour le diagnostic différentiel du colibacille et du pneumobacille; ce dernier germe noirissant très rapidement et d'une façon constante le milieu.

**ELECTION.** — M. Justin Besançon est nommé membre titulaire par 59 voix sur 70 votants.

— Société de biologie de Lyon (séance du 20 mai 1935):

**Résultats fournis par les inoculations de sang en série au cobaye dans la tuberculose cutanée et les tuberculides.** — MM. J. GATÉ, P.-J. MICHEL et P. DUGOIS ont pratiqué chez 21 malades atteints de tuberculose cutanée ou de tuberculides, des inoculations de sang en série au cobaye. Sur ces 21 cas, 7 concernent des tuberculoses cutanées vraies (tuberculose verruqueuse et lupus), 14 des tuberculides diverses.

Sur ces 21 cas, ils n'ont obtenu que trois inoculations positives, deux suivant le type Villemain (un lupus nodulaire et un érythème induré de Bazin), et une seule suivant le type Calmette-Valtis (un lupus érythémateux aigu).

Ils opposent ces résultats à ceux que leur a donnés l'hémoculture sur milieu de Loewenstein, et concluent à la nécessité de nouvelles recherches.

**Acide ascorbique des surrénales et cadavérisation.** — MM. G. MOURIQUAND et A. COEUR. — La réaction de Giroud et Leblond persiste dans le cortex surrénal des cobayes non carencés après 24, 48 et 96 heures de cadavérisation.

Chez les cobayes scorbutiques, la réaction reste négative au cours de la cadavérisation.

Ces faits (complétés par les faits cliniques) présentent un intérêt médico-légal.

**Béribéri expérimental et chronaxie vestibulaire.** — MM. G. MOURIQUAND, G. MORIN et H. EDEL. Chez le pigeon soumis au régime du riz décortiqué, la chronaxie vestibulaire s'abaisse rapidement. Cet abaissement précède de plusieurs jours l'installation des manifestations béribériques (du type Eykman) et permet de les annoncer. Il révèle la phase inapparente de la maladie.

## LIVRES NOUVEAUX

**Les lavages de plèvre. Leur emploi dans le traitement des épanchements pleuraux tuberculeux (1),** par le Dr Pierre WEILLER, médecin assistant au centre de triage antituberculeux de l'hôpital Beaujon. Préface de M. Léon Kindberg.

Si à la suite de la collapsothérapie, les réactions de la séreuse ne présentent, le plus souvent, qu'un caractère anodin, on peut observer parfois à côté des pleurésies bénignes des formes beaucoup plus graves susceptibles de mettre la vie du malade en danger : empyèmes tuberculeux malins, pyothorax secondairement infectés, pleurésies putrides, etc.

Le lavage de la plèvre dont la technique s'est précisée au cours des dernières années a permis d'obtenir des guérisons de plus en plus fréquentes.

Le Dr Weiller expose dans ce travail d'ensemble la méthode du lavage de la plèvre qu'il pratique couramment et qu'il a même perfectionnée, et il précise les indications.

Les résultats remarquables dont les exemples réunis par

(1) Bibliothèque de phthisiologie. Un volume de 130 pages avec 23 figures. — Prix : 26 fr. — Paris, Masson et C<sup>ie</sup>.



La Méthode du Docteur PAUL FERRIER

**RÉGIME ET PHOSPHOCALCASE**

est indiquée en vue d'un traitement physiologique de la

**TUBERCULOSE**

quelles qu'en soient la forme et la localisation.

Strictement appliquée aux formes dites graves, elle a pour but de les transformer rapidement, en formes bénignes et curables.

*Littérature et échantillons : LABORATOIRE DE LA PHOSPHOCALCASE, BOURGOIN (Isère).*TOUTES les Affections du **FOIE** et du **REIN :**

1 à 2 capsules à chacun des deux principaux repas de :

**CAPARLEM**

HUILE DE HAARLEM (au Juniperus Oxycedrus)

**QUALITÉ INCOMPARABLE ET ACTIVITÉ INSOUÇONNÉE**Laboratoire Lorrain de Produits Synthétiques purs — **ETAIN** (Meuse)Granules de **CATILLON**

à 0,001 Extrait Titré de

**STROPHANTUS**C'est avec ces granules qu'ont été faites les observations discutées à l'Académie de Médecine en 1880, elles prouvent que 2 à 4 par jour donnent une **diurèse rapide**, relèvent vite le **cœur affaibli**, dissipent **ASYSTOLIE, DYSPNÉE, OPPRESSION, ŒDÈMES**, Affections **MITRALES, CARDIOPATHIES** des **ENFANTS** et **VIEILLARDS**Granules de **CATILLON** 0,0001**STROPHANTINE**

CR.

**TONIQUE du CŒUR par EXCELLENCE — TOLÉRANCE INDÉFINIE**

Prix de l'Académie de Médecine pour "Strophantus et Strophantine", Médaille d'Or Expos. Univ. 1900

PARIS, 3, Boulevard St-Martin. — R. C. Seine 48283

**Tout Déprimé**  
» **Surmené****Tout Cérébral**  
» **Intellectuel****Tout Convalescent**  
» **Neurasthénique**est justiciable  
de la :**NEVROSTHENINE FREYSSINGE****6, Rue Abel**  
**PARIS (12<sup>e</sup>)**Gouttes de glycérophosphates alcalins (0,40 par XX gouttes).  
XV à XX gouttes à chaque repas. — **Ni sucre, ni alcool.**

**CHARBON DE PEUPLIER** sous forme de **GRAINS ANISÉS** de **CHARBON TISSOT**  
*Humectent, divisent, aseptisent, expulsent.*  
**DIVISION du BOL ALIMENTAIRE** et conséquences : **MAUVAISES DIGESTIONS, MIGRAINES, LOURDEURS de TÊTE**  
**CONSTIPATION** **HÉMORROÏDES**, etc. — Une cuillerée à café avalée comme des graines de lin, après chaque repas.  
 Toutes Pharmacies. — Échantillons : **PARIS, 34, BOULEVARD DE CLICHY (Service 2)**

l'auteur sont une illustration saisissante, tout phthisiologue peut les obtenir, comme tout clinicien doit les connaître, c'est pour eux que ce livre a été écrit.

L. G.

## NOTES POUR L'INTERNAT

### SÉMIOLOGIE DES SPLÉNOMÉGALIES<sup>1</sup>

Dans les syndromes hépato-spléniques, on doit distinguer d'abord la maladie de Hanot : la grosse rate fait partie du tableau classique de l'ictère chronique avec cholorie, gros foie, coloration des matières fécales, pas d'ascite, pas de circulation collatérale. Il y a des troubles digestifs, des déformations hippocratiques des doigts. Il peut exister de la fièvre et une leucocytose variable. L'évolution se fait par poussées : les poussées sont fébriles, hémorragiques et en se répétant deviennent plus fortes et plus durables, aboutissant à la cachexie. La mort apparaît au milieu d'un syndrome d'ictère grave. Tel est le tableau donné par Hanot dès 1875. A côté de ces formes typiques il existe des formes splénomégaliennes de la maladie ou cirrhose biliaire hypersplénomégaliennne de Gilbert et Fournier. La rate, énorme, peut atteindre 30 cm. et plus de grand axe : il existe de véritables crises splénalgiques, correspondant à des poussées d'hypertrophie. Deux symptômes, d'ailleurs inconsistants, contribuent à dégager cette forme clinique : les adénopathies multiples et les phénomènes ostéo-articulaires (rhumatisme biliaire de Gilbert). Eppinger a eu le mérite de montrer les excellents résultats de la splénectomie (1920) : le processus évolutif s'arrête, l'ictère disparaît peu à peu, mais les lésions constituées demeurent ; ce ne sont pas les lésions de cirrhoses qui constituent une contre-indication, mais les symptômes d'insuffisance hépatique. Des cas récents, avec biopsie du foie [N. Fiessinegr 1929 ; E. May, 1935] ont permis d'individualiser le type bien spécial des lésions hépatiques au début et de considérer la maladie de Hanot-Eppinger comme faisant partie du groupe des affections hépato-liénales frappant le système réticulo-endothélial.

La splénomégalie de l'ictère hémolytique est également importante à considérer : dans le type congénital (Minkowski-Chauffard) la rate est volumineuse et s'accompagne d'un ictère léger urobilinurique avec anémie modérée aux environs de 3.000.000, microcytose (Chauffard), hématies granuleuses, fragilité globulaire, allongement de la courbe d'hémolyse ; parfois il s'agit d'ictère hémolysinique (Chauffard et Troisier). Au cours des crises de déglobulisation, la splénomégalie augmente. Dans les cas graves ne réagissant pas aux autres médications, on fera une splénectomie. Les suites opératoires sont très brillantes lorsqu'on a affaire à une hémolyse ictérique avec grosse rate (Chabrol 1935).

La splénomégalie des cirrhoses pose parfois des problèmes thérapeutiques intéressants. Nous n'insisterons pas sur les augmentations de volume de la rate accompagnant les cirrhoses pigmentaires, le diabète bronzé, certaines cirrhoses malignes, les cirrhoses de Laënnec, pour nous arrêter un peu plus sur les cirrhoses hypertrophiques splénomégaliennes. J. Caroli, dans les Annales de thérapie biologique du 15 mai 1934, étudiant la splénectomie dans les cirrhoses du foie, donne les indications opératoires suivantes : formes évolutives chroniques modérément ou fortement splénomégaliennes, chez des sujets jeunes, avec absence d'une étiologie, comme alcool ou syphilis notamment, des crises douloureuses pseudo-lithiasiques, des hémorragies violentes, une anémie importante... « la splé-

nectomie peut sauver l'existence de certains cirrhotiques abandonnés à un traitement symptomatique inopérant ». La possibilité de certaines cirrhoses splénogènes, les indications de la splénectomie dans certaines cirrhoses, nous ont fait insister sur ces syndromes hépato-spléniques.

Dans un autre ordre d'idées, on doit étudier les syndromes spléno-ganglionnaires : la splénomégalie est au second plan du tableau clinique constitué essentiellement par des polymacroadénopathies,

— Qu'il s'agisse de leucémie lymphoïde avec ses adénomégaliennes à marche souvent descendante superficielles et profondes, son hépato-splénomégalie modérée, sa leucocytose importante autour de 100.000 avec formule monotone (90 à 98 % de mononucléaires — quelques lymphoblastes) ;

— Qu'il s'agisse de maladie de Hodgkin avec ses adénomégaliennes « explosives », sa splénomégalie, sa courbe fébrile, son prurit, sa formule sanguine (polynucléose neutrophile avec éosinophilie, monocytose, lymphopénie, sur plaquettose), ses aspects microscopiques ganglionnaires caractéristiques avec présence de cellules de Sternberg.

Encore est-il qu'il existe des formes splénomégaliennes de leucémie lymphoïde et de Hodgkin.

Dans ces syndromes spléno-ganglionnaires, prennent place la lymphadénie tuberculeuse, le lymphome tuberculeux, pseudo-Hodgkin de certains auteurs (Paul Chevallier), certaines lymphomatoses aleucémiques ou subleucémiques de diagnostic délicat, et le lymphosarcome de Kundra.

Le syndrome de Chauffard-Still réalise un syndrome spléno-artro-ganglionnaire avec polyadénopathies, leucocytose neutrophile chez les sujets jeunes, lymphocytose chez les enfants, arthrites chroniques avec périarthrite fibreuse prédominante et splénomégalie.

Le syndrome de Felly (1924) est caractérisé par l'association d'une splénomégalie à une anémie de type secondaire avec leucopénie et arthrite chronique ankylosante. Dans une observation de Hanrahan et Miller, la splénectomie fut suivie d'une amélioration rapide (1932).

A côté de ces syndromes spléno-ganglionnaires, spléno-articulaires et spléno-artro-ganglionnaires, on doit décrire les splénomégaliennes des différents syndromes hématologiques.

Dans la maladie de Vaquez ou érythémie, la splénomégalie est de volume variable ; elle s'accompagne d'une érythrocytose touchant les téguments et les muqueuses, d'une dilatation et d'un engorgement des veines sous-cutanées, d'une dilatation des veines des fonds d'œils, de douleurs dans les membres inférieurs. Il existe des troubles fonctionnels dus à la pléthore des différents viscères. Au point de vue hématologique il y a polyglobulie (7 à 10 millions) avec diminution nette de la masse totale du sang. Comme l'ont montré Vaquez et Mouquin, le chlorhydrate de phénylhydrazine per os donne de bons résultats. La rate diminue de volume soit dès le début du traitement, soit plus tard.

La splénomégalie fait partie également des syndromes anémiques : en particulier anémie hémolytique aiguë fébrile de Lederer (de Boston, 1925), anémie « en coup d'archet » de N. Fiessinger où il s'agissait d'une splénomégalie secondaire qui disparaît quand l'anémie est guérie.

Dans la maladie de Biermer l'anémie intense hyperchrome mégalo-blastique s'accompagne de glossite (Hunter), d'atrophie de la muqueuse gastrique avec achylie et absence du principe de Castle, de splénomégalie modérée qui augmente lors des poussées.

Dans l'agranulocytose ou maladie de Werner Schultz, la rate est normale ou légèrement hypertrophiée dans quelques cas. Dans la leucémie aiguë, la splénomégalie est plus ou moins marquée.

(A suivre.)

ALBERT FIEHRER.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.



# TRAITEMENT DE L'ENTÉRITE ET DE L'ENTÉRO-COLITE

La plupart des entérites et des entéro-colites sont dues au développement dans l'intestin des germes pathogènes protéolytiques dont les sécrétions irritent les parois intestinales, d'où les spasmes, l'hypersécrétion, les coliques, la diarrhée dans la plupart des cas, notamment dans les entérites aiguës, la constipation dans certains cas d'entéro-colite, quand le spasme domine l'hypersécrétion.

On sait depuis les travaux de METCHNIKOFF que le vrai traitement de l'infection intestinale consiste à favoriser le développement du bacille lactique, l'antagoniste des microbes protéolytiques.

Le traitement lactique pourtant n'a pas tenu ses promesses; parce qu'on s'est contenté jusqu'ici de faire absorber du bacille lactique. Trouvant dans l'intestin des conditions de développement défavorables, il ne peut profiter et reste sans effet. Pour réaliser un traitement lactique efficace, il faut lui fournir un aliment. C'est là le secret du succès de l'AMIDAL.

L'AMIDAL associe aux ferments lactiques de l'amidon paraffiné, préparé suivant la technique du professeur DOUMER, qui parvient non digéré jusque dans les parties les plus éloignées de l'intestin et y fournit au bacille lactique l'aliment qui permet sa prolifération. Dès lors, l'infection putride anaérobie ne résiste pas à son ennemi naturel.

Les entérites aiguës guérissent d'habitude en moins de quarante-huit heures, même dans les cas les plus graves, dans la diarrhée infantile par exemple. Toutes les diarrhées sont rapidement enrayées, même la diarrhée des tuberculeux si tenace; l'entéro-colite chronique que les antiseptiques intestinaux, toujours irritants, ne parviennent pas à améliorer, cède au seul bon traitement physiologique des infections intestinales que représente l'AMIDAL. Ce médicament agit non seulement sur les formes qui donnent de la diarrhée, mais aussi sur la constipation d'origine spasmodique des entéro-colitiques.

L'AMIDAL s'ordonne, soit en poudre à la dose d'une cuillerée à soupe à la fin de chacun des deux repas principaux, mêlée à de la confiture ou à une demi-banane bien écrasée, soit en cachets, comprimés ou dragées à la dose de 6 à 8 par vingt-quatre heures.

Il est utile dans certains cas d'entéro-colite d'associer au traitement de l'infection un traitement symptomatique dirigé contre le spasme et l'hypersécrétion qui favorisent dans une certaine mesure la persistance de l'infection protéolytique. A ce point de vue, la GENATROPINE est d'une efficacité remarquable. A petite dose (x à xx gouttes ou 1 ou 2 granules 2 ou 3 fois par jour) elle fait disparaître les coliques douloureuses, lève le spasme, tarit la diarrhée.

Laboratoires des Produits AMIDO,

4, Place des Vosges, PARIS

*Echantillons médicaux sur demande.*

AMIDAL

GÉNATROPINE

# PEPTONATE DE FER ROBIN

Gouttes - Vin - Élixir

# ANÉMIE-CHLOROSE-DÉBILITÉ

LABORATOIRES ROBIN, 13. Rue de Poissy. PARIS

R. G., 211.839,  
Seine.

**ESTOMAC****SEL DE HUNT****HYPERCHLORHYDRIE  
FERMENTATIONS ACIDES  
GASTRALGIES****LABORATOIRES ALPH. BRUNOT  
16, Rue de Boulainvilliers, PARIS****LABORATOIRES CARTERET****LIQUIDE  
et  
COMPRIMES****ANTISEPTIQUE GÉNÉRAL***Sans odeur et non toxique***LUSOFORME***Formol saponiné***DÉSINFECTANT -- DÉSODORISANT****S'EMPLOIE EN SOLUTION AQUEUSE à 1/4<sup>e</sup> ou 1/2 p. 100 en GYNÉCOLOGIE, OBSTÉTRIQUE, CHIRURGIE****Échantillon et Littérature : 15, rue d'Argenteuil, PARIS**



*La Lancette Française***GAZETTE DES HOPITAUX****CIVILS ET MILITAIRES****PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI****ADMINISTRATION ET RÉDACTION :****49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6°. Tél. : Danton 48-31.****PUBLICITE : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6°). Téléph. : Littré 54-93.****PRIX DE L'ABONNEMENT****FRANCE**3 mois : **12 fr. 50.** — 6 mois : **25 fr.** — 1 an : **45 fr.***Etudiants : 25 francs par an.*

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

**ETRANGER**Pays ayant accordé la réduction de port : **65 francs.**  
Tous les autres pays : **75 francs.****SOMMAIRE****REVUE GÉNÉRALE***Tuberculose et dilatation bronchique, par M. G. VAJA (de Bucarest).***SOCIÉTÉS SAVANTES***Académie des sciences. — Société médicale des hôpitaux. — Société de chirurgie. — Société de biologie.***CHRONIQUE***Contribution à l'histoire du thermo-climatisme social. Un cinquantenaire scientifique à célébrer.***LIVRES NOUVEAUX****MÉDECINS, CHIRURGIENS ET SPÉCIALISTES PRÉSENTS  
À PARIS PENDANT LES VACANCES. (V. p. 1098.)****INFORMATIONS****LÉGION D'HONNEUR.** — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :**EDUCATION NATIONALE.** — *Au grade de commandeur.* — M. G. Roussy, doyen de la Faculté de médecine de Paris.*Au grade d'officier.* — M. Léon Binet, professeur à la Faculté de médecine de Paris; le docteur Girel, chef de cabinet du ministre de l'Éducation nationale.**PRÉFECTURE DU DÉPARTEMENT DE LA SEINE.** — *Concours de l'internat en médecine des asiles publics d'aliénés de la Seine.* — Un concours pour huit places d'interne en médecine titulaire et la désignation d'internes provisoires des asiles publics d'aliénés de la Seine, de l'infirmerie spéciale des aliénés près la préfecture de police et de l'hôpital Henri Rousselle (service de prophylaxie mentale), s'ouvrira à Paris le 21 octobre 1935.

Le nombre des places mises au concours pourra, si besoin est, être augmenté avant la clôture des opérations.

Les inscriptions seront reçues à la Préfecture de la Seine, service de l'assistance départementale, 3° bureau, annexe Est de l'hôtel de Ville, 2, rue Lobau, 2° étage, pièce 227, tous les jours, dimanches et fêtes exceptés, de 10 h. à 12 h. et de 14 à 17 h., du 5 septembre au 19 septembre 1935.

Les candidats devront, pour être inscrits au concours, produire les pièces suivantes :

1° Expédition de l'acte de naissance;

2° Certificat de revaccination antivariolique;

3° Diplôme de docteur en médecine ou certificat de seize inscriptions prises dans une faculté ou école de médecine de l'État. Le certificat d'inscription devra indiquer, en outre, que l'intéressé n'a pas subi de peine disciplinaire grave;

4° Certificat de bonne vie et mœurs délivré par le maire ou à Paris par le commissaire de police du quartier;

5° Certificat de l'administration générale de l'Assistance publique à Paris, ou d'un établissement hospitalier de province, indiquant les services hospitaliers du candidat, constatant qu'il a satisfait au stage d'accouchement et témoignant qu'il n'a pas subi de peine disciplinaire grave;

6° Certificat de situation militaire;

7° Certificat de vaccination antityphoïdique de date récente;

8° Certificat de vaccination antidiphtérique de date récente.

Les candidats devront, en outre, n'avoir pas atteint l'âge de 30 ans révolus au 1<sup>er</sup> octobre. Cette limite d'âge sera prorogée pour les candidats français d'une durée égale aux services accomplis dans l'armée active pour satisfaire aux obligations de la loi sur le recrutement.

Les épreuves du concours sont les suivantes :

1° Une composition écrite de trois heures sur un sujet de pathologie interne et de pathologie externe (médecine et chirurgie).

2° Une composition écrite de deux heures sur un sujet d'anatomie et de physiologie du système nerveux (central et périphérique).

Il sera accordé un maximum de trente points pour chacune de ces deux épreuves écrites. L'ensemble des épreuves écrites pourra être éliminatoire si le nombre des candidats dépasse le triple des places d'internes titulaires vacantes.

3° Une épreuve orale de cinq minutes sur une question de

**DIGITALINE NATIVELLE****LABORATOIRE NATIVELLE, 27, Rue de la Procession, PARIS (XV°)**

garde. Il sera accordé un temps égal au candidat pour réfléchir.

Il sera accordé au maximum 20 points pour cette épreuve.

Par question de garde, on doit entendre une épreuve orale relative à la conduite à tenir par le médecin en présence d'un cas clinique urgent de médecine, de chirurgie, d'obstétrique.

La durée des fonctions des internes est de deux ans; celle des fonctions d'internes provisoire, d'une année.

A la fin de leur deuxième année, les internes titulaires peuvent être maintenus en fonctions pendant deux périodes successives d'une année.

Les traitements alloués aux internes sont : internes de première année, 9.500 fr.; internes de deuxième année, 9.900 fr.; internes de troisième année, 10.300 fr.; internes de quatrième année, 10.700 fr.

Les internes reçoivent, en outre, l'indemnité de résidence de 2.240 fr.

Les internes reçoivent une indemnité de déplacement de 900 fr. pour les asiles de Villejuif, Vaucluse, Ville-Evrard, Maison-Blanche et Moisselles.

Les internes qui sont logés dans l'établissement subissent une retenue de 980 fr. sur leur traitement et de 13 fr. 75 % sur l'indemnité de résidence.

D'autre part, ils remboursent pour chaque repas pris à l'établissement les sommes ci-après indiquées : petit déjeuner, 0 fr. 60; déjeuner, 4 fr. 80; dîner, 4 fr. 80.

Ils bénéficient en outre, éventuellement, des indemnités pour charges de famille.

**NÉCROLOGIE.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs René Grenier, ancien médecin de la Grande Chancellerie de Légion d'honneur; Fernando Perez, ancien ambassadeur d'Argentine à Rome, décédé à Paris; Mouret, inspecteur honoraire des enfants assistés du Rhône, membre du Conseil supérieur de l'Assistance publique; le professeur Jules Gonin, l'ophtalmologiste éminent de l'Université de Lausanne; le professeur Antonio Bentivegna (de Palerme); le docteur Joseph Marty (de Fleury d'Aude).

**Association internationale de pédiatrie préventive.** — La V<sup>e</sup> Conférence de l'Association Internationale de Pédiatrie Préventive (Section médicale de l'Union Internationale de Secours aux Enfants) aura lieu les vendredi et samedi 20 et 22 septembre 1935, à Bâle, sous la présidence du Prof. Wieland.

Les sujets à l'ordre du jour et le nom des rapporteurs sont les suivants :

1<sup>o</sup> Mesures à prendre pour éviter les contaminations intérieures et extérieures dans les hôpitaux d'enfants. Règles à observer pour les réaliser : a) dans la construction de ces hôpitaux; et b) dans leur exploitation : D<sup>r</sup> J. H. Tuntler, Groningue; D<sup>r</sup> Genevriër, Paris; et Prof. Kleinschmidt, Cologne.

Les médecins qui désirent participer à cette conférence sont priés de s'inscrire auprès du Secrétariat de l'A. I. P. P., 15, rue Lévrier, Genève (Suisse); il en est de même de ceux qui comptent prendre part aux discussions qui suivront l'exposé des rapports.

## RENSEIGNEMENTS

**DOCTEUR** recommande jeune femme, présentant très bien, pour place dans clinique, maison de santé ou chez docteur comme secrétaire, réception clientèle, téléphone, etc., à Paris ou Bordeaux, dirigerait intérieur. — Ecrire : M<sup>me</sup> Y. Courtehoux, 34, rue La Fontaine, Paris (XVI<sup>e</sup>).

## CHRONIQUE

### CONTRIBUTION A L'HISTOIRE DU THERMO-CLIMATISME SOCIAL

#### UN CINQUANTENAIRE SCIENTIFIQUE A CÉLÉBRER

A la fin du siècle dernier, vers 1883-1884, un médecin de Toulouse bien connu, le D<sup>r</sup> Parant, venait soigner à Luchon ses rhumatismes par les bains de vapeur sulfurées, par les étuves. Et comme son arthritisme se portait sur ses oreilles, et que son audition baissait, il emportait, dans l'étuve, une poire de Politzer et se donnait des douches d'air, dans les trompes d'Eustache, par le procédé inventé par l'otologiste de Vienne. Il raconta cela à ses confrères de Luchon.

L'un d'eux, le D<sup>r</sup> Gouraud, de Nantes, qui exerçait, l'été, la médecine à Bagnères-de-Luchon, se dit qu'il serait encore préférable d'envoyer des vapeurs sulfurées des humages luchonnais dans l'oreille moyenne à l'aide de la sonde d'Itard.

Il fit faire une poire spéciale analogue aux poires des pulvérisations avec ballon pour avoir un courant continu de vapeurs, munie d'une soupape permettant d'aspirer les vapeurs aux bouches de humages et de les envoyer dans le ballon régulateur.

En 1885, il y a cinquante ans, il faisait ses premières insufflations de vapeurs sulfurées dans les trompes d'Eustache. Il rédigea même une note pour faire une communication au premier congrès international d'hydrologie qui devait avoir lieu à Biarritz en 1886.

Le D<sup>r</sup> Gouraud ne put aller à Biarritz en 1886. Il cessa ensuite d'exercer la médecine à Luchon.

Mais le D<sup>r</sup> E. de Lavarenne qui avait reçu les premières confidences de Gouraud sur ce traitement spécial, s'appliqua à vulgariser ce mode de traitement.

Après une dizaine d'années d'études et d'expériences, de Lavarenne publiait en 1904, son travail sur la « prophylaxie et traitement de la surdité », et l'année suivante, le D<sup>r</sup> B. de Gorsse fixait définitivement les indications du traitement du catarrhe tubo-tympanique et des scléroses otiques par « l'insufflation des vapeurs sulfureuses naturelles ».

La technique luchonnaise était lancée, et c'est de cette époque que date l'essor d'un traitement spécial qui a fait de Bagnères-de-Luchon, suivant le mot du professeur Landouzy, la station de la surdité.

Nous croyons savoir que notre excellent confrère Molinéry se prépare à écrire une histoire anecdotique de la station de Luchon. Elle fixera bien des points intéressants de cette évolution du thermalisme.

L. G.

ANÉMIES  
DYSPEPSIES  
ANTITOXIQUE



DOSE: 4 à 6  
TABLETTES  
PAR JOUR

BIOXYDE DE MANGANESE COLLOÏDAL. SELS MAGNÉSIENS  
Laboratoire SCHMIT. 71 Rue Sainte-Anne. PARIS. 2<sup>e</sup>

Toux  
Dyspnée

IODEINE MONTAGU



l'Extrait hépatique foetal  
Par les Tréphones embryonnaires  
le Sérum hémopoïétique

# le Tréphonyl

**SOUS SES TROIS FORMES**

- 1°\_ Boîte de 6 ampoules de 10 cc.
- 2°\_ Boîte de 10 ampoules de 5 cc.
- 3°\_ Flacon de Sirop de 300 grammes

*constitue le traitement spécifique*

de

**TOUTES les ANÉMIES**

de **TOUTES les**

**DÉFICIENCES ORGANIQUES**

Prix : 18 Frs.



Par **VOIE BUCCALE** Exclusivement

UN à DEUX FLACONS-AMPOULES DE 10 cc.

DEUX à QUATRE FLACONS-AMPOULES DE 5 cc.

DEUX à TROIS CUILLERÉES DE SIROP **PAR JOUR**

*Echantillons et Littérature*

Laboratoires du D<sup>r</sup> ROUSSEL  
**97, r. de Vaugirard, PARIS-6°**

TÉLÉPHONE : LITRÉ 68-24



---

ASSOCIATION PLURIGLANDULAIRE

# COLLOÏDINE LALEUF

DRAGÉES

## OBÉSITÉ

ET MALADIES PAR  
CARENCE DIASTASIQUE

DE 2 A 8 DRAGÉES PAR JOUR  
SUIVANT PRESCRIPTION MÉDICALE

ÉCHANTILLONS - LITTÉRATURE  
LABORATOIRES LALEUF  
20, RUE DU LAOS — PARIS-15<sup>e</sup>

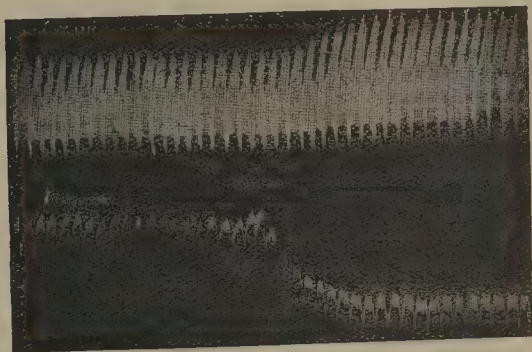
---

Nouvelle adresse : 51, rue Nicolo, PARIS (XVI<sup>e</sup>).

# Le SEDO-HYPOTENSEUR DAUSSE

Phényléthylbarbiturate de Yohimbine  
Phényléthylbarbiturate de Quinine

HYPOTENSEUR — TONICARDIAQUE — SÉDATIF



**Augmente l'amplitude**  
des contractions ventriculaires

**Fait baisser**  
la pression artérielle

**2 à 3 comprimés** par jour, un avant chacun des principaux repas

ÉCHANTILLONS ET LITTÉRATURE : 4, RUE AUBRIOT, PARIS - IV<sup>e</sup>



## REVUE GENERALE

## TUBERCULOSE ET DILATATION BRONCHIQUE

Par M. G. VAJA (de Bucarest).

La question de la tuberculose pulmonaire et de la dilatation bronchique soulève plusieurs problèmes :

Le premier est celui de la tuberculose pulmonaire cause provocatrice des broncheectasies, problème longtemps discuté, qui, à un moment donné, n'était plus du tout admis et qui actuellement tend à gagner de plus en plus de place dans l'étiologie des dilatations bronchiques.

Le deuxième est celui de la tuberculisation secondaire des lésions bronchiques.

Le troisième, enfin est celui du diagnostic différentiel entre les deux maladies, diagnostic qui peut être parfois assez difficile, surtout dans les cas larvés de dilatation bronchique.

**Dilatations bronchiques d'origine tuberculeuse.** — Les anciens auteurs et Cruveilhier parmi eux, croyaient qu'il existait un véritable antagonisme entre la tuberculose pulmonaire et les dilatations bronchiques.

Celui qui admit pour la première fois des rapports de cause à effet existant entre la tuberculose pulmonaire et la dilatation bronchique fut Grancher. Il arrive à la conclusion que « dans la tuberculose chronique on rencontre presque toujours des dilatations bronchiques cylindro coniques, ampullaires ou fusiformes et de plus une dilatation vestibulaire au voisinage des petites cavernes ».

Les premières forment ordinairement l'axe d'une bronchopneumonie tuberculeuse qui a peu à peu envahi tout le territoire d'une bronche.

Les secondes correspondent à une oblitération partielle des bronchioles collatérales. Les dernières ont la valeur d'un fait anatomique établissant une transition entre la caverne et la dilatation bronchique que les auteurs ont si soigneusement séparées comme entités morbides, que dans un récent traité d'anatomie pathologique on dit que : « la dilatation bronchique est extrêmement rare dans la tuberculose pulmonaire (Cornil et Ranvier).

On retrouve les mêmes idées de Grancher dans la thèse de son élève Dallidet. La dilatation bronchique pour cet auteur est un fait primitif antérieur à la sclérose pulmonaire.

Marfan admet aussi que la tuberculose pulmonaire peut jouer un rôle dans la production des dilatations bronchiques.

Plus tard Grancher revient avec Barbier sur la question en distinguant des broncheectasies par attraction scléreuse des parois bronchiques et des dilatations par lésions destructives des parois.

Pour Halbron aussi « les dilatations de bronches se rencontrent dans deux conditions différentes : elles peuvent succéder à la caséification de la bronche et à l'expulsion de la substance ramollie ; les bronches ainsi dilatées peuvent se trouver accumulées dans une

région. L'autre processus est la dilatation excentrique résultant de la transformation fibreuse du poumon : elle est souvent aidée par la tuberculisation de tout ou partie de la paroi bronchique ».

Cet auteur a pu obtenir expérimentalement de vraies dilatations bronchiques chez les animaux de laboratoire.

Thirollox et Debré, d'autre part, expérimentant avec le staphylocoque, ont provoqué chez le cobaye et chez les rats des ectasies bronchiques. Leurs expériences montrent que la dilatation bronchique peut être provoquée par un microbe banal et de puissance irritative peu intense mais continue. La porte d'entrée est variée mais la région infectée est toujours la même, la péribronche. Les diverses formes anatomiques dépendent du fait si l'infection est diffuse dans tout le territoire lymphosanguin de la bronche ou se localise à une parcelle seulement. L'expectoration est produite par une infection descendante.

Pour eux le substratum anatomique c'est la péribronchite chronique destructive qui amène la dislocation de tous les éléments résistants de la bronche et ils pensent que la sclérose est plutôt un élément de contention que de dilatation. « Expérimentalement on ne constate jamais de réaction défensive scléreuse et pourtant jamais l'ectasie bronchique spontanée ne réalise le volume des dilatations expérimentales. »

Contre la tendance de Grancher de limiter l'étiologie de la dilatation bronchique à la tuberculose, s'élève en 1904, Tripier de Lyon qui enseignait, depuis longtemps, que la part de la tuberculose dans les broncheectasies est pratiquement nulle et que celle de la syphilis est peut-être même exclusive. A la suite de ses travaux et de ceux de ses élèves le rôle de la tuberculose fut à peu près oublié.

On trouve pourtant de temps en temps des cas communiqués par les défenseurs de l'étiologie tuberculeuse. Ainsi Hutinel dans une leçon clinique publiée par la *Presse Médicale* écrit que : « les dilatations qu'on rencontre chez l'adulte et chez le vieillard sont presque toujours d'origine tuberculeuse. Elles se forment surtout au cours de la tuberculose fibreuse, forme exceptionnelle chez l'enfant ».

Presque en même temps, Weill et Gardère rapportent les observations de deux enfants chez lesquels il existait, en même temps que des lésions tuberculeuses banales, des dilatations bronchiques et des néoformations alvéolaires avec épithélium cubique et un processus syphilitique. Chez aucun de ces enfants les auteurs n'ont pas pu trouver de stigmate de syphilis. Ils admettent en conclusion que la tuberculose peut aussi produire des dilatations bronchiques aréolaires avec néoformations alvéolaires et épithélium cubique, mais beaucoup plus rarement que la syphilis.

En 1914, apparaît *La tuberculose pleuro-pulmonaire* de Letulle dans laquelle cet auteur écrit : « On doit rapprocher de la sclérose atrophique du poumon quelques îlots de broncheectasie siégeant au sommet même du lobe supérieur. Ces dilatations bronchiques sont monnaie courante dans la phtisie fibreuse ; elles ressortissent à la tuberculose d'une manière beaucoup plus directe que nombre d'observateurs ne le croyaient jusqu'en ces temps derniers. »

La question a été de nouveau reprise dans la thèse de Baudrant en 1924 et ensuite dans les communications faites à la Société Médicale des Hôpitaux de Paris, par Sergent, Pruvost et Cottenot, par Armand-Delille, Lévy et J. Marie, par Coyon, Marty et Aimé. En 1927, on trouve aussi la communication de Sergent, Cottenot, Couvreur et celle de Léon Bernard et Lamy. En 1929, L. Bernard consacre une leçon clinique à la même question de l'association bronchectasie et tuberculose. Cet auteur croit qu'on « peut avancer que toutes les bronchectasies sont liées à la sclérose pulmonaire », or la cause la plus fréquente de sclérose pulmonaire reste la tuberculose. Il pense que les grosses dilatations bronchiques sont liées à des lésions scléreuses, tandis que les petites ectasies relèvent d'un double processus : l'un destructif qui s'exerce sur la paroi bronchique, l'autre constructif dans le tissu pulmonaire et qui, provoquant la sclérose, attire et déforme la bronche.

Bonnamour, Badolle et Gaillard défendent aussi l'étiologie tuberculeuse des dilatations bronchiques, mais Bonnamour croit que la tuberculose ne peut produire que des ectasies cylindriques tandis que les dilatations ampullaires sont toujours provoquées par la syphilis.

Ensuite en 1932, Dufourt, Etienne-Martin et Faure publient dans les Archives médico-chirurgicales de l'appareil respiratoire leur important mémoire sur la même question.

Parmi les auteurs allemands qui se sont occupés plus récemment de cette question et qui admettent l'origine tuberculeuse des dilatations bronchiques, citons Duken, Wiese et surtout Simon. Ce dernier auteur admet que la bacillose peut produire des ectasies soit à la suite des lésions de primo infection, soit à la suite de lésions à type pneumonique ou fibro-caséux, soit au cours de vieilles tuberculoses fibreuses, formes dénommées par les auteurs allemands phtisies cirrhotiques.

**Pathogénie.** — Pour expliquer la formation des ectasies bronchiques, les auteurs ont invoqué plusieurs mécanismes qui peuvent intervenir séparément ou simultanément.

La pathogénie de la dilatation bronchique pour Grancher est la suivante : altération et disparition de l'épithélium du fait de l'inflammation, dislocation ensuite et paralysie des muscles de Reissessen, infiltration des parois par des cellules embryonnaires et perte de l'élasticité. Les petites bronches n'ayant pas la même structure cèdent plus facilement que les grosses et on les trouve dilatées alors que les grosses bronches sont encore intactes. Pour lui, la déformation des bronches est proportionnelle à la durée de la phtisie.

Pour Luys, les dilatations bronchiques ne sont que des cavernes dont le mode de formation se rapprocherait des cavernes produites par des fontes tuberculeuses, à la suite de l'oblitération des vaisseaux nourriciers.

Sergent, Cottenot et Couvreur pensent que l'ancienne théorie de Corrigan qui invoquait la sclérose pulmonaire rétractile comme cause de la dilatation bronchique, aussi que la théorie de la sclérose pleurogène

de Barth et Roger, associées ou non, suffisent à expliquer la création d'un grand nombre de dilatations bronchiques. Les ectasies n'apparaissent que « lorsque la sclérose consécutive à ces pneumopathies a pris un développement suffisant ».

Dans une communication antérieure faite à la Société Médicale des Hôpitaux de Paris, Sergent, Pruvost, Cottenot admettaient que le point de départ de la dilatation bronchique se trouve dans une altération de la paroi bronchique, conséquence de l'inflammation, opinion admise aussi par Rist.

L. Bernard décrit ainsi ce processus :

« Il est patent que l'infection tuberculeuse est, dans ses formes bénignes sclérosante au premier chef, et l'on voit s'organiser ces scléroses discrètes, diffuses, torpides dès la phase secondaire, alors que prend fin le stade initial de primo-infection. A ce stade le bacille de Koch est diffusé par voie lymphatique dans le parenchyme pulmonaire, provoquant une réaction scléreuse périrabéculaire. Amené ainsi par les lymphatiques périrabéculaires au contact de la paroi bronchique, le bacille est l'origine sclérose bronchique. En même temps se produit l'attaque de l'armature bronchique elle-même par le bacille, attaque menée de dehors en dedans. Ainsi se produit le processus de broncho alvéolite tuberculeuse qui réalise la double condition de toute dilatation des bronches, destruction de l'armature bronchique et sclérose du poumon avoisinant ».

Armand Delille, Lévy et J. Marie pensent que la tuberculose agirait par la sclérose qui s'établit au cours de la forme ulcéro fibro-caséuse ou bien aussi à la suite d'un processus spléno-pneumonique qui déterminerait des tractions excentriques sur les parois bronchiques.

Baudrant dans sa thèse n'admet pas que la sclérose seule peut provoquer la dilatation des bronches et il rappelle à cet égard les recherches de Honnorat. Ce dernier auteur a rapporté des cas où la sclérose pulmonaire était produite par l'œdème pulmonaire chronique des cardiaques et il n'avait jamais trouvé de dilatation bronchique parce qu'il n'y avait pas eu d'inflammation.

Mainini et Pezzo sont absolument du même avis ; ils ne nient pas le rôle du processus cicatriciel mais le réduisent. Ils croient que les ectasies bronchiques ne sont pas un processus tardif, que les conduits aériens commencent de bonne heure à se dilater. Ils écrivent que « le facteur inflammatoire chronique ou aigu, capable de détruire la structure tissulaire de la bronche surajouté à la sclérose qui tiraille et déforme les conduits aériens est indispensable pour préparer et produire la bronchectasie ».

Sur 38 cas de sclérose consécutive au pneumothorax thérapeutique, Mainini n'a observé aucun cas de dilatation bronchique expliquant ce phénomène par le fait que le développement du tissu scléreux pendant le pneumothorax provoque un épaissement des parois bronchiques ainsi qu'elles ne peuvent plus se dilater quand le poumon revient à la paroi et l'air pénètre dans l'arbre respiratoire.

Cette opinion n'est pas partagée par tous les auteurs, car on a trouvé assez souvent des dilatations bronchi-



ques chez des malades qui, à la suite des pneumothorax thérapeutiques longtemps entretenus, continuent à tousser et à cracher abondamment sans toutefois présenter des bacilles de Koch dans les crachats.

Ainsi Derscheid et Toussaint admettent que les ectasies bronchiques sont assez fréquentes dans les cas de pneumothorax thérapeutique qui durent depuis quelques années. Les dilatations ampullaires seraient surtout fréquentes dans les cas où la tuberculose revêtait une forme grave fibrosante et dans ceux où la plèvre est très épaissie à la suite d'une pleurésie purulente de longue durée.

Pour d'autres auteurs l'adénopathie trachéo bronchique tuberculeuse serait une cause de dilatation bronchique. Ainsi Delacour croit que l'hypertrophie ganglionnaire est un phénomène constant chez les enfants présentant des broncheectasies.

Van Huger explique cette action par la compression qu'elle provoquerait sur la bronche. Meunier invoque le rôle de la compression nerveuse.

Plus récemment Osw. Jones et Cournand insistent sur l'importance des lésions ganglionnaires et pensent que la compression a amené une dilatation de la bronche en amont.

Dans ces cas on ne peut pas invoquer la sclérose et l'inflammation de la paroi comme cause des ectasies car on n'a jamais trouvé de telles lésions.

Ameuille, dans le cas communiqué avec Mézard, trouve l'artère bronchique oblitérée au niveau d'un ganglion bronchique tuberculeux, ce qui avait amené la nécrobiose de toute une partie pulmonaire avec la dilatation bronchique. Dans d'autres cas, rapportés avec Perreau, Lemoine cet auteur a trouvé la sténose de l'artère bronchique, par artérite oblitérante, confirmée par l'examen histologique. Ils insistent sur le processus ischémique qui a pu produire la nécrose dans le cas observé avec Mézard et la sclérose massive par évolution plus longue dans les autres cas.

Kindberg et Dreyfus-Sée ont observé des cas analogues.

Quand on pense que « la tuberculose est une néoplasie essentiellement privée de vaisseaux » (Bezançon), on voit que ce mécanisme pourrait intervenir aussi pour provoquer la dilatation bronchique.

**Classification.** — Nous avons vu que les dilatations bronchiques peuvent être rencontrées dans toutes les formes de la tuberculose pulmonaire.

**Dilatation bronchique en rapport avec la primo infection.** — Ranke a remarqué le premier la formation rapide de tissu fibreux entre le foyer primitif et l'adénopathie satellite. Oberndorfer, Hübschman et Simon ont observé des lésions analogues. Ces dilatations sont toujours localisées sur une seule ramification bronchique et sur une longueur de quelques centimètres, ce qui leur enlève toute importance véritable.

Dufourt, Faure et Vachon ont rapporté à la Société Médicale des hôpitaux de Lyon le cas d'une fillette de 12 ans, laquelle, infectée à 10 ans, présentait comme séquelle de cette primo infection une ombre juxtahilaire droite. Une bronchographie lipiodolée a montré des dilatations bronchiques greffées sur l'origine de

la bronche inférieure. Un cobaye inoculé avec les crachats hémoptoïques a été tuberculisé. Les dilatations bronchiques paraissent avoir succédé à la lésion de primo infection d'abord pneumonique et ensuite fibreuse.

Plus fréquemment encore on rencontre la dilatation bronchique au cours de la période secondaire de Ranke, cette période où on rencontre très souvent l'apparition de splénopneumonies, l'épithuberculose de Mlle Eliasberg. L'évolution de ces lésions se fait dans les cas chroniques vers la sclérose pulmonaire plus ou moins marquée, provoquant en même temps des modifications du calibre de l'arbre bronchique, comme dans les cas rapportés par Armand Delille et ses collaborateurs.

**Dilatation bronchique en rapport avec la tuberculose caséuse ordinaire.** — Tous les auteurs admettent l'existence de dilatations bronchiques au cours de cette forme de la bacillose. Elle se rencontre surtout dans les formes à allure chronique, mais elle est cependant possible aussi dans les formes aiguës.

Les cas rapportés par Weill et Gardère et par Baudrant rentrent tout à fait dans cette catégorie. La malade de Weill et Gardère, morte d'une tuberculose caséuse massive, a présenté à l'autopsie, « outre les masses caséuses occupant les deux lobes supérieurs des dites bronches cupuliformes, groupées en nids d'abeilles ».

Letulle signale des lésions bronchiques avec début de dilatation au cours de la tuberculose miliaire en écrivant :

« On reconnaît, grâce à la coloration élective du tissu élastique, que la solide armature de la bronche a, en grande partie, disparu sur trois points, au moins ses fibres élastiques, si bien caractérisées par leur rigidité, leur cohésion et leur ton brun violet foncé, ont cédé tout à coup. Qu'elles soient ou résorbées, ou rompues, par l'influence des lésions inflammatoires péri-bronchiques et sous la pression de la colonne d'air inspiratoire, elles sont disloquées, dissociées même et la lumière du conduit en paraît élargie d'autant. Tel est, sans doute, le début des broncheectasies de tous ordres, si fréquentes dans la tuberculose pulmonaire chronique fibreuse ».

L. Bernard pensait que « dans les lésions ulcéro-caséuses, il reste exceptionnel de voir se constituer des lésions broncheectasiques. Les formes ulcéro-fibreuses, au contraire, sont celles qui comprennent parmi leurs lésions des dilatations des bronches ».

Ces lésions débutent généralement au voisinage des cavernes et dans la tuberculose pulmonaire de Letulle, on trouve les planches LXIX et LXX qui montrent une caverne tuberculeuse ouverte dans une dilatation bronchique.

On a décrit aussi la dilatation en forme d'entonnoir de la bronche aboutissant à une caverne.

Dans leur mémoire, Dufourt, Etienne-Martin et Faure rapportent plusieurs observations de malades ayant présenté des dilatations bronchiques au cours des tuberculoses fibro-caséuses chroniques ordinaires. Sur un des clichés on trouve de grosses dilatations bronchiques en doigts de gant partant du pôle inférieur de



la caverne vers la base. Ils croient que « ces dilata-tions développées sous les cavernes semblent constituer des processus où s'amassent peu à peu les produits des sécrétions cavitaires. Elles sont sans doute facilitées par une sclérose pulmonaire du lobe inférieur ».

**Dilatation bronchique en rapport avec la tuberculose fibreuse.** — Nous avons déjà vu que L. Bernard disait dans sa leçon clinique qu'on « peut avancer que toutes les bronchectasies sont liées à la sclérose pulmonaire », en admettant en même temps que cette sclérose est liée dans la plupart des cas à la tuberculose.

Tous les cas rapportés par Sergent, Armand Delille, L. Bernard et leurs collaborateurs ont concerné des dilata-tions bronchiques produites par la sclérose pulmonaire. Ces lésions apparaissent soit à la suite de l'évolution scléreuse d'une spléno-pneumonie ou d'une pleuro-pneumonie, soit à la suite des symphyse pleu-  
rales avec sclérose pulmonaire.

Dans la même catégorie rentrent les bronchectasies survenant au cours des formes fibreuses denses de Bard.

L. Bernard et Lamy ont relaté trois observations de malades qui étaient des tuberculeux fibreux, n'éliminant des bacilles de Koch qu'à de très rares intervalles. Pour les mettre en évidence on a dû recourir à des homogénéisations et des inoculations en série des cobayes. Les injections intra-trachéales de lipiodol ont mis en évidence d'importantes dilata-tions bron-chiques.

Dans le magnifique atlas de Letulle, on lit :

« On peut, sans forcer les données microscopiques, ranger dans la même catégorie, parmi les méfaits de la sclérose atrophique méta tuberculeuse, l'ensemble des bronchectasies associées à la tuberculose pulmonaire chronique. Les poussées inflammatoires interstitielles en infiltrant de lymphocytes les différentes couches des parois bronchiques y déterminent à la longue une sclérose cicatricielle atrophique tout aussi mutilante pour les tissus constitutifs du canal aérien que nous l'avons vue être pour la paroi de l'alvéole pulmonaire ».

Derscheid et Toussaint, étudiant les dilata-tions bron-chiques tuberculeuses, distinguent :

1° Dilata-tions focales qui siègent au niveau de la lésion ou de sa séquelle et surtout dans les régions péri et sous-cavitaires ;

2° Dilata-tions extra-focales qui comprennent :  
a) les dilata-tions interadenofocales par péribronchite lymphogène et ils font entrer dans cette catégorie une partie des images dites bronches de drainage ;  
b) les dilata-tions juxta-ganglionnaires qui se trouvent au niveau du hile, les bronches étant simplement plus dilatées que normalement sans autres déformations ;

3° Dans cette catégorie entrent les dilata-tions bron-chiques survenues à la suite des pneumothorax thérapeutiques longtemps entretenus.

Pour eux, dans les dilata-tions bronchiques focales, l'action de la tuberculose est directe et elle s'exerce généralement sur les bronches de petit et de moyen calibre.

Les dilata-tions bronchiques extra-focales sont situées sur les bronches d'un calibre plus élevé. « La

thrombo-lymphangite, la péribronchite, puis la broncholyse de l'armature extérieure et enfin l'ectasie constituée sont les étapes d'une évolution centripète qui s'arrête le plus souvent en deçà de la muqueuse dont les altérations ne s'installeront que plus tard à bas bruits. Ainsi s'explique le silence clinique de ces dilata-tions tuberculeuses, l'absence ou la discrétion des troubles fonctionnels. »

**Aspect clinique.** — Habituellement il s'agit de vieux touseurs atteints de bronchite avec dyspnée d'effort et dont l'état général est peu modifié. Chaque année surviennent une ou deux poussées aiguës qui peuvent paraître graves ; ascension thermique et expectoration de plus en plus abondante. Les hémoptysies sont fréquentes et assez souvent on ne sait pas si le crachement de sang est dû à la tuberculose ou aux bronchectasies. Au bout de quelque temps, les signes s'atténuent et le malade devient un touseur chronique. Les crises d'hyposystolie apparaissent, elles se rapprochent au point que le malade devient un asystolique. La mort peut survenir par insuffisance cardiaque.

Il est aussi des formes plus communes caractérisées par des alternatives d'amélioration et d'aggravation de l'état local et de l'état général et lesquels par périodes simulent une véritable tuberculose ulcéro-caséuse en évolution. Ce sont des malades qui ont présenté des signes de tuberculose pulmonaire avec fièvre, hémoptysies, bacilloscopies des crachats positives. Au bout d'un certain temps s'établit une sclérose cicatricielle avec rétraction de la paroi thoracique et déviation du médiastin du côté de la lésion. Apparaissent alors de gros signes stéthacoustiques : matité, modifications des vibrations vocales, bronchophonie, des râles bulleux ou même consonnants.

Au cours de la tuberculose fibreuse la dilatation bronchique se traduit par l'abondance de l'expectoration, sa disposition en trois couches et l'apparition d'un syndrome stéthacoustique cavitaire.

Les signes d'auscultation sont assez souvent très variables et ils tiennent surtout à l'état du poumon environnant qui permettra ou non la transmission des bruits pathologiques jusqu'à la paroi thoracique.

**Diagnostic étiologique.** — Le diagnostic de l'origine tuberculeuse de la dilatation bronchique est parfois assez difficile à établir surtout dans les cas de sclérose pulmonaire, comme ceux relatés par L. Bernard et Lamy. Ainsi dans un de leurs cas ils ont dû faire 5 examens directs, 15 homogénéisations et 10 inoculations au cobaye pour arriver enfin à déceler les bacilles dans les crachats.

Dans une leçon, L. Bernard a cité un cas très intéressant à ce point de vue. Il s'agissait d'une malade âgée de 52 ans, dont la mère, une tante et des oncles du côté maternel sont morts de tuberculose pulmonaire. Deux de ses filles en sont aussi atteintes. Sept ans auparavant elle avait présenté un épisode pleuropulmonaire et depuis deux ans a eu quelques hémoptysies. Son état général était très bon malgré une fièvre peu élevée qui durait depuis des mois. Toutes les recherches faites pour déceler les bacilles de Koch



sont restées négatives. A l'âge de 26 ans, elle a présenté aussi une adénite cervicale tuberculeuse, dont les traces étaient encore visibles.

La bronchographie lipiodolée montrait des dilatations bronchiques pour lesquelles on ne peut pas trouver aucune origine si on n'admet que les ombres des scléroses pulmonaires qu'on trouve sur la radiographie sont dues à une tuberculose qui a évolué à très bas bruits, étant donné les antécédents familiaux et personnels de cette malade.

Le diagnostic d'origine tuberculeuse doit se baser sur les épisodes aigus diagnostiqués de bacillose par la présence de bacilles de Koch dans les crachats. En leur absence, il faut le baser sur l'absence de toute autre étiologie, sur les lésions tuberculeuses extra-pulmonaires, sur les cas de tuberculose familiale et sur l'examen radiologique qui montre des ombres anormales ou des calcifications.

**Tuberculisation secondaire des dilatations bronchiques.** — En ce qui concerne la tuberculisation secondaire des dilatations bronchiques elle serait très fréquente chez les enfants. « Le plus grand danger pour eux, c'est la tuberculose qui les guette et à laquelle ils n'échappent guère s'ils vivent dans un milieu contaminé », disait Hutinel au cours d'une leçon clinique.

Pour l'auteur allemand Schroder, les cas de dilatations bronchiques succédant ou évoluant au cours de la tuberculose pulmonaire seraient plus fréquents que les cas de dilatation bronchique tuberculisés secondairement.

Claïsse (dans le *Traité de Médecine de Brouardel et Gilbert*) pense au contraire que l'existence des tubercules greffés sur les dilatations bronchiques sont assez communes chez l'adulte.

Rist et Ameuille ont communiqué à la Société Médicale des Hôpitaux un cas typique de tuberculisation secondaire d'une dilatation bronchique généralisée. Il s'agissait d'une malade atteinte de dilatation bronchique qui a été pendant longtemps considérée comme présentant des lésions de tuberculose bilatérale. Des analyses répétées des crachats et même des inoculations au cobaye sont restées négatives. Elle fait un séjour de 5 mois dans le service de tuberculeux de Laennec. Sort et après quelques temps revient dans le service, disant qu'elle a maintenant une autre maladie qu'auparavant, parce qu'elle se sentait très fatiguée, tandis qu'auparavant elle menait une vie très difficile sans se ressentir. Un examen radiologique montre le même aspect, mais quelques nouvelles analyses montrent la présence des bacilles de Koch dans les crachats.

A la nécropsie on a trouvé dans presque toute l'étendue des deux poumons des dilatations bronchiques banales avec de la sclérose non tuberculeuse. Aux sommets on trouve une dilatation plus large que les autres et où l'examen histologique montre des follicules tuberculeux très caractéristiques.

Les auteurs se demandent même si la malade n'a pas été contaminée durant son séjour de 5 mois dans le service de tuberculeux.

Nadal dans sa thèse cite aussi le cas d'un enfant atteint de dilatation bronchique chez qui toutes les recherches faites en vue de déceler une infection tuberculeuse ont été négatives et chez qui, au cours d'une poussée aiguë de la dilatation bronchique, la cuti-réaction à la tuberculine est devenue positive en même temps qu'on trouvait des bacilles de Koch dans les crachats.

Plus récemment l'auteur anglais Bray a publié un nouveau cas de dilatation bronchique secondairement tuberculisée.

**Diagnostic différentiel entre la tuberculose pulmonaire et les dilatations bronchiques.** — Le problème du diagnostic différentiel entre la dilatation bronchique et la tuberculose est parfois assez difficile à résoudre. Les symptômes communs, qu'on rencontre assez souvent dans les deux maladies, sont les suivants :

Les symptômes généraux qui peuvent être attribués à l'imprégnation bacillaire de l'organisme : amaigrissement, asthénie, instabilité thermique ou même fièvre plus ou moins élevée.

Les symptômes fonctionnels : toux avec expectoration d'abondance variable et souvent hémoptoïque. Parfois l'expectoration manque et on trouve seulement la toux et des hémoptysies répétées comme dans la forme sèche hémoptoïque de la dilatation bronchique, isolée par Bezançon et ses collaborateurs.

Les signes d'auscultation de la dilatation bronchique sont souvent ceux d'un syndrome cavitaires : souffle avec râles bulleux ou consonnants. Les râles peuvent occuper une surface plus ou moins étendue des champs pulmonaires. Dans la même région on trouve aussi à la percussion une zone de matité avec modification des vibrations vocales.

L'aspect radiologique de la dilatation bronchique est aussi fréquemment trompeur étant représenté par des taches et des marbrures plus ou moins denses et même des aspects lacunaires.

On voit donc que le diagnostic ne peut pas se baser ni sur les symptômes généraux, ni sur les signes fonctionnels ni sur l'examen stéthacoustique, ce dernier étant le plus trompeur de tous. En effet, il fait penser au ramollissement tuberculeux avec ses râles bulleux et consonnants et les autres signes du syndrome cavitaires.

Au contraire, l'examen approfondi des images cavitaires peut, comme l'a montré Ameuille, faire diriger le diagnostic vers la dilatation bronchique.

Ainsi on voit sur les clichés des images cavitaires mais qui généralement ne sont pas accompagnées de taches opaques correspondant aux condensations qu'on retrouve si fréquemment au cours de la tuberculose pulmonaire. Ameuille croit « que l'abondance des images cavitaires et la rareté des images de condensation plaide pour la dilatation bronchique ».

Le diagnostic ne peut être sûrement établi qu'après avoir fait le lipiodolage bronchique qui montre toujours les broncheectasies et en même temps l'examen bactériologique des crachats. Dans les cas où on soupçonne qu'en même temps que la dilatation bronchique il existe des lésions bacillaires du poumon, si la bacilloscopie des crachats ne se montre pas positive il

faut répéter plusieurs fois les examens et avec les procédés les plus sensibles.

## BIBLIOGRAPHIE

- I. AMEUILLE. — Formes larvées de la dilatation bronchique chez l'adulte, *Bull. Méd.*, 26.11.23, p. 1.369.
- AMEUILLE et MEZARD. — Nécrose pulmonaire lobaire avec collapsus pulmonaire et bronchectasie, *Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 3.3.33, p. 292.
- AMEUILLE et PERREAU. — La bronchectasie avec condensation pulmonaire rétractile des tuberculeux, *Bull. et Mém. Soc. Méd. hôp. Paris*, 20.10.33, p. 1.366.
- ARMAND DELILLE, LÉVY et J. MARIE. — Évolution scléreuse de la splénopneumonie tuberculeuse de l'enfant avec dilatations bronchiques secondaires, *Bull. et Mém. Soc. Méd. hôp. Paris*, 13.3.25, p. 426.
- BAUDRANT. — Contribution à l'étude des rapports de la dilatation des bronches avec la tuberculose, *Th. de Paris*, 1924.
- L. BERNARD. — Bronchectasie et tuberculose, *Paris méd.*, 28.9.29, p. 257.
- L. BERNARD et LAMY. — Sur trois cas de bronchectasies liées à des scléroses pulmonaires de nature tuberculeuse, *Bull. et Mém. Soc. Méd. hôp. Paris*, 29.4.27, p. 553.
- BONNAMOUR, BADOLLE, GAILLARD. — *Le radiodiagnostic dans les affections bronchopulmonaires par le lipiodol*, 1929.
- COYON, MARTY, AIME. — Dilatations bronchiques gauches chez une fillette de 15 ans, *Bull. Mém. Soc. Méd. hôp. Paris*, 13.3.25.
- DALLIDET. — Anatomie pathologique et pathogénie de la dilatation des bronches, *Th. de Paris*, 1881.
- DELACOUR. — Dilatations bronchiques chez les enfants, *Th. de Paris*, 1894.
- DERSCHIED, TOUSSAINT. — Les dilatations bronchiques tuberculeuses, *Gaz. méd. France*, 1.1.33, p. 9.
- DUFOURT, Et. MARTIN, FAURE. — Les dilatations des bronches dans la tuberculose pulmonaire, *Arch. Méd. chir. de l'app. resp.*, avril 1932, p. 310. — Tuberculose pulmonaire et dilatations bronchiques, *Journ. de méd. de Lyon*, 5.4.33, p. 199.
- DUFORT, FAURE, VACHON. — Dilatation bronchique hilaire locale apparue chez une fillette dans un ancien foyer de primo infection tuberculeuse et manifestée par de violentes hémoptysies subintrantes, *Soc. méd. Hôp. Lyon*, 28.3.33, *Lyon Méd.*, 1933, p. 157.
- GIBERT. — Contribution à l'étude du rôle de la tuberculose dans la production de certaines bronchectasies de l'adulte, *Th. de Paris*, 1930.
- GRANCHER. — De la dilatation bronchique chez les tuberculeux, *Gaz. Méd. de Paris*, 6.4.1878, p. 166.
- HALBRON. — Lésions bronchiques du poumon tuberculeux, *Revue de Méd.*, août 1909, p. 593.
- HONNORAT. — Processus histologique de l'œdème pulmonaire d'origine cardiaque, *Th. de Lyon*, 1887.
- HUTINEL. — Les petites dilatations bronchiques chez les enfants, *Presse Méd.*, 18.2.11, p. 121.
- LETULLE. — *La tuberculose pleuro-pulmonaire*, Paris 1914, p. 125, 206, 326.
- MAININI, POZZO. — Les scléroses pleuro-pulmonaires de la tuberculose et du pneumothorax curateur en rapport avec les déplacements des organes du médiastin et les bronchectasies, *Arch. Méd. chir. de l'app. respir.*, janvier 1929, p. 25.
- NADAL. — Sclérose pleuro pulmonaire chez l'enfant et l'hérédosyphilis, *Th. de Paris*, 1929.
- RIST, AMEUILLE. — Dilatations bronchiques généralisées et tuberculisation secondaire, *Bull. Mém. Soc. Méd. hôp. Paris*, 17.2.22, p. 328.
- SERGEANT, COTTENOT, COUVREUX. — Les dilatations bronchiques consécutives à la sclérose pleuro-pulmonaire, *Bull. Mém. Soc. Méd. hôp. Paris*, 18.3.27, p. 371.
- SERGEANT, PRUVOST, COTTENOT. — A propos d'un cas de dilatation des bronches développée dans une sclérose pulmonaire avec symphyse pleurale consécutive à une pleuro-pneumonie tuberculeuse, *Bull. Mém. Soc. hôp. Paris*, 12.12.24, p. 1709.
- THIROLOIX, DEBRE. — Pathogénie de la dilatation des bronches, *Gaz. des hôpit.*, 9.4.907, p. 483. — Dilatations bronchiques expérimentales, *Bull. Méd.*, 1908, p. 463.
- VAN HEEGER. — Dilatations des bronches chez l'enfant, *Th. de Lille*, 1898.
- WEILL, GARDERE. — Tuberculose et dilatation bronchique, *Soc. Méd. hôp. Lyon*, 14.5.12, *Lyon Méd.*, 1912, p. 1221.

## SOCIÉTÉS SAVANTES

## ACADEMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 16 JUILLET 1935)

**Sur la vaccination charbonneuse.** — MM. GASTON RAMON et ANDRÉ STAUB. Les résultats obtenus en enrobant l'antitoxine diphtérique ou tétanique, puis le bacille diphtérique dans la lanoline ont incité les auteurs à appliquer le même procédé à l'immunisation au moyen de virus vaccins, au moyen par exemple du vaccin charbonneux de Pasteur. Les expériences préliminaires ont eu lieu sur le lapin. Les auteurs ont fait ensuite des essais sur le mouton qui ont montré qu'il est possible de conférer au mouton une immunité anticharbonneuse solide et durable au moyen d'une dose unique de premier vaccin, *vaccin le plus atténué* incorporé dans la lanoline.

Grâce à leurs recherches histologiques et bactériologiques, MM. G. Ramon et A. Staub ont pu se rendre compte que les spores du premier vaccin, libérées peu à peu de leur gangue de lanoline, se mettent à germer sous la peau de l'animal vacciné. Il se fait ainsi une culture dans le tissu conjonctif sous-cutané et en même temps une élaboration de substances (agressines de Bail ?) qui, passant dans la circulation, alors que les bactéries du premier vaccin n'y pénètrent pas, vont déclencher dans l'organisme l'apparition et le développement de l'immunité spécifique.

(SÉANCE DU 22 JUILLET 1935)

**Action de la nicotine sur les fibres nerveuses sympathiques préganglionnaires et post ganglionnaires.** — MM. Albert et Paul CHAUCHARD et Mme Berthe CHAUCHARD.

**De la vaccination des lapins contre l'épithélioma cutané.** — MM. A. BESREDKA, J. MAGAT et P. BESNARD.

**Un coccobacille pathogène pour les mouches tsétsés.** — MM. Emile ROUBAUD et Marc TREILLARD.

## SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 14 JUIN 1935)

**Images ganglionnaires sus-bronchiques exceptionnelles avant et après le traitement par le séro-médicament L. T.** — M. DUFOUR. Présentation de la radio d'un thorax d'un enfant de 12 ans, présentant un réticulome nodulaire de



parenchymes pulmonaires, surtout marqué à la base et au milieu du poumon droit. Au sommet du médiastin, masse ovoïde de la grosseur d'un œuf de dinde.

L'auteur a admis qu'il s'agissait d'une masse ganglionnaire d'origine bacillaire. L'enfant a reçu, malgré trois cuti-réactions négatives, douze piqûres du séro-médicament L. T. La masse ganglionnaire a rétrogradé complètement.

**Pullulation streptococcique dans la moelle osseuse dans deux cas d'agranulocytose avec anémie.** — MM. LEMIERRE, LAPORTE, BROCARD et FRUMUSAN. Dans ces deux cas, l'examen histologique de la moelle osseuse post mortem a permis de découvrir de nombreux amas de streptocoques visibles à l'examen direct. Ce fait de la présence d'amas microbiens directement constatables dans la moelle osseuse de deux sujets atteints d'agranulocytose est intéressant. Chez un malade, pas d'hémoculture pendant la vie ; chez le second, trois hémocultures aérobies et anaérobies sont demeurées négatives.

On doit se demander si la pullulation microbienne dans la moelle osseuse n'a pas été la cause initiale de l'agranulocytose et de l'anémie.

**Deux kala-azar de l'adulte à évolution chronique.** — M. J. PIERI (Marseille). Formes hépato-spléniques en présence desquelles pendant longtemps on crut à une cirrhose ou à une syphilis hépato-splénique. Diagnostic par ponction de la rate. Activité grande de l'uréastibamine.

**Syndrome latéral du bulbe ; névralgie faciale d'origine centrale guérie par alcoolisation périphérique.** — MM. RAVINA, HAGUENAU et FAULON. Il s'agit d'un cas de syndrome de Wallenberg, particulièrement douloureux. Le caractère de la névralgie faciale a incité les auteurs à pratiquer une alcoolisation des branches périphériques du trijumeau. Guérison de la névralgie faciale.

**Asbestose pulmonaire.** — Sir THOMAS OLIVER (Newcastle). Etude clinique, anatomique et expérimentale des lésions provoquées par les poussières d'amiant et observées chez certains mineurs.

**Fragilité osseuse congénitale à type dysplasie périostale ou ostéogénèse imparfaite.** — M. CLÉMENT, Mlle BARNAUD et Mlle LYON. Enfant présentant à la naissance le syndrome caractérisé par le nanisme avec micromélie, l'état membraneux du crâne, les fractures multiples, l'aspect grêle du squelette et la coloration bleu-ardoise des sclérotiques.

Consolidation rapide des fractures, se reproduisant au moindre traumatisme.

Survie de l'enfant, qui demeure à l'état de nain micro-mélie.

**Septicémie polymicrobienne post partum avec abcès du poumon.** — MM. LEMIERRE, LAPORTE et FRUMUSAN. Femme, après un avortement, présente un état infectieux intense. Les hémocultures démontrèrent l'existence des germes suivants :

Staphylocoque doré, streptocoque hémolytique, streptocoque non hémolytique associé à un bacille anaérobie, un bacille paratyphique B.

Le 40<sup>e</sup> jour, dans un épanchement pleural séro-fibrineux, on trouva un bacille pyocyanique. Guérison après trois mois.

**Fragilité osseuse congénitale à type maladie de Lobstein ou ostéopsathyrose.** — M. R. CLÉMENT. Fractures multiples chez une fillette, nombreuses luxations, fragilité et transparence du squelette, teint bleu des sclérotiques, mais croissance normale et membres longs.

L'aspect clinique, différent avec l'autre cas présenté, peut s'expliquer par l'époque de l'atteinte fœtale ou par l'extension d'un même processus pathologique.

**Hémiplégie gauche accompagnée, chez un droitier, de signes cliniques d'aphasie avec grosse prédominance d'agraphie. Ramollissement du corps calleux.** — MM. M. DUVOIR, P. PERISSON et Ivan BERTRAND. Observation d'un ancien instituteur, 68 ans, incontestablement droitier, qui fut atteint d'hémiplégie gauche accompagnée de signes cliniques d'aphasie avec grosse prédominance d'agraphie. L'autopsie montra un ramollissement très étendu du corps calleux par thrombose de la cérébrale antérieure droite.

L'extension du ramollissement à l'hémisphère droit explique facilement l'hémiplégie gauche et seuls les signes cliniques d'aphasie peuvent prêter à discussion.

Les auteurs concluent qu'en présence d'une hémiplégie gauche s'accompagnant d'aphasie, on ne saurait sur la seule clinique conclure à une transposition du centre du langage et que, surtout s'il y a une prédominance d'agraphie, on doit envisager la possibilité d'une lésion du corps calleux.

## SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 12 JUIN 1935)

**Adénites mésentériques.** — M. HUET rapporte ce travail de M. Aigrot, basé sur la constatation de trois cas d'adénopathies mésentériques chez des enfants vaccinés au B.C.G. Aucun ganglion n'a été examiné et MM. BAZY, Pierre DUVAL et FREDET expriment les plus grandes réserves sur la possibilité d'une relation entre ces deux faits.

**Appareil plâtré pour fracture de la clavicule.** — Ce travail de MM. BERTRAND et RIEUNAU (Toulouse) est commenté par H. Huet. Après réduction sans anesthésie locale de la fracture, les malades sont placés dans un plâtre thoraco-brachial dans une position intermédiaire entre celles des premier et deuxième temps du procédé de Kocher. La clavicule est soigneusement moulée.

**Infarctus intestinal et étranglement herniaire.** — Ce travail de M. Curtillet est rapporté par M. AMELINE. Un indigène de 25 ans ayant rentré lui-même une hernie étranglée présente le lendemain des phénomènes péritonéaux graves. L'intervention permet de découvrir et réséquer une anse infarctée. Décès. Il n'existait pas de thrombose vasculaire, mais l'intestin encadrant l'anse réséquée était le siège d'une entérite aiguë phlegmoneuse à point de départ muqueux.

M. GRÉGOIRE estime qu'il s'agit d'une gangrène par étranglement herniaire ayant entraîné consécutivement une entérite septique.

**Pneumectomie totale pour cancer.** — M. LAMBRET (Lille) a pratiqué une pneumectomie totale pour cancer du poumon gauche, et illustre par un film cinématographique les temps de cette opération logique et réalisable. La difficulté du dépistage du cancer pulmonaire peut justifier une thoracotomie exploratrice, précédée, si possible, d'un pneumothorax artificiel. M. Lambret a utilisé la voie d'accès antéro-latérale. Il sectionne le hile pulmonaire après compression au tourniquet. L'auteur rapporte deux observations : l'une avec opération complète suivie de décès, l'autre simplement exploratrice par suite de l'étendue des lésions.

MM. Pierre DUVAL et Robert MONON ont pratiqué une pneumectomie totale droite pour cancer bronchique, suivie de mort.

M. MAURER signale deux cas de pneumectomie totale suivie de guérison faites par le Dr MASON (Newcastle). Il s'agissait de suppurations pulmonaires.

M. Robert MONOD estime que, suivant les cas, l'opération indiquée dans le cancer est tantôt une lobectomie, tantôt une pneumectomie totale.

M. Pierre DUVAL estime que la section du pédicule pulmonaire faite sur les bronches souches nécessite la ligature séparée de tous les éléments du pédicule.

**Invagination de la muqueuse gastrique dans une anastomose gastro-jejunale.** — M. TIERNY (Arras) rapporte l'observation d'un malade traité par gastrectomie pour péritonite aiguë, qui présenta le huitième jour des accidents aigus, apaisés par la création d'une nouvelle bouche, mais suivis d'abcès et de décès. Une invagination de la muqueuse gastrique dans la bouche gastro-jejunale était cause des accidents aigus.

**Résection de la clavicule, premier temps de la thoracectomie postérieure haute.** — MM. J. FIOLE (Marseille), CARCASSONNE, FIGARELLA et LECCA exposent l'utilité de la résection claviculaire comme temps préalable de la résection costale postérieure haute. Elle permet, en écartant l'omoplate, de bien exposer la première côte.

**Péritonite biliaire sans perforation visible.** — MM. SOLCARD et PERVÈS ont observé un cas de péritonite biliaire, sans aucune perforation des voies biliaires, qui guérit par drainage du Douglas. Ils pensent qu'une perforation duodénale minuscule a été la cause des accidents.

(SÉANCE DU 26 JUIN 1935)

**Pancréatite œdémateuse.** — M. CUNÉO a observé une pancréatite œdémateuse secondaire à une pancréatite chronique reconnue antérieurement.

**Péritonite biliaire sans perforation visible.** — M. MONDOR apporte une nouvelle observation de cette lésion.

**Infarctus intestinal sans lésion vasculaire.** — M. MOULONGUET rappelle des exemples cliniques d'infarctus sans lésion vasculaire. Une observation de Lecène avec examen histologique permet de considérer certaines gangrènes intestinales comme secondaires à des lésions septiques commençant par la muqueuse.

**Thoracoplastie.** — M. MAURER juge inutile de réséquer un segment claviculaire et rappelle les voies d'abord sur la première côte.

M. FRUCHAUD insiste sur l'utilité d'écarter l'omoplate.

M. MONOD précise les techniques d'abord sur la première côte.

**Service de santé pendant le combat de mer.** — M. OUDARD expose ce fonctionnement et illustre sa présentation par un film cinématographique.

**Chirurgie viscérale sous rayons X.** — M. HEITZ-BOYER a pu localiser et extraire un calcul intra-hépatique, grâce à la table radiochirurgicale et au bistouri électrique.

M. Robert MONOD estime cette table utile pour la chirurgie pulmonaire.

**Sténose pylorique par calcul biliaire.** — M. FRUCHAUD (Angers) a observé une sténose pylorique par un calcul biliaire. Ce calcul était passé de la vésicule dans l'estomac après perforation des deux organes. Une cholécystectomie, l'extirpation du calcul, une suture de l'estomac et une gastro-entérostomie permirent de guérir la malade.

**Kystes pelviens rétropéritonéaux.** — M. OKINCZYK rapporte ce travail de M. Pinsau (Béziers). Dans un cas, le

kyste fut en partie enlevé, en partie marsupialisé. Dans l'autre, l'ablation fut complète. Guérison dans les deux cas. Dans le second cas, il s'agissait d'un lymphangiome kystique.

## SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 1<sup>er</sup> JUIN 1935)

**Technique d'études des variations de température au cours de la stérilisation à l'autoclave.** — MM. A. GOSSET, P. HAUDUROY et P. ROUCHÉ ont poursuivi des recherches afin de savoir quelle était la température d'objets enfermés dans un autoclave au cours d'une stérilisation. Ils ont utilisé, pour cela, des thermomètres à résistance électrique, ce qui leur a permis d'effectuer, de l'extérieur, la lecture des variations de température intérieure.

**Etat bactériologique des objets de pansement avant stérilisation.** — MM. A. GOSSET, P. HAUDUROY et P. ROUCHÉ ont étudié l'état bactériologique du coton cardé, du coton hydrophile, des compresses avant stérilisation. La majorité des échantillons examinés n'étaient pas stériles et contenaient, en particulier, de nombreux germes anaérobies.

**Teneur en azote résiduel des sérums au cours des tuberculoses expérimentales.** — M. F. PEZZANGORA a étudié la courbe d'élimination de l'Az résiduel chez le lapin soit sain, soit tuberculeux, soit inoculé avec le BCG. Le fait que cet azote augmente au début de l'évolution du processus tuberculeux pour diminuer plus tard, rend peu probable que ce soit le foie à lui seul dont dépende cette augmentation.

**Les corpuscules oxyphiles cornéens en rapport avec les diverses souches de virus rabique des rues.** — MM. C. LEVADITI et R. SCHOEN. Les diverses souches de virus rabique des rues ne sont pas identiques du point de vue de leur aptitude à provoquer l'apparition de corps oxyphiles dans le cytoplasme des épithéliums cornéens. Il n'y a pas de rapports directs et constants entre les propriétés négrigènes neuroniques et cornéennes. Les corps oxyphiles apparaissent plus fréquemment dans la cornée contaminée que dans la cornée opposée, restée à l'abri de la scarification infectante. Par contre, la cornée non inoculée apparaît plus souvent virulente que la membrane cornéenne infectée expérimentalement.

**Action de l'éphédrine et de son association avec la spartéine sur l'inversion des effets hypertenseurs et vasoconstricteurs de l'adrénaline par l'yohimbine.** — MM. R. HAZARD et L. WURMSER. L'éphédrine peut, à un degré plus ou moins marqué, faire recouvrer à l'adrénaline son action hypertensive d'abord inversée par l'yohimbine. Son association avec la spartéine sensibilise à l'extrême, même en présence d'yohimbine, les vasoconstricteurs rénaux à l'action de l'adrénaline.

**Cycle évolutif du *Treponema pallidum*.** — MM. C. LEVADITI, R. SCHOEN et A. VAISMAN. Le *Treponema pallidum* subit, dans certaines conditions, des modifications morphologiques se traduisant par un enroulement sur lui-même, donnant naissance à des boucles ou à des pelotes plus ou moins serrées et compactes. Ces formes en boucles ou en pelotes du *Treponema pallidum* représentent des stades particuliers du cycle évolutif du virus syphilitique.

**pH du contenu duodénal en l'absence de suc pancréatique.** — M. Georges LOEWY. Les effets de la suppression du suc pancréatique sur la réaction du contenu duodénal ont été recherchés, après avulsion des deux canaux pancréatiques, chez des chiens porteurs de fistule duodénale. Après repas de viande, le pH devient nettement plus acide pendant cinq



**TONIQUE GÉNÉRAL  
RECALCIFIANT**



*Gaurool*

**CALCIUM ASSIMILABLE**

**AMPOULES  
COMPRIMÉS  
GRANULÉ**

**GAUROL INTRAVEINEUX** (Ampoules de 5 cc.)

**HÉMORRAGIES, TUBERCULOSE**



LABORATOIRES PÉPIN & LÉBOUCQ — 30, Rue Armand-Sylvestre • COURBEVOIE (Seine)

heures consécutives, et l'acide libre apparaît de façon constante dans la première portion duodénale. Il semblerait donc que les conditions favorables au développement d'un ulcère soient réalisées. Pourtant il n'a pas été observé d'ulcère au cours de ces expériences.

**Résultats de la réaction de fixation avec le nouvel antigène de Besredka dans les tuberculoses chirurgicales.** — M. Kurt MEYER et Huguette FROYEZ ROEDERER. Sur 250 sérums examinés, 125 provenaient de malades atteints de tuberculose osseuse typique, 107 provenaient des malades non tuberculeux atteints soit d'arthrites infectieuses, soit de malformations diverses ou de rachitisme, enfin 18 provenaient de jeunes gens normaux d'une école d'agriculture.

Sur les 125 cas de tuberculose certains, le pourcentage total des réactions positives a été de 71,5 %.

Sur les 125 sujets indemnes de tuberculose, il n'a été constaté que 3,5 % de réactions positives.

De l'ensemble de ces faits, il résulte que 1) la réaction de fixation au moyen de l'antigène de Besredka est spécifique, surtout si l'on envisage la possibilité d'une infection tuberculeuse chez des individus considérés comme sains et 2) que de ce fait, elle peut rendre service dans les cas de diagnostic clinique incertain.

**Résultats comparés des réactions de fixation pour la tuberculose avec deux antigènes différents (Antigène à l'œuf de Besredka et antigène méthylique de Nègre et Boquet).** — MM. R. WAHL et R. LAVAL ont pratiqué la réaction sur 101 sérums de tuberculeux avec les deux antigènes et ont obtenu 64 % de résultats positifs avec l'antigène méthylique et 97 % avec l'antigène à l'œuf. L'intensité de la réaction est toujours notable dans les formes évolutives de la tuberculose pulmonaire, elle est variable dans les formes atténuées ; on peut observer également des réactions positives avec les deux antigènes chez des malades ayant reçu du sérum antidiphthérique.

**Allergie tuberculinique et résistance à une surinfection virulente chez les cobayes inoculés per os avec les variétés R et S du BCG.** — M. K. BIRKHAUG. Les cobayes inoculés per os avec 300 mgr. de la variété S du BCG montrent une augmentation frappante de la sensibilité tuberculinique et de la résistance contre une surinfection par des bacilles tuberculeux virulents par comparaison avec les animaux ayant ingéré la variété R, dont est principalement composé le vaccin BCG. La durée moyenne de la survivance à une surinfection virulente fut de 104 jours pour les animaux ayant ingéré la variété R du BCG et de 242 jours pour ceux qui avaient ingéré la variété S, tandis que les témoins survécurent 98 jours. A l'autopsie, les lésions tuberculeuses macroscopiques furent beaucoup plus marquées et généralisées dans le groupe R que dans le groupe S.

**Eloge nécrologique de M. H. de Vries.** — M. Ch. ACHARD, président.

## LIVRES NOUVEAUX

L'Andorre, par Louis PORCHERON (1)

Notre excellent confrère Porcheron (de Marseille) nous adresse un ouvrage, parfaitement illustré et documenté, qui ouvrira des horizons touristiques nouveaux à beaucoup de Français.

L'Andorre, située aux confins de l'Ariège et des Pyrénées-Orientales, est un petit pays, ou plutôt une co-principauté, dont le co-suzerain est le Président de la République française, qui partage la souveraineté avec l'évêque d'Urgel.

Région magnifique de montagnes et de vallées, de lacs,

de cascades et de rivières, l'Andorre garde le cachet archaïque des coutumes du moyen âge...

Le touriste, en franchissant la frontière franco-andorrane, pénétrera dans un monde nouveau ; il respirera une atmosphère nouvelle, car il verra une petite nation de montagnards et de paysans privée, jusqu'en 1933, de routes carrossables et de moyens de communications faciles avec la France, qui s'est maintenue noble et fière à l'ombre de ses splendides Vallées...

Hâtez-vous de visiter l'Andorre avant que disparaisse, sous la poussée du progrès, le charme antique de ce pays.

## MÉDECINS, CHIRURGIENS ET SPÉCIALISTES PRÉSENTS A PARIS PENDANT LES VACANCES

**Médecine générale.** — M. Gilbert Dreyfus, médecin des hôpitaux, sera présent juillet et août. — M. Lévy-Lang, 46, avenue de La Bourdonnais, sera présent août et septembre. — M. Jacques Odinet, chef de clinique à la Faculté, 4, rue de la Renaissance, sera présent juillet et août. Absent en septembre. — M. Miriel (Phtisiologie, pneumothorax), 27, rue de Sèvres, à Clamart, sera présent jusqu'au 20 août et à partir du 15 septembre. — M. Louis Le Sourd, médecin de l'hôpital Saint-Joseph, 16, rue de l'Arcade, présent en août. — M. Maurice Lévy, 1, rue du Général-Foy, présent en août et septembre. — M. Marcel Perrault, 12, rue des Beaux-Arts, présent en août et septembre.

**Médecine infantile.** — M. Paul Baize, chef de clinique à la Faculté, 26, rue Daubigny, sera présent en août et septembre. — M. Alfred Cayla, 52, avenue de Neuilly, sera présent du 1<sup>er</sup> au 24 août, et à partir du 20 septembre. — M. Maurice Kaplan, ancien chef de clinique infantile, 12, rue César-Franck (15<sup>e</sup>), sera présent août et septembre. — Mme Paulette Landowski, assistante à l'hôpital des Enfants Malades, 8, rue Darcel (Parc aux Princes) à Boulogne, sera présente du 20 juillet au 15 septembre.

**Chirurgie générale.** — M. Henry Bellanger, 2, rue Pigalle, à Paris. Absent du 10 août au 10 septembre. — M. Sylvain Blondin, 3, rue Cernuschi. — M. Henri Redon, 3, rue du Regard.

**Clinique nerveuse.** — M. Marcel David, 15, rue de Freycinet.

**Chirurgie. Gynécologie. Obstétrique.** — M. Maurice Sureau, 11, rue Portalis (8<sup>e</sup>), sera présent pendant les vacances. — M. Raoul Palmer, chef des travaux de gynécologie, 77, boulevard Suchet, Jasmin 30-99, sera présent à partir du 13 août.

**Dermatologie.** — M. Desaux, 7, rue de Phalsbourg, absent pendant le mois d'août et jusqu'au 25 septembre.

**Dermato-vénéréologie.** — M. G. Belgodère, médecin adjoint de Saint-Lazare, 69, rue Rochechouart, sera présent juillet, août, septembre. — M. A. Bocage, 15, rue d'Edimbourg.

**Phtisiologie.** — M. Marcel Blanchy, médecin assistant à l'hôpital Laënnec, 36, rue Vaneau. Présent août et septembre.

**Stomatologie.** — M. Herpin, 5, rue Anatole-de-la-Forge. Absent jusqu'au 15 septembre.

**Ophthalmologie.** — M. Paul Petit, 19, rue de Bourgogne, sera présent en juillet et août.

**Maladies du foie.** — M. Albeaux-Fernet, 85, avenue Henri-Martin, présent pendant toute la durée des vacances.

**Analyses médicales.** — M. Arthur Grimberg (analyses médicales, autovaccins, collo vaccins), sera à Paris tout l'été, 74, rue Blanche.

Le Directeur-gérant : D<sup>r</sup> François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.



## Culture pure de Ferments lactiques bulgares sur milieu végétal

**GASTRO-ENTÉRITES** *des Nourrissons  
et de l'Adulte.*

**DIARRHÉES, CONSTIPATIONS**

**INFECTIONS HÉPATIQUES** *(d'origine  
intestinale)*

**DERMATOSES, FURONCULOSES**

*Prophylaxie de la* **FIEVRE TYPHOÏDE et du CHOLÉRA**

**RHINITES, OZENES**

**GRIPPES, ANGINES**

**PANSEMENTS DES PLAIES**

**GINGIVO-STOMATITES, PYORRHÉES**



# BULGARINE THÉPÉNIER

Jucer **DEUX COMPRIMÉS** de Bulgarine ou boire un verre à moitié de **BOUILLON** de Bulgarine  
une demi-heure avant le repas.

*Saupoudrer ou insuffler la Poudre de Bulgarine 3 à 4 fois par jour.*

## Phosphates et diastases des Céréales germées

**ENTÉRITES et DYSPEPSIES** *salivaires et  
pancréatiques*

**PALPITATIONS** *d'origine digestive*

**MATERNISATION** *physiologique du LAIT*

*Préparation des* **BOUILLIES MALTEES**

**DIGESTIF PUISSANT** *de tous les FÉCULENTS*

**SURALIMENTATION**

**REPHOSPHATISATION**

**TUBERCULOSES, RACHITISMES**

**NEURASTHÉNIES, CONVALESCENCES**



# Amylodiasse THÉPÉNIER

Croquer **DEUX COMPRIMÉS** d'Amylodiasse ou prendre deux cuillerées à café de **Sirop Amylodiasse**  
après les repas.

*Préparation des bouillies : délayer une cuillerée à café de Sirop Amylodiasse dans la bouillie très chaude mais non bouillante.*

Préparés par le « Laboratoire des Ferments » du Docteur **THÉPÉNIER**, 10 et 12, rue Clapeyron, PARIS

R. G., 150 854, Seine.



LE DIURÉTIQUE RÉNAL PAR EXCELLENCE

# SANTHÉOSE

LE PLUS FIDÈLE, LE PLUS CONSTANT, LE PLUS INOFFENSIF DES DIURÉTIQUES

SES QUATRE FORMES

**PURE**

Le médicament régulateur par excellence, d'une efficacité sans égale dans l'artério-sclérose, la présclérose; l'albuminurie, l'hydropisie, l'urémie.

**PHOSPHATÉE**

L'adjuvant le plus sûr des cures de déchloruration et de désintoxication de l'organisme, dans la neurasthénie, l'anémie et les convalescences.

**CAFÉINÉE**

Le médicament de choix des cardiopathies, fait disparaître les œdèmes et la dyspnée, renforce la systole, régularise le cours du sang.

**LITHINÉE**

Le traitement rationnel de l'arthritisme et de ses manifestations; jugule les crises, enrayer la diathèse urique, solubilise les accidents urinaires.

DOSES : 2 à 4 Cachets par jour. — Ces cachets sont en **FORME DE CŒUR** et se présentent en boîtes de 24.

PRODUIT FRANÇAIS

4, rue du Roi-de-Sicile  
— PARIS —

PRODUIT FRANÇAIS



diarrhée verte  
dyspepsie  
athrepsie

## Farine MILO

de  
**NESTLÉ**

prototype de la bouillie maltée

aliment de régime énergétique  
sans lait presque sans graisse  
capable de soutenir, mieux que  
le bouillon de légumes, l'état  
général de malades chez qui  
le lait est contre-indiqué.

## UROMIL

ÉTHER PHÉNYL CINCHONIQUE — PIPÉRAZINE — HÉXAMÉTHYLÈNE TÉTRAMINE



MOBILISE — DISSOUT  
ÉLIMINE

L'ACIDE URIQUE

**ARTHRITISME**

DR L. BELIERES 19, RUE DROUOT-PARIS



*La Lancette Française***GAZETTE DES HOPITAUX****CIVILS ET MILITAIRES****PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI****ADMINISTRATION ET RÉDACTION :****49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6°. Tél. : Danton 48-31.****PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6°) - Téléph. : LITRÉ 54-93.****PRIX DE L'ABONNEMENT****FRANCE**

3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.

*Etudiants : 25 francs par an.*

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

**ETRANGER**

Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.

Tous les autres pays : 75 francs.

**SOMMAIRE****TRAVAUX ORIGINAUX***Dysthymies et dysphrénies congénitales. Présentation clinique, par M. R. BENON.***PREMIER CONGRÈS DE L'ENFANT A LA MER ET A LA MONTAGNE. (Compte rendu.)****NOTES DE MÉDECINE PRATIQUE***La farine de soja dans l'alimentation du nourrisson, par M. L. BABBONEIX.***SOCIÉTÉS SAVANTES***Société médicale des hôpitaux. — Société de biologie. — Société de thérapeutique. — Société médicale et anatomo-clinique de Lille.***INTÉRÊTS PROFESSIONNELS***Syndicat général des urologistes français. (Communiqué.)***LIVRES NOUVEAUX****NOTES POUR L'INTERNAT***Sémiologie des splénomégalies (fin).**Mention honorable. — MM. les docteurs Assemet (de Villers-Cotterets), Chausse (de Paris).**Médaille de bronze. — M. le docteur Arquembourg (de Lille).***GUERRE.** — Par arrêté du ministre de la Guerre, l'inspection des services médicaux de l'armée, l'inspection des services chirurgicaux de l'armée, l'inspection du matériel du Service de santé militaire sont supprimées.**MESURES DE PRÉCAUTION CONTRE LES BOMBARDEMENTS AÉRIENS.** — Le Préfet de police vient de prendre un arrêté aux termes duquel, à Paris et dans les communes du département de la Seine, il est prescrit, à tous les propriétaires d'immeubles ou directeurs d'établissements occupés par un ou plusieurs locataires ou par un personnel d'employés, ainsi qu'à tous hôteliers, gérants ou concierges, d'apposer dans leur immeuble et de maintenir constamment, soit dans les couloirs d'entrée, soit à tout autre endroit, où elle pourra être facilement vue, une affiche reproduisant la notice concernant les mesures de précaution à prendre contre les effets de bombardement aérien.**AVIS DE CONCOURS.** — Il sera ouvert à Orléans un concours sur titres pour la nomination de deux médecins inspecteurs adjoints d'hygiène chargés spécialement de l'inspection médicale des écoles dans le Loiret.Les demandes rédigées sur timbre devront être envoyées avant le 1<sup>er</sup> septembre 1935 au préfet du Loiret (inspection départementale d'hygiène) à qui il convient de s'adresser pour obtenir tous renseignements.

Le traitement va de 36.000 fr. à 42.000 fr. Il s'y ajoute les avantages consentis aux agents du département (indemnité

**HÔPITAUX DE PROVINCE. — BORDEAUX.** — Le concours de clinique médicale infantile vient de se terminer par la nomination de M. le docteur Dupin.**FACULTÉS DE MÉDECINE. — AIX-MARSEILLE.** — M. Gaudoux, professeur de clinique médicale, est transféré, à compter du 1<sup>er</sup> octobre 1935, dans la chaire de thérapeutique, et M. Metti, professeur de thérapeutique, est transféré, à compter du 1<sup>er</sup> octobre 1935, dans la chaire de clinique médicale de la Faculté mixte de médecine générale et coloniale de l'Université d'Aix-Marseille.**— NANCY.** — M. Spillmann, professeur à la Faculté de médecine de l'Université de Nancy, est renouvelé pour une période de trois ans, à compter du 1<sup>er</sup> novembre 1935, dans les fonctions de doyen de ladite Faculté.**LÉGION D'HONNEUR.** — Est promu dans l'ordre de la Légion d'honneur :**EDUCATION NATIONALE.** — *Au grade d'officier.* — M. le docteur Charles Mattei, professeur à la Faculté de médecine de Marseille.**RÉCOMPENSES HONORIFIQUES DE LA MUTUALITÉ.** — *Médaille d'or.* — M. le docteur Vouzelle (de Paris).

Laboratoire Mialhe - 8 Rue Favart - Paris - 2°

La feuille de digitale se prescrit :

**Digi-LANATINE**Extrait total des glycosides  
du Digitalis Lanata

de résidence ou de logement, charges de famille). Les frais de déplacement sont fixés à 12.000 fr.

**COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. —**  
*Cours de vacances sur les tuberculoses ganglio-pulmonaires de l'enfance.* — Le docteur P.-F. Armand-Delille, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades, avec le concours du docteur Ch. Lestocquoy, médecin assistant, fera du jeudi 12 au samedi 28 septembre 1935, à l'hôpital des Enfants-Malades, un cours pratique de perfectionnement sur la symptomatologie, le diagnostic et le traitement des principales formes de la tuberculose ganglionnaire et pulmonaire de l'enfant, le pneumothorax thérapeutique, ainsi que sur l'assistance médico-sociale à l'enfant tuberculeux, la préservation de l'enfance contre la tuberculose et la vaccination de Calmette.

Chaque matin, à 10 h. : Visite dans les salles Gillette et Damaschino, avec examens cliniques, examens radiologiques et recherches de laboratoire.

Leçon, à 11 h., dans l'amphithéâtre de la Clinique médicale des Enfants, hôpital des Enfants-Malades.

Droits d'inscription : 150 fr.

**IX<sup>e</sup> Congrès international d'Histoire de la Médecine.** — Ce Congrès, présidé par M. le professeur Maranon, s'ouvrira le lundi 25 septembre, à Tolède, à l'hôpital Tavera, à 11 h. 30.

On partira de Madrid à 9 h. 30.

Après le déjeuner à l'Alcazar et visite de la ville, le professeur et Mme Maranon recevront les congressistes dans leur propriété « Los Dolorès ».

Mardi 24 : 9 h. 30, ouverture du Congrès ; 16 h., ouverture de l'Exposition médico-historique ; 22 h., réception et bal.

Mercredi 25 : 10 h. et 17 h., réunions scientifiques ; 22 h., réception.

Jeudi 26 : 10 h., réunion scientifique ; 16 h. 30, visite de la Cité universitaire ; 22 h., banquet et bal.

Vendredi 27 : 10 h. et 16 h., réunions scientifiques ; 19 h., réception au Palais National.

Samedi 28 : excursion à l'Escorial et aux monastères de Silos et de Guadalupe.

Dimanche 29 : midi, clôture du Congrès ; 16 h., excursion à Aranjuez ; 22 h., banquet.

Les cotisations sont de 75 pesetas pour les membres de la Société internationale d'Histoire de la Médecine, 50 pesetas pour les personnes les accompagnant.

Les personnes qui ne sont pas encore membres de la Société internationale d'Histoire de la Médecine et qui désirent faire partie du Congrès doivent verser 100 pesetas pour droits d'inscription à la Société et au Congrès.

Les Français peuvent s'inscrire directement auprès de M. Boulanger-Dausse, qui réunit les cotisations, et les payer en francs à raison de 150 francs pour les membres de la Société, 100 francs pour les personnes les accompagnant et 200 francs pour les candidats à la Société.

**IV<sup>e</sup> Congrès de la Societas oto-rhino-laryngologica Latina.** — Ce Congrès se tiendra à Bruxelles, du 20 ou 23 septembre 1935, sous le haut patronage de LL. MM. le Roi et la Reine.

Le Comité d'honneur comprend le président du Conseil belge, les ministres des pays latins accrédités en Belgique, le gouverneur de la province, le bourgmestre de Bruxelles, le président de l'Académie de Médecine.

Les Universités de Bruxelles, Gand, Liège et Louvain ont accordé leur patronage et ont délégué pour les représenter les professeurs Heyninx, Vernieuwe, Breyre et van den Wildenberg.

Président du Congrès : docteur Buys, agrégé à l'Université de Bruxelles, « Docteur » à l'Université de Turin, membre correspondant de l'Académie royale de Médecine de Turin ; Vice-Présidents : docteur Hennebert, agrégé à l'Université de Bruxelles ; docteur van Swieten, chef du service O.R.L. de l'Hôpital Sainte-Elisabeth ; Secrétaire général : docteur Chavanne, de Lyon.

Question à l'ordre du jour : *Les abcès encéphaliques en oto-rhinologie.*

Parmi les rapporteurs figurent les docteurs Manuel Balado et Segura (République Argentine) ; Breyre, Buys, Coppez, Guns, Hicquet, Le Roy, Martin, Thienpont, van Caneghem, van den Wildenberg, van Gehuchten, van Swieten, Vernieuwe (Belgique) ; A. G. et R. G. Tapia (Espagne) ; Aubry, Bouchet, H. et R. Bourgeois, Chatellier, Chavanne, Halphen, Huet, Lemaitre, Moulounguet, Ombredanne, Winter (France) ; Quix (Hollande) ; Bilancioni, Bruzzi, Calamida, Carnevale Ricci, Citelli, Ferreri, Traïna (Italie) ; Metzianu (Roumanie).

Conférences : professeur Hinojar (Madrid) : Traitement chirurgical des méningites ;

Docteur Hautant (Paris) : Chirurgie de l'hypo-pharynx et de l'œsophage cervical ;

Professeur Malan (Torino) : La sénescence des voies aériennes supérieures au point de vue anatomique et clinique.

Les communications ne pourront être faites que sur les sujets du rapport et des conférences.

La cotisation est fixée à 100 francs français ; celle des membres de la famille des congressistes est fixée à 50 francs français.

Les inscriptions sont reçues par le docteur Chavanne, Secrétaire général de la Societas O.R.L. Latina (cotisations ou compte de chèques postaux « Societas oto-rhino-laryngologica Latina », 461.28, Lyon). Les inscriptions et cotisations émanant de la Belgique, de même que toutes demandes de renseignements, doivent être adressées au docteur Vues, 5, rue de Livourne, à Bruxelles.

## INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

### SYNDICAT GÉNÉRAL DES UROLOGISTES FRANÇAIS

Le Bureau et le Conseil d'administration du Syndicat général des Médecins urologistes français, réunis en séance le 22 juillet 1935, ont proposé les dispositions suivantes :

« Dès la promulgation des décrets-lois du 17 juillet 1935 prévoyant un prélèvement maximum de 10 % sur les dépenses publiques et un abaissement correspondant du coût de la vie, le Bureau du Syndicat a accepté d'envisager une réduction dans la proportion du taux de ses honoraires minima.

Cette réduction serait applicable aux malades de condition modeste, dès la rentrée du 1<sup>er</sup> octobre 1935, et, au plus tard, dès la décision, confirmant cette proposition, de l'Assemblée générale du Syndicat qui se tiendra à Paris, le 10 octobre prochain.

Le Syndicat des Urologistes français espère que tous les autres groupements de médecins spécialisés, et toutes les autres professions feront de même pour contribuer à la baisse du coût de la vie.

Cette proposition sera portée à la connaissance des journaux médicaux de France, Algérie, Tunisie, Maroc et Colonies françaises, et communiquée à la presse parisienne.

Le secrétaire général :

(Communiquée.)

Dr Marcel GALLOIS.

Néuralgies  
Névrites

**BROMÉINE MONTAGU**

**OUATAPLASME** du Dr L'ANGLEBERT  
PANSEMENT COMPLET  
Phlegmasies, eczémas, brûlures, etc





LABORATOIRE NATIVELLE

27, Rue de la Procession, PARIS 15

# NATIBAÏNE NATIVELLE

ASSOCIATION

1/3

DIGITALINE NATIVELLE

2/3

OUABAÏNE ARNAUD

LA NATIBAÏNE NATIVELLE est la seule association des deux glucosides connus et appréciés : la DIGITALINE NATIVELLE, employée par tous les Praticiens, et l'OUABAÏNE ARNAUD, qui est le seul produit extrait du Strophantus Gratus ayant servi aux essais cliniques publiés par les Professeurs et les Docteurs : Vaquez et Lutembacher, Clerc, Aubertin, Lian, Laubry et Pezzi, etc.

## FORMES

Solution au millième  
Ampoules à 3/10 de milligramme  
pour injections intraveineuses

DRAEGER

# CONSTIPATION

## REEDUCATEUR DE L'INTESTIN

AUCUNE ACCOUTUMANCE  
LABORATOIRES LOBICA  
~~46, AVENUE DES TERNES - PARIS~~  
25, RUE JASMIN - PARIS (16<sup>e</sup>)



### à base de :

SELS BILIAIRES  
POUDRE DE GLANDES INTESTINALES  
CHARBON POREUX  
FERMENTS LACTIQUES  
POUDRE DE LAMINARIA FLEXICAULIS  
POUR 1 COMPRIMÉ

**1 à 6 comprimés par jour**  
**aux repas ou au coucher**  
**Commencer par deux comprimés**

# LACTOBYL

# tonique "roche"

**élixir**

2 cuillerées à café  
2 fois par jour.

phosphore • strychnine  
arsylène • manganèse

**toni-stimulant  
complet**



Produits F. HOFFMANN-LA ROCHE & C<sup>ie</sup> - 10, Rue Crillon - PARIS



## DYSTHYMIES ET DYSPHÉNIES CONGÉNITALES

### PRESENTATION CLINIQUE

Par M. R. BENON,

Médecin du Quartier des maladies mentales  
de l'Hospice général de Nantes.

Les dysthymies congénitales ne sont, en général, que des anomalies ; pourtant elles se présentent parfois sous forme d'accès morbides (mélancolie minor, anxiété périodique, etc.). Au contraire, les dysphénies congénitales sont des anomalies tellement prononcées qu'elles doivent constituer pratiquement des maladies ou des anomalies-maladies.

### DYSTHYMIES CONGÉNITALES

**Définition.** — Sous le nom de troubles constitutionnels de l'émotivité (hyperthymie et dysthymie constitutionnelles : thumos, émotivité), on désigne d'une part les signes d'amplification et de grossissement, d'autre part la répétition fréquente des émotions dites normales. On les observe chez les individus qui, sous l'influence de causes extérieures, ont une disposition remarquable au chagrin, à la joie, à l'anxiété, à l'énervement, et qui sont sujets à des alternatives d'excitation et de dépression. On constate donc chez eux : 1) des états hyperthymiques, simples ou complexes, épisodiques ou durables, et sans délire ; 2) des alternatives d'excitation et de dépression.

**A. Les états hyperthymiques.** — D'un point de vue clinique pratique, nous distinguerons les cinq variétés suivantes (sans délire) :

1) **L'HYPERTHYMIE-CHAGRIN.** — L'hyperthymie-chagrin (petit état mélancolique sans délire) est déterminée par l'idée d'un mal passé (perte d'un enfant, revers de fortune, etc.). On constate du serrement épigastrique, des sanglots, du désespoir, de l'asthénie secondaire. Chez les dégénérés hyperthymiques, elle pourra très vite faire place à l'hyperthymie-anxiété, l'idée obsédante d'un mal à venir ayant remplacé l'idée obsédante d'un mal passé. L'hyperthymie-chagrin motivée, qui peut se répéter, doit être distinguée du *chagrin périodique*, qui vient sans cause, par accès, dure quelques heures et disparaît subitement. A noter que l'hyperthymie-chagrin, surtout chez les sujets non « dégénérés », marque le début du délire mélancolique vrai.

2) **L'HYPERTHYMIE ANXIEUSE.** — Elle est déterminée par l'idée obsédante d'un mal à venir (crainte d'échec dans une entreprise). On note de l'épigastrie, de l'oppression, des palpitations, de la sécheresse et du serrement de la gorge, une tendance impulsive au déplacement, de l'asthénie secondaire, etc. Chez les dégénérés, l'anxiété peut alterner avec le chagrin, la joie, l'énervement. Il existe une *anxiété périodique*, à début et terminaison brusques, de courte durée, qu'il faut distinguer de l'hyperthymie anxieuse simple.

3) **L'HYPERTHYMIE COLÉREUSE.** — C'est l'hyperthymie à base d'énervement, déterminée par l'idée obsédante d'un mal fait par autrui. On note du serrement épigastrique, du serrement à la gorge, du tremblement, de l'agitation des membres, de l'asthénie secondaire, etc. Il existe un *énervement périodique*, à début et à terminaison brusques. L'énervement prédomine souvent au début du délire de persécution. L'hystérie est une crise nerveuse à base d'énervement.

4) **L'HYPERTHYMIE JOYEUSE.** — Déterminée par l'idée obsédante d'un bien à venir, elle est caractérisée par une suractivité musculaire et idéative, avec sentiment de bien-être et de légèreté corporelle. La joie sans cause est la manie, souvent périodique.

5) **LES HYPERTHYMIES COMPLEXES.** — Dans les états passionnels (haine, jalousie, amour, etc.), on observe les émotions les plus variées, alternantes, toujours motivées par les idées du moment, avec tendances aux délires les plus polymorphes, les plus complexes.

**B. Les alternatives d'excitation et de dépression.** — Chez les instables et impulsifs constitutionnels, l'excitation (anxiété, énervement, joie) alterne maintes fois avec l'asthénie ou dépression (cyclothymie). Cette excitation est de courte durée, toujours en relation avec les idées du sujet et non pas sans cause comme chez les périodiques (la manie périodique et l'asthénie périodique sont les états qu'il est le plus difficile de distinguer de l'excitation et de la dépression des dysthymies constitutionnelles). Dans la dépression on note souvent de la vagotonie et de l'hypothyroïdie ; dans l'excitation de la sympathicotomie et de l'hyperthyroïdie.

### DYSPHÉNIES CONGÉNITALES

**Définition.** — Ce sont les états de « faiblesse d'esprit congénitale ». Cette faiblesse d'intelligence constitutionnelle, innée, — et non pas acquise, — comporte cliniquement trois degrés : 1) la débilité mentale congénitale ; 2) l'imbécillité ; 3) l'idiotie.

**LA DÉBILITÉ MENTALE CONGÉNITALE.** — C'est à l'école, en particulier, que se manifeste le plus nettement la débilité mentale constitutionnelle. Le sujet est capable d'apprendre un peu à lire, écrire et compter, mais, pratiquement, son intelligence reste très au-dessous de la moyenne. La mémoire est pauvre, fugitive, courte, et cela malgré les meilleures méthodes mnémotechniques. L'attention spontanée est extrêmement médiocre, la réflexion très mobile. Les jugements, les raisonnements, les croyances restent puérils, avec des tendances fâcheuses à recevoir les suggestions, bonnes ou mauvaises. De tels sujets ne peuvent apprendre un métier, travailler seuls ; ils doivent être constamment sous la surveillance de personnes qui leur sont dévouées. On note quelquefois chez eux des bizarreries de l'imagination, mais aucune originalité propre. La débilité motrice, à l'ouvrage, est aussi nette que la débilité psychique à l'étude, et se traduit par une maladresse habituelle. La recherche de la débilité mentale congénitale à l'aide des tests de calcul, de lec-

ture, d'histoire, etc., a surtout son utilité pendant la seconde enfance. Le sujet est porteur souvent, mais non pas toujours, des stigmates physiques de la dégénérescence : asymétrie faciale, déformations crâniennes, aspect ogival de la voûte palatine, adhérence du lobule des oreilles, etc.

Le diagnostic de la débilité mentale constitutionnelle est à faire : 1) chez l'enfant, avec l'asthénie constitutionnelle (fatigabilité), avec l'apathie constitutionnelle (pas de fatigabilité), qui ne comportent jamais de troubles du jugement ; 2) chez l'adulte, avec les démences qui sont acquises, avec l'asthénie, surtout avec l'asthénie chronique, avec la confusion mentale (état aigu et non état chronique).

**L'IMBÉCILLITÉ.** — C'est l'état de faiblesse d'esprit intermédiaire entre la débilité mentale et l'idiotie. Le sujet n'a acquis aucune notion scolaire. Il ne dispose pas du langage écrit. Il ne sait ni lire, ni compter. En général il parle à l'aide de phrases toutes faites. Il ne peut suivre une conversation. Lorsqu'il est docile, euphorique, ce qui est le cas le plus commun, il approuve naïvement tout ce qui se dit ou se fait autour de lui. Il mange seul, mais malproprement. Il n'est pas gâteux. Sa capacité ouvrière est nulle. Lorsqu'il est colérique, il est susceptible de se livrer à des réactions très nuisibles.

**L'IDIOTIE.** — Dans l'idiotie, le sujet ne dispose plus du langage parlé. Pour la vie de relation, son langage est réduit à un langage mimique très fruste. Il exprime ses appétits, ses besoins par un cri ; plus rarement, il articule une ou deux syllabes, toujours les mêmes ; quelquefois il gesticule, s'excite, frappe. Il est nécessaire de l'alimenter. Le gâtisme est constant. On désigne sous le nom d'idiotie acquise des états d'arrêt de développement intellectuel, consécutifs à des méningo-encéphalites diffuses ; un certain nombre de ces petits malades sont des aphasiques avec manie chronique.

**Le Traitement de l'Encéphalite Epidémique et de ses séquelles** (1), par le D<sup>r</sup> SIGWALD, chef de clinique à la Faculté de Médecine de Paris.

Dans sa première partie, l'étude thérapeutique est d'abord historique ; rappelant les nombreuses tentatives, celles qui ont été utiles, et aussi celles qui ont échoué, l'auteur montre l'importance de l'effort dans ce domaine. C'est uniquement dans cette partie qu'il décrit brièvement les méthodes qui, préconisées à une époque, ont été depuis abandonnées ; ainsi l'exposé de la thérapeutique active, qui est déjà long et complexe, ne sera pas encombré par celui des essais sans lendemain.

Dans une deuxième partie, le D<sup>r</sup> SIGWALD se propose d'exposer tous les traitements utiles de l'encéphalite et de ses séquelles ; cette étude analytique est aussi précise qu'il est possible.

Dans la troisième partie, il envisage la manière de conduire le traitement aux diverses époques de la maladie, se basant et sur ses propres constatations, et sur l'expérience du Professeur GUILLAIN, au cours de son enseignement à la Clinique neurologique de la Salpêtrière.

L. G.

(1) Collection « Les Thérapeutiques nouvelles ». Grand in-8 de 52 pages. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

## PREMIER CONGRÈS DE L'ENFANT A LA MER ET A LA MONTAGNE

Le premier Congrès de l'Association pour l'Etude des Radiations solaires, terrestres et cosmiques, a été tenu à La Malou, du 15 au 17 juillet, sous la présidence d'honneur de M. Gaston Doumergue et de M. le professeur Euzière, doyen de la Faculté de médecine de Montpellier. La présidence effective du Congrès était assurée par M. le professeur Nobécourt, de la Faculté de médecine de Paris (chaire des Maladies de l'enfance). Les vice-présidents étaient : les professeurs Leenhardt (chaire des Maladies de l'enfance à la Faculté de médecine de Montpellier), Giraud (chaire de Pathologie à la même Faculté), Piery (chaire de Climatologie à la Faculté de Lyon), Rollier (Leysin), professeur honoraire à la Faculté de Lausanne.

Le maire de La Malou, le docteur Cauvy, vice-président de la Fédération des Stations thermales et climatiques françaises, a reçu les congressistes et leur a adressé les souhaits de la Station de La Malou. Le docteur M. Faure, président de la Société médicale du Littoral méditerranéen et directeur des études de l'Association organisatrice, a expliqué les buts du Congrès : il s'agit de donner aux médecins, aux éducateurs de la jeunesse et aux familles, des notions claires et précises, leur permettant de guider leurs enfants dans le choix du climat et dans la pratique de la cure d'air et de la cure solaire, en les avertissant des erreurs qu'il faut éviter et des dangers qu'elles peuvent présenter. Le professeur Nobécourt a ouvert le Congrès en exposant l'importance des notions climatiques dans l'éducation hygiénique de l'enfant, en remerciant le maire et la commune de La Malou de leur accueil cordial et en félicitant le D<sup>r</sup> M. Faure de son initiative.

Le professeur Puech (de Montpellier) a présenté ensuite un très important rapport sur le climat méditerranéen, qui fut suivi d'un exposé magistral du professeur Giraud sur les gradations de ce climat jusqu'à la zone montagnarde (Alpes, Cévennes, Pyrénées).

A midi, les congressistes se rendirent à la Station héliothérapique du Caroux (altitude 700 m.), où ils furent les hôtes du D<sup>r</sup> Azéma, directeur de la Clinique de Saint-Vital. Après le déjeuner, le D<sup>r</sup> Molinier, directeur des Etablissements Thermaux de Luchon, exposa, dans un rapport précis et complet, les différentes étapes parcourues en vue de la création et de la propagation des colonies de vacances et des camps thermaux. Le D<sup>r</sup> Azéma donna ensuite les caractéristiques climatiques du versant méditerranéen des Cévennes et le D<sup>r</sup> Rauch exposa les conditions de la cure climatique des enfants telle qu'elle est réalisée à Briançon. Puis une très belle excursion permit aux voyageurs d'admirer le panorama de la Méditerranée, des Alpes, des Cévennes et des Pyrénées, du monument récemment élevé au Mont-Caroux (1.100 m.) à la mémoire des écrivains combattants. Au retour, une réception eut lieu au Casino de La Malou où les congressistes furent les hôtes du D<sup>r</sup> Ménard, président de la Fédération médicale pyrénéenne, et du D<sup>r</sup> Ferrel, président du Syndicat d'initiative de La Malou. Une soirée fut offerte au Théâtre du Casino municipal par M. Bourelly, son directeur.

La journée suivante fut consacrée à l'audition des rapports du professeur Ag. Aimes (Montpellier) sur les Bains de soleil ; du D<sup>r</sup> Saidman, directeur de l'Institut d'actinologie (Paris, Aix-les-Bains, Vallauris), sur les connaissances nouvelles en héliothérapie ; du D<sup>r</sup> M. Faure, directeur de l'Association pour l'étude des radiations, sur les Radiations anormales du soleil et les influences dites cosmiques ; du D<sup>r</sup> Jullien (Pau) sur l'Enfant dans le climat de plaine et de moyenne altitude, et du professeur Rollier (Leysin) sur l'Enfant à la haute altitude. Ce dernier rapport fut pré-



senté par le D<sup>r</sup> Leubat, collaborateur du professeur Rollier, et accompagné d'un très beau film cinématographique.

En outre, au cours du Congrès, les communications suivantes furent présentées : L'Enfant dans le climat breton, par le D<sup>r</sup> Saint-Martin (Carnac-Plage) ; les Variations du courant air-terre, par M. Charbonneau, de l'Observatoire de Barcelone ; l'Ionisation de l'air et son action sur les états pathologiques, par le D<sup>r</sup> Denier (La Tour du Pin, Isère) ; l'Electricité atmosphérique et la vie, par le D<sup>r</sup> Préobrajensky, de l'Institut Pasteur de Paris ; l'Activité solaire et les réactions psychomotrices des écoliers, par M. Persigout ; la Cure d'altitude des enfants à Mégève, par le D<sup>r</sup> Rodet ; l'Influence prédominante de la vie au grand air dans la cure climatique, par le D<sup>r</sup> Bertrand (Saint-Parès-les-Vaudes, Aube) ; les Bains de soleil et leurs dangers, par le professeur Roffo (Buenos-Ayres) ; cette dernière communication fut lue par le D<sup>r</sup> Carratier, secrétaire des séances.

Le Congrès s'est terminé par la décision de tenir une deuxième session dans un délai minimum de 6 mois. Briançon, Chamonix et Nice ont été proposées comme siège éventuel de cette seconde réunion.

Le Congrès a ensuite statué sur les vœux suivants :

1° Vœu du D<sup>r</sup> Molinier de demander aux Assurances sociales de fournir à un certain nombre de Stations thermales et climatiques les ressources nécessaires pour créer des colonies de vacances sanitaires ou camps thermaux.

2° Vœu de M. Persigout sur l'utilité d'instituer, dans les Etablissements d'enseignement, une collaboration médico-pédagogique plus étroite, avec la spécialisation de certains maîtres et de certains médecins dans le diagnostic et le traitement des réactions anormales ou excessives aux influences climatiques ou météorologiques, chez les enfants ;

3° Vœu du D<sup>r</sup> Préobrajensky (Paris) que des recherches cliniques et expérimentales soient entreprises, en vue de l'utilisation de l'électricité organique dans le traitement des maladies ;

4° Vœu du professeur Rollier (Leysin) que l'éducation et l'instruction des enfants, soumis pendant un long temps à la cure de soleil, ne soient pas négligées ;

5° Vœu du D<sup>r</sup> Pehu (Lyon) sur la nécessité d'établir une réglementation de la balnéation et de l'exposition au soleil (conditions d'application, nombre et durée des séances, etc., etc...) ;

6° Vœu du professeur Perrin (Nancy) que les Stations balnéaires et climatiques, ainsi que les centres de sports d'hiver, se préoccupent des risques que l'exposition excessive au soleil peut faire courir et des accidents qui peuvent en être la conséquence.

L'Assemblée décide que les vœux du D<sup>r</sup> Pehu et du professeur Perrin seront joints aux vœux exprimés par la Société médicale du Littoral méditerranéen (Assemblée du 20 janvier 1935) et par la Société d'hydrologie et de climatologie de Paris (séance solennelle du 14 mars). Sur la proposition du D<sup>r</sup> Donnadiou (de Fréjus), il est décidé que des démarches seront faites auprès des municipalités et des Syndicats d'initiative, pour attirer leur attention sur le discrédit qui ne manquerait pas d'atteindre tôt ou tard la bienfaisante coutume de l'exposition au grand air et au soleil, si ces Stations ne prenaient pas elles-mêmes l'initiative d'empêcher les excès.

L'Assemblée approuve ces vœux et termine la première session du Congrès, en laissant au Comité d'organisation et de direction, désormais érigé en Comité permanent, le soin de s'entendre avec l'Association pour l'étude radiations solaires, terrestres et cosmiques, afin de fixer la date et le lieu de la session suivante.

Les rapports et communications, ainsi que le compte rendu in extenso de la première session du Congrès, seront publiés dans un livre spécial de la Revue *Cosmobiologie*, dont le secrétariat est 24, rue Verdi, à Nice.

## NOTES DE MÉDECINE PRATIQUE

### LA FARINE DE SOJA DANS L'ALIMENTATION DU NOURRISSON <sup>1</sup>

Par M. L. BABONNEIX,

Médecin de l'hôpital Saint-Louis (annexe Grancher).

**Historique.** — Le pois de Soja, dit M. R. Mathieu, est cultivé depuis la plus haute antiquité à Java, en Chine et au Japon, et considéré comme un aliment que l'on peut mettre sur le même plan que le riz.

Dès 1904, le professeur A. Gautier, bientôt suivi par Baland, insiste sur sa valeur nutritive, qu'explique sa richesse en lipides et en protéines, mais ce sont surtout les Américains qui ont attiré sur lui l'attention des médecins d'enfants : J. Rühre montre, en 1910, ses heureux effets dans le traitement de la diarrhée infantile et les hypotrophies (1910). Sinclair (1917) vante les résultats que lui a donnés ce produit dans les gastro-entérites ; Mc Collum et Simmonds établissent qu'il est très supérieur aux autres légumineuses ; Osborne et Mendel, que, s'il est pauvre en sels, il contient tous les amino-acides indispensables à la croissance et à l'entretien. En Europe, il est moins connu. Seuls, Hermann et Neumann (1912) en louent les effets dans les gastro-entérites aiguës du nourrisson.

**Composition.** — Envisageons d'abord la composition globale :

Cellulose .....	3 60 %
Glucides .....	12 11 %
Lipides .....	14 80 %
Protides .....	35 14 %
Cendres .....	4 35 %

On voit donc qu'elle est *particulièrement riche en protéines* (35 p. 100, alors que la viande de bœuf n'en contient que 29, et l'œuf 14 p. 100).

Ajoutons qu'elle contient :

De la phytine, en moindre quantité que dans le tournesol ;

Tous les amino-acides indispensables à la vie, mais certains, dont la lysine, en toute petite quantité ;

Les vitamines hydro-solubles (Osborne et Mendel) ;

Que le chlorure de sodium et le calcium y sont peu abondants.

Si, maintenant, nous étudions les diverses protéides qu'on trouve dans la farine de soja, on voit, d'après le tableau reproduit par Lewis Webber Hill et Harold C. Stuart, que les vitamines y figurent dans les proportions suivantes :

Glycine .....	1 »
Valine .....	0 7
Leucine .....	8 5
Proline .....	3 8
Phénylalanine .....	3 9
Tyrosine .....	1 9
Cystine .....	1 1
Acide aspartique .....	9 4
Acide glutamique .....	19 5
Acide hydroxylglutamique .....	6 5
Arginine .....	5 1
Histidine .....	1 4
Lysine .....	2 7
Tryptophane .....	1 7

(1) Cf. R. MATHIEU. La nutrition et les troubles digestifs. *Encyclopédie médico-chirurgicale*, section Pédiatrie, Paris 1934, in-4°.

Si l'on compare cette formule à celle de la lactalbumine, qui contient 9,16 de lysine, 2,69 de tryptophane et 4,08 de cystine, on voit que la soja contient environ quatre fois moins de ces amino-acides indispensables que la lactalbumine. D'où cette conséquence pratique, tirée par les auteurs américains (Daniels et Nichols, L. Webb Hills et H. C. Stuart), que lorsque, dans un régime, on doit la substituer à celle-ci, il faut en mettre quatre fois plus.

Il existe deux variétés de farine :

L'une, de provenance anglaise, obtenue par le procédé de Bercheller (de Vienne), qui élimine une substance toxique. De goût agréable, de saveur douce, contenant les vitamines A, B, C et D, elle ne rancit pas ;

L'autre, de fabrication française artificiellement dégraissée, de goût amer, que l'on masque par addition de sucre et de vanille, qui convient plus particulièrement aux petits malades, et dont la composition serait :

Eau .....	13 50 %
Protides .....	45 19 %
Lipides .....	2 45 %
Glucides .....	28 15 %
Cellulose .....	4 32 %
Cendres .....	6 38 %

**Mode d'emploi.** — La farine de soja ne peut être employée telle quelle dans l'alimentation des nourrissons. Elle contient, en effet, trop de protéines, et ne contient pas assez de lysine ; sa richesse en protéines en fait un aliment déséquilibré, sa pauvreté en lysine la rend incapable d'assurer la croissance. Mais on peut obvier à ces deux inconvénients en la mélangeant aux farines de céréales, de manière à réaliser l'équilibre entre protides et glucides, et en lui ajoutant : 1° une petite quantité de substances animales riches en lysine ; 2° des vitamines.

MM. Ribadeau-Dumas et R. Mathieu proposent la formule suivante :

#### Bouillie de soja

Sel .....	Trace
Extrait de malt en paillettes.	2 gr. 50
Farine de soja .....	4 gr.
Sucre de canne .....	5 gr.
Lait sec .....	Une cuillerée à café
Crème de riz .....	10 gr.
Eau .....	50 gr.

Cette bouillie, où il n'y a qu'une cuillerée à café de lait sec, possède la même valeur calorique qu'un mélange de six cuillerées à café de lait sec et de 100 gr. d'eau. Elle représente, en effet, 720 calories, dont 13 p. 100 sont fournies par les protéines de soja. Ajoutons que l'on doit ajouter à la farine de soja, pour 100 grammes, 2 gr. de NaCl et 4 gr. de CO<sup>3</sup>Ca.

Cette formule peut être modifiée selon les circonstances, soit qu'on augmente la quantité de soja, soit qu'on ajoute des graisses, en proportion de 5 p. 100. Il est indiqué d'ajouter au régime un peu d'huile de foie de morue, étant donné la pauvreté du produit en vitamines lipo-solubles.

Sous l'influence de cette bouillie, les selles deviennent moins volumineuses, moins pâteuses et plus acides.

**Indications.** — Ce sont surtout :

1° *Les diarrhées simples du nourrisson.* — « La transformation rapide des selles liquides, semi-liquides ou grumeleuses, en selles régulières et jaunes est parfois surprenante » (R. Mathieu) ;

2° *Les diarrhées graves*, en particulier le choléra infantile (Sainclair), où, dans un certain nombre de cas, les bouillies à la crème de riz et au soja ont permis d'attendre le moment où l'on peut reprendre le lait ;

3° *La dyspepsie du lait de vache*, lorsque le babeurre n'est pas ou n'est plus toléré ;

4° *La dyspepsie des farineux.* Dans ce cas, comme dans le précédent, on observe parfois, au début de la cure, une chute de poids, due à l'élimination de l'eau en excès qui imbibé les tissus ;

5° *Les troubles digestifs secondaires* (Fouet et R. Mathieu) ;

6° *Les accidents dus à l'intolérance lactée* ;

7° *Les dermatoses diathésiques* : eczéma, strophulus.

Il faut savoir, d'une manière générale, que :

1° Les résultats favorables ne sont pas constants ;

2° Certains nourrissons éprouvent, à l'égard du soja, une répugnance insurmontable ;

3° Qu'avec ce produit, la croissance en poids est loin d'être toujours parfaite : « Il y a des cas où, après une heureuse période où le gain de l'enfant semble rapide, la courbe devient hésitante, elle dessine des dents de scie, et l'accroissement se réduit à quelques grammes » (R. Mathieu).

**Contre-indications.** — Ce sont :

1° *Le trop jeune âge* : au-dessous de 3 mois ;

2° *Le syndrome cholériforme avec anurie*, et, d'une manière générale, les cas où le rein n'est plus capable d'éliminer l'urée à la concentration physiologique.

## SOCIÉTÉS SAVANTES

### SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 21 JUIN 1935)

#### Diabète insipide au cours d'une maladie Besnier-Boeck.

— MM. LESNÉ, LAUNAY et SÉE. Enfant de 10 ans porteur de sarcoïdes hypodermiques digitales et d'altérations radiologiques lacunaires cystoïdes des phalanges et des métacarpiens datant de 2 ans. Développement ultérieur d'un érythème pernio des doigts, puis de la face ; d'altérations unguéales qui permettent de classer ce fait dans le cadre de la maladie de Boeck ou lymphogranulomatose bénigne de Schaumann, maladie de Besnier-Boeck. A la biopsie d'une sarcoïde digitale on constata la présence de formations folliculaires formées de grandes cellules épithélioïdes au centre et à la périphérie de cellules lymphoïdes.

Survenue plus tard d'un diabète insipide, puis plus tard développement progressif d'une obésité du type hypophysaire.

**Basophilisme hypophysaire de Cushing.** — M. LANGEON (de Lille). Jeune fille de 19 ans présente brusquement, sans antécédents, de l'aménorrhée, de l'obésité, du virilisme pileux, de l'hypertension modérée. Evolution vers la mort et, à la fin, apparition de troubles psychiques intenses, cachexie et quadriplégie flasque. Il s'agit sans doute d'un cas de basophilisme hypophysaire de Cushing.

**Epithélioma à caractère squirreux de l'estomac, suivi d'un cancer aigu généralisé simulant une granulie.** — M. DIMITRESCO (Bucarest). Cliniquement, état infectieux avec fièvre, arthralgies, prostration, irritation méningée. Dissémination carcinomateuse s'étant faite par voie sanguine.

**Syndrome de Still avec endocardite streptococcique.** — MM. LESNÉ, CLEMENT, LAUNAY et LANÇON. Enfant de 6 ans atteint, après crises douloureuses, d'un rhumatisme fibreux subaigu des coudes, des poignets, des tibio-tarsiennes avec déformations carpiennes, ankylose partielle, atrophie musculaire, splénomégalie, adénopathies ; on croit à syndrome



de Still. Après 2 mois hémoculture révèle l'existence d'un streptocoque hémolytique. Evolution alors comme endocardite maligne. Mort au troisième mois. A l'autopsie, lésions endocarditiques avec infarctus spléniques.

Le docteur DEBRÉ estime qu'il s'agit bien d'un cas de maladie de Still.

**Maladie de Hodgkin avec anémie intense.** — Mlle GAUTHIER-VILLARS et M. THOYER. Dans ce cas de maladie de Hodgkin, anémie très importante. Taux des globules rouges 1.500.000 pendant l'évolution. Cette anémie a été le symptôme dominant.

**Cirrhose pigmentaire avec infantilisme et myocardié.** — MM. DE GENNES, DELARUE et DE VERICOURT. Malade présentant une triade caractérisée par l'existence et le développement d'une cirrhose avec pigmentation cutanée, de signes d'infantilisme régressif et d'insuffisance cardiaque grave, à évolution mortelle. Il doit s'agir d'un syndrome endocrino-hépatogénital, dont l'étude soulève le problème de l'origine endocrinienne de certains cirrhoses et de certaines insuffisances cardiaques sans lésions du myocarde.

**Diabète insipide et obésité avec vergetures par atteinte infundibulo-tubérienne d'origine ourlienne.** — MM. FLANDIN, POUMEAU-DELILLE, PUECH et AUZEPY. Présentation d'un malade atteint d'un syndrome constitué par un diabète insipide, une obésité sans troubles génitaux, des vergetures, du dérobement des jambes, semblant être la conséquence d'une atteinte de la région infundibulo-tubérienne par infection ourlienne.

**Deux cas d'érythème noueux.** — M. HUBER. Premier cas : après la guérison d'un érythème noueux, une cuti-réaction provoque une reprise de l'érythème noueux.

Deuxième cas : apparition d'un érythème noueux au cours d'une lobite.

**Xanthomatose cranio-hypophysaire (maladie de Schuller-Christian).** — MM. LESNÉ, CLEMENT, OBERLING et FLEURY. Constatations nécropsiques d'un cas de maladie de Schuller-Christian.

Mort due à méningite purulente avec abcès cérébelleux due à propagation d'une infection otitique à travers le tissu lipoïdique qui avait détruit la mastoïde et une partie du rocher.

Démonstration de l'envahissement des os et leur destruction par le tissu de granulation lipoïdique. Apparition du mécanisme réalisant l'abaissement de l'arcade sourcilière, la protubérance oculaire, l'asymétrie faciale et la surdité.

(SÉANCE DU 28 JUIN 1935)

**Deux cas de maladie des jeunes porchers : type nouveau probablement spécifique de méningite lymphocytaire bénigne.** — MM. ROCH, DEMOLE et MACH (Genève). Maladie sévissant en Suisse et en Haute-Savoie depuis quelques années, frappant les jeunes gens occupés dans les porcheries. Etat fébrile aigu pendant quelques jours. Déferescence brusque, puis reprise brève de la fièvre. Cliniquement : douleurs abdominales, constipation, céphalées. A la ponction lombaire, lymphocytose considérable et passagère.

Le professeur Lemierre admettrait l'origine spirochétosique de la maladie.

**Métiococcie pleuro-pulmonaire.** — MM. H. GOUNELLE et WARTER (Strasbourg). Au cours d'une fièvre de Malte, apparition d'accidents pleuro-pulmonaires ayant simulé une tuberculose aiguë. Liquide pleural citrin, comportant 60 % de lymphocytes et 40 % de polynucléaires. Culture stérile.

Après une phase critique, avec aggravation de l'état général, anémie (1.800.000 G. R.), dyspnée angoissante, point de côté intense, transpirations profuses, insomnies. Ulcération linguale, hyperthermie ; la situation s'améliore avec le vaccin antimétiococcique de l'Institut Pasteur. Guérison.

**Paralysie sérique à forme de radiculo-myélite.** — MM. C. GAUTIER et SEIDMANN. Paralysie sérique généralisée consécutive à une injection de sérum antitétanique. Début quatre jours après l'injection. Les muscles atteints surtout ont été ceux des membres inférieurs, puis ceux du tronc, des membres supérieurs et la musculature externe de l'œil : un Babinski unilatéral. Beaucoup plus tard, réaction de dégénérescence partielle. Il s'agit sans doute d'une radiculo-myélite.

**A propos de la carotininémie.** — MM. VILLARET, J. BESANÇON et BAUMGARTNER. Cas de carotininémie prolongée, à la suite d'une cure d'oranges. Une atteinte hépatovésiculaire semble avoir favorisé la rétention du carotène et sa localisation au niveau des extrémités semble s'expliquer par une stase veineuse périphérique vérifiée par la mesure de la pression veineuse.

**Epanchement pleural hémorragique au cours d'une poussée aiguë de purpura.** — M. BENDA et Mlle SALEMBIEZ. Biologiquement, il faut noter cette anomalie que le liquide pleural hémorragique partiellement hémolysé ne contenait plus qu'une partie des agglutinines du sang retiré des vaisseaux. Dans la plupart des pleurésies hémorragiques, le liquide pleural n'est communément pas hémolysé.

**Centrifugation appliquée à l'étude des hémagglutinines de divers liquides organiques.** — M. BENDA, Mlle SALEMBIEZ et M. CORO DEL POZO. Conclusion de ce travail : 1° analogie de la plupart des liquides organiques avec les sérums sanguins correspondants en ce qui concerne leur mode d'action sur les diverses catégories de globules rouges ; 2° possibilité d'une action agressive de certains liquides organiques vis-à-vis des hématies des donneurs universels ; 3° coexistence d'une accélération de la vitesse de sédimentation globulaire chez les malades dont le sérum ou le liquide pleural agglutine les hématies de donneurs universels.

**Un cas de syndrome latéral du bulbe.** — MM. G. MARCHAL et J. LEREBoullet. Caractères cliniques : du côté de la lésion, paralysie du voile, hémisindrome cérébelleux, syndrome de Claude Bernard-Horner ; anesthésie dans le domaine du trijumeau.

Du côté opposé, hémianesthésie à type syringomyélique.

Topographie dissociée de l'anesthésie du trijumeau, limitée au territoire de l'ophtalmique. Œdème aigu terminal.

**Un cas d'ostéopsathyrose.** — MM. CROUZON, BOUR et TURCKINI. Malade présentant la triade symptomatique de la maladie de Lobstein. Fragilité osseuse, coloration bleue des sclérotiques, otosclérose. En plus chez cette malade : troubles mentaux sous forme de psychose hallucinatoire chronique, association déjà mentionnée dans d'autres cas. En l'espèce, caractère familial et héréditaire.

**Injection intracardiaque d'ouabaïne.** — MM. LIAN et ABAZA rapportent le résultat de recherches expérimentales faites sur des chiens :

Toutes les données démontrent que la fibrillation ventriculaire est plus à redouter avec l'adrénaline qu'avec l'ouabaïne ; l'adrénaline augmentant beaucoup plus l'excitabilité myocardique que l'ouabaïne. D'après les auteurs, l'ouabaïne mérite de prendre place à côté de l'adrénaline, parmi les médicaments susceptibles d'être employés en injections in-

tracardiaques dans les états de mort apparente dus à une syncope brutale et prolongée, résistant aux autres moyens thérapeutiques.

**Endocardite ulcéro-végétante au cours d'une méliococcie.** — MM. HUGUES GOUNELLE et WARTER (Strasbourg). Malade ayant contracté la fièvre de Malte en 1934. Etat grave jusqu'en mars 1935. Cardioplégie irréductible avec œdèmes et souffle systolique de la base, néphrite avec cylindres hématuriques, albuminurie et azotémie de 2 g. 44, splénomégalie, purpura et subictère, fait admettre le diagnostic d'endocardite maligne. L'impossibilité de cultiver empêche d'affirmer l'origine brucellienne vraisemblable de l'endocardite.

#### SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 15 JUIN 1935)

**Neuroinfection autostérilisée non mortelle avec présence d'inclusions intranucléaires, dans la fièvre jaune expérimentale du cobaye conférée par inoculation sous-durémérienne.** — Mme L. KOPCOWSKA décrit des cas de neuroinfection amarile autostérilisée non mortelle, conférée aux cobayes par inoculation sous la dure-mère. L'étude histopathologique de leurs cerveaux montre la présence d'inclusions caractéristiques. Mais l'infection étant surmontée par les moyens de défense locale, le virus fait défaut dans le névraxe de ces cobayes : les inoculations faites à d'autres animaux en partant de leurs cerveaux restent sans suite.

**Libération de substances histaminiques dans l'embolie cérébrale expérimentale.** — MM. J. TINEL, G. UNGAR et A. GROSSIORD ont constaté que la production d'embolies cérébrales s'accompagnait de la mise en liberté de substances à action histaminique. Il est possible que ce phénomène joue un rôle dans le mécanisme des infarctus.

**Dissociation du B. œdématis.** — Mlle J. COLEFF est arrivée à isoler différentes variantes du B. œdématis. Dépourvues de pouvoir toxigène, elles sont toutes agglutinées par le sérum agglutinant préparé par des injections de microbes de la forme typique de B. œdématis. Conservée plusieurs mois à la température du laboratoire, chacune peut donner naissance aux éléments des autres variantes de la même espèce.

**Préparation du sérum anti-V. septique par le procédé d'enrobage dans la lanoline.** — M. G. RAMON ayant obtenu d'excellents résultats dans l'immunisation des animaux par injection d'antigènes enrobés dans la lanoline, MM. WEINBERG et GUILLAUMIE ont utilisé ce procédé pour la préparation du sérum anti-V. septique.

Au bout de 3 injections, le cheval a produit un sérum antitoxique titrant 300 unités, c'est-à-dire un sérum utilisable en pratique sérothérapique. Au bout de 4 injections, le titre de ce sérum est monté à 900 unités, après la cinquième injection à 1.400 unités.

Il est impossible d'obtenir un sérum antitoxique de ce titre en employant les méthodes classiques. A noter qu'il est obtenu après des injections de quantités très petites d'antigène.

Le mécanisme de ce procédé d'immunisation ne peut être expliqué que par la *résorption lente et continue* de l'antigène enrobé dans la lanoline, ainsi que par la réaction violente qu'il provoque dans l'organisme.

**Dissociation du type R eugonique des souches de bacilles tuberculeux bovins dysgoniques.** — M. R. LAPORTE continue l'étude de la dissociation en variété R eugonique des souches de bacilles tuberculeux bovins récemment isolés et qui appartiennent à la variété S dysgonique. Le phé-

mène qui permet de suivre le mécanisme de la dissociation consiste en l'apparition de colonies secondaires à la surface des colonies de première génération, maintenues 10 à 16 semaines à l'étuve. Reportées sur pomme de terre, elles donnent une culture rugueuse qui devient de plus en plus fertile après plusieurs passages sur ce milieu. Cinq souches sur trente ont pu être ainsi dissociées. Les souches R eugoniques récentes ne sont pas stables d'emblée *in vivo*, mais le deviennent à la longue.

Ces caractères sont semblables à ceux que l'on observe dans la dissociation du bacille tuberculeux aviaire.

Deux milieux solides nouveaux, spécialement adaptés aux formes dysgoniques des bacilles tuberculeux, ont grandement facilité ces recherches.

**Evolution du virus vaccinal et du virus rabique des rues dans l'épithélium cornéen.** — MM. C. LEVADITI et R. SCHOEN examinent les détails de la genèse et de l'évolution des corps de Négri cornéens et des corps de Guarnieri. Les premiers n'apparaissent que vers la fin de l'incubation de la rage dans les deux cornées à la fois, alors que les derniers évoluent dès les premières heures succédant à l'inoculation, et seulement dans la cornée scarifiée.

**Action du rayonnement total de la lampe à mercure sur le virus récurrentiel.** — MM. C. LEVADITI et V. DEUTSCH étudient le comportement, à l'égard des rayons ultraviolets, du virus récurrentiel présent dans le sang et le cerveau d'animaux sacrifiés en pleine infection, d'une part, et, d'autre part, dans le névraxe des sujets devenus réfractaires. L'utilisation du rayonnement total de la lampe à mercure permet de constater des différences manifestes entre le virus récurrentiel contenu dans le sang et le cerveau des animaux sacrifiés en pleine spirillose (état végétatif), et le névraxe virulent des sujets réfractaires (état infravisible).

**Phénomène de réduction du bleu de méthylène par les variétés R et S des bacilles tuberculeux.** — M. Th. GUTHIE. Les variétés dissociées R et S des bacilles tuberculeux aviaires et mammifères possèdent la propriété de réduire le bleu de méthylène. La réduction, plus rapide et plus prononcée pour les variétés S des bacilles mammifères que pour la même variété des bacilles aviaires, est étroitement liée à la formation du voile superficiel.

**Haute virulence pour le lapin et le veau d'une souche de bacilles bovins isolée de l'organisme d'un enfant mort de méningite tuberculeuse.** — M. A. SAENZ a pu isoler chez un enfant non vacciné par le BCG à la naissance, un bacille bovin dont les caractères spéciaux de culture et la haute virulence font l'objet de ce travail.

En effet, ce bacille, qui présentait au moment de l'isolement le type dysgonique caractéristique du bacille bovin, s'est transformé en un type eugonique par passages successifs sur pomme de terre glycinée. Cette souche s'est montrée très virulente pour le cobaye, le lapin et le veau qui, à la dose de 1/2 milligr., a été tuberculisé avec lésions viscérales et séreuses très prononcées.

**Bacille jaune isolé d'une entérite aiguë.** — Mmes AITOFF, DOBKOVITCH et DIOU. Il s'agit d'un bacille court, Gram négatif, donnant d'emblée des colonies jaune d'or et conservant sa pigmentation après passage sur l'animal. Il tue la souris en injection intrapéritonéale, et les frottis de rate montrent la présence de diplobacilles encapsulés.

D'après ses caractères, il se rapproche du bacille de Friedlander, mais en diffère par sa propriété chromogène et quelques caractères de culture. Les auteurs proposent de le nommer *bac. enteritis flavus*.

**Sur l'épreuve d'hypoglycémie chez les diabétiques.** — MM. BAUDOUIN, LEWIN et AZÉRAD ont pratiqué 46 épreuves



d'hypoglycémie insulinique, d'où ils tirent les conclusions suivantes : 1° la chute de la glycémie, qui varie de 0,50 à 2 gr. 48, paraît d'autant plus profonde que la glycémie de départ est plus élevée. La moyenne est de 1 gr. 02 p. 1.000, au lieu de 0 gr. 30 chez les sujets normaux. 2° Le pourcentage d'abaissement moyen est de 49,3 p. 100, à peu près comme chez les sujets normaux. 3° Deux types de courbes peuvent être enregistrés : a) les unes où la glycémie, après avoir atteint son taux minimum, se relève, cet aspect rappelant les courbes des sujets normaux ; b) les autres où la glycémie ne tend nullement à se relever. Les auteurs pensent que ce fait est dû à un défaut du mécanisme antagoniste de l'insulino-sécrétion.

**Sur les épreuves d'hyper et d'hypoglycémie provoquée chez deux myxœdémateux.** — MM. BAUDOUIN, LEWIN et AZÉRAD ont pratiqué les épreuves d'hyper et hypoglycémie chez deux myxœdémateux.

A. La courbe d'hyperglycémie alimentaire est écrasée.

B. La courbe d'hypoglycémie présente une allure spéciale qui rappelle celle relevée chez certains diabétiques. Elle est caractérisée par la persistance de la chute glycémique pendant toute la durée de l'épreuve.

Au cours de cette épreuve ils ont pu remarquer que les signes dits d'hypoglycémie ont fait défaut chez le malade dont la glycémie s'est maintenue autour de 0 gr. 25 pendant deux heures et demie, alors qu'ils ont été assez intenses chez l'autre malade. Mais, apparus à un moment où la glycémie était à 0 gr. 55, ils ont disparu 20 minutes après, alors que l'hypoglycémie persistait et même s'accroissait. Ces signes dits d'hypoglycémie, quoique en relation avec une perturbation apportée au métabolisme du glucose de l'organisme, restent donc indépendants de la glycémie.

**Coloration vitale des éléments satellites endo-membraneux du tube rénal.** — M. IVAN BERTRAND et Mlle JACQUELINE GUILLAIN. Chez le cobaye, les cellules chargées de colorant vital coïncident avec les éléments endo-membraneux qu'ils ont décrits dans le tube rénal.

Rares à l'état normal, ces éléments, après injection de bleu Trypan, s'observent en abondance dans les segments à protoplasme clair. Leur morphologie est très variée ; on peut suivre la transformation progressive du corpuscule endo-membraneux grêle, ramifié avec de fréquentes anastomoses, en un type amiboïde à prolongements courts et trapus, et finalement en une masse globuleuse bourrée d'inclusions agglomérées, véritables « globi ».

L'injection vitale provoque chez le rat l'apparition d'un satellite endo-membraneux, existant normalement à l'état d'ébauche, multipliant les éléments dans la corticale et dans la médullaire, où l'on rencontre aussi des formes amiboïdes. Le fait ne se retrouve pas dans toutes les espèces, il est impossible de faire apparaître ce système chez le lapin et le chat.

**Etude expérimentale du chlorhydrate de peyotline.** — MM. A. CLERC, M.-M. JANOT et R. PARIS. Cette substance, extraite du Peyotl ou Echinocactus (Anhalonium Williamsii), détermine, en injection intraveineuse chez le chien, une chute brusque de la pression avec ralentissement et même arrêt du cœur ; en même temps, on observe, d'une part une diminution de volume du rein, laquelle dure plus longtemps que l'hypotension ; de l'autre une hyperglycémie accentuée ; à la bradycardie fait suite une tachycardie sinusale transitoire, sans anomalies des complexes ventriculaires électriques ; il s'agit probablement d'une action vagale, car les phénomènes cardiaques-tensionnels ne s'observent plus après atropinisation ou section des pneumogastriques. L'action s'apparente à celle de l'acétylcholine, de la pilocarpine. A signaler l'action antidotique du gardénal sodique.

**L'index-tyrosine de polypeptidémie dans les maladies mentales.** — MM. TH. SIMON, J.-CH. ROUX, R. GOIFFON. Cet index s'est montré très fréquemment élevé chez 168 sujets atteints de maladies mentales diverses, pris au hasard à la consultation de Sainte-Anne. Nous en trouvons 77,4 p. 100 qui ont un taux de polypeptides correspondant à plus de 30 milligrammes, alors que la normale est de moins de 25 milligrammes. Chez 13 p. 100 d'entre eux, ce taux dépassait 50 milligrammes. Sur une série de malades étudiés avant leur opération, pris comme comparaison, nous n'en trouvons que 31 p. 100 avec un taux supérieur à 30 milligrammes, et parmi eux 3,4 p. 100 au-dessus de 50 milligrammes.

**Recherches complémentaires sur l'épilepsie par parasites eutanés chez le cobaye.** — MM. Ph. PAGNIEZ, A. PLICHET et R. LAPLANE. Poursuivant leurs observations, les auteurs ont constaté que l'épilepsie dite de Brown-Séquard peut être due à plusieurs variétés de ces mallophages, deux au moins : un Gyropus et un Menopon. Chose curieuse : les caractères de l'épilepsie ne sont pas tout à fait les mêmes pour chacune de ces deux variétés, qui confèrent un cachet individuel à la maladie. Les auteurs en indiquent les principales particularités.

**Influence de la réaction tuberculinique sur le métabolisme de l'azote résiduel et la courbe d'élimination du glyco-colle chez des lapins sains ou tuberculeux ou inoculés avec le bacille B C G.** — M. F. PEZZANGORA, étudiant l'influence de la tuberculine sur le métabolisme de l'azote résiduel et la courbe d'élimination du glyco-colle, a constaté que l'injection intraveineuse d'une dose de 5 mmgr. de tuberculine ne modifie pas sensiblement les variations physiologiques de l'azote résiduel chez les lapins sains.

Que, chez les lapins inoculés depuis un mois avec du B C G et éprouvés avec la même dose de tuberculine, l'augmentation de la teneur en azote résiduel est très faible comparativement à ce qu'on observe dans les mêmes conditions chez les lapins tuberculisés avec des souches virulentes.

Le fait que les lapins inoculés avec du B C G réagissent à la tuberculine, mais ne présentent ultérieurement que de faibles variations de l'azote résiduel, montre que l'augmentation de cet azote observée chez les lapins tuberculeux n'est pas proportionnelle à l'augmentation de température provoquée par l'injection de tuberculine.

Dans les réactions tuberculiniques au cours de la tuberculose, les modifications du métabolisme azoté doivent donc dominer la scène.

**Eloge nécrologique.** — M. A. ACHARD, président, annonce à la Société la mort de M. MOUTON.

#### SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

(SÉANCE DU 10 AVRIL 1935)

**A propos de la thyroïdectomie dans le traitement de l'asystolie basedowienne.** — M. H. WELT expose que la thyroïdectomie subtotale est suivie de remarquables résultats, et cette opération permet d'obtenir de véritables résurrections. Il n'en serait pas moins préférable de proposer le traitement chirurgical avant l'apparition d'asystolie, car, principalement chez des malades âgés, après thyroïdectomie subtotale, il persiste quelquefois une légère déficience cardiaque. Il en était ainsi dans un cas présenté à la Société, pour lequel une thyroïdectomie totale complémentaire a permis d'obtenir une disparition complète de l'insuffisance cardiaque.

**Action de l'hydrothérapie sur le pH urinaire.** — MM. R. DUBOIS (de Saujon) et DOGNY signalent que la douche, chez

les psychonévrosés, en état de déséquilibre neuro-végétatif, provoque, le plus souvent, l'orientation du pH urinaire vers l'acidité dans l'heure qui suit.

Le traitement hydrothérapique tend d'autre part à orienter le pH urinaire vers l'équilibre acido-basique en fin de cure et, du fait sans doute de l'action quotidienne acidifiante de la douche, surtout chez les malades dont le pH urinaire est alcalin en début de cure.

Ces modifications humorales expliquent l'action favorable de l'hydrothérapie sur les troubles nerveux des psychonévrosés dont l'anxiété se traduit, en effet, sur le versant humoral, par une alcalose que modifie l'hydrothérapie.

Doit-on accorder, dans l'emploi thérapeutique, la préférence aux dérivés organiques ou minéraux du phosphore ? — Mlle Marie-Louise BARBAN démontre que, concurremment aux composés minéraux phosphorés les plus actifs, les dérivés organiques peuvent occuper en thérapeutique une place de choix et qui se justifie.

Chaque fois que le sujet relève de la médication acide, ou devra préférer le phosphate monosodique et le phosphate monocalcique aux autres dérivés sodiques, calciques ou magnésiens.

Dans tous les cas où, au contraire, l'ingestion de sels acides est à éviter, l'emploi des dérivés phosphorés organiques est à conseiller. Parmi ceux-ci, les glycérophosphates offrent une garantie sérieuse du fait d'une longue antériorité, mais les méthylphosphates et le glycérophosphate semblent aussi susceptibles d'entrer en ligne de compte. Toutefois, l'expérience thérapeutique de ces derniers manque encore, et l'administration de hautes doses par voie hypodermique n'apparaît pas sans danger.

Activité antirachitique comparée des sirops de lactophosphate et de chlorhydrophosphate de chaux. — M. R. GALIER signale que l'activité antirachitique du sirop de chlorhydrophosphate de chaux, expérimentalement déterminée, correspond très exactement à la quantité de phosphate monocalcique produite par action de l'acide chlorhydrique sur le phosphate bicalcique.

Par contre, l'activité antirachitique du sirop de lactophosphate de chaux reste très inférieure à l'activité du précédent, du moins quand elle est déterminée comparativement par les mêmes techniques expérimentales. Cette différence résulte vraisemblablement d'une trop faible proportion d'acide lactique mise en œuvre pour obtenir la quantité théorique de phosphate monocalcique et aussi de la production de lactate de chaux agissant comme antifixateur du calcium.

Il semble sage, dans ces conditions, d'accorder la préférence au sirop de chlorhydrophosphate de chaux, ainsi que l'a fait d'ailleurs la Commission du Codex de 1908.

#### SOCIÉTÉ MÉDICALE ET ANATOMO-CLINIQUE DE LILLE

(SÉANCE EXTRAORDINAIRE DU 24 MAI 1935)

Hypertension crânienne grave, avec symptômes hypophysaires, par méningite optochiasmatique ; intervention (présentation de malade). — MM. LANGERON, VINCENT et LEDIEU.

Appareil pour injections diverses de lipiodol (présentation d'instrument). — M. BELLE.

Lipiodol intra-utérin dans un cas de fibrome. — MM. D'HALLUIN et BELLE.

Syndrome de Hanot. — MM. LANGERON et DANÈS.

Hémorragie traumatique extra-dure-mérienne chez un enfant ; opération, guérison. Considérations sémiologiques. — MM. BILLET, DEREUX et LE DOURNEUF.

Récupération fonctionnelle du diaphragme, après phrénicectomie. — M. BERNARD.

Corps étranger du poumon et tuberculose pulmonaire. — M. BERNARD.

Sur le traitement des fractures du plateau tibial. — M. le médecin général WEITZEL.

Fracture du col de l'omoplate. — M. le médecin général WEITZEL et M. le médecin capitaine VEBER.

La chimiothérapie des streptococcies. — M. NIEGER.

A propos du diagnostic des tumeurs du rein (avec présentation de pièces). — M. LÉPOUTRE.

A propos de l'extraction des corps étrangers des voies respiratoires, sous le contrôle des rayons X. — M. D'HALLUIN.

Volumineux fragment de canule, tombé dans la bronche gauche ; extraction par bronchoscopie inférieure. — M. LAVRAND.

(SÉANCE DU 4 JUIN 1935)

Fracture sous-trochantérienne, traitée par l'ostéosynthèse (présentation du malade et de radiographies). — MM. COURTY et CASTEL.

A propos de 60 cas de maladie de Basedow, traités par les agents physiques. — MM. D'HALLUIN et BELLE.

Fièvre typhoïde à rechutes ; traitement par le sang d'un vacciné ; complication médullaire, terrain adiposo-génital. — MM. LANGERON et LEDIEU.

Un cas de chorée fibrillaire de Morvan. — M. LANGERON.

Luxation complète interne du scaphoïde tarsien. — M. CALLENS.

#### NOTES POUR L'INTERNAT

### SÉMIOLOGIE DES SPLÉNOMÉGALIES<sup>1</sup>

Pour Aubertin on peut ranger dans le terme d'anémie splénique les cas où la splénomégalie chronique sans hypertrophies ganglionnaires associées est accompagnée d'anémie intense ; dans ces cas il y a absence de leucémie ou de transformation ultérieure en leucémie. C'est dans ce cadre que rentre l'anémie pseudo-leucémique du nourrisson ou maladie de von Jaksch-Luzet ou splénomégalie avec anémie et myélémie de Weil et Clerc, et l'anémie splénique myéloïde de l'adulte (Vaquez et Aubertin). Mais la classification clinique de ces anémies spléniques est délicate et il s'agit de faits étiologiquement disparates dont la plupart entrent dans le groupe des

Splénomégalias cliniquement primitives que nous allons étudier maintenant.

Lorsqu'on se trouve, en clinique, en présence d'un malade avec splénomégalie importante, palpable de dimensions et de forme variables, avec pâleur et amaigrissement, avec un foie, des ganglions quasi normaux, c'est à la leucémie myéloïde qu'il faut songer et demander un examen hématologique : dans les cas typiques leucocytose énorme (200.000) avec formule bigarrée et myéloblastes. L'examen

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôp.*, 1935, n° 61, p. 1050 ; n° 63, p. 1082.



---

# NÉVROSES INSOMNIES

---

# LOBÉLIANE LALEUF

ANTISPASMODIQUE PUISSANT  
EXCLUSIVEMENT VÉGÉTAL  
GOÛT ET ODEUR AGRÉABLES

ATOXIQUE

---

DOSE CALMANTE : 2 à 5 cuillerées à café par jour  
DOSE HYPNOTIQUE : 1 à 3 cuillerées à café le soir

---

ÉCHANTILLONS ET LITTÉRATURE  
LABORATOIRES LALEUF  
20, RUE DU LAOS — PARIS (XV<sup>e</sup>)

---

Nouvelle adresse : 51, rue Nicolo, PARIS (XVI<sup>e</sup>).

de sang peut d'ailleurs réserver, dans des cas rares, quelques surprises en montrant une leucémie lymphoïde (forme splénomégaly), une leucémie à monocytes, une forme exceptionnelle de leucémie myéloïde (à éosinophiles, à mastzellen, à polynucléaires). Par la radiothérapie, et sous le couvert d'une surveillance clinique et hématologique, on voit la splénomégaly diminuer jusqu'au quart de son volume ; suivre et mesurer cette régression.

On doit faire dans ce chapitre une place à part pour la myélomatose splénique ou hépato-splénique aleucémique ou splénomégaly myéloïde mégacaryocytaire aleucémique de P. Emile-Weil et Paul Chevallier, dont on a publié quelques observations récemment. Il s'agit de splénomégaly insidieuse, isolée avec ou sans participation hépatique. L'épreuve de la spléno-contraction à l'adrénaline et surtout actuellement les ponctions spléniques suivant la technique de P. Emile-Weil permettront de faire le diagnostic (type myéloïde). Si nous insistons sur cette forme, c'est que la maladie se présente dans une première phase comme une splénomégaly inflammatoire chronique simple, justiciable de la splénectomie : or, après l'opération, la maladie se comporte comme une leucémie myéloïde, c'est dire les résultats néfastes ainsi obtenus. La radiothérapie est le traitement de choix de ces cas. La rate, leucémoïde dans l'ensemble, au microscope, en pleine prolifération myéloïde, est remarquable par l'abondance des mégacaryocytes.

Une fois ces cas éliminés, on pensera à la possibilité de tuberculose de la rate, plus fréquente, semble-t-il, depuis les méthodes modernes de recherche du bacille tuberculeux et à la syphilis acquise ou héréditaire chez l'enfant : ces formes éminemment justiciables d'un traitement spécifique sont importantes à connaître.

Devant une grosse splénomégaly, on doit encore songer au kyste hydatique splénique, dont Dieulafoy a montré les différentes variétés. Ils sont souvent multiples et l'éosinophilie sanguine, de bonnes radiographies en différentes positions (au besoin stéréoradiographies), la réaction de Weinberg, l'intradermoréaction de Casoni peuvent permettre le diagnostic.

Le Kala-Azar, avec son anémie splénomégaly fébrile, avec leucopénie et inversion de la formule leucocytaire sera diagnostiqué par la ponction splénique et la recherche du parasite. Paul Giraud (de Marseille, 17 mai 1935) est revenu récemment sur cette question et a montré que les réactions sérologiques de la leishmaniose étaient sujettes à caution. La formol-réaction, l'uréastibamine réaction, la réaction au peptonate de fer (Aurichio), l'inversion du rapport S/G, ne donnent aucun critère pour autoriser à affirmer le kala-azar, « seule la preuve parasitologique directe peut à l'heure actuelle permettre un diagnostic certain de leishmaniose ».

C'est encore la ponction splénique qui permet de faire le diagnostic de paludisme ancien, torpide, en montrant les hématozoaires (Mélé) de maladie de Gaucher, en révélant les cellules endothéliales à protoplasme étendu et clair et à noyau petit et foncé [cas de Merklen, Waitz et Warter, Annales de médecine, février 1933] ; de maladie de Niemann-Pick, en montrant des grandes cellules uni- ou pluri-nucléées avec de très nombreuses granulations lipidiques [cas de P. Marin, 13 janvier 1934]. On sait que l'on considère actuellement la maladie de Gaucher comme une lipodose à cérasine et la maladie de Niemann-Pick comme une lipodose à phosphatides.

Souvent, la ponction splénique ne donne qu'un spléno-gramme assez banal type macrophagique et l'on est en présence d'une splénomégaly, lente, progressive avec parfois un léger degré de péri-splénite. Il s'agit d'adolescents ou d'adultes jeunes, 20 à 30 ans ; la splénomégaly atteint toujours de grandes proportions avec un développement surtout vertical. A la palpation, rate régulière, dure, indolore.

Il existe un certain degré d'anémie, type hypochrome, avec leucopénie et hypopolynucléose. La splénectomie faite à cette phase initiale montre :

— Dans la plupart des cas, une fibro-adénie spécifique de la maladie de Banti avec nodules de Gandy-Gamna. La pratique des biopsies hépatiques a permis à certains auteurs de noter dès le début des lésions de sclérose précoce périlobulaire.

— Dans quelques cas, la nature mycosique peut être affirmée par la reconnaissance des grains de tabac spléniques.

— Dans des cas exceptionnels, on reconnaît seulement à l'intervention la nature exacte de la splénomégaly : kyste séreux ou hématique, tumeur secondaire, spléno-thrombose (Carnot et Leobardy), etc...

En somme dans les splénomégaly primitives, ce qu'il importe de préciser, ce sont les indications de la splénectomie.

Nous n'insisterons pas sur les contre-indications habituelles de la splénectomie (leucémie, thrombose splénique, insuffisance hépatique, infection générale avec fièvre. Aubertin, 1933). On demande à la splénectomie de combattre trois processus à la vérité fort distincts : l'hémolyse, les hémorragies, la sclérose.

Dans les splénomégaly des ictères hémolytiques, les résultats opératoires sont excellents.

Dans la maladie de Hanot, certaines cirrhoses hypertrophiques splénomégaly, dans la maladie de Banti, la splénectomie arrête le plus souvent, retarde parfois seulement la marche progressive, et pare au danger de redoutables hémorragies. Chabrol fait remarquer que dans certaines cirrhoses hypertrophiques biliaires métasplénomégaly, de maladie de Hanot à précession splénique, la cirrhose hépatique peut évoluer 3 et 5 ans après une splénectomie, que la guérison médicale, suffisamment précoce, est presque la règle dans les cirrhoses hypertrophiques, et qu'en enlevant systématiquement les rates hypertrophiques dans les cas de spléno-thrombose, on fait courir aux malades un très gros risque, pour les priver peut-être imprudemment d'un précieux réservoir de sûreté.

Dans notre ignorance de la nature intime des affections de la rate, c'est donc avec prudence que l'on posera les indications de la splénectomie.

L'étude des splénomégaly, isolées ou associées à des syndromes cliniques divers, nous montre l'importance d'une sémiologie exacte, enrichie des procédés modernes, et permettant d'instituer le traitement qui convient.

ALBERT FIEHRER.

**Traité de gastroscopie et de pathologie endoscopique de l'estomac**, par François MOUTIER avec une préface du professeur P. DUVAL. In-4 de 348 pages avec 89 figures et 24 planches hors-texte en couleurs. — Prix : 120 fr. — Paris, Masson et Cie.

**Thérapeutique médicale. VIII. Système nerveux**, par M. LOEPER, avec la collaboration de MM. Th. ALAJOUANINE, R. GARCIN, P. MOLLARET, J. DECOURT, Ph. PAGNIEZ, A. LEMAIRE, R.-A. MARQUÉZY, T. DE MARTEL, J. HAGUENAU, PASTEUR VALLERY-RADOT, L. DELHERM, H. CODET, M. VILLARET. In-8 de 380 pages avec figures. — Prix : 50 fr. — Paris, Masson et Cie.

**Repos physiologique du poumon par hypotension dans le traitement de la tuberculose pulmonaire**, par F. PARODI. Un volume de 232 pages avec 59 figures. — Prix : 48 fr. Paris, Masson et Cie.

Le Directeur-gérant : D<sup>r</sup> François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.





# OLETHYLE-BENZYLE

Hypertensions  
ET TOUS ÉTATS  
SPASMODIQUES  
DE LA MUSCULATURE  
LISSE

BENZOATE DE BENZYLE

Le seul en **GÉLULES**  
**CAPSULES**  
**MOLLES**

Littérature - Echantillons - Posologie.  
LABORATOIRE CENTRAL DE PARIS  
122, Rue du Faubourg Saint-Honoré, Paris

**ESTOMAC INTESTIN**

**DYSPEPSIE** **ENTÉRITE**

**GASTRALGIE** **CHEZ L'ENFANT**

**CHEZ L'ADULTE**

---

**VALS-SAINT-JEAN**

---

**EAU de RÉGIME, FAIBLEMENT MINÉRALISÉE et GAZEUSE**

Envoi gratuit d'Echantillons et de Notices à MM. les Docteurs sur demande adressée à  
DIRECTION-VALS-GÉNÉRALE : 53, Boul' Haussmann, Paris (9<sup>e</sup>) - Téléph. 227-76.

**ANÉMIE PALUDEENNE.** — Source Dominique.  
**VALS-LES-BAINS.** — Saison du 1<sup>er</sup> juin au 1<sup>er</sup> octobre.

**MEDICATION CHLORHYDRO-PEPSIQUE**

**DYSPEPSIES**  
Anorexie  
Vomissements  
**L'ENTÉRIE**

**ELIXIR GREZ**

**ET PILULES**

**CHLORHYDRO-PEPSIQUES**  
Amers et Ferments  
digestifs

DOSES : 1 verre à liqueur ou 2 à 3 pilules par repas. Enfants : 1 à 2 cuillerées à dessert  
Dépôt : 49, Rue de Maubeuge, PARIS -- Envoi franco Echantillons.

**DÉSINFECTION — CHLORAMINE**  
**INTESTINALE — FREYSSINGE**

1 à 3 pilules à chaque repas. - 6, Rue Abel, PARIS - Aucune contrindication

**USAGE ENFANTS**  
**DES DOCTEURS**

**SUC D'ORANGE MANNITE**  
**INOFFENSIF - DÉLICIEUX**

**NÉO-LAXATIF**  
**CHAPOTOT**

Echant. : 56, Boul' Ornano PARIS

**CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MEDITERRANÉE**

Bureau de tourisme de la gare de Paris P. L. M. — Vos vacances... à la mer ou à la montagne? Pourquoi hésiter? Adressez-vous au Bureau de tourisme de la gare de Paris P. L. M. pour de départ.

Géré par l'Union Nationale des Agences de Voyages, ce bureau se met à votre disposition pour vous renseigner, vous conseiller un itinéraire, une villégiature... Il délivre des coupons d'hôtels, organise des voyages à forfait, individuels ou en groupe, pour toutes destinations : France et étranger. Vous pouvez ainsi tout arrêter d'avance, vous décharger de tout souci en cours de route.

Tous vos renseignements, vous pouvez les obtenir soit directement, soit par correspondance, ou encore par téléphone Diderot 85-10.

INFECTIONS  
CHRONIQUES

**IODASEPTINE CORTIAL**

7, r. de l'Armorique  
PARIS (XV<sup>e</sup>)



# SPARTÉINE HOUDÉ

## FICHE

### DE THÉRAPEUTIQUE PRATIQUE

*Sulfate de Spartéine :  $C_{15}H_{26}N_2SO_4H_2 + 5H_2O$ , sel cristallisé, chimiquement pur, préparé à partir de la Spartéine du genêt (Sarthamnus scoparius).*

*Action cardiaque démontrée par de nombreux essais physiologiques.*

### PHARMACODYNAMIE

la **Spartéine** : a) soustrait le cœur à toute action nerveuse extrinsèque (1) ;

b) supprime les extrasystoles physiologiques et pathologiques (2) ;

c) exerce une action cardio-tonique marquée (3).

### INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES

1° **Régulateur du cœur** : arythmies, palpitations, névroses cardiaques, etc.

2° **Cardio-tonique** : maladies infectieuses, hyposystolie, asystolie.

Très peu toxique, très maniable, ne s'accumulant pas, la **Spartéine** est le **meilleur tonique cardiaque d'entretien**.

**DOSES** : 0 gr. 10 à 0 gr. 25 et même 0 gr. 40 *pro die* sous forme de **Granules de Spartéine HOUDÉ**, titrés à 0 gr. 02 de sulfate de spartéine par granule.

1) F. MERCIER et L. J. MERCIER *C. R. Soc. Biol.*, 93 (1925), 339 et 1468.

(2) DELAS et SOULA. *Arch. Int. Physiol.*, 25 (1925). 1.

(3) R. ROGER. *Thèse. Doct. Médecine*. Toulouse (1927)



VENTE EN GROS

**Laboratoires HOUDÉ, 9, rue Dieu, PARIS**



La Lancette Française

## GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6<sup>e</sup>. Tél. : Danton 48-31.PUBLICITE : M. A. THIOILLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6<sup>e</sup>) - Téléph. : Littré 54-93.

## PRIX DE L'ABONNEMENT

## FRANCE

3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.

Etudiants : 25 francs par an.

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

## ETRANGER

Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.

Tous les autres pays : 75 francs.

## SOMMAIRE

## REVUE GÉNÉRALE

*Le diagnostic étiologique des hydarthroses du genou. Leurs principales variétés*, par M. P. KLOTZ.

## SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences. — Société médicale des hôpitaux. — Société de biologie. — Société des chirurgiens de Paris.

## PRATIQUE MÉDICALE

## LIVRES NOUVEAUX

## INFORMATIONS

**HÔPITAUX DE PROVINCE. — ROUEN. —** Un concours pour le titre d'externe des hôpitaux de Rouen s'ouvrira le jeudi 10 octobre 1935, à 16 h. 30, à l'hospice général.

Le registre d'inscription sera clos le 24 septembre 1935.

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétariat des hospices, 1, rue de Germont.

**FACULTÉS DE MÉDECINE. — PARIS. — Année scolaire 1935-1936. — Immatriculation. Inscriptions. — I. IMMATRICULATION. —** L'immatriculation ne vaut que pour l'année scolaire. Elle doit être renouvelée annuellement. Nul ne peut se faire immatriculer par correspondance, ni par un tiers. Les cartes délivrées aux étudiants ne possédant pas de livret individuel sont strictement personnelles. Elles ne peuvent être prêtées pour quelque motif que ce soit.

Nul n'est admis aux travaux de la Faculté (travaux pratiques, laboratoires, cliniques, bibliothèque, etc.), s'il n'est porté sur le registre d'immatriculation (décret du 31 juillet 1897).

**Immatriculation d'office. —** L'étudiant qui prend une inscription trimestrielle se trouve immatriculé d'office. Il n'acquiesce pas le droit d'immatriculation.

**Immatriculation sur demande. —** Ne sont immatriculés que sur leur demande :

1° Les étudiants titulaires de toutes les inscriptions réglementaires; 2° les docteurs, les étudiants français ou étrangers qui désirent être admis aux travaux de la Faculté.

La dernière inscription, ainsi que les inscriptions délivrées à titre rétroactif, ne confèrent point l'immatriculation. A l'immatriculation sur demande est attaché le droit réglementaire : 100 fr.

Un candidat peut être admis à subir un examen sans être immatriculé.

Les immatriculations d'office sont effectuées aux dates indiquées ci-dessous pour la prise des inscriptions trimestrielles.

Les immatriculations sur demande sont effectuées au secrétariat de la Faculté (guichets n° 2 et 3), pour les étudiants réguliers, les jeudis et samedis de midi à 15 h., et au guichet n° 4 pour les docteurs et étudiants libres, les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 h.

**II. INSCRIPTIONS. — Première inscription. —** La première inscription doit être prise du 1<sup>er</sup> au 31 octobre, dernier délai, de 9 h. à midi.

En s'inscrivant l'étudiant doit produire :

I. Diplôme de bachelier de l'enseignement secondaire français ou diplôme d'Etat de docteur ès sciences, de docteur ès lettres ou de docteur en droit, ou titre d'agrégé de l'enseignement secondaire (hommes, femmes) et certificat d'études P. C. B.;

II. Acte de naissance sur timbre;

III. Consentement du père ou du tuteur, si l'étudiant n'est pas majeur. Ce consentement (établi sur papier timbré à 4 fr.) doit indiquer le domicile du père ou tuteur dont la signature devra être légalisée (la production de cette pièce n'est pas exigée si l'étudiant est accompagné de son père ou tuteur);

IV. Un certificat de revaccination jennérienne établi conformément aux dispositions de l'article 6 de la loi du 15 février 1902 sur la vaccination obligatoire (modèle déposé au secrétariat de la Faculté);

V. Extrait du casier judiciaire.

Il est tenu, en outre, de déclarer sa résidence personnelle et celle de sa famille, comme tout changement d'adresse survenant au cours de la scolarité.

NATIBAÏNE

ASSOCIATION DIGITALE NATIVELLE ET OUBAÏNE ARNAUD

LABORATOIRE NATIVELLE, 27, Rue de la Procession, PARIS (XV<sup>e</sup>).

**Inscriptions trimestrielles.** — Pendant l'année scolaire 1935-1936, les inscriptions trimestrielles seront délivrées dans l'ordre et aux dates ci-après, de 9 h. à 11 h. et de midi à 15 h., au secrétariat (guichets n° 2 et 3). Les deux premières inscriptions de l'année seront prises cumulativement.

Premier et deuxième trimestres : du 9 au 24 octobre 1935.

Troisième trimestre : du 13 au 31 mars 1936.

Quatrième trimestre : du 8 au 25 juillet 1936.

L'entrée des pavillons de dissection et des laboratoires de travaux pratiques sera interdite aux étudiants qui n'auraient pas pris les inscriptions trimestrielles aux dates ci-dessus indiquées.

MM. les étudiants sont tenus de prendre leurs inscriptions aux jours ci-dessus désignés. Les inscriptions trimestrielles ne seront accordées, en dehors de ces dates, que pour des motifs sérieux et appréciés par la Commission scolaire. (La demande devra être rédigée sur papier timbré.)

Les inscriptions sont personnelles. Nul ne peut prendre inscription par correspondance ou par mandataire.

MM. les internes et externes des hôpitaux doivent joindre à leur demande d'inscription un certificat émanant du ou des chefs de service auxquels ils ont été attachés, indiquant qu'ils ont rempli leurs fonctions d'interne et d'externe pendant le trimestre précédent. Ce certificat doit être visé par le directeur de l'établissement hospitalier auquel appartient l'élève.

L'inscription d'un trimestre peut être refusée, pour manque d'assiduité et de travail, par décision de la Commission scolaire. La décision est définitive. L'étudiant auquel une inscription a été refusée ne peut, pendant le trimestre correspondant, obtenir le transfert de son dossier dans un autre établissement.

— LYON. — Ont été nommés chefs de clinique :

Clinique du professeur Paviot : docteur Planchu ; clinique du professeur Nicolas : docteur Roussel ; clinique du professeur Nové Jossierand : docteur Cuilleret ; clinique du professeur Savy : docteur Marcel Girard.

**LÉGION D'HONNEUR.** — Est nommé dans l'ordre de la Légion d'honneur :

**AFFAIRES ÉTRANGÈRES.** — Au grade de chevalier. — M. le docteur Chêne (de Turin).

**DÉCRETS-LOIS** — Le *Journal officiel* publie le décret suivant modifiant l'article 160 du Code pénal :

Article premier. — Le premier alinéa de l'article 160 du Code pénal est modifié ainsi qu'il suit :

« Art. 160. — Tout médecin, chirurgien ou autre officier de santé qui, pour favoriser quelqu'un, certifiera faussement des maladies propres à dispenser d'un service public ou à faire obtenir une pension ou une allocation de l'Etat ou d'une collectivité publique, sera puni d'un emprisonnement d'une année au moins et de trois ans au plus. »

**NÉCROLOGIE.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Saugeron, conseiller général de Trouville; Abadie (de Bourg-sur-Gironde); M<sup>me</sup> le professeur Lydia Rabbinoitch Kempner, ancienne directrice de l'Institut bactériologique de l'hôpital Moabit à Berlin, très connue par ses travaux en phtisiologie; le lieutenant général médecin Derache, correspondant de l'Institut, ancien chef du service de santé de l'armée belge.

**X<sup>e</sup> Congrès de la Société internationale de chirurgie.** — La X<sup>e</sup> session triennale de cette importante association, qui groupe actuellement environ 1.200 chirurgiens appartenant à 42 nations, se tiendra au Caire du 30 décembre 1935 au

4 janvier 1936, sous la présidence du professeur A. von Eiselsberg, de Vienne. Les séances du Congrès sont réservées aux seuls membres de la société dont le nombre est limité pour chaque pays; mais le comité égyptien a invité les membres de leur famille et leurs proches à assister aux fêtes somptueuses qui seront organisées à Alexandrie et au Caire par le gouvernement égyptien et les chirurgiens d'Egypte.

A l'occasion du Congrès, une série de voyages collectifs sont organisés en Haute-Egypte, en Syrie et Palestine, en Grèce et en Turquie.

Pour tous renseignements, s'adresser au D<sup>r</sup> L. Mayer, secrétaire général, 72, rue de la Loi, Bruxelles.

**XV<sup>e</sup> Congrès international d'Hydrologie, de Climatologie et de Géologie médicales.** — Cette manifestation aura lieu à Belgrade, l'an prochain, soit au mois d'octobre 1936; elle aura un éclat particulier, car elle marquera le cinquantième de ces réunions, le premier Congrès ayant eu lieu à Biarritz en 1886. D'autre part, beaucoup de médecins et de savants saisiront cette occasion pour resserrer davantage encore les liens que la guerre et la paix ont noués entre la Yougoslavie et la France.

Sous le haut patronage de S.A.R. le Régent Prince Paul, s'est constitué un Comité national yougoslave, qui a désigné comme Secrétaire général le Pr. Miloutine Neskovitch, et comme Secrétaire général adjoint le docteur Vandjel Tassitch; il poursuit activement les travaux d'organisation sur le plan scientifique comme dans l'ordre matériel.

Pour tout renseignement, s'adresser au professeur M. Neskovitch, 3, rue Takowska, Belgrade; au docteur Ray. Durand-Fardel, à Vichy; au docteur Henri Flurin, à Caunterets; au docteur François Françon, à Aix-les-Bains.

## RENSEIGNEMENTS

**On demande un INTERNE pour l'Institut Calot de Berck-Plage (Pas-de-Calais).**

Conditions à remplir : avoir fini sa scolarité et subi tous ses examens (la thèse passée ou non); être Français.

Conditions faites : logé, nourri, blanchi; traitement fixe, 500 fr. Se présenter, soit au docteur Calot, 69, quai d'Orsay, à Paris, les lundis et samedis, entre 2 et 4 h., soit au docteur Fouchet, à Berck-Plage, Institut Calot, tous les jours, à 4 h.

Engagement pour un an. — Place à occuper immédiatement.

**Les migraines. Etude pathogénique, clinique et thérapeutique,** par MM. PASTEUR-VALLERY-RADOT et Jean HAMBURGER. In-8° de 232 pages avec 4 figures. — Prix : 45 fr. Paris, Masson et Cie.

ANÉMIES  
DYSPEPSIES  
ANTITOXIQUE



DOSE: 4 à 6  
TABLETTES  
PAR JOUR

BIOXYDE DE MANGANESE COLLOÏDAL. SELS MAGNÉSIENS  
Laboratoire SCHMIT, 71 Rue Sainte-Anne, PARIS. 2<sup>e</sup>

Insomnies  
Tous nerveux.

**BROMÉINE MONTAGU**





*La combinaison phosphorée  
organique la plus assimilable  
est celle des réserves végétales.*

*Le phosphore organique des plantes  
à chlorophylle se trouve intégralement  
transposé dans la **PHYTINE**  
forme naturelle, assimilable, du  
—— phosphore végétal ——*

# PHYTINE

PHOSPHORE

CALCIUM

MAGNÉSIE

# FERROPHYTINE

PHOSPHORE FER

# QUININO-PHYTINE

PHOSPHORE

QUININE

Ces médicaments se présentent sous forme de :

**CACHETS****GRANULÉ****COMPRIMÉS**

Phytine

Phytine

Phytine

Ferrophytine

Ferrophytine

Quinino-phytine

LABORATOIRES CIBA — O. ROLLAND — 109-113, BOUL<sup>d</sup> DE LA PART-DIEU, LYON

# VACCINOTHÉRAPIE CUTANÉE PAR LE **PROPIDEX**

POMMADE À BASE DE PROPIDON DU PROFESSEUR DELBET

TRAITEMENT DES PYODERMITES  
FURONCLES, BRÛLURES, ESCHARES  
ULCÈRES VARIQUEUX, ENGELURES  
PLAIES EN SURFACE, ETC...

PRÉSENTATION

TUBE ÉTAÏN CONTENANT ENVIRON 30 G<sup>r</sup> DE POMMADE

**SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE "SPÉCIA"**

MARQUES DOULENC FRÈRES & USINES DU RHÔNE 86, RUE VIEILLE DU TEMPLE, PARIS-3<sup>e</sup>

*unipon*

## Traitement du Parasitisme intestinal par les Pyréthrine (du *Pyrèthre*)

{ C. R. Acad. Sciences, p. 1847, 1923  
C. R. Acad. Médecine, 24-4 1928  
C. R. Soc. Thérapeutique, 9-5 1928

# CHRYSEMINE

Pyréthrine Carteret

AUCUNE TOXICITÉ

SANS CONTRE-INDICATION

PERLES

GOUTTES

ASCARIS, OXYURES ET TOUTS HELMINTHES OU PROTOZOAIRES = cent cinquante gouttes ou trois perles glutinisées par jour.  
TRICHOCEPHALES ET TËNIAS = trois cents gouttes ou douze perles glutinisées par jour.

Pour les enfants, abaisser ses doses suivant l'âge en commençant par cinquante gouttes.

Echantillons et Littérature : LABORATOIRES CARTERET, 15, rue d'Argenteuil, PARIS.



## REVUE GENERALE

## LE DIAGNOSTIC ÉTIOLOGIQUE DES HYDARTHROSES DU GENOU LEURS PRINCIPALES VARIÉTÉS

PAR M. PIERRE KLOTZ,  
Interne des hôpitaux de Paris.

Il est souvent difficile de préciser la nature étiologique d'une hydarthrose du genou, si l'on ne se contente pas, en l'absence de causes nettes telles que bacillose, gonococcie ou traumatisme, du diagnostic trop facile « d'hydarthrose vraisemblablement rhumatismale ».

Il existe en effet de nombreuses autres causes qu'il importe de bien connaître.

Nous nous excusons de la disproportion avec laquelle sont traités les différents chapitres. Elle tient au fait que nous avons jugé préférable d'insister sur les acquisitions nouvelles au détriment de celles qui sont classiques et connues de tous.

\*\*\*

### DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE

Les différents éléments sur lesquels l'on peut s'appuyer pour étayer le diagnostic étiologique d'une hydarthrose sont fournis par :

- 1) L'interrogatoire ;
- 2) L'examen clinique ;
- 3) L'examen radiologique ;
- 4) La ponction exploratrice, et plus accessoirement
- 5) Les cuti-réactions ;
- 6) La biopsie synoviale.

Les données de l'interrogatoire sont précieuses, mais elles sont le plus souvent éminemment discutables. Il est rare en effet que le développement de l'épanchement synovial suive d'assez près l'affection causale, ou le choc déterminant, pour que le rapport de cause à effet apparaisse de manière certaine. Le plus souvent l'intervalle libre séparant ces deux manifestations est suffisant pour que le doute persiste. Il ne faudra cependant jamais négliger ce temps de l'examen ; bien au contraire il sera souvent très utile de le diriger dans un sens moins exploré ; c'est ainsi que loin de rechercher seulement le rôle d'un agent microbien, ou traumatique, on devra également penser à la possibilité d'une réaction protéinique ou sérique, et explorer le système endocrino-sympathique du malade.

L'examen clinique ne permet pas une grande discrimination entre les différents types d'hydarthrose tant leur aspect est identique. Les signes donnés par les classiques comme les plus caractéristiques de l'hydarthrose tuberculeuse, l'amyotrophie, l'évolution traînante, se rencontrent avec une égale fréquence dans les épanchements d'autre origine. Il n'est pas jusqu'à l'adénopathie inguinale qu'on ne puisse déceler dans toute infection du genou. Seule l'adénopathie rétro-

crurale semble garder une certaine valeur étiologique. Quant aux points douloureux d'ostéite bacillaire on ne les rencontre à leur siège d'élection que dans les hydarthroses symptomatiques d'une tumeur blanche sous-jacente.

La ponction exploratrice fournit parfois des renseignements très précis. Un liquide louche par exemple, témoignant d'une pyarthrose atténuée, signe l'existence d'une infection à pyogènes banaux, le plus souvent gonococcique, ou le passage de l'hydarthrose tuberculeuse à la tumeur blanche. Le liquide clair, citrin, que l'on retire le plus fréquemment, laisse au contraire place à toutes les hésitations de diagnostic. Il est alors nécessaire d'en faire un examen complet cytologique, chimique et bactériologique. Rappelons à cet égard les caractères du liquide synovial normal. C'est une sérosité de couleur ambrée, visqueuse et tendant à la coagulation. Ses constituants (urée, glucose, chlorures) ont à peu de chose près le même taux que dans le sérum sanguin. Il contient par ailleurs 3 % de nucléoprotéides, des traces de graisse et 0,5 % de mucine (Achard). Au point de vue cytologique on y trouve outre quelques polynucléaires des cellules histiocytaïres aptes à fixer les colorants vitaux et à phagocyter les éléments étrangers (Sabrazes-Franciscini-Policard).

Widal et Ravaut, appliquant leur méthode de cyto-diagnostic à l'étude des épanchements articulaires, opposèrent la polynucléose neutrophile des hydarthroses rhumatismales ou blennorragiques, à la formule mixte (lymphocyte, grosses cellules endothéliales) des hydarthroses après fracture de jambe ou phlébite. La tuberculose articulaire serait caractérisée soit par un liquide clair lymphocytaire, soit par un liquide louche riche en polynucléaires. En fait ces notions sont fort schématiques, et la formule d'une hydarthrose est d'une manière presque constante à prédominance de polynucléaires. La recherche des polynucléaires altérés reste d'un intérêt fort grand, puisque leur constatation affirme presque à coup sûr une affection à pyogènes banaux.

Le taux d'albumine est toujours élevé, oscillant entre 45 et 75 gr. pour 1.000 sans qu'on en puisse tirer aucune déduction étiologique.

Plus intéressants sont les renseignements fournis par l'examen bactériologique. La recherche du bacille de Koch doit être effectuée avec le plus grand soin après centrifugation immédiate et suffisamment prolongée. Si sa constatation permet d'affirmer le diagnostic de tuberculose elle est dans l'ensemble assez rare. Il faudra d'ailleurs se méfier de l'existence toujours possible de bacilles acido résistants non tuberculeux. L'inoculation au cobaye apparaît ainsi indispensable au diagnostic. Elle peut cependant elle aussi laisser place au doute puisqu'une hydarthrose tuberculeuse peut n'être pas tuberculigène quand elle est la manifestation allergique d'un organisme sensibilisé et non la traduction d'une atteinte directe de l'articulation par le bacille de Koch.

La recherche des autres germes, en particulier du gonocoque, tapi dans les franges articulaires, est souvent négative. En définitif, si les résultats de la ponction exploratrice apportent parfois une certitude en

matière de diagnostic étiologique, ils laissent le plus souvent le problème en suspens.

Il en est de même de l'examen radiologique. Les anomalies constatées dans toute hydarthrose un peu ancienne consistent en une décalcification plus ou moins importante, sans qu'on puisse en tirer aucune déduction quelconque. Il semble cependant que l'intensité de cette lésion soit plutôt en faveur d'une origine bacillaire. Nous laissons évidemment de côté les cas où l'hydarthrose est le masque sous lequel évolue une banale tumeur blanche et dans lesquels l'aspect radiologique est des plus schématiques (pincement de l'interligne, flou des contours, zones d'ostéite).

Qu'apportent les cuti et intra-dermo-réactions dans l'étude de telles affections ? Il avait semblé au premier abord qu'elles aideraient considérablement à la discrimination des cas. De nombreuses réserves doivent être faites à cet égard. La recherche d'une sensibilisation microbienne est entachée de grosses causes d'erreur. Il faut connaître les polysensibilisations. Il faut se méfier des réactions positives qui souvent dépendent moins de la spécificité du vaccin employé que de sa nature protéinique. Il est des cas cependant où l'existence d'une réponse à la fois focale et locale est fortement suggestive. Il en était ainsi d'un malade que nous eûmes l'occasion d'examiner dans le service de notre maître M. P. Weil ; il était atteint d'hydarthrose dont la nature tuberculeuse nous semblait très vraisemblable en raison d'un antécédent récent d'abcès froid sternal. Une intra-dermo-réaction à la tuberculine détermina chez lui non seulement une réaction locale nettement positive, mais encore accentuation de l'hydarthrose du côté le moins atteint. Ces faits sont rares. Le plus souvent ces épreuves sont d'interprétation très difficile. Il convient d'ailleurs de noter avec M. Tzanck qu'il est peut-être abusif de demander aux cuti et intra-dermo-réactions qui n'explorent que strictement la sensibilité cutanée de renseigner sur un état de sensibilité viscérale.

\*\*\*

La biopsie de la synoviale est-elle en dernier ressort la méthode qui peut fournir la clef du diagnostic ?

Si l'on avait fondé sur elle des espoirs justifiés il semble qu'il faille revenir à une plus grande réserve. Certes il s'agit là d'une méthode facile, d'inocuité absolue, lorsqu'elle est faite avec la plus grande asepsie par un chirurgien expérimenté et en dehors des poussées infectieuses, mais dans la plupart des cas les lésions qu'elles révèlent sont dépourvues de spécificité. Elles consistent, comme l'ont bien montré M.-P. Weil et Delarue, soit en un processus hyperplasique inflammatoire banal, soit en une synovite proliférante et végétante. Beaucoup plus rarement la biopsie révélera des lésions de nécrose caséuse avec formations épithélioïdes, et même cellules géantes, témoins d'une bacilliose indubitable. Rappelons qu'à l'état normal la synoviale, membrane conjonctive, est constituée d'une couche externe fibrillaire richement vascularisée et d'une couche interne amorphe, présentant de grandes cellules rondes interprétées par les uns comme des cellules chondroïdes (Segale, Policard), par les autres

comme des cellules histiocytaires réticulo-endothéliales (Sabrazes, Francescini).

\*\*\*

Dans l'ensemble le diagnostic étiologique des hydarthroses du genou est souvent difficile et nécessitera l'effort conjugué des différents moyens d'exploration, cliniques, radiologiques et bactériologiques.

\*\*\*

### LES PRINCIPALES VARIÉTÉS ÉTIOLOGIQUES D'HYDARTHROSES DU GENOU

L'on peut schématiquement distinguer :

- Les *hydarthroses traumatiques* ;
- Les *hydarthroses réactionnelles de cause locale* ;
- Les *hydarthroses réactionnelles de cause générale* ;
- Les *hydarthroses infectieuses* ;
- Enfin les *hydarthroses essentielles*.

A. Les *hydarthroses traumatiques*. — Elles apparaissent parfois après un traumatisme minime. Leur durée d'incubation est de 1 à 3 semaines en moyenne. Leur mécanisme physio-pathologique a été particulièrement bien étudié par Leriche et ses élèves. Il peut être résumé ainsi : tout traumatisme produit un déséquilibre vaso-moteur dans le sens d'une vaso-dilatation active. Parfois passager et alors sans suite, ce régime de vaso-dilatation peut s'installer à demeure et être la source soit d'ostéoporose traumatique, si la vaso-dilatation prédomine au niveau des extrémités osseuses, soit d'hydarthrose, si l'hyperhémie prédomine dans les franges et les plis synoviaux. « L'apparition d'hydarthrose, dit Leriche, est la conséquence obligée de l'hyperhémie synoviale post-traumatique. » On conçoit l'importance fondamentale de ces faits, qui, soulignant la possibilité de lésions importantes osseuses, cartilagineuses ou synoviales à la suite d'un simple trouble fonctionnel circulatoire, jettent une clarté nouvelle sur la compréhension des manifestations hydarthrodiales non traumatiques. D'un point de vue général ces hydarthroses d'origine vaso-motrice réalisent dans le domaine articulaire le type des lésions inflammatoires non infectieuses.

Dans le cadre des hydarthroses traumatiques il convient de faire entrer les *hydarthroses statiques ou de posture* qui surviennent le plus souvent chez des sujets obèses, pléthoriques dont les articulations sont de ce fait même soumises à des micro-traumatismes répétés. Elles sont généralement peu abondantes et s'accompagnent le plus souvent de craquements d'ostéoarthrite facilement décelables à la palpation.

B. *Hydarthroses réactionnelles de cause locale*. — C'est vraisemblablement aussi par un processus d'hyperhémie et de vaso-dilatation que se produisent les réactions hydarthrodiales au voisinage des foyers de fracture des poussées phlébitiques des lésions d'ostéomyélite aiguë. Peut-être certaines hydarthroses de croissance relèvent-elles d'une poussée larvée d'ostéomyélite subaiguë.

Citons dans le même ordre d'idée les hydarthroses réactionnelles, que l'on peut observer chez les sujets



atteints de kystes synoviaux. Tourneux et Boudant en rapportèrent en 1922, à la Société de Chirurgie de Toulouse, un cas indubitable, à évolution particulièrement tenace, qui ne céda qu'à l'excision du cul-de-sac synovial sous-tricipital et à l'ablation du kyste.

**C. Hydarthroses réactionnelles de cause générale.** — Ces faits sont surtout connus depuis les premiers travaux de MM. Bezançon et M.-P. Weil sur les arthrites protéiniques en 1927. Ils ont réuni sous ce nom des manifestations en apparence fort disparates mais dans lesquelles le facteur déclanchant est une protéine exogène ou endogène.

**I. LES HYDARTHROSES PROTÉINIQUES.** — Elles peuvent survenir dans des conditions très différentes.

a) *Après injection d'albumines exogènes.* — Les plus connues, déjà signalées par Richet et Héricourt en 1891, par Roux et Martin en 1894, sont celles qui suivent une injection de sérum, — mais elles peuvent tout aussi bien apparaître à la suite d'une transfusion sanguine, ou d'une injection de vaccin (ex. : une observation de De Lavergne et Bize après injection de TAB).

b) *Après ingestion d'albumines exogènes.* — Dans ce domaine l'observation la plus démonstrative semble être celle recueillie par Paviot, Lagèze et Naussac.

Un jeune homme de 28 ans, atteint en 1929 d'hydarthrose du genou, ne voit aucune amélioration de son état en 1931, malgré les différentes thérapeutiques successivement instituées, selon que l'on tend sans raison aucune vers les diagnostics de bacillose, de syphilis ou de gonococcie. Devant l'insuccès de ces différents traitements (plâtre, séjour à Berck), injections antisiphilitiques, le malade, qui, étudiant en médecine, s'était spontanément depuis de nombreuses années soumis à un régime ovolacto-végétarien intensif, reçoit le conseil de changer de régime. La suppression des œufs, du fromage, du lait, l'administration de peptones, de chlorure de calcium amènent en quelques mois la guérison définitive de cette hydarthrose persistante.

c) *Après résorption d'albumines endogènes.* — Les manifestations articulaires qui peuvent suivre la pénétration dans l'organisme d'une albumine endogène, soit après thoracentèse (Bezançon et De Jong ; Bezançon, M.-P. Weil, De Gennes) soit après résorption d'ascite, d'œdème (Gouget et R. Moreau), d'hématomes (Gravier, Michon), soit après autohémothérapie (Gaté et Dupasquier) affectent rarement un type hydarthrodial ; plus souvent elles réalisent un aspect de pseudo-rhumatisme articulaire aigu, mobile et fébrile.

\*\*\*

Un certain nombre de caractères réunissent ces différentes hydarthroses protéiniques : leur association fréquente à des éléments cutanés de type urticarien dans les formes aiguës de type eczémateux ou psoriasique dans les formes chroniques, et surtout l'existence à la base d'un terrain prédisposant, dont la fragilité humorale est en rapport le plus souvent avec une déficience hépatique latente ou connue.

**II. HYDARTHROSES CHIMIOTHÉRAPIQUES.** — Tzanck et Sidi ont signalé récemment la possibilité de manifes-

tations articulaires au cours de la chimiothérapie. Ces arthropathies post-thérapeutiques peuvent prendre le caractère hydarthrodial. Elles présentent le même aspect que les hydarthroses protéiniques, et ont vraisemblablement une pathogénie comparable. C'est afin de réunir dans un terme plus vaste, qui ne préjuge pas de la nature de l'agent déclanchant, ces deux ordres de manifestations que Tzanck-Sidi et Klotz ont proposé pour elles le terme d'intolérances articulaires. Quelle que soit la pathogénie de ces faits, qui n'a pas d'intérêt pratique immédiat, l'important est de connaître la possibilité d'hydarthroses réactionnelles à la suite de l'introduction d'une substance étrangère dans l'organisme, quelles que soient la nature de cette substance, et sa voie d'introduction.

**D. Hydarthroses infectieuses.** — Elles forment le groupe le plus important des différentes variétés d'hydarthroses. C'est à elles qu'il conviendra de penser en premier lieu devant toute hydarthrose traînante de début non traumatique.

*Ce sont cependant celles sur lesquelles nous insistons le moins parce qu'elles sont bien connues.*

**I. LES HYDARTHROSES TUBERCULEUSES.** — Sans reprendre leur histoire clinique dans son détail (allure clinique traînante, avec amyotrophie, décalcification osseuse, etc.) nous voudrions seulement insister sur quelques points particuliers.

*L'hydarthrose tuberculeuse peut-elle être bilatérale?* — C'est là une notion contraire aux données classiques qui font de l'hydarthrose bilatérale un signe de probabilité en faveur de la syphilis. En fait il semble que l'hydarthrose tuberculeuse puisse être fréquemment bilatérale, ou du moins que la notion de bilatéralité ne doive modifier en rien la conduite du diagnostic étiologique et la recherche de la bacillose.

*Le liquide d'hydarthrose tuberculeuse peut-il ne pas tuberculiser le cobaye?* — Si l'on sait la possibilité théorique d'hydarthrose de nature dite allergique (c'est-à-dire relevant, non d'une atteinte directe de l'articulation par le BK mais d'une réaction articulaire de sursensibilité à la tuberculine) et par là-même si l'on n'ignore pas que de tels épanchements synoviaux ne sont pas bacillifères et ne tuberculisent pas le cobaye, il n'en reste pas moins qu'en pratique c'est avant tout à la recherche du bacille, et aux résultats des inoculations qu'il faut faire multiples, qu'on demandera d'éclairer le diagnostic étiologique.

*Existe-t-il enfin des bacilloses synoviales curables spontanément?* — C'est là un fait indiscutable, mais il ne se voit que dans les synovites strictement isolées, aussi ne saurait-on trop insister sur l'importance de la recherche d'une lésion osseuse sous-jacente qui existe dans la grande majorité des hydarthroses tuberculeuses localisées de l'adulte, et qui modifient du tout au tout le pronostic.

**II. LES HYDARTHROSES GONOCOCCIQUES.** — Elles surviennent soit immédiatement, soit très longtemps après l'infection génitale. Il s'agit le plus souvent suivant l'heureuse expression de Mondor, de *pyarthroses atténuées*, à liquide louche plutôt que citrin, et à prédominance de polynucléaires plus ou moins alté-

rés. Leur évolution est très longue ; elles finissent par entraîner un état important d'amyotrophie des muscles de la cuisse.

Quelle que soit la thérapeutique employée (injections intra-musculaires de vaccins antigonococciques, injections intra-articulaires de sérum, etc.), il est important de vider assez fréquemment l'articulation et de la mobiliser suffisamment tôt pour empêcher la constitution des troubles trophiques qui suivent toute immobilisation prolongée.

III. LES HYDARTHROSES SYPHILITIKES OU HÉRÉDO-SYPHILITIKES. — Elles sont beaucoup plus rares. Il conviendra d'y penser surtout lorsque l'hydarthrose est bilatérale, ce qui est assez caractéristique de la syphilis.

Chez l'enfant il existe le plus souvent associés d'autres signes d'hérédos-spécificité dont les plus fidèles sont de loin ceux de la triade d'Hutchinson.

Chez l'adulte l'hydarthrose apparaît soit à la période secondaire, soit à la période tertiaire.

Il arrive que la réaction de Bordet-Wassermann soit positive dans le liquide synovial, mais le meilleur élément de diagnostic, en dehors des antécédents, des signes concomitants et des réactions sérologiques sanguines, reste la rétrocession de l'épanchement articulaire par une thérapeutique appropriée.

IV. Il est possible qu'il existe des hydarthroses infectieuses d'autre origine, en particulier de nature streptococcique, mais ce sont là des faits beaucoup plus rares et dont la preuve est souvent très difficile à faire.

E. Les hydarthroses essentielles. — Leur nom même indique qu'il s'agit là d'un cadre d'attente dans lequel sont réunies les différentes hydarthroses d'étiologie inconnue.

Une variété de ces hydarthroses essentielles, particulièrement intéressantes par les problèmes qu'elle soulève est l'hydarthrose dite intermittente ou périodique. Signalée pour la première fois par Perrin en 1845, isolée par Moore (1864) et particulièrement bien étudiée par Schlesinger, cette affection a fait l'objet récemment d'une monographie (Mouzon 1926) et d'une thèse (Beaugeard 1930).

C'est une affection de l'âge moyen de la vie, frappant avec prédilection la femme et récidivant à intervalles plus ou moins rapprochés, souvent aux périodes cataméniales. Quelle que soit l'ancienneté de son atteinte, l'articulation reste d'habitude normale dans l'intervalle des poussées ; on ne note à ces moments ni ankylose, ni laxité ligamentuse, ni épaissement synovial. Malgré l'existence fréquente d'antécédents infectieux, malgré l'allure et la formule inflammatoire de ces épanchements, la plupart des auteurs récents s'accordent avec Schlesinger pour les rattacher à une crise vaso-dilatatrice, et pour en faire en quelque sorte une variété intra-articulaire d'œdème de Quincke d'origine angioneurotique. De fait, il est fréquent de retrouver chez les malades atteintes d'hydarthrose périodique, des accidents de migraine (Schlesinger, Ribierre), d'urticaire (Féré), d'eczéma (Caussade et Leven), d'œdème qui semblent liés à un brusque dérèglement du système nerveux de la vie végétative.

L'influence des sécrétions endocriniennes est souvent décelable à l'origine de tels états et les deux glandes les plus fréquemment en cause semblent être l'ovaire, puisque l'hydarthrose périodique, rare avant et après la vie génitale, est souvent arrêtée dans son évolution par une grossesse, et la thyroïde puisqu'il est des cas où la guérison et les récurrences coïncident exactement avec l'administration ou la cessation de l'opothérapie thyroïdienne.

Une épine locale, traumatique ou infectieuse, pourrait expliquer pour certains la localisation articulaire de la crise vaso-motrice.

Chiray et Mlle Michelonsky font jouer un rôle important à la tuberculose. L'articulation serait en quelque sorte en état d'anaphylaxie vis-à-vis des décharges tuberculiniques.

Cette conception réalise le trait d'union entre certaines hydarthroses périodiques et certaines hydarthroses infectieuses, bacillaires, gonococciques, ou streptococciques, pour lesquelles un tel mécanisme de sensibilisation, secondaire à une lésion focale, a été invoqué.

\*\*\*

Conclusion. — Si dans l'ensemble les formes cliniques des hydarthroses sont nombreuses, leur mécanisme physiopathologique est souvent très comparable. Qu'elle soit secondaire à un choc traumatique, à une excitation de voisinage ou à l'action éloignée d'un agent sensibilisateur plus ou moins connu, il s'agit toujours dans ces cas d'une crise de vaso-dilatation, dont la brutalité et la durée conditionnent l'allure clinique de l'affection. Ici comme ailleurs, à des excitations variables, l'organisme ne peut opposer que des réponses limitées.

Seules ont une pathogénie différente les hydarthroses infectieuses qui sont les plus fréquentes mais les mieux connues et sur lesquelles nous avons volontairement été très bref.

#### BIBLIOGRAPHIE

seulement les articles utilisés)

- ACHARD et PIETTRE. Sur la mucine des liquides articulaires. *Compte rendu Ac. des Sciences*, 29 déc. 1930.
- BEAUGLARD. Les hydarthroses périodiques. *Th. de Paris*, 1930.
- BROCCA. Hydarthrose tuberculeuse. *Revue générale critique et thérapeutique*, 9 sept. 1922.
- DELBET et CARTIER. Pathogénie de certains épanchements articulaires. *Bull. Ac. de Méd.*, 7 juin 1932.
- LERICHE. Mécanisme des hydarthroses et arthrites traumatiques. *Presse Méd.*, 20 juin 1928.
- MOUZON. Les hydarthroses périodiques. *Presse Méd.*, 8 septembre 1926.
- PAVIOT-LAGEZE-NAUSSAC. Les arthrites protéiniques. *Gaz. des Hôpit.*, 27 fév. 1932.
- POLICARD. *Traité d'Histologie*.
- TOURNEUX et BOUDANT. Hydarthroses doubles des genoux et kystes arthrosynoviaux. *Soc. de Ch. de Toulouse*, 19 mai 1922.
- M.-P. WEIL et J. DELARUE. La biopsie de la synoviale. Les enseignements que l'on peut en attendre dans l'étude des affections pulmonaires. *Annales d'An. path.*, juin 1933.
- F. WIDAL et RAVAUULT. *Un Traité de Pathologie générale*, t. VI, p. 593.



## SOCIÉTÉS SAVANTES

## ACADEMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 29 JUILLET 1935)

La vaccination contre la fièvre jaune par le virus amaril vivant, desséché et enrobé. — MM. Charles NICOLLE et J. LAIGRET. La vaccination contre la fièvre jaune par la méthode de Laigret-Sellards a été appliquée dans l'Ouest Africain à plus de dix mille personnes, avec d'excellents résultats. Mais cette méthode comporte l'inoculation à vingt jours d'intervalle de trois vaccins successivement constitués par du virus amaril de quatre jours, de deux jours et d'un jour d'atténuation. Pour faciliter l'extension de la vaccination anti-amarile, surtout en milieu indigène, les médecins coloniaux ont demandé de réduire les inoculations à deux, ou mieux à une seule. La solution du problème exigeait l'emploi d'emblée d'une masse importante de virus vivant ; mais une telle inoculation n'était possible que si on parvenait à en retarder la résorption.

MM. Nicolle et Laigret ont eu l'idée d'enrober les antigènes dans des produits susceptibles de retarder leur diffusion à partir du point d'inoculation : cette méthode, connue depuis longtemps pour les vaccins microbiens et récemment appliquée aux toxines par G. Ramon, était inédite pour les virus vivants.

L'enrobage a été réalisé dans le jaune d'œuf, dans l'huile d'olive, ou à la fois dans le jaune d'œuf et l'huile, sans autre modification du vaccin utilisé jusqu'ici (cerveaux de souris atténués en glycérine à 20°, desséchés en présence de phosphate de soude, puis titrés).

89 sujets ont été vaccinés en une seule fois avec des doses de vaccin volontairement exagérées, jusqu'à 6.000 unités-souris (30 fois la valeur de l'inoculation la plus riche dans la méthode des trois inoculations) sans provoquer aucune réaction.

Dans la pratique, une seule inoculation de 320 unités-souris paraît suffisante ; le vaccin enrobé dans le jaune d'œuf, facile à reprendre dans l'eau pour obtenir une émulsion de jaune d'œuf à 1/10<sup>e</sup>, semble d'un emploi plus aisé.

La vaccination contre la fièvre jaune devient donc susceptible, grâce à cet artifice de préparation, d'être réduite à une seule inoculation, avantage considérable pour l'application de la méthode.

## SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 5 JUILLET 1935)

Abcès du poumon au cours du cancer de l'œsophage. — MM. SERGENT et RENAUD. Dans un de ces cas, l'abcès est dû à la perforation et à la fistulisation de la tumeur ; le deuxième se rapporte à la catégorie des abcès par déglutition, résultant du passage accidentel dans les voies aériennes inférieures de parcelles septiques.

Lipiodolage dirigé des voies respiratoires. — M. AUBIN emploie un procédé qui consiste à injecter le lipiodol sous anesthésie locale par une sonde molle intrabronchique introduite par les voies naturelles, puis à surveiller la coulée lipiodolée dans le territoire à examiner, et à prendre, après contrôle sous écran, une radiographie.

L'anatoxine staphylococcique. Son emploi dans un cas de staphylococcémie grave. Guérison. — MM. DEBRÉ, P.-P. LÉVY, CHALARD et H. BONNET. Homme de 25 ans. Apparition, après plaie minime, d'un état fébrile avec troubles di-

gestifs, ictère, douleur abdominale due à une angiocholite compliquée d'abcès du poumon gauche. Survenue de localisations pyohémiques multiples, une hémoculture donne le staphylocoque doré. Comme traitement en 3 jours, injections de 160 cm. de sérum antistaphylococcique. Résultat incertain. Injection d'anatoxine staphylococcique. Amélioration rapide de l'état général : mais apparition d'un épanchement pleural avec pus riche en staphylocoques. La guérison a évolué en même temps que le sang du patient se montrait de plus en plus riche en antitoxine staphylococcique, sous l'influence des injections successives d'anatoxine. On peut donc espérer pour la staphylococcie une vaccination et une sérothérapie antitoxiques.

Septicémie gonococcique. Mono arthrite purulente ; méningite ; endocardite, guérison. — MM. CAIN et CATTAN. Femme de 38 ans ; début brusque d'arthralgies diffuses précédant une mono arthrite suppurée du genou droit. Allure septicémique de l'infection caractérisée par l'atteinte de l'état général, par la splénomégalie, le purpura. Comme complication : méningite clinique et cytologique et endocardite avec lésion mitrale définitive. Guérison par arthrotomie. Gonocoque dans le pus articulaire.

Cirrhose pigmentaire avec atrophie testiculaire et insuffisance cardiaque. — MM. CLERC, BASCOURRET et ANDRÉ. Syndrome décrit par les auteurs développé chez un homme jeune.

Un cas de brightisme précoce. — MM. CHABROL et SALLET. Jeune homme de 19 ans, présentant des signes d'infantilisme, succombant en quelques jours à une urémie nerveuse à forme convulsive. Atrophie scléreuse des 2 reins comparable à celle des vieillards brightiques. Dans ce cas azotémie intense (6 g. pour 1.000) et signes d'acidose. On put admettre l'influence de la syphilis à raison de l'albuminurie abondante, de l'hérédité familiale et des lésions vasculaires dans le parenchyme rénal.

Rétrécissement congénital de l'isthme de l'aorte. — MM. CODVELLE et HENRI. Jeune homme atteint de dyspnée d'effort avec hypertension (Mx 23 ; Mn 12). Il s'agit d'une sténose isthmique caractérisée par l'éréthisme marqué des vaisseaux du cou, par l'écart entre la tension aux membres supérieurs (Mx 23) et aux membres inférieurs (Mx 12) et par la constatation en position assise d'un souffle omo-vertébral.

Exophtalmie des acromégales. — MM. LABBÉ et Justin BESANÇON. L'exorbite des acromégales est semblable à celle des Basedowiens. Ce peut être un symptôme précoce. Les auteurs présentent un malade chez qui la protusion intense des globes oculaires a précédé de 3 ans les déformations du squelette. On peut confondre au début avec la maladie de Basedow, le métabolisme basal étant augmenté. L'exophtalmie des acromégales peut être reproduite expérimentalement.

Propriétés physicochimiques du sang des hypertendus.

— MM. CARRIÈRE, HURIEZ, LAPERRÉ et SENCE (de Lille). Les auteurs démontrent après de multiples examens que le sang des hypertendus est lourd et visqueux avec augmentation de la pression osmotique du sérum. Azotémie modérée, chlorémie basse. Perturbation du métabolisme des protéides et des lipides. L'augmentation de la pression osmotique dépend autant du métabolisme lipidique que de la formule protidique.

(SÉANCE DU 12 JUILLET 1935)

Traitement symptomatique et curateur simple de la dysphagie de la laryngite tuberculeuse par l'anesthésie électrique, méthode de Grani. — MM. LAIGNEL-LAVASTINE et

ROSENTHAL, en ce cas, ont employé l'anesthésie électrique obtenue par l'ionisation iodée du larynx : méthode simple, indolore, non toxique, déterminant une anesthésie fidèle, totale, progressive et stable.

**Lipase hépatique dans le traitement des cirrhoses avec ascite.** — MM. N. FIESSINGER et GAJDOS préconisent l'emploi des injections de lipase hépatique comme traitement des cirrhoses avec ascite. Dans un cas, en particulier, ils ont constaté par la lipasothérapie, l'élévation de la diurèse, la disparition de l'ascite et des œdèmes, et la guérison apparente de la malade.

**A propos des nodosités juxta-articulaires.** — MM. PINARD, COSTE, FAUVET et HERTZ. Femme de 24 ans chez laquelle après une période de douleurs à type de rhumatisme articulaire aigu ont apparu des nodosités juxta-articulaires semblables à celles qu'on observe au cours du rhumatisme chronique. Evolution vers ulcération gommeuse typique permettant de rattacher les accidents à la syphilis confirmée par l'examen sérologique.

**Coma diabétique par collapsus cardiaque sans acidocétose. Modifications électrocardiographiques.** — MM. MARCHAL, SOULIÉ et GRUPPER. Cas de collapsus suivi de coma chez une diabétique de 38 ans. Mort rapide. Les auteurs estiment qu'il s'agit d'un coma à type de collapsus cardiaque pur de Frerichs. A noter de profondes altérations électrocardiographiques, à savoir : évaselement de Q. R.S. et aspect curviligne de S. T., avec décalage réalisant un aspect sinusoïdal spécial. A l'examen anatomique, intégrité de la fibre musculaire cardiaque et des coronaires.

**Galop protodiastolique dans l'arythmie complète.** — MM. LAUBRY et VAN HEERSWYNHEL, à l'aide du phonocardiogramme se sont rendu compte de la réalité du galop protodiastolique déjà signalé par l'un d'eux avec Routier dans l'arythmie complète. C'est un signe rare qui permet de juger de la valeur fonctionnelle du myocarde.

**Une variété du dédoublement du 1<sup>er</sup> bruit cardiaque.** — MM. LAUBRY et PUDDU, étudiant à l'aide de la méthode phonocardiographique un dédoublement du 1<sup>er</sup> bruit, l'ont vu coïncider avec un trouble électrocardiographique caractéristique du bloc de branche droit. Ils se demandent si on ne peut pas attribuer le dédoublement du 1<sup>er</sup> bruit à un asynchronisme valvulaire. Toutefois l'existence du bloc de branche sans dédoublement et inversement de dédoublement sans bloc de branche leur fait douter de cette pathogénie.

**Hypertrophie congénitale des doigts et ostéo-arthrite hypertrophique dégénérative.** — MM. WEISSENBACH, RAYNA et LIÈVRE. Malade présentant un curieux aspect de la main gauche : augmentation de volume de l'annulaire et de l'auriculaire avec nodosités et bosselures osseuses et ankylose des articulations phalangiennes. A la radio : ostéo-arthrite hypertrophique dégénérative banale. Ces lésions se sont développées sur des doigts congénitalement hypertrophiés et coïncident avec des arthrites déformantes classiques.

**Deux cas d'ostéopathies de carence consécutives à des régimes alimentaires restrictifs prescrits pour hypertension artérielle.** — MM. WEISSENBACH et LIÈVRE. Lésions osseuses graves apparues chez des femmes hypertendues soumises à des régimes de restriction excessifs. Dans un cas, 4 années de purgations répétées et d'alimentation restreinte privée de protéides et de graines animales, puis de chlorure de sodium. Apparition de graves douleurs osseuses traduisant une ostéoporose rachidienne. Amélioration par administration de vitamines et de calcium.

Dans un autre cas, même régime : impotence totale et effondrement rachidien. Donc ostéopathies de carence.

**Coma acidotique et intoxication salicylée.** — MM. LABBÉ, BOULIN, UHRY et ULLMANN. Cas de coma salicylé acidotique remarquable par l'absence de cétose. Les auteurs discutent la pathogénie céto-sique et admettent l'hypothèse d'une acidose pure, non céto-sique, la cétonurie signalée dans certains cas n'étant peut-être qu'un phénomène accessoire en relation avec les lésions de dégénérescence hépatique provoquées par l'intoxication salicylée.

**Diagnostic du kala-azar par les frottis dermiques.** — MM. BENHAMOU, FAUGÈRE et CHOUSAT (Alger). Observations de 2 malades, une âgée de un an et atteinte de kala-azar depuis l'âge de 5 mois, l'autre âgée de 8 ans et infectée depuis 10 mois ; l'épreuve de la formol-réaction avait été négative et les ponctions de la rate et de la moelle osseuse n'avaient pas montré de leishmanies. Le diagnostic ne put être affirmé que sur des frottis dermiques. Ce procédé peut donc assurer le diagnostic. La présence de leishmanies dans le dernier établit que le kala-azar est une réticulo-endothéliose parasitaire.

## SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 22 JUIN 1935)

**Néphrites expérimentales arsenicales (novarsenobenzol).** — MM. PASTEUR VALLERY-RADOT, E. GILBRIN et Mlle P. GAUTHIER-VILLARS ont étudié l'action de l'arsenic à haute dose sur le rein du lapin. L'albuminurie est peu fréquente et peu élevée, l'azotémie peu importante. L'examen histologique montre des lésions de néphrite glomérulaire avec sclérose des glomérules quand l'intoxication a duré longtemps. Des lésions hépatiques, caractérisées par de la sclérose périportale, s'associent aux lésions rénales lorsque l'intoxication a été légère et prolongée.

**Sur l'existence de bacilles tuberculeux de type mammifère intermédiaire.** — MM. J. VALTIS et F. van DEINSE ont eu l'occasion d'isoler de cobayes inoculés avec des produits tuberculeux de provenance humaine un certain nombre de souches de bacilles de Koch virulentes pour le cobaye et pour le lapin, lesquelles occupent, par leurs propriétés biologiques et culturelles, comme par la courbe du pH dans le milieu de Sauton, une place intermédiaire entre les bacilles du type humain et ceux du type bovin.

**Élimination du virus tuberculeux par l'urine au cours d'infections aiguës non tuberculeuses.** — MM. L. NÈGRE et J. TROISIER ont pu, grâce à la méthode des injections d'extraît acétonique de bacilles de Koch, observer l'élimination du virus tuberculeux par les urines de malades atteints d'infections aiguës non tuberculeuses.

Comme les cobayes inoculés avec les urines des mêmes malades et non traités par ce procédé sont restés indemnes de toute lésion tuberculeuse et que les bacilles à colonies rugueuses, virulents pour le cobaye, avaient aussi, au moment de leur isolement, un pouvoir pathogène prononcé pour le lapin, on peut émettre l'hypothèse que le virus tuberculeux était éliminé dans l'urine de ces malades non sous forme de bacilles de Koch typiques, mais d'éléments moins évolués, que l'extraît acétonique seul a été capable de mettre en évidence.

Les sujets pour lesquels ces résultats positifs ont été constatés réagissaient fortement à la tuberculine, et 3 sur 4 d'entre eux présentaient des manifestations évidentes de pyélonéphrite au cours de dothiéntéries ; on peut donc supposer que le virus tuberculeux mis en circulation dans l'organisme à partir d'une lésion latente au cours d'une affection fébrile a pu franchir le filtre rénal grâce aux lésions locales déterminées par le bacille d'Eberth.



**Lésions histologiques consécutives à l'inoculation au lapin de bacilles tuberculeux du type mammifère intermédiaire.** — MM. J. BABLET, J. VALTIS et van DEINSE. L'inoculation intraveineuse de 1 mgr. de bacilles tuberculeux, provisoirement classés comme « intermédiaires », provoque, chez le lapin, des altérations fissulaires d'intensité variable, suivant les souches et suivant les organes. Les lésions, qui présentent leur maximum soit au poumon et au rein, soit au foie et à la rate, sont du type épithélioïde nodulaire et évoluent rapidement vers la caséification ; les bacilles acido-résistants y sont rares. Le contrôle histologique se révèle donc impuissant à classer de telles souches dans les groupes humain ou bovin, dont l'autonomie semble de plus en plus difficile à soutenir.

**Développement du « Treponema pallidum » dans les ganglions lymphatiques de la souris.** — MM. C. LEVADITI, A. VAISMAN et R. SCHOEN. La présence du *Treponema pallidum*, dans les ganglions lymphatiques périphériques des souris syphilitisées expérimentalement par voie sous-cutanée, est due au développement *in situ* de la forme végétative du virus syphilitique, et non pas à un entraînement passif des cadavres spirochètiens que le greffon, inséré sous la peau, renferme jusqu'au trentième jour en quantités plus ou moins considérables.

**Sur la floculation dans les mélanges de toxine staphylococcique et de sérum spécifique. Son aspect, ses caractéristiques, sa signification.** — MM. G. RAMON, P. NÉLIS et H. BONNET. Lorsque l'on mélange le filtrat de culture staphylococcique obtenu à partir d'une souche toxigène et le sérum antistaphylococcique préparé chez le cheval à l'aide de ce filtrat, on observe une floculation typique, semblable au phénomène qui a lieu, dans des conditions analogues, dans les mélanges de bouillon diphtérique filtré et de sérum antidiphtérique. Comme lui, il est le résultat de l'interaction de la toxine et de l'antitoxine spécifiques.

**Sur une méthode d'évaluation du pouvoir antigène de la toxine staphylococcique, par la floculation spécifique.** — MM. G. RAMON, H. BONNET, P. NÉLIS, R. RICHOU et S. THIEFFRY. Cette méthode a pour base l'apparition de la floculation initiale qui indique le mélange neutre de toxine et d'antitoxine staphylococciques. La technique est calquée sur celle du titrage du pouvoir antigène de la toxine diphtérique.

Pour chaque échantillon, il a été recherché comparativement le pouvoir antigène à l'aide de la floculation, la dose test hémolytique, la dose minimum hémolytique, la dose minimum dermo-toxique. Si l'on tient compte de l'instabilité des propriétés toxiques, hémolytiques, dermo-toxiques, léthales, la méthode de floculation apparaît comme la méthode de choix pour l'évaluation du pouvoir antigène intrinsèque de la toxine staphylococcique.

**Potentiel négrigène des virus rabiques fixes.** — MM. C. LEVADITI et R. SCHOEN. Le potentiel négrigène (capacité de produire des corps de Negri dans les neurones électifs) permet de différencier les diverses souches de virus des rues, de la plupart des souches de virus fixes couramment utilisées pour la vaccination antirabique.

**Sur les réactions neuronales de l'hypothalamus consécutives à l'hyperneurocrinie hypophyso-hypothalamique expérimentale.** — MM. G. ROUSSY et M. MOSINGER. Les phénomènes dégénératifs et régénératifs des cellules nerveuses de l'hypothalamus, étudiés par eux antérieurement, correspondent à un phénomène physiologique. Si, en effet, on provoque expérimentalement chez le chien, par ablation du ganglion cervical supérieur, une hyperneurocrinie hypophyso-hypothalamique, celle-ci détermine des phénomènes de polymorphisme cellulaire, d'homogénéisation et de vacuo-

lisation protoplasmique, des modifications nucléaires particulières et la dégénérescence complète de certains neurones. Chez ces mêmes animaux, les auteurs ont relevé de nombreuses cellules binucléées.

Ces constatations semblent plaider en faveur de la notion que le système neuro-végétatif subit un remaniement constant.

**Réactions intradermiques à la toxine staphylococcique chez l'homme.** — MM. R. DEBRÉ, H. BONNET, S. THIEFFRY et C. SABETAY ont étudié la sensibilité de la peau à la toxine staphylococcique chez l'adulte, l'enfant et le nourrisson, soit normaux, soit atteints de staphylococcies diverses.

Ils ont ainsi obtenu des intradermo-réactions tantôt positives, tantôt négatives.

Il semble exister un rapport étroit entre le mode de réaction de la peau et la teneur du sérum en antitoxine staphylococcique : la première s'observant chez les sujets dont le sérum contient une quantité relativement forte d'antitoxine ; les secondes, chez les sujets dont la teneur en antitoxine est très faible.

La réaction cutanée observée par les auteurs doit donc être considérée comme une réaction allergique vis-à-vis des protides microbiennes.

**La neurocrinie pigmentaire hypophysaire et la neurocrinie périphérique.** — MM. G. ROUSSY et M. MOSINGER décrivent sous le nom de *neurocrinie pigmentaire hypophysaire*, la formation de pigment aux dépens des produits de sécrétion ou des cellules de l'hypophyse dans le tissu nerveux du lobe postérieur, de la tige pituitaire ou de l'infundibulum. Ce pigment est de deux sortes :

Le *pigment brun*, formé aux dépens de la colloïde ou des cellules hypophysaires, est repris par les cellules névrogliques. Le *pigment noir* résulte de la transformation, dans les cellules névrogliques, du pigment brun, ou naît directement au contact du lobe intermédiaire. Ce processus permet de rapprocher la neurocrinie, du type Collin, que les auteurs appellent *neurocrinie hypophyso-hypothalamique*, de la neurocrinie du type Masson, qu'ils appellent *neurocrinie périphérique*, caractérisée par le déversement, dans les nerfs périphériques, de produits d'élaboration sécrétés par certaines cellules mélanifères ou contenant des granulations argentophiles. La tige pituitaire peut être, en effet, assimilée à un nerf périphérique à court trajet ; elle contient la majeure partie des fibres afférentes à l'hypophyse.

Les mélanoblastes du lobe nerveux et de la tige pituitaire sont d'origine neuro-ectodermique. Ils transforment le produit d'origine hypophysaire (*neurocrinie*) en un nouveau produit (*neurocrinie* des auteurs).

**Les courbes glycémiques comparées après injection intraveineuse de glucose hypertonique.** — MM. N. FIESSINGER et A. BIRON ont étudié le mode évolutif des courbes glycémiques, après injection intraveineuse de sérum glucosé à 30 p. 100.

Chez les chiens porteurs de fistule d'Eck, la courbe s'élève et se prolonge. Chez l'homme, après injection de 100 centimètres cubes de sérum hypertonique, la courbe atteint son point culminant 10 minutes après la fin de l'injection, puis descend rapidement.

On n'observe de variante pour les courbes artérielles ou veineuses qu'aux taux de fortes glycémies, et aucune variante suivant les territoires capillaires.

Chez les cirrhotiques, comme dans les glycémies digestives, la courbe s'élève et s'étend. Chez les néphrétiques, la flèche d'élévation est immédiatement plus considérable.

Les auteurs pensent, qu'après injection veineuse de glucose, l'affaissement de la courbe est autant le fait de la per

méabilité rénale que celui de la glycolyse tissulaire et de la glycopexie hépatique.

**Lésions du système nerveux central dans l'intoxication expérimentale par l'évipan sodique.** — M. Ivan BERTRAND et Mlle Françoise THIERRY. L'évipan sodique, administré à fortes doses, provoque d'importantes lésions infra-corticales, diencephaliques, bulbaires et spinales. L'atteinte du cortex cérébral est indiscutable, bien que plus délicate à démontrer.

Les altérations neuroganglionnaires consistent en figures de liquéfaction cellulaire avec atteinte sévère du noyau.

La conception de Pick, soutenant que le lieu d'action des barbituriques est infracortical, ne se vérifie qu'incomplètement, les lésions anatomiques, tout au moins à des doses mortelles, ayant une diffusion considérable.

**Lésions du parenchyme hépatique consécutives à l'injection de toxiques minéraux au voisinage du système neuro-végétatif abdominal.** — M. H. BROCARD. Chez le cobaye, l'injection de toxiques minéraux : huile phosphorée, huile chloroformée, à des dilutions très grandes, bien au-dessous de la dose toxique, ou même de traces d'alcool faible, au voisinage des splanchniques droit ou gauche ou dans le pédicule hépatique, détermine la mort de l'animal dans un délai qui, dans la moitié des cas, n'excède pas dix jours. L'examen histologique du foie montre alors des lésions complexes intéressant non seulement le système vasculaire et le tissu réticulo-endothélial, mais le parenchyme lui-même : il s'agit d'une hépatite tantôt diffuse, tantôt nodulaire. Parfois même, lorsque la survie a été plus longue, on note l'apparition d'îlots lympho-conjonctifs. Ces constatations laissent supposer l'étendue de l'action du système sympathique sur le foie.

**Apparition de tonofibrilles dans l'épithélium rénal du cobaye au cours de toxi-infections expérimentales.** — M. Ivan BERTRAND, Mlle J. GUILLAIN et M. J. BABLET. Au cours de toxi-infections expérimentales chez le cobaye, l'imprégnation des éléments satellites endo-membraneux met en évidence un appareil filamenteux complexe : les tonofibrilles. Ces productions, indépendantes du chondriome, peuvent traverser les limites intercellulaires au même titre que les filaments épidermiques de Ranvier, et constituent une forme de résistance du tube rénal en présence de certains processus pathologiques.

**Chromatophores à l'intérieur de la moelle dans la syringomyélie.** — MM. Th. ALAJOUANINE et Th. MORNET rapportent un cas de syringomyélie, avec grande cavité, où les chromatophores avaient pénétré dans l'intérieur de la moelle épinière, tapissant les couches moyennes de la paroi de la cavité syringomyélique.

La présence de chromatophores dans la moelle est secondaire à l'effondrement de son parenchyme. Leur hyperplasie et leur hypertrophie sont dues aux conditions chimico-biologiques locales favorables à la mélanogénèse. Les auteurs attribuent aux cellules chromatophores une activité phagocytaire qui est démontrée par leurs préparations.

**Recherche du bacille tuberculeux dans les selles par culture et inoculation.** — MM. P. CARNOT, H. LAVERGNE, A. FIEHRER montrent qu'au cours de la recherche du bacille tuberculeux dans les selles par culture et inoculation, l'acidification par l'acide sulfurique, après un temps convenable, permet de débarrasser les matières fécales de la presque totalité des germes banaux avec des résultats positifs même dans les cas de lésions intestinales très pauvres en bacilles. Ces techniques ont donc surtout de la valeur dans les cas où la présence de bacilles dans les fèces ne s'accompagne pas d'élimination dans les crachats déglutis.

## SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

(SÉANCE DU 17 MAI 1935)

**Deux observations d'arthrodèse extra-articulaire sacro-iliaque.** — M. Raphaël MASSARD fait un rapport sur ces deux observations d'arthrodèse sacro-iliaque adressées par M. René Charry (de Toulouse). Celui-ci a pratiqué ces interventions suivant la technique que R. Massart a décrite antérieurement à la Société des Chirurgiens de Paris. Il s'agissait de deux malades impotentes dont l'une gardait le lit depuis quatre ans et l'autre, affligée d'une démarche incertaine, ne pouvait faire plus d'une centaine de mètres. Ces impotences, liées à des lésions du carrefour sacro-iliaque, ont été très améliorées par l'arthrodèse extra-articulaire par greffon tibial traversant les épines iliaques postérieures et appuyé contre la face postérieure du sacrum.

**Les fausses tumeurs vésicales d'origine tuberculeuse.** — M. A. LAVENANT communique plusieurs cas de fausses tumeurs vésicales par productions embryonnaires avec hypertrophie et prolifération du derme, au cours de la tuberculose rénale, sans lésions de cystite, avec hématuries profuses et intermittentes. Il s'agit de formes tuberculeuses végétantes précédant la période d'ulcération et qui rendent le diagnostic parfois difficile. Aussi l'examen bactériologique des urines s'impose-t-il, bien que pouvant parfois être négatif. La guérison de ces lésions est rapide après l'ablation du rein malade, mais, dans les cas où les symptômes hémorragiques sont importants, il sera bon, parfois, de recourir à la cautérisation par haute fréquence des productions tumorales.

M. R. BONNEAU montre les difficultés de diagnostic entre la tuberculose végétante et le cancer de la vessie. Il communique l'observation d'une ancienne néphrectomisée gauche, qui fut prise d'hématuries, d'élimination de fragments de tumeur et chez qui la cystoscopie fit voir une tumeur vésicale au-dessus du méat droit. Les urines renfermaient du staphylocoque et du bacille de Koch. Une biopsie ne décela pas de cancer. La guérison fut obtenue par plusieurs séances d'électrocoagulation.

**Cystostomie économique sur béniqué élévateur avec ou sans remplissage de la vessie.** — M. R. BONNEAU. Par ce procédé, économie de temps et économie de plaie. Le béniqué élévateur, perçu à travers la paroi, au-dessus du pubis, dispense de distendre la vessie, ce qu'il serait du reste impossible de faire dans les cas d'incontinence vésicale. Comme appareil, on se servira, soit de celui de R. Bonneau, soit de celui de S. Colombino (de Turin).

**Du danger d'hémorragies graves dans les dilatations chez les rétrécis infectés.** — M. NORA en communique deux observations. La sonde à demeure a été inefficace dans ces cas pour arrêter l'hémorragie. Il a été nécessaire de pratiquer une cystostomie avec tamponnement de l'urètre postérieur. L'auteur présente un certain nombre de considérations sur la pathogénie de ces hémorragies et fait suivre sa communication de la bibliographie de la question.

**Chirurgie des diverticules vésicaux.** — M. NORA fait un plaidoyer en faveur du traitement chirurgical des diverticules vésicaux et de l'état diverticulaire de la vessie. Il communique, à l'appui, deux observations.

**Hématonéphrose d'origine traumatique avec syndrome d'hémorragie interne. Néphrectomie d'urgence. Guérison.** — M. FAYOT. Un enfant de treize ans, à la suite d'une chute, présente un syndrome d'hémorragie interne nécessitant une intervention d'urgence. Après laparotomie ombilicale gauche, l'auteur trouva une volumineuse tumeur rénitente rétropéritonéale d'où l'aspiration ramène deux litres et

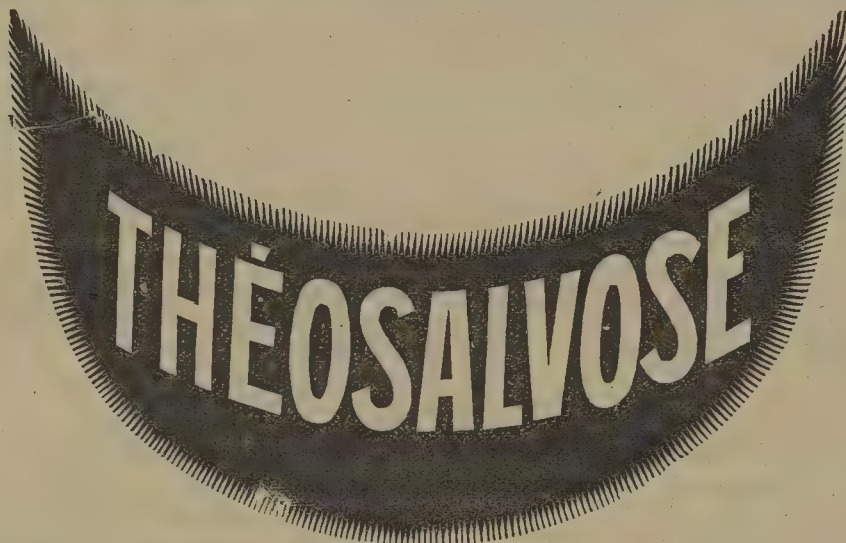


# DIURÉTIQUE ( D'UN POUVOIR REMARQUABLE D'UNE FIDÉLITÉ CONSTANTE

Pure  
Digitalique  
Strophantique  
Sparléinée  
Scillitique  
Barbiturique

Phosphatée  
Lithinée  
Caféinée

Ne se délivrent  
qu'en cachets



Cachets dosés

0 gramme 25

et à

0 gramme 50

de Théosalvose

DOSE MOYENNE :

1 à 2 grammes

par jour.

## THÉOBROMINE FRANÇAISE garantie chimiquement pure

Artériosclérose — Affections cardiaques et rénales — Albuminuries — Intoxications  
Urémie — Uricémie — Goutte — Rhumatismes — Hydroplisie — Maladies Infectieuses

Laboratoires André GUILLAUMIN

PARIS — 13, rue du Cherche-Midi, 13 — PARIS

R. G., 2.16. Seine.

**avez-vous lu :**

LES APPLICATIONS CLINIQUES DE L'INSULINE EN DEHORS DU DIABÈTE

L'ATHÉRAPEUTIQUE DU DIABÈTE PAR L'INSULINE

LE LABORATOIRE ENDOPANCRIE est à votre disposition pour vous envoyer ces deux brochures

48, RUE DE LA PROCESSION — PARIS-15<sup>e</sup>

**Épilepsie!!**

dans l'état actuel de la Science, les

**Dragées Gelineau**

(Bromure de potassium arsenical et Picrotoxine) demeurent toujours

**le remède le plus actif, le plus puissant à combattre l'Épilepsie**

J. Mousnier, Sceaux (Seine) près Paris.

**RHIZOTANIN CHAPOTOT**

Tanin de Fraisier - Sels de chaux et de magnésie

**Tonique -- Reconstituant -- Recalcifiant**

Anémies — Bronchites chroniques — Prétubercules. Amélioration rapide des Accidents Diarrhéiques et des Néphrites Albuminuriques.

Cachets pour adultes -- Poudre pour enfants Granulé pour adultes et enfants

Éch. Méd. grat. P. AUBRIOT, Ph. 56, bd Ornano, PARIS-18<sup>e</sup>

demi d'urine sanglante. On décolle progressivement cette poche d'hématonéphrose du péritoine pariétal postérieur. Ligature du pédicule rénal, facile, grâce à la voie d'abord employée. Guérison. L'enfant, revu à trois reprises différentes depuis l'intervention, présente un bon état général.

**Curage digital dans les rétentions utérines après avortement.** — M. BOVIER décrit la technique qu'il emploie en cas d'avortement au troisième mois ou plus. Il ne se sert pas de curette et fait au doigt le nettoyage de la cavité utérine. Lavage à l'eau iodée et tamponnement.

**Enfant de sept ans opérée depuis deux ans d'un mal de Pott dorsal supérieur.** — M. Raphaël MASSART présente cette enfant. L'opération a donné un excellent résultat.

## PRATIQUE MÉDICALE

### LE GLUCONATE DE CALCIUM EN PHTISIOTHÉRAPIE (1)

Par M. R. LOWENBRAUN.

Dans cette thèse, R. Löwenbraun, mettant à profit la vaste documentation clinique et radiologique du Sanatorium de Magnanville, examine l'action du gluconate de calcium (« Calcium Sandoz »), dans le traitement de fond de la tuberculose pulmonaire, des hémoptysies, des pleurésies séro-fibrineuses, du rhumatisme allergique, et les avantages de l'association aux sels d'or du gluconate de calcium.

Après l'exposé d'une longue série d'observations, l'auteur insiste sur ce fait, qu'ayant pratiqué environ quinze mille injections d'une ampoule de 5 ou de 10 cc. de « Calcium-Sandoz » (solution à 10 pour 100), par les voies endoveineuse ou intra-musculaire, aucun accident inflammatoire ou d'intolérance n'a été constaté. Ce qui montre la parfaite tolérance du « Calcium-Sandoz ».

Ses conclusions sont les suivantes :

I. Dans la tuberculose pulmonaire, la calcithérapie exerce surtout une action antiphlogistique et décongestionnante qui active les transformations scléreuses, et améliore toujours l'état général, le poids, l'état fonctionnel, et régularise, puis stabilise la courbe thermique.

Dans 3 cas où le traitement a duré plus d'un an, on a constaté des résultats favorables sur les lésions anatomiques elles-mêmes, ce qui prouve que la calcithérapie serait un excellent traitement de fond, si cette thérapeutique était continuée pendant une durée suffisante de 1 à 2 ans environ.

II. Dans les manifestations hémoptoïques et les hémoptysies, l'action du Calcium est indéniable.

III. Dans les pleurésies séro-fibrineuses, le gluconate de calcium agit surtout comme médicament anti-inflammatoire, il abrège la durée d'évolution de la pleurésie, hâte la disparition de l'épanchement, et amène une restitution fonctionnelle plus complète que les autres méthodes de traitement.

IV. Dans l'hydropneumothorax, son action, souvent inefficace sur l'épanchement, est remarquable sur l'abaissement et la régularisation de la courbe thermique.

V. Dans les péritonites tuberculeuses, le « Calcium-Sandoz » amène des périodes de rémission.

VI. Dans le rhumatisme allergique, la calcithérapie pourrait être avantageusement substituée à la chrysothérapie, car elle ne connaît aucune contre-indication.

VII. L'association du gluconate de calcium Sandoz aux sels d'or augmente l'aurotolérance.

VIII. Dans tous ces cas, ce sel de chaux s'est montré également un tonique général et un régulateur, puis un stabilisateur de la courbe thermique.

(1) Th. de Paris, 1934.

## LIVRES NOUVEAUX

**Manuel de sérologie pratique (1),** par EDOUARD PEYRE. Préface du professeur Roussy.

Nul n'était mieux qualifié que l'auteur pour réunir en un petit mais substantiel précis tout ce qu'il importe tant au clinicien qu'au technicien du laboratoire de connaître dans une branche de la biologie pratique dont l'importance s'accroît chaque jour.

Toutes les techniques nécessaires à qui veut réunir sur le sérum sanguin les renseignements dont a besoin la clinique sont ici rassemblées. Dosage chimique par les procédés les plus pratiques et les plus récents des composants minéraux, azotés, hydrocarburés, etc... Etude du sérum dans ses propriétés physiques (pH et réserve alcaline en particulier), investigations biologiques enfin. Dans ce domaine, les techniques se multiplient et se perfectionnent quotidiennement. De la fixation du complément dans la syphilis et les autres affections où on peut avoir à la rechercher aux recherches interférométriques les plus délicates, aux mesures de flocculation, aux épreuves anaphylactiques et à celles des groupes sanguins, tout le nécessaire se trouve ici exposé avec une brièveté d'autant plus louable que les clartés utiles sont généreusement distribuées.

Aucune bibliographie apparente qui ne serait ici que poids mort, mais un « tableau d'orientation » qui guide le médecin à la fois pour son plan d'enquête et pour l'établissement de ses conclusions.

L. BABONNEIX.

**Annuaire médical des Stations hydro-minérales, climatiques et balnéaires de France, Sanatoriums et Maisons de Santé** (Edition 1935). Direction : 23, rue du Cherche-Midi, Paris 6<sup>e</sup>.

L'édition pour 1935 de cette importante publication comprenant 776 pages, et abondamment illustrée vient de paraître. Comme dans les précédentes éditions, on trouvera une notice sur toutes les stations thermales, climatiques et balnéaires et sur le plus grand nombre de sanatoriums et maisons de santé.

L'ouvrage est émaillé d'un certain nombre de chapitres scientifiques de la plus grande utilité pour les praticiens et les étudiants en cours d'examen :

Crénothérapie et Climatothérapie (Prof. Carnot et Villaret), Thalassothérapie (Prof. Giraud), Climatologie de la Côte d'Azur (Société des Médecins du Littoral méditerranéen), Climatologie de la Mer du Nord et de la Manche (Prof. Duhot), Climatologie du Littoral Atlantique (Dr G. Barraud), Climatologie de la Côte Basque (Dr Mercier des Rochettes), Organisation de la lutte antituberculeuse (Dr Louis Guinard).

On y trouvera aussi tous renseignements utiles concernant la législation, l'administration des stations et les différents groupements économiques ou scientifiques de caractère thermal ou climatique.

Cet ouvrage, dont le prix de vente est de 60 francs, sera remis gratuitement dans un but d'intérêt général, à tous les médecins et à tous les étudiants en fin de scolarité, qui voudront bien le faire prendre aux bureaux de l'Expansion Scientifique Française, 23, rue du Cherche-Midi, Paris (6<sup>e</sup>). Pour ceux qui désireraient le recevoir par poste, joindre à la demande d'envoi la somme de 5 francs pour la France et de 15 francs pour l'étranger, pour frais d'expédition et d'emballage. — Il sera perçu 7 francs pour les expéditions demandées contre remboursement.

(1) Bibliothèque de la Revue de médecine. — Paris, F. Alcan.

Le Directeur-gérant : D<sup>r</sup> François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GEN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.



# ANGIOLYMPHE

— Principes Actifs d'Orchidées

**Tous ÉTATS DÉFICIENTS - PRÉTUBERCULEUX - TUBERCULOSE**

AUCUNE TOXICITÉ — PAS DE CONTRE INDICATIONS

Injections intra-musculaires indolores — 2 à 5 cc. par séries de 10 à 12 injections

# ARGYCUPROL

= Ag (10 %) + Cu (0,1 %)

Attaque le Gonocoque et les Associations microbiennes

**BLENNORRAGIE** aiguë (traitement abortif) ou Chronique et leurs Complications - **AFFECTIONS GYNÉCOLOGIQUES** : Métrites simples ou gonococciques, Vulvite, Vulvo-Vaginites, etc. - **OPHTALMOLOGIE - DERMATOLOGIE**

Injections urétrales, Vaginales, Grands lavages uréthro-vésicaux

INDOLORE — NON CAUSTIQUE — NE PROVOQUE PAS DE RÉTRÉCISSEMENTS

Echantillons et Littérature : **LABORATOIRES de l'ANGIOLYMPHE**, 4 bis, rue Hébert, COURBEVOIE

*Reconstituant - Tonique  
Hémopoïétique - Anti-Toxique*

# PHYTO-SPLÉNOL

*Granulés  
ou Dragées*

J. PLÉ DOCTEUR EN PHARMACIE - 111<sup>bis</sup> rue de Turenne PARIS 3

# NUCLÉARSITOL ROBIN

*Granulé - Comprimés - Injectable*

**TUBERCULOSE - FIÈVRES PALUDÉENNES  
LYMPHATISME - SCROFULE**

**LABORATOIRES ROBIN, 13. Rue de Poissy. PARIS**



LE DIURÉTIQUE RÉNAL PAR EXCELLENCE

**SANTHÉOSE**

LE PLUS FIDÈLE, LE PLUS CONSTANT, LE PLUS INOFFENSIF DES DIURÉTIQUES

SES QUATRE FORMES

**PURE**

Le médicament régulateur par excellence, d'une efficacité sans égale dans l'artério-sclérose, la présclérose; l'albuminurie, l'hydropisie, l'urémie.

**PHOSPHATÉE**

L'adjuvant le plus sûr des cures de déchloration et de désintoxication de l'organisme, dans la neurasthénie, l'anémie et les convalescences.

**CAFÉINÉE**

Le médicament de choix des cardiopathies, fait disparaître les œdèmes et la dyspnée, renforce la systole, régularise le cours du sang.

**LITHINÉE**

Le traitement rationnel de l'arthritisme et de ses manifestations; jugule les crises, enraye la diathèse urique, solubilise les accidents urinaires.

DOSES : 2 à 4 Cachets par jour. — Ces cachets sont en **FORME DE CŒUR** et se présentent en boîtes de 24.

**PRODUIT FRANÇAIS**4, rue du Roi-de-Sicile  
PARIS**PRODUIT FRANÇAIS**

THÉRAPEUTIQUE IODORGANIQUE &amp; RADIODIAGNOSTIC

**LIPIODOL  
LAFAY**

Huile Iodée à 40 %.

**Pour combattre**

Asthme  
Artériosclérose  
Lymphatisme  
Rhumatisme  
Algies diverses  
Sciatique  
Syphilis

**Pour Explorer**

Système Nerveux  
Voies respiratoires  
Utérus et trompes  
Voies urinaires  
Sinus nasaux  
Voies lacrymales  
Abcès et fistules

Ampoules, Capsules, Emulsion, Comprimés

A. GUERBET & C<sup>o</sup>, Pharmacien, 22, Rue du Landy — S'-OUEEN, près Paris.

VÉMET-JER-CARRÉ

**VACCINS CLIN****ANTICOQUELUCHEUX****ANTISTAPHYLOCOCCIQUE****ANTISTREPTOCOCCIQUE****ANTIGONOCOCCIQUE**

I. MONOMICROBIEN et II. POLYMICROBIEN

**COLI-ENTÉRO-VACCIN****I. BUCCAL**

Boîte de 6 ampoules de 5 c.c.  
de forte concentration uniforme.

**II. INJECTABLE**

Boîte de 10 ampoules de 1 c.c.  
à concentrations croissantes

**PNEUMO-BRONCHO-VACCIN**

ADULTES - ENFANTS

Concentration élevée en microbes - Tolérance parfaite - Conservation illimitée

*Injections sous-cutanées ou intra-musculaires*

Les Vaccins Clin injectables sont délivrés en boîtes de 10 ampoules de 1 c.c.

**PYOVARGOL****POMMADE AU COLI-ENTÉRO-VACCIN CLIN****ARGENTIQUE ANTIPYOGÈNE**

POUR PANSEMENTS des plaies infectées et suppurations locales

LABORATOIRES CLIN. COMAR ET C<sup>ie</sup>, 20, rue des Fossés-Saint-Jacques, PARIS



*La Lancette Française***GAZETTE DES HOPITAUX**

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6<sup>e</sup>. Tél. : Danton 48-31.PUBLICITE : M. A. THIOILLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6<sup>e</sup>) - Téléph. : Littré 54-93.

## PRIX DE L'ABONNEMENT

## FRANCE

3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.

*Etudiants* : 25 francs par an.

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

## ETRANGER

Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.

Tous les autres pays : 75 francs.

**SOMMAIRE****TRAVAUX ORIGINAUX***Chorée fibrillaire de Morvan compliquée de diplégie faciale, de troubles psychiques et d'un syndrome de Landry mortel, par M. le professeur H. ROGER, MM. J. ALLIEZ et A. JOUVE (de Marseille).***SOCIÉTÉS SAVANTES***Société de biologie. — Société de médecine militaire française. — Société de thérapeutique. — Société des sciences médicales et biologiques de Montpellier et du Languedoc méditerranéen.***PRATIQUE MÉDICALE****LIVRES NOUVEAUX****NOTES POUR L'INTERNAT***Rétrécissements du rectum.***INFORMATIONS****HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT EN PHARMACIE.** — Liste, par ordre de mérite, des 49 candidats admis au concours pour l'internat en pharmacie :M<sup>lle</sup> Christiane Laroche, M. Mangeot, M<sup>lles</sup> Zapp, Hélène Gasatz, M. Ferrera, Floret, Maurice Charles, M<sup>lles</sup> de Vodzinska, Lambert, M. Bergeron, M<sup>lle</sup> Kirsh, M<sup>lles</sup> Rolandez, Planchon, Béthune, Le Breton, Philippot, M<sup>lles</sup> Gaulier, Villepreux, MM. Jolivet, Dastugue, Pinard, Rollet, Lafond, Béranger, Daudet, Leheuzet, M<sup>lle</sup> Geneviève Maillard, MM. Gillet, Morel, M<sup>lle</sup> Renée Sitri, MM. Capron, Philippe Jean, Chevallier, Bourgeois, Henry, Bagros, Denis, M<sup>lle</sup> Chanteau, MM. Illaire, Lebas, M<sup>lle</sup> Yvette Gibergy, MM. Le Marchand, Brunet, Caye, Jauron, Molliand, M<sup>lle</sup> Marie Morin, MM. Degusseau, Thépénier.**LÉGION D'HONNEUR.** — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :**PENSIONS.** — *Au grade d'officier.* — M. le docteur Weil (de Paris).*Au grade de chevalier.* — M. le docteur Menaud, médecin des dispensaires de la F. O. P.**INTÉRIEUR.** — *Au grade d'officier.* — M. le docteur Darré, médecin des hôpitaux de Paris.**COMMERCE.** — *Au grade d'officier.* — M. le docteur Vignéras (de Paris).**MARINE.** — Le *Journal officiel* du 10 août 1935 publie la liste des étudiants en médecine et en pharmacie admis à subir les épreuves orales du concours d'entrée à l'Ecole principale du Service de santé de la marine à Bordeaux.**ASSOCIATION AMICALE DES MÉDECINS MÉDAILLÉS MILITAIRES.** — Il vient d'être constitué une Association amicale des médecins médaillés militaires.

L'assemblée générale constitutive de cette Association, qui s'est tenue le 6 juillet 1935, a approuvé les projets de statuts qui lui étaient proposés par le comité fondateur. Elle a désigné pour trois ans son conseil d'administration et son bureau :

Président : docteur Sorrel; vice-président : à désigner parmi les membres de province; secrétaire général : docteur Sureau; secrétaire général adjoint : docteur Thibault; trésorier : docteur Rime; conseillers : docteurs Coste, Florand, Hufnagel, Tournay, Turpin et deux conseillers à désigner parmi les membres habitant la province.

Le siège social de l'Association est au domicile du secrétaire général à Paris, 11, rue Portalis.

**AVIS DE CONCOURS.** — Un concours sur titres aura lieu à la préfecture du Calvados, vers le 30 septembre prochain, pour la nomination d'un médecin inspecteur d'hygiène adjoint (circonscription de Vire) qui devra entrer en fonctions le 15 octobre suivant.

Les candidats à ce poste devront être Français, âgés de 30 ans au moins et 50 ans au plus, avoir satisfait à la loi militaire et être pourvus du diplôme de docteur en médecine (diplôme d'Etat) et d'un diplôme d'hygiène délivré par un des instituts d'hygiène des universités françaises.

Les demandes, rédigées sur papier timbré, devront être

Laboratoire Mialhe — 8 Rue Favart — Paris — 2<sup>e</sup>

La feuille de digitale se prescrit :

**Digi-LANATINE**Extrait total des glycosides  
du Digitalis Lanata

adressées à la préfecture du Calvados (inspection départementale d'hygiène) et, au plus tard, le 20 septembre 1935, dernier délai.

Le traitement actuel de début des médecins inspecteurs d'hygiène adjoints de circonscription est de 30.000 fr. et peut atteindre 40.000 fr. par échelons successifs de 2.000 fr. tous les deux ans. De plus, le département verse une somme annuelle de 1.500 fr. à la caisse nationale des retraites pour la vieillesse en faveur de chacun des médecins inspecteurs qui font un versement d'égale importance.

Enfin, les médecins inspecteurs bénéficient des mêmes indemnités pour charges de famille que celles attribuées au personnel de la préfecture.

L'indemnité prévue pour leurs frais de déplacement est fixée à forfait à 18.000 fr. par an.

Le médecin qui aura été choisi pour remplir le poste d'inspecteur adjoint d'hygiène de la circonscription de Vire ne sera titularisé dans son emploi qu'après un an de stage.

**NÉCROLOGIE.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M<sup>e</sup> Georges Rocher, avocat honoraire à la Cour d'appel de Paris, ancien membre du Conseil de l'Ordre, chevalier de la Légion d'honneur, décédé dans sa 90<sup>e</sup> année. M<sup>e</sup> Rocher a été pendant de longues années l'éminent et dévoué conseil juridique de l'Association de la Presse médicale française.

**ERRATUM.** — A propos de la demande d'un interne pour l'Institut Calot (Berck-Plage) les honoraires fixes sont de 500 fr. par mois.

**Journées pharmaceutiques de Paris.** — L'Union Nationale des Pharmaciens Français et l'Association Amicale des Etudiants en Pharmacie de France organisent en commun les Journées Pharmaceutiques de Paris, qui auront lieu à la Maison de la Chimie, les 7, 8, 9, 10 et 11 novembre 1935.

Les Journées pharmaceutiques comporteront des séances de travail où seront examinées les questions professionnelles les plus importantes. Elles comprendront également des soirées et des fêtes, des réceptions, des visites d'usines, des excursions. Elles seront complétées par une exposition de produits pharmaceutiques où sera invité tout le corps médical.

Pour tous renseignements complémentaires, s'adresser au président du Comité d'organisation : M. Ravaut, 6, place de Breteuil, Paris (15<sup>e</sup>).

**3<sup>e</sup> Congrès international de pathologie comparée.** — Le congrès aura lieu à Athènes les 15, 16, 17, 18 avril 1936, sous les auspices de S. E. M. le Président de la République et du gouvernement hellénique.

Ce congrès, dont le but est exclusivement scientifique, s'occupera non seulement des maladies communes à l'homme et aux animaux dans toute la série, mais aussi des rapports pouvant exister entre les maladies des différentes espèces.

Il s'occupera également de pathologie végétale et des relations possibles entre certaines maladies de plantes et celles des animaux.

Les sujets qui feront l'objet de rapports spéciaux sont les suivants :

**Section de médecine humaine.** — 1. Néphroses et amyloses ; 2. Echinococcoses ; 3. Leishmanioses ; 4. Spirochétoses ; 5. Avitaminoses : influence sur les fonctions digestives.

**Section de médecine vétérinaire.** — 1. Les échinococcoses chez les animaux domestiques ; 2. Les spirochétoses animales ; 3. Les infections anaérobies chez les animaux

domestiques ; 4. Les leishmanioses animales ; 5. Les varioles animales.

**Section de pathologie végétale.** — L'immunité chez les végétaux.

Une croisière de 12 jours sera organisée à cette occasion au départ de Venise, le 11 avril 1936.

Du 11 au 14 avril. Venise, le Pirée, le Mont Athos, le Pirée.

Du 15 au 17 : Athènes (Congrès).

Du 18 au 21 : Nauplie, visite à Epidaure et aux cités archéologiques (Tyrinthe, Mycènes, Corinthe, Sparte, Mistra). — Olympie, Delphes, retour à Venise.

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétariat général (D<sup>r</sup> Ant. Codounis, professeur agrégé, 40, rue Diderot, à Athènes).

**Congrès international de l'Insuffisance hépatique** (Vichy, 16, 17, 18 septembre 1937). — Un Congrès international de l'Insuffisance hépatique, placé sous la présidence de M. le professeur Loeper, membre de l'Académie de Médecine, se tiendra à Vichy en 1937.

Deux sections de travaux sont prévues : Médecine et Biologie, Thérapeutique médicale, chirurgicale et hydrologique.

Cette manifestation scientifique fera suite au Congrès international de la Lithiase biliaire de 1932, qui fut présidé par M. le professeur Carnot.

## RENSEIGNEMENTS

**COLLÈGE DE GARÇONS. COLLÈGE DE JEUNES FILLES.** Soissons. Préparation aux divers baccalauréats. Etablissements neufs. Internats tout confort. Hygiène et sports. A 1 h. 1/4 de Paris par le train. Autobus Citroën.

Vente en l'étude de M<sup>e</sup> Claude CHAVANE notaire à Paris, 162, boulevard Magenta, le mardi 3 septembre 1935 à 14 h. 1/2  
EN UN SEUL LOT : d'un

**Fonds de Commerce**

**Produits Pharmaceutiques**

dénommés **LABORATOIRES E.J. FOUGERAT** OU **PRODUITS "Fougerat"** ou

**Sirop, pâte, gouttes Rami**

et enfin **"POUDRE JIFA"** 44, rue Chaplat à

**Levallois-Perret (Seine)**

AVEC TOUTES EXPLOITATIONS ANNEXES FRANCE ET ÉTRANGER, notamment à MILAN, 7, via Mazzini et à BARCELONE, Corcega 254

**Mise à prix : 12.344.000 frs.**

avec obligation de reprendre en sus du prix

**Immeuble à Levallois-Perret**

44, RUE CHAPTAL et 17, RUE CHEVALLIER

**pour le prix de 1.400.000 frs**

également obligation de reprendre matériel, marchandises et matières premières.

**Consignation pour enchérir 4 millions en espèces ou chèque barré, visé pour provision au nom du notaire.**

L'adjudication ne pourra avoir lieu qu'au profit de personnes munies du diplôme de pharmacien.

S'adresser à M<sup>e</sup> CHAVANE, notaire et à M<sup>e</sup> Pierre MARIN, avoué à Paris, 14 rue Portalis.

Toux  
Dyspnée

**IODEINE MONTAGU**

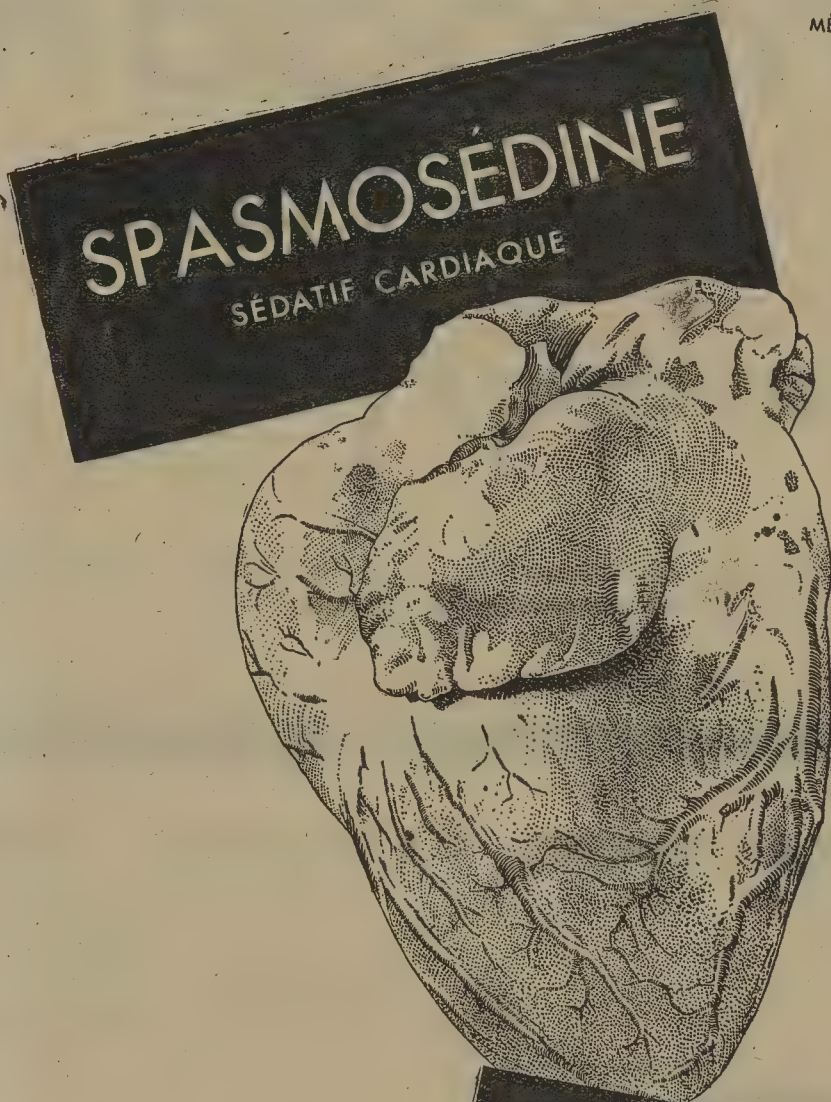
**OUATAPLASME**

du **D<sup>r</sup> LANGLEBERT**  
PANSEMENT COMPLET  
Phlegmasies, eczémas, brûlures, etc



LABORATOIRES DEGLAUDE ( )  
15, BOUL. PASTEUR, PARIS (XV<sup>e</sup>)

MÉDICAMENTS CARDIAQUES  
SPÉCIALISÉS

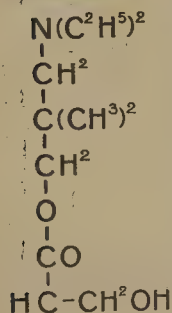


**SPASMOSEDINE**  
SÉDATIF CARDIAQUE

**DIGIBAÏNE**  
TONIQUE CARDIAQUE

*les 2 médicaments cardiaques essentiels*

# Syntropan



ester-3-  
diéthylamino-  
2,2-diméthyl-  
propylique de  
l'acide tropique.

## Spasmolytique

## "ROCHE"

Comprimés: 1 à 3 pro die  
Ampoules: 1 à 3 pro die  
Suppositoires: 1 à 2 pro die

Réalisation synthétique de la médication atropinique  
sans mydriase, sécheresse de la bouche etc...

Produits F. HOFFMANN - LA ROCHE & C<sup>ie</sup> 10, Rue Crillon - PARIS (IV<sup>e</sup>)

## LABORATOIRES CARTERET

LIQUIDE  
et  
COMPRIMÉS

### ANTISEPTIQUE GÉNÉRAL

*Sans odeur et non toxique*

# LUSOFORME

*Formol saponiné*

### DÉSINFECTANT -- DÉSODORISANT

S'EMPLOIE EN SOLUTION AQUEUSE à 1/4<sup>e</sup> ou 1/2 p. 100 en GYNÉCOLOGIE, OBSTÉTRIQUE, CHIRURGIE

Échantillon et Littérature : 15, rue d'Argenteuil, PARIS



## CHORÉE FIBRILLAIRE DE MORVAN COMPLIQUÉE DE DIPLÉGIE FACIALE, DE TROUBLES PSYCHIQUES ET D'UN SYNDROME DE LANDRY MÔTEL

Par M. le professeur HENRI ROGER,  
MM. JOSEPH ALLIEZ et ANDRÉ JOUVE (de Marseille).

Nous avons eu l'occasion d'attirer déjà l'attention à diverses reprises sur un syndrome curieux décrit par Morvan en 1890 et caractérisé par la coexistence de contractions fibrillaires ou fasciculaires généralisées, d'algies à type de brûlures prédominant souvent aux deux extrémités, de sueurs profuses, d'acroérythèmes, d'insomnie et de troubles psychiques à type d'irritabilité.

Ce syndrome, dont les observations françaises sont relativement rares, a déjà été rencontré par nous au cours de ces deux dernières années, chez deux malades originaires de la région du Var et qui ont présenté un tableau des plus caractéristiques. Tous deux ont guéri complètement en quelques mois.

Le cas, dont nous rapportons l'histoire, se différencie du syndrome habituel par un certain nombre de particularités sur lesquelles nous aurons l'occasion d'insister.

Nous donnons ci-après un résumé de l'observation dont le compte rendu a paru dans un Mémoire que deux d'entre nous ont consacré à la chorée fibrillaire (*Marseille Médical*, 15 et 25 mars 1935, p. 333-403).

Sum... H., 43 ans, cultivateur à Rians (Var) entre à la clinique neurologique le 6 mars 1935, pour un ensemble de symptômes où prédominent les algies diffuses, algies ayant débuté deux mois et demi plus tôt, contusiformes à type de meurtrissure, de broiement musculaire, continues avec des paroxysmes très violents. Elles s'accompagnent de lourdeur de la racine des membres, d'énervement (le malade est « inquiet » suivant l'expression méridionale) et d'insomnie.

Au début de l'installation de ses algies, le malade a eu des crises de sudations intenses durant deux jours. Elles avaient été précédées, trois mois plus tôt, d'une orchite aiguë, dont nous aurons à discuter la signification clinique.

L'examen du malade révèle immédiatement des contractions fibrillaires disséminées, survenant sans rythme, atteignant tous les muscles du corps, sans toucher la face, perçues par le malade depuis le début des troubles. En dehors de ces fasciculations, l'examen neurologique ne révèle aucune anomalie. L'examen des divers appareils est négatif.

Une injection d'acécoline faite dans le but de prévenir les céphalées consécutives à la rachicentèse réveille l'apparition de crises sudorales profuses, qui se répètent plusieurs fois par 24 heures pendant la semaine que le malade passe à l'hôpital. Elles cèdent à l'atropine intraveineuse.

Sorti de l'hôpital le 15 mars 1935, le malade vient nous revoir le 28 mars 1935, avec une paralysie faciale bilatérale du type périphérique, qui s'est installée en deux à trois jours et qui prédomine surtout dans le territoire inférieur. Elle gêne considérablement la parole, la prise des aliments solides et surtout liquides. La motilité des yeux, de la mâchoire, du pharynx, de la langue est normale.

Les contractions fibrillaires sont moins accusées, on les constate encore nettement aux membres inférieurs. Il existe un léger tremblement des extrémités.

Les sudations sont profuses, baignant chemise, draps et même matelas, obligeant le malade à changer de linge toutes les heures. Il existe des sudamina généralisés à tout le corps, de la desquamation des mains. Les sueurs sont calmées très passagèrement par les injections de pramoline.

L'insomnie est moins intense.

La marche est très difficile, en raison d'une parésie prédominante au niveau de la racine. Les réflexes rotuliens sont diminués, le cutané plantaire se fait en flexion. Il n'y a pas de douleur à la pression des masses musculaires, ni à l'élongation des sciatiques.

Les jours suivants le malade paraissait s'améliorer : insomnie, sueurs, tremblement diminuaient, la parésie faciale rétrocedait.

Mais le 4 avril, le malade est pris brusquement d'une crise curieuse de contracture prédominante à l'extrémité céphalique : le malade reste la bouche béante, les yeux largement ouverts, immobiles et fixés vers le plafond, la nuque et le tronc raides. Il est incapable de parler et de déglutir, mais il garde sa connaissance, comprend les ordres donnés et reconnaît les personnes. Durant cette crise de contracture du cou et de la face, les membres effectuent des mouvements désordonnés assez lents. La crise débute et cesse assez brusquement ; elle dure en moyenne deux heures. Elle s'est répétée deux fois par jour pendant une huitaine de jours. Chaque crise était accompagnée d'un paroxysme de sueurs particulièrement profuses. Une seule fois, le malade a perdu ses urines durant la crise.

Dans l'intervalle de ces paroxysmes spasmodiques sont apparus des troubles psychiques à type de confusion mentale avec hallucinations visuelles et auditives et fabulation. Les troubles confusionnels sont inconstants. Au bout de huit jours, les phénomènes spasmodiques ont disparu, mais les troubles psychiques ont persisté. Les sueurs sont moins abondantes. La diplégie faciale a cessé de rétroceder et s'est même accentuée. Les douleurs ont reparu assez vives. Le malade accuse de la dysurie.

La température s'est maintenue depuis quinze jours aux environs de 38° avec quelques paroxysmes à 38°5.

Nous le revoyons le 18 avril 1935. Du côté des nerfs crâniens, nous ne retrouvons que la diplégie faciale déjà notée et quelques contractions fibrillaires de la langue. Il n'y a pas de troubles de la motilité des yeux ni des pupilles ; le V est intact. Pharynx, voile du palais, langue sont normaux.

Les membres supérieurs et inférieurs présentent une parésie nette prédominante à la racine des membres dysmétrie et sans atrophie appréciable, une diminution des réflexes tendineux aux membres inférieurs avec abolition des réflexes cutanés (plantaires, abdominaux et crémasteriens), l'absence de troubles objectifs de la sensibilité. L'on n'observe plus de contractions fibrillaires, la contractibilité idiomusculaire est vive.

De nombreux sudamina sont disséminés sur le corps. Il n'y a pas d'érythème ni de desquamation des extrémités.

La matité hépatique n'est pas augmentée. La rate est percutable. Il existe une très légère adénopathie inguinale et axillaire droite.

Le malade succombe chez lui le 30 avril 1935. D'après les renseignements fournis par son médecin, la mort est survenue à la suite de l'évolution d'un syndrome de Landry : la paralysie des membres inférieurs est devenue complète, puis a atteint les membres supérieurs et les centres végétatifs bulbaire. La température qui restait aux environs de 38°, avait atteint 38°9 la veille de la mort.



En résumé, un malade de 43 ans fait, 3 mois après une orchite aiguë, un syndrome algo-parétique des membres avec insomnie, légère anxiété et crises sudorales intenses et passagères. Celles-ci reparaissent après une injection d'acécoline et persistent ensuite. L'examen révèle chez le malade des contractions fibrillaires disséminées et très typiques, mais ne met en évidence aucun autre signe neurologique. Plus tard, la parésie des membres s'accroît, les réflexes tendineux diminuent d'intensité, une paralysie faciale bilatérale s'installe.

Tous les troubles tendaient à s'atténuer quand surviennent des crises de contracture, avec ouverture de la bouche et des yeux, suivies de mouvements choréiformes des membres, tandis que les troubles psychiques s'aggravent et prennent le type de la confusion mentale. Les crises spasmodiques ne durent que quelques jours, mais tous les symptômes moteurs végétatifs et psychiques s'accroissent jusqu'à l'apparition, quatre mois et demi après le début, d'un syndrome de Landry terminal.

Pareil tableau clinique, tel que nous l'avons vu dans les premières semaines de son évolution, impose le diagnostic de chorée fibrillaire de Morvan.

Les sueurs ont présenté la particularité de survenir par périodes, séparées par des intervalles de quelques jours. Elles étaient littéralement profuses, baignant chemise et même matelas et obligeant le malade à changer de linge toutes les heures.

Les algies revêtaient ce caractère de douleurs sourdes, profondes, contusiformes que nous avons déjà eu l'occasion de décrire.

Par contre, les troubles cutanés tiennent une place beaucoup plus modeste dans cet ensemble clinique. Aux pieds, existait seulement une légère desquamation de la peau des orteils, retrouvée tardivement au niveau des mains. La paume des mains et la plante des pieds présentaient une légère coloration subictérique. Des sudamina prédominant à la racine des cuisses complétaient ce syndrome cutané des plus discrets.

L'insomnie était due en partie aux sudations, mais existait dans une période intercalaire.

Les troubles psychiques n'étaient pas très accentués, du moins au début de la maladie. Plus tard survint un syndrome confusionnel, accompagné d'hallucinations visuelles et auditives, sur lequel nous reviendrons.

Un fait particulier différencie ce cas de nos deux précédents.

Les contractions fibrillaires n'avaient pas l'intensité que l'on a l'habitude de constater en pareil cas. Au lieu d'être au premier plan, elles avaient besoin d'être recherchées. Elles s'observaient alors à jour frisant, plus particulièrement à la racine des membres et aux avant-bras. Elles étaient cependant assez importantes pour que le malade les ait remarquées. La percussion au marteau les faisait apparaître plus intenses. Quoique atténuées, elles ont existé durant la plus grande partie de l'évolution, disparaissant seulement au moment de l'aggravation terminale.

Nous ne voyons pas d'autre diagnostic à discuter ici que celui de chorée fibrillaire de Morvan.

Ce cas se rapproche des deux autres, observés par nous, par les circonstances étiologiques dans lesquelles il est survenu. C'est le troisième cas qui nous est envoyé d'une même région du Var, il s'agit sans doute de villages distincts, mais situés dans un rayon d'une cinquantaine de kilomètres. Fait digne de remarque, ce syndrome s'est installé trois mois après l'apparition d'une orchite, comme dans nos deux cas précédents. Aussi avons-nous recherché chez notre malade, comme nous l'avons fait pour notre deuxième cas, s'il ne pouvait s'agir d'une forme particulièrement anormale de cette neuromélicoccie sur laquelle l'un de nous a depuis plusieurs années attiré l'attention.

L'hypothèse était d'autant plus discutable que la fièvre ondulante sévit avec assez d'intensité dans les contrées d'où ces malades nous sont venus.

Cependant dans ce cas comme chez le malade précédent, les examens de laboratoire ont été négatifs.

Il n'a été possible d'établir aucun lien de contagion entre ces trois cas.

Mais à côté du syndrome clinique habituel de la chorée fibrillaire de Morvan, nous devons insister sur des signes anormaux qui sont venus vers la fin de l'évolution compliquer singulièrement ce tableau.

Le premier en date a été une *diplopie faciale du type périphérique*, installée en deux ou trois jours, et prédominant dans le territoire inférieur; gênant considérablement la parole et la prise des aliments. La motilité des yeux, de la mâchoire, de la langue et du pharynx demeurait normale.

Cette diplopie faciale paraissait s'atténuer, lorsque survinrent des crises tout à fait particulières de contracture des muscles de la face. Il s'agissait de *spasmes de fonction* maintenant la bouche ouverte, les yeux grand ouverts et figés vers le plafond. Ces *spasmes d'ouverture buccale et palpébrale* duraient environ deux heures, se répétaient pendant une huitaine de jours, deux fois par jour. Ils s'accompagnaient de rigidité du tronc et des membres et d'une crise sudorale intense. Ces crises ont disparu au bout de huit jours, laissant place à une accentuation de la diplopie faciale qui s'était momentanément améliorée.

Autre complication importante. Des *troubles psychiques* sont apparus à cette période, à type de désorientation dans le temps et dans l'espace, avec quelques hallucinations et tendance à la fabulation. A plusieurs reprises le malade a quitté son lit pour fuir des chevaux qui venaient sur lui.

Les troubles moteurs méritent encore une mention spéciale. Déjà lorsque sont survenues ces dernières complications le malade avait vu s'accroître une très légère parésie de la racine des membres, constatée antérieurement. L'abolition des réflexes rotuliens et achilléens s'est alors installée.

Deux semaines après, le tableau parétique s'est complété par l'évolution d'une paralysie flasque complète qui a remonté rapidement des membres inférieurs aux membres supérieurs et le malade a succombé à des troubles cardio-respiratoires d'origine bulbaire.



Il s'est donc agi d'un *syndrome de Landry terminal*. Mais remarquons que les centres bulbo-protubérantiels ont été frappés dès la période des complications, comme l'ont montré la diplégie faciale et peut-être les spasmes bucco-palpébraux, quoique la localisation anatomique de ces spasmes soit plus difficile à fixer que les troubles paralytiques.

Rappelons que dans le cas princeps de Morvan, la mort a été l'aboutissant à la suite de troubles délirants et de coma.

Ces deux cas restent les seuls de terminaison mortelle qui aient été signalés.

Dans nos publications antérieures nous avons insisté sur la localisation vraisemblable des lésions de la chorée fibrillaire de Morvan au niveau du mésocéphale.

Nous croyons ici que le virus neurotrope inconnu de cette affection a eu primitivement la même localisation. Mais il y a lieu de supposer une diffusion plus grande du virus dans des régions voisines, d'abord au niveau des noyaux du facial ; plus tard, il semble bien que la moelle ait été atteinte pour réaliser ce syndrome de Landry rapidement terminal, précédé il est vrai de troubles parétiques prédominant à la racine des membres.

Insistons en terminant sur la fréquence relative avec laquelle la chorée fibrillaire de Morvan paraît renaître à l'heure actuelle, alors qu'elle semblait avoir disparu du cadre neurologique (1).

## SOCIÉTÉS SAVANTES

### SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 29 JUIN 1935)

Sur la valeur de l'immunité spécifique provoquée chez le lapin par des injections répétées de petites doses d'anatoxine tétanique effectuées dans diverses conditions. — MM. G. RAMON, E. LEMÉTAYER et J. BORCILA soulignent, une fois de plus, l'importance des phénomènes locaux qui permettent à l'organisme de mieux agir sur l'antigène et de l'utiliser avec plus de profit pour la production ultérieure de l'antitoxine.

Recherches comparatives sur le sort de la toxine tétanique injectée à l'animal soit seule, soit enrobée dans la lanoline. — MM. G. RAMON et LEMÉTAYER. La toxine tétanique introduite sous la peau de l'animal, passe dans la circulation sous sa forme toxique ; par contre, elle ne peut être mise en évidence dans le sang sous cette forme, lorsqu'elle a été incorporée dans la lanoline.

A mesure qu'elle sort de la lanoline, dans laquelle elle a été enrobée, elle subit donc dans le tissu conjonctif sous-cutané ou à son voisinage immédiat des modifications qui altèrent sa nocivité tout en lui gardant intact son pouvoir immunisant. C'est sous cette forme modifiée qu'elle passe dans la circulation pour provoquer, dans la suite, la formation de l'antitoxine spécifique.

Sur les suites des injections répétées chez le lapin et dans différentes conditions de très petites doses de toxine tétanique non atténuée. — MM. G. RAMON et LEMÉTAYER. Que la toxine soit injectée à petites doses fréquemment répétées dans la même région du corps, ou encore qu'elle soit introduite sous la peau après enrobage dans la lanoline, elle se trouve soumise à un moment donné, *in situ*, à l'influence des phénomènes inflammatoires provoqués ainsi artificiellement et qui concentrent à la porte d'entrée certains des moyens d'action de l'organisme. Elle subit des modifications qui altèrent sa nocivité, d'où l'absence d'intoxication, tout en lui conservant sa qualité antigène, d'où l'immunité qu'elle développe.

Immunisation du cobaye par l'anatoxine tétanique. Essais comparatifs sur divers modes d'injection de l'antigène. — M. J. BORCILA. L'immunité développée chez le cobaye par des injections d'anatoxine tétanique faites en plusieurs endroits du revêtement cutané, sous la peau ou dans le derme, est la même que celle que l'on peut obtenir lorsque cet antigène est injecté aux mêmes doses, en un seul endroit, sous la peau.

Les variations du tropisme de *Leishmania donovani*. — MM. L. NATTAN-LARRIER et S. NOUGUÈS. L'histotropisme fondamental des leishmanias reste le même chez toutes les espèces sensibles. L'histotropisme accessoire varie, non seulement pour des animaux qui se rangent dans des groupes différents, mais même pour des animaux qui appartiennent à des espèces très voisines. Les variations de l'histotropisme accessoire expliquent la diversité des lésions que la même leishmania peut déterminer dans le même organe chez les diverses espèces sensibles.

Méthode de dosage du glutathion dans les tissus, sous sa forme réduite et sous sa forme oxydée. — MM. L. BINET et G. WELLER. Pour suivre les variations du glutathion dans les divers états physio-pathologiques, il est intéressant de préciser le comportement de chacune des fractions, oxydée et réduite de ce tripeptide. Les auteurs ont mis au point une technique qui permet de fixer la teneur des tissus en glutathion oxydé, par différence entre le taux du glutathion réduit préexistant, et celui du glutathion total obtenu après réduction du glutathion oxydé par le cyanure de sodium.

En appliquant cette technique aux divers organes et au sang total du lapin normal, on constate que le glutathion oxydé ne s'y trouve qu'en très faibles proportions ; par contre, les muscles squelettiques et le muscle cardiaque ont toujours donné des taux assez élevés.

L'influence de l'inanition sur le taux du glutathion dans les tissus. Le rôle du foie dans le métabolisme du glutathion. — MM. L. BINET et G. WELLER. Des dosages du glutathion, total et réduit, faits sur les divers organes de cobayes soumis au jeûne, ont montré une fixité remarquable jusqu'au 8<sup>e</sup> jour, date à laquelle apparaît un abaissement général précédant de peu la mort.

Seul le tissu hépatique fait exception ; le glutathion y diminue progressivement et très nettement à partir du 4<sup>e</sup> jour, ce qui contraste avec le maintien du taux normal dans les autres organes.

Doit-on interpréter ce fait comme une destruction *in situ* du glutathion du foie ou comme une mobilisation des réserves hépatiques de glutathion expliquant la fixité des taux de cette substance dans les autres organes ?

Action, sur l'intestin isolé du lapin, d'une substance sensibilisant à l'acétylcholine, formée dans le tronc du pneumogastrique lors d'une excitation électrique. — Mlle Cl. NOCUMOWSKI a entrepris, sur l'intestin isolé du lapin, des recherches qui lui ont montré une sensibilisation de cet organe à l'acétylcholine quand on le soumet à l'action de

(1) Nous avons eu l'occasion d'observer tout récemment un quatrième cas de chorée fibrillaire de Morvan, qui doit faire l'objet d'une publication ultérieure. (39<sup>e</sup> Congrès des Aliénistes et Neurologistes de langue française. Bruxelles, juillet 1935.)

l'extrait du nerf excité électriquement, soit par voie centrale, soit par voie périphérique, et par la solution ayant baigné un nerf isolé durant son excitation.

L'extrait du nerf non excité donne parfois aussi une sensibilisation, mais minime et inconstante.

Les substances avec lesquelles on prépare les extraits de nerf ne donnent, à elles seules, aucun effet.

**Sur le pouvoir hypophysopexique des neurones végétatifs de l'hypothalamus. Neurocrinie et neuricrinie.** — MM. G. ROUSSY et M. MOSINGER. Si l'on observe facilement de la substance colloïde au contact des neurones tubériens, ou de la colloïde intraneuronale, les aspects de passage de la colloïde entre la cellule nerveuse et le tissu gliofibrillaire environnant sont difficiles à saisir. Dans le but de les mettre en évidence, les auteurs ont repris cette étude chez le chien placé en état d'hyperneurocrinie expérimentale.

Dans ces conditions, ils ont observé des phénomènes d'englobement actif de la colloïde hypophysaire par les neurones végétatifs de l'hypothalamus. Cette « neurocrinie colloïde endoneuronale » atteste le pouvoir « hypophysopexique » de ces neurones, mais la colloïde subit, dans de nombreuses cellules nerveuses, un véritable processus d'assimilation, par suite d'un travail glandulaire propre aux péricaryones végétatifs (neuricrinie des auteurs).

La neurocrinie endoneuronale détermine ainsi des processus de neuricrinie neuronale secondaires, de même que la neurocrinie endogliale déclenche un processus de neuricrinie gliale. La neuricrinie neuronale de l'hypothalamus peut être, d'ailleurs, comparée utilement à la neuricrinie gliale post-hypophysaire. En effet, les cellules névrogliales présentent le pouvoir de transformer la colloïde et le pigment brun post-hypophysaire en un pigment mélanique (Roussy et Mosinger). Les péricaryones du noyau hypothalamo-mamillaire qui jouissent du pouvoir hypophysopexique peuvent également former des mélanines et contiennent, chez l'homme, des granulations éosinophiles qui sont vraisemblablement un propigment mélanique et s'apparentent au groupe de l'adrénaline et de la sympathine. La neuricrinie neuronale existe donc à côté de la neurocrinie.

**Le jeu de neurorégulation de l'hypophyse.** — MM. G. ROUSSY et MOSINGER. Les facteurs nerveux qui, par voie réflexe, influencent le fonctionnement des glandes endocrines, sont encore mal connus. L'insuffisance de nos connaissances tient surtout à l'absence de notions précises sur les centres excito-sécrétoires de la plupart des glandes endocrines.

En ce qui concerne l'hypophyse, les auteurs ont pu mettre en évidence de nombreuses connexions nerveuses afférentes aux centres excito-sécrétoires de l'hypophyse, démontrant ainsi un jeu réflexe d'une grande richesse. Du point de vue anatomo-physiologique, on peut diviser ces voies afférentes en cinq groupes :

1° Les voies sensitivo-sensorielles afférentes, qui apportent des impulsions olfactives, optiques, sensitives générales, gustatives, vestibulaires et sensitives végétatives. Ces voies sont directes ou se relaient dans des centres secondaires. Il faut admettre ainsi l'existence de réflexes sensitivo et sensorio-hypophysaires (optico-mélanophorique, optico-presseur, optico-hyperglycémiant, olfacto-hyperglycémiant, sensitivo-oligurique, etc...) ;

2° Les voies striées afférentes, qui conduisent les impulsions provenant de centres végétatifs supérieurs ;

3° Les voies afférentes provenant des formations extrapyramidales sous-striées, qui montrent que le fonctionnement des formations extra-pyramidales peut s'accompagner d'effets hypophysaires associés ;

4° Les voies afférentes provenant du système végétatif pérventriculaire, qui montrent que les modifications du li-

quide céphalo-rachidien peuvent se répercuter sur le fonctionnement hypophysaire ;

5° Les voies afférentes d'origine thalamique et corticale, qui montrent que le psychisme peut influencer sur le jeu fonctionnel de l'hypophyse et qu'il existe des réflexes conditionnés à effet endocrinien.

**Lésions histologiques consécutives à l'inoculation au lapin de bacilles acido-résistants isolés de cobayes neufs après traitement par l'extrait acétonique de bacille de Koch.** — MM. J. BABLET, J. VALTIS et V. van DEINSE ont étudié les lésions histologiques provoquées chez le lapin par l'inoculation intraveineuse de bacilles acido-résistants isolés de cobayes neufs après traitement par l'extrait acétonique de bacille de Koch, qui rapprochent ces bacilles du bacille tuberculeux du type aviaire. Toutefois, on n'observe pas après inoculation intraveineuse de ces souches, la pullulation bacillaire qui suit chez le lapin l'introduction de souches aviaires typiques dans la circulation. Ici, les bacilles ne sont jamais innombrables sur les coupes d'organes, où leur dispersion est en général irrégulière et capricieuse.

**Etude de trois souches de bacilles acido-résistants isolés de cobayes neufs après traitement par l'extrait acétonique de bacille de Koch.** — MM. J. VALTIS et F. van DEINSE ont étudié trois souches d'un bacille acido-résistant isolées de cobayes neufs traités pendant un certain temps par des injections bi-hebdomadaires d'extrait acétonique de bacille de Koch.

Les souches ainsi isolées se distinguent immédiatement des cultures lisses qu'on peut isoler de cobayes inoculés avec des filtrats tuberculeux ou des produits pathologiques contenant des éléments filtrables du bacille de Koch, par la forme microscopique des bacilles et par leur comportement vis-à-vis des lapins et des poules, pour lesquels les cultures issues de filtrats se montrent d'une virulence très prononcée. De même, elles se distinguent par ce même comportement des cultures du type aviaire avec lesquelles on pourrait les confondre en raison de la forme de leurs colonies et à cause de la sensibilité marquée à la tuberculine aviaire que présentent les cobayes inoculés avec ces souches.

Il ne s'agit pas là de bacilles paratuberculeux, à cause de la forte production de tuberculine dans les cultures de ces souches et de l'action allergisante très marquée vis-à-vis des différentes tuberculines.

**Altérations massives du réseau neurofibrillaire dans la rage. Dégénérescence neuro-hyaline des cellules des ganglions cérébro-spinaux.** — M. Y. MANOUELIAN. Au cours de la rage, le réseau neurofibrillaire de ces cellules s'hypertrophie, s'épaissit, se transforme en cordons qui s'accroissent les uns aux autres. Finalement, tout le réseau est remplacé par une masse hyaline fissurée limitant une cavité vide ou contenant quelques débris de cordons. L'auteur propose de désigner ce stade ultime de l'altération des neurofibrilles sous le nom de dégénérescence neuro-hyaline.

**Sur un type particulier de bacilles acido-résistants isolés de l'organisme du cobaye. — Identification sérologique.** — M. W. SCHAEFER, qui a étudié dix souches de bacilles acido-résistants isolés de l'organisme de cobayes neufs ou inoculés avec des produits non tuberculeux, montre que certaines de ces souches sont du type aviaire virulent ou non virulent, et d'autres, en proportion assez élevée, appartiennent à un nouveau type d'aspect lisse, qui se caractérise par la présence d'un antigène fixateur rigoureusement spécifique pour ce type.

**Encéphalite herpétique du lapin par introduction du virus de l'herpès dans le pavillon de l'oreille.** — MM. LEVADITI et VIEUCHANGE précisent les particularités des altérations his-



topathologiques de l'oreille chez des animaux ainsi inoculés avec du virus herpétique. Ces altérations intéressent le revêtement cutané et muqueux de la partie la plus profonde du pavillon, du tympan et de l'oreille moyenne. Elles offrent plus d'une analogie avec celles qui caractérisent la kératite herpétique. Par ailleurs, l'étude de la virulence et des lésions des centres nerveux, soit pendant la période d'incubation, soit après la mort de l'animal, laisse présumer que la progression du germe à partir de la porte d'entrée (oreille), vers ces centres, s'effectue le long des connexions nerveuses.

**Action curative du chlorhydrate de 4-sulfamido-2, 4 diamino-azobenzène et de quelques dérivés similaires dans la streptococcie expérimentale.** — MM. LEVADITI et VAISMAN ont continué leurs recherches sur l'action curative de ce dérivé azoïque (Rubiazol, préparé par M. A. Girard) et de quelques autres corps similaires, dans la streptococcie expérimentale de la souris. Les résultats actuels confirment ceux que les auteurs ont relatés antérieurement ; ils montrent que certains de ces composés azoïques injectés à des souris, dont l'infection streptococcique péritonéale provoque une mort certaine en 2 ou 3 jours, détermine soit un retard sensible de la mortalité, soit la guérison avec stérilisation progressive et complète. Le médicament, dépourvu de pouvoir virulicide *in vitro*, agit par l'intermédiaire de l'organisme, dont il exagère le pouvoir défensif, vraisemblablement par suite d'une diminution, voire même d'une suppression du potentiel capsulogénétique du microbe. Sa tolérance pour la souris et le singe est parfaite.

**Etude expérimentale sur le métabolisme de l'azote résiduel et courbes d'élimination du glyco-colle chez les lapins inoculés avec le B.C.G.** — M. F. PEZZANGORA, étudiant le métabolisme de l'azote résiduel, a constaté que l'injection intraveineuse de 5 mgr. de B.C.G. aux lapins produit des modifications minimales dans le métabolisme de l'azote résiduel, et que les courbes d'élimination de la teneur en azote résiduel, après injection intraveineuse de glyco-colle, montrent de légers troubles. Ces troubles persistent les premières semaines qui suivent l'inoculation du B.C.G.

Après la troisième semaine, ces troubles sont tout à fait faibles et tendent à disparaître.

Après la quatrième semaine, le métabolisme de l'azote résiduel chez les lapins inoculés avec du B.C.G. devient comparable à ce qu'il observe chez les lapins normaux. L'augmentation du taux de l'azote résiduel, qui traduit une altération du bon fonctionnement organique, ne se produit pas chez les animaux qui hébergent du B.C.G., bien que ce bacille se développe dans l'organisme en déterminant des lésions histologiques, qui guérissent avec « *restitutio ad integrum* ».

**Recherches de bacillurie tuberculeuse chez 100 malades atteints de tuberculose pulmonaire très avancée, mais indemnes de troubles urinaires.** — MM. A. SAENZ, D. EISENBRATH, L. COSTIL et M. SADETTIN ont pratiqué deux séries d'expériences.

Dans le premier groupe, on a recherché le bacille de Koch par l'examen direct et par la culture dans les urines de 50 tuberculeux pulmonaires dont la gravité des lésions était révélée par la radiographie ; résultats négatifs.

La deuxième série comprend 50 nouveaux malades chez qui l'activité des lésions pulmonaires fut contrôlée par l'ensemencement simultané des crachats et des urines. Bien que cet examen ait été positif dans 100 p. 100 des cas avec les crachats, la culture des urines est toujours demeurée négative.

Dans la tuberculose pulmonaire, la bacillurie est donc inexistante, la présence de bacilles de Koch dans l'urine étant toujours la conséquence d'une lésion de tuberculose rénale.

**Recherche des bacilles tuberculeux et paratuberculeux dans les urines des malades atteints de tuberculose pulmonaire, mais à reins cliniquement sains.** — MM. F. PEZZANGORA et C. BACANU ont recherché la présence des bacilles de Koch dans les urines de 82 malades atteints de diverses lésions tuberculeuses du poumon, ne présentant pas d'albumine et dont la fonction rénale était cliniquement normale.

Les résultats étant négatifs, ils arrivent à la conclusion que la bacillurie ne peut être observée chez les tuberculeux pulmonaires que lorsque l'appareil uro-génital contient des lésions tuberculeuses : le filtre rénal serait imperméable aux bacilles de Koch.

D'autre part, ils ajoutent que, en dépit du fait que les urines n'ont pas été prélevées aseptiquement, aucun type de bacille acido-résistant para-tuberculeux n'a pu être observé dans le culot de centrifugation de ces urines, ni cultivé sur le milieu favorable.

#### SOCIÉTÉ DE MÉDECINE MILITAIRE FRANÇAISE

(SÉANCE DU 13 JUIN 1935)

##### Présentation de malade :

**Un cas de sporotrichose cervico-faciale.** — M. LE ROEH.

**Fièvre bilieuse hémoglobinurique. Indications et dangers de la transfusion sanguine.** — MM. MALARD et BALLAN ont observé un cas de fièvre bilieuse hémoglobinurique. L'hémolyse a été jugulée rapidement par le sérum anti-venimeux. Mais l'anémie extrême (1.007.000 G. R.) et la déchéance organique faisaient craindre une mort imminente. Deux transfusions ont sauvé le malade, mais après un choc violent ; l'opothérapie hépatique, ensuite, a ramené les hématies à 5.600.000, avec guérison complète. Les auteurs attirent particulièrement l'attention sur les dangers de la transfusion dans la F.B.H.

**Grippe et appendicite.** — MM. JULIENNE et LISCOËT, durant la dernière épidémie de grippe, ont eu l'occasion de voir un nombre important de réactions douloureuses de la fosse iliaque droite. Il semble que la grippe joue un rôle important dans l'étiologie des appendicites d'hiver.

**A propos d'un cas de fracture latente d'une apophyse transverse.** — MM. JULIENNE, DUPUY et LISCOËT rapportent une observation concernant un cas de fracture de l'apophyse costiforme droite de L 2. Cette fracture s'est manifestée à l'occasion d'un effort minime, longtemps après un traumatisme initial important. Elle a donné lieu à des troubles d'apparence pithiatique. Les auteurs notent l'intérêt du problème médico-légal.

**A propos de deux cas d'encéphalite épidémique.** — MM. DIZAC et VALATX relatent deux observations d'encéphalite, l'une à forme myoclonique et d'évolution fatale, avec liquide céphalo-rachidien quasi normal ; l'autre à forme somnolente bénigne avec forte réaction du L. C. R.

**L'anesthésie générale par injection intraveineuse d'évipan sodique.** — M. GARRIC.

**Le vertige dans les affections hépato-biliaires.** — M. HUGONOT. Le vertige est fréquemment observé au cours des affections hépato-vésiculaires. Le plus souvent il n'apparaît que comme symptôme de second ordre, qui ne retient guère l'attention. Mais il peut arriver qu'il passe au premier plan du tableau clinique, impressionnant parfois par sa fréquence et son intensité. Il en était ainsi dans quatre observations rapportées par l'auteur. La coïncidence ou l'alternance du vertige avec des troubles tels que la migraine ou

l'urticaire permet d'incriminer une pathogénie colloïdo-clasique.

**Ostéochondrite disséquante des deux coudes.** — MM. A. TALBOT et DUBAU.

**Phlébites consécutives à des pneumopathies d'origine grippale.** — MM. L. FERRABOUX et P. GUICHENÉ apportent deux observations de phlébites apparues après des congestions pulmonaires elles-mêmes consécutives à la grippe. Ils soulignent la gravité de ces phlébites. Ils pensent qu'il existe une parenté entre ces phlébites grippales et les phlébites compliquant les autres pneumopathies.

**Anémie hypochrome datant de l'adolescence, très améliorée par le fer à hautes doses.** — M. GOUNELLE rapporte le cas d'une femme de 45 ans, atteinte d'anémie hypochrome chronique achylique : pendant deux mois, ingestion de fer réduit jusqu'à 7 gr. par jour. Disparition de l'asthénie, des troubles digestifs, des céphalées ; ascension des hématies à 5.000.000. et de l'Hb à 70 p. 100.

(SÉANCE DU 11 JUILLET 1935)

**A propos d'un cas de mycose de l'amygdale.** — MM. GRENIER et LARRAZET ont observé un malade atteint d'amygdalite chronique cryptique sans gêne à la déglutition. Certains éléments présentant l'aspect dit « en épine de rosier », l'étiologie mycosique fut soupçonnée et confirmée par l'examen bactériologique qui montre l'association de *Cryptococcus copellii* et de *Discomyces breviora*.

**Un cas de luxation du premier métacarpien.** — M. IDRAC.

**Fracture du col chirurgical de l'omoplate.** — M. IDRAC souligne en particulier l'insuccès du traitement orthopédique et la rapidité et la totalité de la récupération fonctionnelle obtenues par le traitement chirurgical par ostéosynthèse.

**Deux cas d'abcès du poumon. Pneumotomie. Guérison.** — MM. MONOT et DENIS.

**Un cas de méningite à micrococcus catarrhalis.** — MM. DELPY et BERNIER ont observé une méningite à micrococcus catarrhalis, consécutive à une sinusite frontale et caractérisée par son début brusque, son évolution en 48 heures, et sa remarquable bénignité.

**Intérêt de la cuti-réaction à la tuberculine chez les jeunes soldats.** — Sur 254 recrues éprouvées, MM. CROSNIER et PRIGACHE trouvent 63 cuti-réactions négatives, soit globalement 24,80 p. 100 avec 13,54 p. 100 de cuti-négatives pour les citadins et 40,95 p. 100 pour les ruraux. Les auteurs soulignent l'intérêt de cette épreuve chez les jeunes soldats des sections d'infirmiers.

M. PILOD fait observer que l'intérêt de ces recherches est surtout de savoir le nombre de jeunes soldats, à cuti négative, qui présentent des manifestations cliniques de primo-infection tuberculeuse au cours du service.

**Remarques sur cent cas de pleurésie séro-fébrileuse tuberculeuse.** — M. G. ROULIN envisage successivement la profession : 61 ruraux pour 39 citadins ; la prédominance au printemps ; la localisation ; le pronostic immédiat ; l'état du poumon ; enfin l'auteur étudie la pleurésie des soldats indigènes caractérisée par la fréquence de lésions tuberculeuses associées et par la gravité du pronostic immédiat.

**Un cas d'intoxication volontaire par la quinine.** — MM. ANDRIEU, LASSALE et PASSA ont observé un sujet qui, ayant absorbé 6 grammes de sulfate de quinine, présentait, dans

les deux heures, une très forte amblyopie progressive avec réduction du champ visuel aux paumes de main et mydriase extrême irréductible. Les troubles ont persisté pendant une huitaine de jours et ont progressivement rétrogradé. Les auteurs rappellent, à ce sujet, la fréquence du suicide par la quinine dans certains pays.

**Eosinophilie importante au cours de l'évolution d'un épithéliome glandulaire métastatique.** — MM. FRIBOURG-BLANC, LASSALE et PASSA ont observé au cours de l'évolution d'un épithélioma glandulaire avec métastases osseuses ganglionnaires, pulmonaires, une élévation considérable et progressive du taux des éosinophiles dans le sang. De 38 % au premier examen, leur taux s'est élevé en 4 mois à 49 % puis à 62 % sans hyperleucocytose. Les auteurs soulignent la rareté de cette modification de la formule sanguine au cours des affections cancéreuses.

**Luxation sous-astragalienne du pied.** — MM. DEBRIE et IDRAC.

#### SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

(SÉANCE DU 8 MAI 1935)

**Les dithiosalicylates dans le traitement des rhumatismes aigus et chroniques.** — M. J. CHEVALIER présente une série de produits soufrés, et en particulier, des sels de l'acide dithiosalicylique. L'étude de ces sels montre qu'ils ne sont pas toxiques, et qu'utilisés à la dose de 1 à 4 grammes par jour, en plusieurs prises, ils déterminent rapidement la sédation des douleurs, la diminution du gonflement des articulations et la chute de la température dans les rhumatismes articulaires aigus fébriles. L'expérimentation se continue, et des observations sur des rhumatismes chroniques sont en cours.

L'avantage de cette thérapeutique est l'utilisation simultanée du soufre et de l'acide salicylique.

**Le crésotinate de butyle et de propyle dans les douleurs du rhumatisme articulaire aigu ou chronique.** — M. G. CARRIÈRE présente un produit à action anti-algique : le crésotinate de butyle et de propyle. L'action est surtout importante dans la douleur du rhumatisme articulaire aigu ou chronique.

« Verser 30 gouttes du produit dans la paume de la main, frictionner doucement et lentement l'articulation douloureuse pendant 15 minutes environ. Appliquer alors sur la région frictionnée une gutta-percha, un taffetas gommé. Recouvrir de coton cardé et maintenir le tout par une bande de crêpe velpeau pendant toute la nuit. »

En 80 % des cas on a l'apaisement et la disparition des douleurs dans un laps de temps qui ne dépasse pas 8 jours pour les rhumatismes chroniques. Pour les rhumatismes articulaires aigus, la douleur disparaît, en général, en 24 heures.

**Action hypoglycémiant de l'extrait de bardane.** — M. C. PIOTROWSKI (de Genève) a utilisé chez le lapin des injections d'un extrait de bardane, et il a pu constater que celles-ci ont une action hypoglycémiant très nette, et il conclut qu'il semble qu'on puisse avancer que dans la racine de bardane existe une substance hypoglycémiant appartenant au groupe des vitamines B, et proche parente de la vitamine B<sub>2</sub> qui joue un rôle important dans le métabolisme des glucides.

**Les effets de certaines cures hydro-climatologiques sur la croissance des enfants ou adolescents retardataires ou normaux.** — M. R. VAN DER ELST (de Saint-Alban-les-Eaux, Loire) constate que ces effets sont assez caractéristiques,



assez constants (dans des circonstances identiques sur des cas analogues) pour que l'on puisse se poser le problème du mode d'action de ces facteurs : stimulation des fonctions endocrines, régulation de certains métabolismes, repos, suggestion, etc... Le phénomène est d'autant plus intéressant qu'il est plus complexe : la croissance ne consiste pas seulement ni toujours en un allongement du squelette, mais en un développement général de l'être, ossification, éruption dentaire, puberté, formation du psychisme (ou des facultés psychiques, elles-mêmes dissociables : affectivité, jugement, volonté, inégalement précoces). L'auteur croit du moins que dans certains cas on peut éliminer l'hypothèse hasard, ou la confusion avec une action climatologique distincte de l'action hydrologique. Par exemple, des enfants qui ont grandi dix fois plus vite après ou pendant une cure thermique à Saint-Alban, peuvent imputer cet effet à cette cause, après trois ou quatre saisons hydrologiques pratiquées à une époque différente de l'année, surtout si ces enfants viennent de climats aussi peu différents que possible; or, quatre observations, choisies entre plusieurs, paraissent concluantes à cet égard. Et il est probable que d'autres sujets auraient obtenu un résultat analogue dans d'autres bains (Thalassothérapie, cures thermales, hydrothérapie simple) comme ceux-ci, dans les bains de Saint-Alban.

La climatologie, dont les facteurs sont connus et mesurés dans des cas inférieurs concernant les végétaux, par exemple (Pech) les bactéries, les animaux unicellulaires et même certains métazoaires (d'Arsonval, Piéry, Letard, Burolet) est plus difficile à utiliser. Encore peut-elle éclairer le clinicien sur des contingences qui favorisent ou entravent les autres traitements (lumière, pression, etc...).

Il est donc à souhaiter que l'empirisme des thérapeutes guidé par les travaux des physiologistes, recueille et classe les observations fournies par toutes les stations hydrominérales où l'on soigne des enfants. L'indication ou la contre-indication qui en résulterait dans un lieu donné pour des cas typiques permettrait d'accroître le bienfait respectif des eaux, et, en illustrant leur crédit, leur rendement total.

**Qu'est-ce que la maladie de Basedow ?** — M. Marcel LAEMMER, après avoir rappelé les différentes hypothèses que l'on pouvait faire sur l'origine de la maladie de Basedow, expose l'interprétation suivante que l'on en peut donner :

Se basant, d'une part, sur des expériences de laboratoire, sur la clinique et la thérapeutique d'autre part, l'auteur estime qu'il s'agit d'une dysfonction de la sécrétion hypophysaire antérieure : au niveau de cette endocrine, les sécrétions hormonale thyreo-stimulante et cortico-surréno-stimulante prendraient le pas sur la sécrétion hormonale gonadotrope, et c'est ainsi que peuvent être expliqués, à la fois les symptômes thyroïdiens et les symptômes orthosympathicotoniques du Basedow.

D'ailleurs, la thérapeutique vient à l'appui de ces faits, car l'on constate toujours une amélioration très importante de la maladie lorsqu'on injecte : folliculine et prolan A. chez la femme, l'extrait orchitique et le même prolan A. chez l'homme.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET BIOLOGIQUES  
de Montpellier et du Languedoc méditerranéen

(SÉANCE DU 3 MAI 1935)

**La fièvre typhoïde à Montpellier en 1934.** — MM. BERTIN-SANS et CARRIEU. L'enquête des auteurs, poursuivie depuis 1926, montre une diminution très considérable des cas de fièvre typhoïde en 1934 : 39 cas lieu de 98 en moyenne depuis 8 ans. Mais les coquillages jouent toujours un rôle

aussi important (48,7 p. 100 des cas : moyenne 49,1 p. 100). Ce sont toujours les moules qui sont le plus souvent en cause (12 cas sur 19). A noter 28 p. 100 de décès, surtout dans les cas non dus aux coquillages.

**Capillarité rétinienne traitée par injection de venin de cobra.** — M. VIALLEFONT.

**Atrophie optique après stovarsothérapie, chez une paralytique générale.** — M. VIALLEFONT.

(SÉANCE DU 10 MAI 1935)

**Un cas non héréditaire de dysostose craniofaciale (présentation de malade).** — MM. VILLARD, VIALLEFONT et DIACONO.

**Abcès sous-cutanés multiples au cours d'un érysipèle de la face.** — MM. JANBON, MATHIEU et PASSEBOIS.

**Réaction vaccinale atypique avec troubles nerveux.** — MM. JANBON, MATHIEU et DENOYES.

**Tumeur du bassin avec hydronéphrose calculeuse.** — MM. JEANBRAU, TRUC et HERAN rapportent l'observation d'un homme de 58 ans qui présentait une tumeur du flanc gauche. On ne retrouva dans les antécédents urologiques du malade qu'une hématurie datant d'il y a vingt ans. Les divers examens permirent d'aboutir au diagnostic de tumeur du bassin compliquée d'hydronéphrose calculeuse. La néphrectomie qui fut pratiquée confirma cette opinion.

Les auteurs attirent une fois de plus l'attention sur l'importance de l'hématurie, signe d'alarme, nécessitant un examen urologique complet. Ils rappellent les diverses pathogénies des tumeurs du bassin, en particulier celle de Lateri, qui est très séduisante.

(SÉANCE DU 17 MAI 1935)

**Traumatisme et tumeur cérébrale.** — MM. L. RIMBAUD, H. GUIBERT, G. ANSELME-MARTIN, R. LAFON et CADILHAC rapportent un cas de tumeur cérébrale fusiforme, allongée dans l'axe de l'hémisphère droit dont elle occupe la presque totalité de la coupe dans sa portion la plus renflée.

Histologiquement, il s'agit d'un glioblastome polymorphe géant-cellulaire.

Cliniquement, cette tumeur s'est manifestée trois mois après un traumatisme crânien, d'abord par des crises d'épilepsie vraie du type jacksonien, occupant successivement la face, le membre supérieur et l'inférieur gauches.

Dans un deuxième stade s'est constituée une hémiplegie gauche complète spasmodique.

Les crises se sont répétées à peu près tous les mois pendant deux ans et demi. Une dernière crise particulièrement violente a été suivie du coma terminal.

Ce cas, outre son intérêt médical pur, pose un intéressant problème médico-légal, que les auteurs tendent à résoudre en déclarant l'accident responsable.

**Paratyphoïde B à forme pseudo-palustre.** — MM. L. RIMBAUD, G. ANSELME-MARTIN et CADILHAC.

**Deux cas de cancer gastrique chez des adultes jeunes.** — MM. L. RIMBAUD, G. ANSELME-MARTIN et CADILHAC. Le premier cas concerne un jeune homme de 26 ans envoyé à l'hôpital pour hématomésos et sténose pylorique. A l'intervention on se trouve en présence d'une tumeur volumineuse bloquant le pylore.

Le second cas se rapporte à une jeune femme du même âge : état fébrile durant depuis deux mois avec vomissements et douleurs épigastriques, présence dans cette région d'une masse dure, irrégulière, qu'on pouvait, à première

vue, interpréter comme une grosse rate. La radiographie montre qu'il s'agit d'un néoplasme bourgeonnant ayant envahi toute la cavité gastrique.

A propos de ces deux cas, les auteurs rappellent la rareté des néoplasies digestives chez les adultes jeunes, leur évolution sournoise et rapide, souvent fébrile, leur diagnostic difficile et leur traitement absolument illusoire.

(SÉANCE DU 31 MAI 1935)

**Phlegmon de la loge hyo-thyro-épiglottique.** — MM. TERRACOL et NICHET.

**Cancer du sein bilatéral.** — MM. RICHE, LONJON et QUET.

**La courbure dans la scoliose.** — MM. ETIENNE, LAPEYRIE et CABANAC.

**Symptomatologie respiratoire et digestive alternée dans un cas d'éventration diaphragmatique.** — MM. LAMARQUE et BERT. Histoire d'un sujet jeune, présentant un syndrome pseudo-pleurétique et, quelques mois plus tard, des vomissements provoqués l'un et l'autre par une éventration diaphragmatique congénitale.

**Sur un cas de septicémie entérococcique.** — MM. CAZALAS et BERT rapportent un cas de septicémie entérococcique mortelle avec hémoculture positive ayant évolué pendant trois mois sous l'allure d'une fièvre intermittente pseudo-palustre. La vaccinothérapie et les différentes thérapeutiques n'ont exercé aucune influence sur la maladie.

**Un cas d'infection staphylococcique suraiguë.** — MM. VIRET, DESHONS, BARNAY et LAFONT.

**Recherches sur l'acrodynie ; essais de transmission de la maladie aux petits animaux.** — MM. LEENHARDT et BOUCOMONT rappellent qu'en 1931, MM. Deamer et Biskind (de San-Francisco) ont essayé de transmettre l'acrodynie au cobaye et au singe, en injectant à ces animaux soit du liquide céphalo-rachidien, soit une émulsion de moelle. Les auteurs ont tenté d'inoculer des cobayes et des souris blanches avec du liquide céphalo-rachidien et du sang introduits soit par voie intrapéritonéale, soit par voie intracrânienne ; ces tentatives n'ont pas donné de résultat. A la lumière des notions récemment acquises sur l'acrodynie, MM. Leenhardt et Boucomont étudient les causes possibles de ces échecs ; ils précisent les conditions dans lesquelles de nouveaux essais devraient être tentés.

**Hémorragie récidivante du vitré traitée par ingestion de vitamine C.** — MM. VILLARD, VIALLEFONT et DIACONO.

## PRATIQUE MÉDICALE

### A PROPOS DE DEUX CAS GRAVES DE TÉTANOS TRAITÉS TARDIVEMENT (1)

Par le docteur DEVILLERS (de Roye).

D'après l'auteur, contre le syndrome tétanique, le somnifène intraveineux a une action instantanée et une efficacité impressionnante persistant plusieurs heures. Dans l'atmosphère de drame, le calme survenu soudain (en poussant l'injection) est saisissant et solennel.

D'autre part, comme la narcose chloroformique, il présente une action curative. En inhibant les centres nerveux, il confère aux antitoxines leur valeur thérapeutique.

Il a sur ce mode d'anesthésie l'avantage incomparable de la simplicité, de la spontanéité, d'un danger moindre (probablement pratiquement nul), enfin d'un effet durable (6 à 8 heures avec 2 cc. dans 10 cc. de sérum physiologique).

Il n'existe pas d'accoutumance, mais plutôt de l'accoutumance, ce qui permet de renouveler l'injection suivant les besoins. La drogue ne touche pas les reins. Pas d'albumine. Malgré cette accoutumance assez rapide, les doses ne seront pas augmentées au cours du traitement et garderont leur valeur thérapeutique. L'anesthésie sera un peu moins rapide et d'une durée plus limitée.

Les quelques inconvénients de la méthode ne sont pas des contre-indications ; même il semblerait que le somnifène intraveineux présente une certaine action modératrice sur les accidents anaphylactiques.

L'auteur publie deux observations excessivement intéressantes qui viennent confirmer les nombreux cas déjà publiés par Polonski, Grognot, etc., et qui prouvent l'activité toute spéciale du somnifène contre les grands symptômes d'hyperexcitation, delirium tremens, éclampsie, état de mal épileptique, tétanos, etc...

## LIVRES NOUVEAUX

**Les maladies professionnelles, leur législation (1),** par LÉON POLLET. Préface de M. Duvoir.

Des conditions d'existence du temps présent il résulte, parmi les conséquences les plus importantes, le développement des maladies professionnelles dont les effets doivent être prévenus ou réparés. Les divers pays se sont donc efforcés de dresser des règles qu'il importe au médecin de connaître. Le très important travail de M. Pollet définit ce qu'est aux yeux du législateur la maladie professionnelle et trace une magistrale étude de l'évolution des idées sur ce point jusqu'à la période présente. Il envisage ensuite les prescriptions de la loi française pour les maladies à déclaration obligatoire et pour celles qui peuvent ouvrir pour celui qui en est atteint un droit à indemnité. L'étude porte sur le texte, sur son application et sur son esprit général.

Il n'importe pas moins, en pratique autant qu'en théorie, de comparer le système français à celui des principaux pays européens, comparaison qui fait l'objet d'une étude importante et substantielle où le médecin trouvera tout ce que la pratique de la vie dans les grands centres peut lui rendre nécessaire de connaître au moins de façon générale.

Une synthèse des plus intéressantes montre enfin l'harmonie qui existe en France entre la législation sur les maladies professionnelles et le reste des lois ainsi que celle qui existe sur ce point particulier entre les lois des divers pays.

Ce remarquable et utile exposé se clôt enfin sur les textes eux-mêmes qui sont l'objet de l'étude et sur une importante bibliographie tant médicale que juridique.

L. B.

**Les encéphalites psychosiques (2),** par L. MARCHAND et A. COURTOIS. Préface du docteur TOULOUSE.

Il existe des encéphalites qui ne se traduisent cliniquement que par des troubles mentaux, d'où leur nom d'encéphalites psychosiques. Elles peuvent présenter une évolution aiguë, subaiguë ou chronique et on peut observer toute une gamme d'intensité allant des encéphalites curables aux encéphalites incurables et mortelles. Les auteurs

(1) Editions Domat-Montchrestien. — Paris, Maloine.

(2) In-8 de 144 pages et 31 microphotogravures. — Prix : 25 fr. — Paris, Le François.



**Granules de CATILLON****STROPHANTUS**

à 0,001 Extrait Titré de

C'est avec ces granules qu'ont été faites les observations discutées à l'Académie de Médecine en 1889.  
elles prouvent que 2 à 4 par jour donnent une **diurèse rapide**, relèvent vite le **cœur affaibli**, dissipent  
**ASYSTOLIE, DYSPNÉE, OPPRESSION, ŒDÈMES, Affections MITRALES, CARDIOPATHIES des ENFANTS et VIEILLARDS**

**Granules de CATILLON**

0,0001

**STROPHANTINE**

GR.

**TONIQUE du CŒUR par EXCELLENCE — TOLÉRANCE INDÉFINIE**

Griz de l'Académie de Médecine pour "Strophantus et Strophantine", Médaille d'Or Expos. Univ. 1900

PARIS, 3, Boulevard St-Martin. — R. C. Seine 48283

**SIROP GUILLIERMOND****IODO-TANNIQUE**

**AFFECTIONS CARDIO-VASCULAIRES, AFFECTIONS PULMONAIRES CHRONIQUES  
LYMPHATISME, GOITRE, DERMATOSES, ALBUMINURIE**

DOSES : 2 à 4 cuillerées à bouche, à dessert ou à café suivant l'âge

PRESCRIRE :

SIROP GUILLIERMOND, un flacon

**BERTAUT-BLANCARD FRÈRES**  
64, Rue de La Rochefoucauld, PARIS (9°)

**SULFARSENOL****ARSENOS-SOLVANT**

ADOPTÉS PAR LES HOPITAUX

**EKTOPHANOL**

SELS DE LITHIUM DE L'ACIDE PHENYLQUINOLEINE CARBONIQUE

*Indications :* Rhumatismes musculaires ou articulaires, aigus ou chroniques. Goutte Sciatique, Lumbago, etc.

LABORATOIRES DE BIOCHIMIE MÉDICALE CH. DESGREZ, Dr en Ph<sup>ie</sup>, 19-21, rue Van-Looy, PARIS XVI<sup>e</sup> — Tél. Auteuil 26-62

**UROMIL**

ÉTHÉR PHÉNYL CINCHONIQUE — PIPÉRAZINE — HÉXAMÉTHYLÈNE TÉTRAMINE



**MOBILISE — DISSOUT  
ÉLIMINE**

**L'ACIDE URIQUE****ARTHRITISME**

Dr L. BELIERES - 19, RUE DROUOT - PARIS



exposent le rôle joué par les infections, les intoxications, les troubles du métabolisme, et établissent l'importance des affections de l'enfance et des tares héréditaires entraînant la fragilité cérébrale.

L'encéphalite psychosique aiguë répond au syndrome délire aigu et, en raison de la constance d'une azotémie considérable, les auteurs lui ont donné le nom d'encéphalite psychosique aiguë azotémique. Les encéphalites subaiguës et chroniques se manifestent cliniquement par les syndromes mentaux les plus variés. Ce sont surtout les constatations anatomo-pathologiques qui ont permis de démontrer l'organicité d'affections mentales considérées jusqu'alors comme des psychoses à lésions inconnues.

Ce livre rendra de grands services aux psychiatres et aux neurologues, en leur permettant dans nombre de cas de préciser la pathogénie de l'affection qu'ils auront à traiter.

L. G.

## NOTES POUR L'INTERNAT

### RÉTRÉCISSEMENTS DU RECTUM

Nous n'étudierons que les rétrécissements acquis, dus à une altération organique des parois rectales. Éliminant ainsi les rétrécissements cancéreux, congénitaux et périrectaux.

La question des R. du R. a changé d'orientation depuis ces dernières années. Cela, tant du point de vue étiologique et pathogénique dans lequel a été mis en valeur le rôle de la maladie de Nicolas-Favre, que du point de vue thérapeutique pour lequel la révision soignée des observations n'a pas confirmé les bons résultats que l'on attendait de la chirurgie.

#### ÉTIOLOGIE.

On distingue les R. cicatriciels secondaires à plaies accidentelles du rectum, complications d'une intervention sur le bas-rectum (opération de Withead, de Kraske, etc.).

Bien plus importants sont les rétrécissements inflammatoires réalisant la rectite proliférante et sténosante.

Dans sa production, on a incriminé les éléments les plus divers :

1° *La Syphilis*. C'est le syphilome ano-rectal de Fournier réalisant un accident quaternaire (Trélat).

Mais dans plus de la moitié des cas, les malades sont indemnes de syphilis et on ne retrouve pas à l'examen histologique de lésions spécifiques. De plus l'échec du traitement infirme une telle origine de l'affection.

2° *La Blennorragie*. Hypothèse expliquant la fréquence de l'affection chez la femme. Mais sans mettre en doute la fréquence de la rectite blennorragique, la rareté de l'existence des gonocoques dans le pus des R. ne permet pas d'établir une relation de cause à effet.

3° *La Tuberculose*. On a voulu faire une analogie entre le R. du R. et la tuberculose hypertrophique du cæcum. L'aspect histologique des lésions a pu faire penser à la tuberculose, mais cette étiologie a été exceptionnellement prouvée.

4° *La Maladie de Nicolas-Favre*. Elle est considérée actuellement comme la cause la plus fréquente des R. du R. Ceci est prouvé par :

— La réaction de Frei dont la spécificité a une très grande signification : elle est positive dans plus de 91 % des cas de R. du R. ;

— L'association de poradénite inguinale de N.-F. et de rectite ;

— L'existence de troubles éléphantiasiques périnéaux associés permettant de penser à une maladie des lymphatiques du rectum ;

— On a retrouvé dans le R. du R. les lésions histologiques de la maladie de N.-F. :

Granulome à aspect de micro-abcès entouré de cellules épithélioïdes « en palissade » avec une couronne de cellules lymphocytaires parsemées de cellules géantes. Ces granulomes sont noyés dans du tissu de granulation banal composé de traînées lympho-plasmocytaires. Ces éléments mettent en évidence, à côté des lésions muqueuses (proliférantes ou sténosantes), l'importance de la périrectite qui explique nombre d'échecs du traitement chirurgical.

#### ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Macroscopiquement :

Le rétrécissement est bas situé à 4-6 cm. de l'anus ; il est unique, annulaire, conique, en entonnoir ; il est plus ou moins marqué, mais jamais la lumière rectale n'est fermée complètement. Au-dessus du rétrécissement, le rectum est siège de rectite ulcéreuse avec une ou plusieurs ulcérations ; ces lésions peuvent remonter très haut et même après amputation du rectum venir intéresser l'orifice de l'anus iliaque définitif. Au-dessous du R. le rectum est siège de rectite proliférante et sténosante.

#### ÉTUDE CLINIQUE.

Nous prendrons comme type le rétrécissement inflammatoire.

Il évolue classiquement en 2 périodes :

Phase de rectite ;

Phase de sténose.

1° LA PHASE DE RECTITE a un début lent et insidieux.

*S. fonctionnels*. — La douleur est plus ou moins intense ; sourde entre les selles, elle affecte le type de brûlure au moment de la défécation. Les troubles de la défécation sont marqués par du ténesme, des épreintes, des faux-besoins.

Les écoulements de pus surviennent entre les selles ou pendant ; ils sont irritants entraînant rapidement des lésions de la région périanale.

*S. physiques*. — Au toucher rectal : on trouve les signes de rectite sténosante et proliférante : la muqueuse est infiltrée, sans souplesse, rigide ; elle est hérissée de petites saillies variqueuses ou de petites végétations papillomateuses.

Ces lésions sont très nettes à la rectoscopie qui permet en outre d'apercevoir parfois de petites ulcérations.

A cette période l'état général est peu touché, fonction de l'intensité des douleurs et de la constipation.

2° LA PHASE DE STÉNOSE. — *S. fonctionnels*. — La constipation. Elle est plus volontaire (le malade évitant, espaçant des selles horriblement douloureuses) que due à la sténose. Ce sont des alternatives de constipation et de débâcles diarrhéiques précédées de ballonnement, de coliques, de bruits hydro-aériques.

Les troubles de la défécation sont très marqués :

— Les selles sont très douloureuses ;

— Elles demandent des efforts considérables ;

— Les matières sont parfois solides et déformées mais bien plus souvent forment une diarrhée glaireuse sanguinolente et mélangée à du pus.

*S. physiques*. — Toute la région périanale est le siège de rougeur, de lésions cutanées ; elle a un aspect verruqueux, infiltré et montre des orifices fistuleux.

(A suivre.)

ROGER-JEAN CHEVALLIER.

**Monographies oto-rhino-laryngologiques internationales**, par S. H. MYGIND et DIDA DEDERDING. *Les Syndromes méniériques*. — Prix : 40 fr. — Les Presses Universitaires de France, 49, boulevard Saint-Michel, Paris (5<sup>e</sup>).

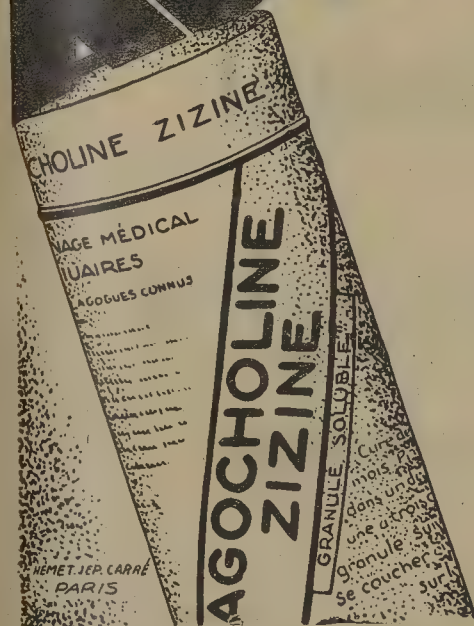
Le Directeur-gérant : D<sup>r</sup> François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.



# AGOOCHOLINE

(GRANULÉ SOLUBLE)



## CHOLECYSTITES CHRONIQUES CONGESTION DU FOIE

Lithiase biliaire - Ictère et Cholémie

Dyspepsies réflexes - Constipation  
Migraines, Vertiges, Eczéma, Prurit

d'origine  
hépato biliaire

**Posologie :** 1 à 3 cuillerées à café le matin à jeun, dans un demi verre d'eau chaude.

**LABORATOIRES DU D<sup>r</sup> ZIZINE**  
24, 26, Rue de Fécamp - Paris (XII<sup>e</sup>)

## ESTOMAC - INTESTIN

DYSPEPSIE

GASTRALGIE

ENTÉRITE

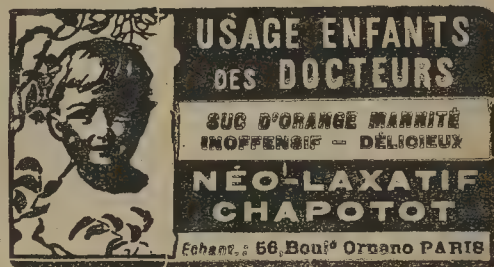
CHEZ L'ENFANT  
CHEZ L'ADULTE

## VALS-SAINT-JEAN

EAU de RÉGIME, FAIBLEMENT MINÉRALISÉE et GAZEUSE

Envoi gratuit d'Echantillons et de Notices à MM. les Docteurs sur demande adressée  
DIRECTION-VALS-GÉNÉRALE : 53, Boul<sup>e</sup> Haussmann, Paris (9<sup>e</sup>). Téléph. 227-76.

**ANEMIE PALUDEENNE.** — Source Dominique  
VALS-LES-BAINS. — Saison du 1<sup>er</sup> juin au 1<sup>er</sup> octobre.



## OLÉTHYLE-BENZYLE

BENZOATE DE BENZYLE

**LABORATOIRE CENTRAL DE PARIS**  
122, rue du Faubourg Saint-Honoré

Tout Déprimé  
» Surmené

Tout Cérébral  
» Intellectuel

Tout Convalescent  
» Neurasthénique

est justiciable  
de la :

**NEVROSTHENINE FREYSSINGE**

6, Rue Abel  
PARIS (12<sup>e</sup>)

Gouttes de glycérophosphates alcalins (0,40 par XX gouttes).  
XV à XX gouttes à chaque repas. - **Ni sucre, ni alcool.**



LABORATOIRES CARTERET

# Tonique Cardiaque Diurétique Puissant

avec

tous les principes actifs  
de l'Adonis vernalis

---

*Pas d'Accumulation*

---

*Pas d'Accoutumance*

---

*Pas toxique*

---

*Agit vite*

Pas d'accoutumance • Agit vite • Pas d'accumulation

**DIURÈNE**

"Extrait total" d'ADONIS VERNALIS

CARDIOPATHIES - ARTÉRIO-SCLÉROSE  
NÉPHRITES & CIRRHOSSES  
OÈDÈMES &  
ASCITES

LIQUIDE      PILULES

Posologie : 2 à 6 cuillerées à café  
ou 4 à 12 pilules par jour.

Echantillons et Littérature : 15, RUE D'ARGENTEUIL, PARIS



*La Lancette Française***GAZETTE DES HOPITAUX**

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6<sup>e</sup>. Tél. : Danton 48-31.PUBLICITE : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6<sup>e</sup>) - Téléph. : LITRÉ 54-93.

## PRIX DE L'ABONNEMENT

## FRANCE

3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.

*Etudiants* : 25 francs par an.

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

## ETRANGER

Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.

Tous les autres pays : 75 francs.

## SOMMAIRE

## REVUE GÉNÉRALE

*Les traitements modernes de l'anémie pernicieuse*, par M. L. GONDARD (de Montpellier).

## NOTES DE MÉDECINE PRATIQUE

*La farine de tournesol dans l'alimentation des nourrissons*, par M. L. BABONNEIX.

## SOCIÉTÉS SAVANTES

*Académie des sciences. — Société de chirurgie. — Société de médecine d'Alger.*

## PRATIQUE MÉDICALE

## LIVRES NOUVEAUX

## INFORMATIONS

**HÔPITAUX DE PROVINCE. — ROUEN.** — Un concours pour l'attribution de cinq places d'internes titulaires en pharmacie dans les hôpitaux de Rouen aura lieu le jeudi 14 novembre 1935, à 9 h du matin, à l'hospice général, salle des séances.

Le registre d'inscription sera clos le 29 octobre 1935, à 18 h.

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétariat des hospices, 1, rue de Germont.

**FACULTÉS DE MÉDECINE. — PARIS. — Année scolaire 1935-1936. — Examens. — Avis très important.** — Les délais mentionnés ci-dessous étant de rigueur, aucune consignation en vue d'un examen de fin d'année ne peut, en principe, être acceptée après ces périodes.

Une dérogation à cette règle ne peut être accordée que pour des motifs graves et par délibération spéciale de la Commission scolaire.

En tout cas, aucune dérogation, pour quelque motif que ce soit, ne peut être accordée dans les cinq jours qui précèdent l'affichage de la première épreuve de chaque année (jour de l'affichage non compris).

**1<sup>er</sup> ANCIEN RÉGIME D'ÉTUDES.** — Les consignations pour les différents examens probatoires du doctorat en médecine seront reçues au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), de midi à 15 h., les lundi et mardi de chaque semaine, à partir du 1<sup>er</sup> octobre 1935.

La limite des consignations pour ces examens est fixée au mardi 26 mai 1936.

**2<sup>o</sup> NOUVEAU RÉGIME D'ÉTUDES. — Session d'octobre 1935.** — MM. les candidats ajournés à la session de juillet 1935, ou autorisés à ne se présenter qu'à la session d'octobre 1935, sont informés que les épreuves des 1<sup>er</sup>, 2<sup>e</sup>, 3<sup>e</sup>, 4<sup>e</sup> et 5<sup>e</sup> examens de fin d'année auront lieu à partir du 14 octobre 1935 (consulter en octobre les affiches manuscrites).

Les consignations préalables seront reçues au secrétariat de la Faculté (guichets n° 2 et 3), les mardi 1<sup>er</sup> et mercredi 2 octobre 1935, de 9 à 11 h. et de midi à 15 h.

**Session ordinaire 1935-1936.** — MM. les étudiants doivent consigner pour l'examen de fin d'année du 3 au 18 janvier 1936.

Les candidats, soit boursiers ou exonérés, soit en instance de bourse ou d'exonération, doivent obligatoirement se présenter au secrétariat en même temps que leurs camarades afin de se faire mettre en série pour l'examen de fin d'année.

Toute consignation ou inscription en vue d'un examen peut être faite, soit par correspondance, soit par une tierce personne.

**Examens de clinique.** — Les candidats pourront s'inscrire tous les lundis et mardis à chacun des trois examens de clinique, dans l'ordre choisi par eux, du 1<sup>er</sup> octobre 1935 au 26 mai 1936.

**3<sup>o</sup> THÈSE.** — Les consignations pour la thèse seront reçues au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), de midi à 15 h., les lundi et mardi de chaque semaine, à partir du 1<sup>er</sup> octobre 1935.

La date-limite de consignation en vue de la soutenance de la thèse est fixée au 16 juin 1936.

Le dépôt des manuscrits au secrétariat sera suspendu le 4 juin. Il reprendra le 29 juin pour l'année scolaire 1935-1936.

**N. B.** — Les candidats doivent présenter leur carte d'im-

**OUABAÏNE ARNAUD**LABORATOIRE NATIVELLE, 27, Rue de la Procession, PARIS (XV<sup>e</sup>)

matriculation munie d'une photographie aux guichets n° 2 et 3, chaque fois qu'ils consignent pour un examen.

**AGRÉGATION DE MÉDECINE.** — Le *Journal officiel* publie un arrêté pris par le ministre de l'Education nationale, en conformité avec les dernières délibérations du Conseil supérieur, pour donner au recrutement des agrégés de médecine la régularité nécessaire, en permettant d'étaler sur plusieurs concours les répercussions des suppressions d'emplois décidées par application des décrets-lois du 4 avril 1934, et d'offrir à chacun d'eux des places pour toutes les facultés, et en particulier pour Paris dont la Faculté, par exemple, n'aurait pu offrir aucun emploi au prochain concours de 1936, alors qu'à celui de 1933 il y en avait eu quinze.

La mesure provisoirement prise, comme un palliatif à ces difficultés momentanées, mais qui pourrait être conservée si l'urgence en justifiait les commodités, consiste à laisser au ministre un délai de trois ans pour instituer des agrégés admis au concours des facultés de médecine. Le traitement ne court que de la nomination. L'arrêté ouvrant le concours d'agrégation doit faire connaître les places pour lesquelles la nomination peut être différée; le terme de la période d'exercice reste fixé à l'expiration de la neuvième année à compter de l'institution.

**LÉGION D'HONNEUR.** — Sont nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

**EDUCATION NATIONALE.** — *Au grade de chevalier.* — MM. Quinquaud, professeur à l'Ecole de Reims; Strohl, professeur à la Faculté de Paris.

**PENSIONS.** — *Au grade de chevalier.* — M. le docteur Corréges, médecin conseil des mutilés des Alpes-Maritimes.

**INSTITUT PASTEUR.** — *Création de trois bourses d'études destinées à de jeunes médecins ou à des étudiants.* — Le Conseil général de la Seine vient d'adopter le texte suivant : « Il est créé à l'Institut Pasteur, 205, rue de Vaugirard, à Paris, à dater du 1<sup>er</sup> octobre 1935, trois bourses d'études départementales de 15.000 fr. chacune par an, destinées à de jeunes médecins ou étudiants.

Les titulaires de ces bourses seront désignés par le Conseil général sur présentation de l'Institut Pasteur. »

**Assises internationales périodiques de physiologie, pathologie et thérapeutique cardio-vasculaires.** — Les différents groupements professionnels de Royat, et notamment la Société médicale, la Compagnie fermière des Eaux minérales, la Commission de Publicité, les Syndicats hôteliers, le Syndicat d'Initiative, les Municipalités, ont décidé d'organiser tous les trois ou quatre ans des Assises internationales consacrées chacune à une question d'actualité concernant la physiologie, la pathologie et la thérapeutique cardio-vasculaires.

La session sera faite de rapports confiés aux compétences qui se seront révélées par des recherches personnelles. Les rapports seront remis et édités sous forme de brochures dont chacune représentera une monographie *up to date* sur la question choisie, et leurs parutions successives constitueront une bibliothèque cardio-vasculaire dans laquelle le savant trouvera une documentation précieuse, le praticien des directives diagnostiques et thérapeutiques d'applications journalières.

La première session aura lieu à Royat pour la Pentecôte 1936, et traitera des spasmes vasculaires, avec les rapporteurs suivants :

MM. les professeurs C. Heymans (de Gand) et Lucien Brouha (de Liège) : Sur le tonus vasculaire (physiologie).

Riser (de Toulouse) : Les spasmes vasculaires de l'encéphale.

Leriche et Fontaine (de Strasbourg) : Les spasmes vasculaires des membres.

Maranon (de Madrid) : Les spasmes vasculaires dans leurs rapports avec l'endocrinologie.

Loeper (de Paris) : Le traitement des spasmes vasculaires.

Seul, M. Maranon n'a pas encore fait connaître son acceptation.

La constitution des bureaux, présidents et vice-présidents d'honneur, membres d'honneur, présidents et vice-présidents effectifs, membres du Comité, sera ultérieurement communiquée.

**XV<sup>e</sup> Congrès international d'hydrologie, de climatologie et de géologie médicales.** — Cette manifestation aura lieu à Belgrade l'an prochain, soit au mois d'octobre 1936 ; elle aura un éclat particulier, car elle marquera le cinquantième de ces réunions, le premier Congrès ayant eu lieu à Biarritz en 1886. D'autre part, beaucoup de médecins et de savants saisisront cette occasion pour resserrer davantage encore les liens que la guerre et la paix ont noués entre la Yougoslavie et la France.

Sous le haut patronage de S. A. R. le Régent Prince Paul, s'est constitué un Comité National yougoslave qui a désigné comme secrétaire général le prof. Miloutine Neskovitch, et comme secrétaire général adjoint le D<sup>r</sup> Vandjel Tassitch : il poursuit activement les travaux d'organisation sur le plan scientifique comme dans l'ordre matériel.

Pour tous renseignements, s'adresser au Pr. M. Neskovitch, 3, rue Takowska, Belgrade ; au D<sup>r</sup> Ray. Durand-Fardel, à Vichy ; au D<sup>r</sup> Henri Flurin, à Cauterets ; au D<sup>r</sup> François Françon, à Aix-les-Bains.

« **Le Livre Blanc** ». Formulaire médical publié sous le contrôle d'un groupe d'anciens internes en médecine des Hôpitaux de Paris, et précédé d'une préface sur les Nouveautés thérapeutiques par MM. les professeurs M. Artus, R. Leriche et M. Piéry. — Spécialités pharmaceutiques classées par indications, et liste des spécialités enregistrées au Laboratoire national de contrôle des médicaments. Etablissements médicaux. Stations thermales. — Editions Paul Hartmann, 11, rue Cujas, Paris 5<sup>e</sup>.

## RENSEIGNEMENTS

**COLLÈGE DE GARÇONS. COLLÈGE DE JEUNES FILLES.** Soissons. Préparation aux divers baccalauréats. Etablissements neufs. Internats tout confort. Hygiène et sports. A 1 h. 1/4 de Paris par le train. Autobus Citroën.

ANÉMIES  
DYSPEPSIES  
ANTITOXIQUE



DOSE: 4 à 6  
TABLETTES  
PAR JOUR

**BIOXYDE DE MANGANESE COLLOÏDAL - SELS MAGNÉSIENS**  
Laboratoire SCHMIT, 71 Rue Sainte-Anne, PARIS. 2<sup>e</sup>

Néuralgies  
Névrites

**BROMÉINE MONTAGU**



## MALADIE VEINEUSE ET SES COMPLICATIONS

## VEINOTROPE

## VEINOTROPE M COMPRIMÉS (masculin)

POUDRE DE PARATHYROÏDE.....	0.001
POUDRE ORCHITIQUE.....	0.035
POUDRE DE SURRÉNALES.....	0.005
POUDRE D'HYPOPHYSE (lob. post.).....	0.001
POUDRE DE PANCRÉAS.....	0.10
POUDRE DE NOIX VOMIQUE.....	0.005
EXTRAIT DE MARRON D'INDE.....	0.005
EXTRAIT D'HAMAMELIS VIRGINICA.....	0.01
POUR 1 COMPRIMÉ ROUGE	

## VEINOTROPE F COMPRIMÉS (féminin)

POUDRE DE PARATHYROÏDE.....	0.001
POUDRE D'OVAIRES.....	0.035
POUDRE DE SURRÉNALES.....	0.005
POUDRE D'HYPOPHYSE (lob. post.).....	0.001
POUDRE DE PANCRÉAS.....	0.10
POUDRE DE NOIX VOMIQUE.....	0.005
EXTRAIT DE MARRON D'INDE.....	0.005
EXTRAITS D'HAMAMELIS VIRGINICA.....	0.01
POUR 1 COMPRIMÉ VIOLET	

FORMULES

COMPRIMÉS : 2 AU LEVER ET 2 AU COUCHER,  
OU SUIVANT PRESCRIPTION MÉDICALE.  
3 SEMAINES PAR MOIS.

## VEINOTROPE POUDRE

EXTRAIT EMBRYONNAIRE.....	1 gr.
PROTÉOSES HYPOTENSIVES DU PANCRÉAS.....	3 gr.
CALOMEL.....	4 gr.
TALC STÉRILE. Q.S. pour.....	100 gr.

## LABORATOIRES LOBICA

46, AVENUE DES TERNES - PARIS  
25, RUE JASMIN - PARIS (16<sup>e</sup>)

POUDRE - TRAITEMENT DES ULCÈRES SIMPLES  
ET VARIQUEUX, DES PLAIES EN GÉNÉRAL

**DIARRHÉES DES NOURRISSONS**  
Paquets de 0<sup>re</sup> 25

**DIARRHÉES SAISONNIÈRES**  
Cachets de 0<sup>re</sup> 50

**DIARRHÉES DES TUBERCULEUX**  
Cachets de 0<sup>re</sup> 50

**GÉLOTANIN**  
TANNATE DE GÉLATINE

**LABORATOIRE CHOAY** - 48, rue Théophile Gautier - PARIS (XVI<sup>e</sup>)

TRAITEMENT  
DU  
**DIABÈTE**  
PAR LES  
CAPSULES GLUTINISÉES  
DE

**PANCRÉATINE**  
**LALEUF**

ÉCHANTILLONS ET LITTÉRATURE

**LABORATOIRES LALEUF**  
20 RUE DU LAOS  
PARIS (XV<sup>e</sup>)

Nouvelle adresse : 51, rue Nicolo, PARIS (XVI<sup>e</sup>).

POSOMÉTRIE ABSOLUMENT RIGoureuse

**CALOMEL**  
**VICARIO**

PETITS COMPRIMÉS

Un milligramme, quart et demi-centigramme  
un, deux et cinq centigrammes  
DÉSAGRÉGATION RAPIDE

NEURALGIES — GRIPPE — RHUMATISMES

**NOPIRINE**  
**VICARIO**

ASPIRINE RENFORCÉE

Pharmacie VICARIO, 17, boul. Haussmann, PARIS



## REVUE GÉNÉRALE

LES TRAITEMENTS MODERNES  
DE L'ANÉMIE PERNICIEUSEPar M. Louis GONDARD  
(de Montpellier).

Il semble bien que l'on puisse considérer à l'heure actuelle l'anémie de Biermer comme une entité clinique et anatomo-pathologique relevant d'un mécanisme pathogénique univoque mais susceptible d'être conditionné par des facteurs étiologiques différents.

La maladie, caractérisée essentiellement par la triade de Noegeli (syndrome hématologique dont la myélocytose et l'hyperchromie sont les éléments fondamentaux, syndrome digestif avec dans 98 % des cas son achylie significative, syndrome nerveux fréquent), possède un substratum histopathologique représenté par l'orientation régressive de l'activité hématopoïétique de la moelle osseuse vers un type mégaloblastique embryonnaire. Les biopsies exécutées pendant les phases d'activité de l'affection montrent la moelle bourrée de mégalo blastes et d'érythroblastes de grande taille (Peabody).

Cette hématopoïèse pathologique ressortit au déficit d'un facteur organique « anti-anémique » fabriqué au niveau de l'estomac et nécessaire pour que la moelle osseuse produise à une vitesse physiologique des globules rouges normaux. En l'absence de ce facteur l'anémie biermérienne apparaît comme une double conséquence de l'incapacité de la moelle à former des érythroblastes à un rythme normal et de son activité mégalo blastique, les mégalo cytes ayant une vie brève à cause de leur aptitude à subir la phagocytose.

Si l'on se range à l'opinion de Castle, cette substance anti-anémique résulte de l'inter-action d'un facteur « intrinsèque », sécrété par l'estomac à côté de la pepsine et du lab-ferment, et d'un facteur « extrinsèque », contenu dans certains aliments. Le phénomène s'opère dans l'estomac et le facteur « anti-anémique » qui en résulte est absorbé par l'intestin et stocké par le foie qui le distribuera ensuite aux tissus au fur et à mesure des besoins.

On ignore le plus souvent les causes du déficit de ce facteur et l'on parle d'anémie pernicieuse idiopathique. On sait seulement, et on l'a souvent démontré, que l'estomac des malades ne sécrète plus de facteur « intrinsèque ».

D'autres fois les raisons du déficit ne sont pas ignorées et il s'agit d'anémies pernicieuses d'étiologie connue (anémie pernicieuse gravidique, botriocéphalique, agastrique, anémie pernicieuse des sténoses intestinales) ou d'anémies para-biémériennes (sprue, stéatorrhée idiopathique).

Les anémies des gastrectomisés paraissent relever de la suppression de la sécrétion du facteur intrinsèque. L'anémie pernicieuse gravidique, si fréquente chez les indigènes des Indes, peut être expliquée par un mécanisme analogue, mais momentanée, ou par une carence alimentaire en facteur « extrinsèque ». C'est enfin une destruction ou un défaut d'absorption dans

l'intestin du facteur « antipernicieux » qui peuvent expliquer l'anémie pernicieuse botriocéphalique, celle des porteurs de sténoses intestinales et des sujets atteints de sprue ou de stéatorrhée idiopathique.

Les anémies pernicieuses de cause connue sont justiciables, au premier chef, d'un traitement étiologique, mais toutes sont curables par les médications substitutives modernes qui fournissent aux malades le facteur « anti-anémique » qui leur manque.

Les traitements arsenicaux anciens, les transfusions, aidaient dans une certaine mesure à prolonger la survie des Biémériens, en accroissant le taux des érythrocytes pendant les rémissions et en espaçant les rechutes, mais en définitive ils se montraient sans action sur l'évolution de la maladie, fatale après quelques poussées de déglobulisation.

Les traitements nouveaux ont bouleversé le pronostic de l'anémie pernicieuse en supprimant complètement les rechutes et en agissant même aux périodes critiques de l'affection. Basés sur des connaissances physiopathologiques ils apportent au Biémérien, grâce à l'hépatothérapie et à la gastrothérapie, le facteur « anti-anémique » dont il est privé et ils vont lui permettre de présenter une durée de vie normale, au même titre que le diabétique grave correctement traité par l'insuline.

## 1° L'hépatothérapie dans l'Anémie pernicieuse.

a) LES TRAVAUX PRINCEPS. — La médication par le foie est la première en date dans la thérapeutique orogastrotherapique de la maladie de Biermer et elle découle des recherches physiologiques de Whipple et Robschey-Robbins (1925).

Ces auteurs étudient sur des chiens rendus expérimentalement anémiques l'influence exercée sur la régénération sanguine par différentes substances alimentaires. Après avoir abaissé chez des animaux par des saignées répétées le taux de l'hémoglobine au tiers de la valeur primitive, ils maintiennent celui-ci constant en donnant un régime standard approprié ne permettant qu'une lente régénération de l'hémoglobine. Il leur est alors facile d'observer l'activité hématopoïétique de différents aliments, en substituant à un poids donné de ration un poids correspondant de substance à étudier.

Ils vérifient ainsi que la régénération de l'hémoglobine n'est aucunement influencée par le lait. Les végétaux sont une meilleure source de matériaux sanguiformateurs. Les fruits sont en général plus actifs que les végétaux. Les extraits de viande et la viande sont plus efficaces que les végétaux ; les muscles lisses ont un pouvoir trois fois supérieur à celui des muscles striés. Le fer est doué d'une grande activité, mais les reins et le foie ont un pouvoir énorme ; en un mois l'ingestion quotidienne de 400 gr. de foie amena la formation de 100 gr. d'hémoglobine.

En ce qui concerne les légumes, les fruits, leur pouvoir vis-à-vis de la régénération de l'hémoglobine est en rapport direct avec leur richesse en fer et en cuivre. Mais en ce qui a trait au foie, les auteurs notent que la richesse en matières minérales rend seulement compte de la moitié de l'activité hématopoïétique to-

tales. Ils concluent que le pouvoir de régénération hématologique dévolu à ce viscère est lié d'une part à sa teneur en fer et en cuivre, d'autre part à sa richesse en certaines substances organiques, nécessaires à l'hématopoïèse normale.

L'introduction de ces constatations dans le domaine de la clinique va donner naissance à l'hépatothérapie. Minot et Murphy, dès 1926, sont les premiers à l'utiliser dans la thérapeutique des anémies et à dater de leurs travaux la méthode de Whipple va connaître une immense fortune.

**b) LES EFFETS GÉNÉRAUX DE L'HÉPATOTHÉRAPIE.** — Employée seule ou associée à la transfusion sanguine dans les cas graves et même à la chimiothérapie, cette méthode a révolutionné le problème de l'anémie pernicieuse.

Elle agit électivement et remarquablement sur l'anémie pernicieuse. Elle n'a que très peu ou pas d'effet sur les anémies hypochromes et en particulier sur l'anémie hypochrome achylique, qui ressortissent principalement à une carence martiale. Il y a une indication thérapeutique nette de la méthode de Whipple : la maladie de Biermer. La méconnaissance de cette notion explique la plupart des échecs de l'hépatothérapie.

Sous son influence, dans la moelle osseuse et le sang du Biermérien, les mégalo blastes et les mégalo cytes disparaissent, remplacés par des normoblastes et des normocytes. La valeur globulaire et le taux des globules rouges dans le sang redeviennent progressivement normaux.

La traduction la plus précoce de la reprise de l'activité hématopoïétique physiologique de la moelle osseuse est représentée par l'apparition dans le sang d'une crise réticulocytaire (Gebhart et Cario).

Des effets heureux se font également sentir rapidement du côté digestif. L'anorexie et l'intolérance gastrique disparaissent cependant que l'acide chlorhydrique et la pepsine font leur réapparition. Ce dernier phénomène serait presque aussi précoce que les signes de réparation sanguine.

L'action curatrice de l'hépatothérapie n'est point définitive puisqu'il s'agit d'une médication substitutive. La guérison une fois obtenue on doit, pour la maintenir, prolonger l'administration du foie ou la reprendre si elle a été suspendue, en se guidant d'après les résultats des examens du sang.

Quant aux modalités de la cure, elles varient avec les formes de l'hépatothérapie, hépatothérapie par le foie frais ou par les extraits hépatiques.

**c) L'HÉPATOTHÉRAPIE PAR LE FOIE FRAIS.** — Le foie est d'autant plus efficace qu'il est plus frais. Les foies des jeunes animaux paraissent les plus actifs. Une cuisson légère ne détruit pas les propriétés hématopoïétiques du viscère, mais l'organe cru est de beaucoup supérieur. Le foie cru est préférable dans les formes graves et chez les sujets à qui ce mode de présentation ne répugne pas, le foie légèrement cuit est plus facilement ingéré.

La grosse difficulté de l'hépatothérapie est de la

faire accepter aux malades. Ils présentent rapidement du dégoût et certains manifestent même une véritable intolérance digestive. Il faut appeler à son aide toutes les ressources de la cuisine et les auteurs indiquent un grand nombre de préparations. Mais il ne s'agit pas souvent d'une simple question gustative à résoudre, il entre en jeu souvent aussi des troubles digestifs fonctionnels causés par l'achylie fréquente des malades.

Minot et Murphy ordonnaient en moyenne 250 gr. de foie par jour. Les doses quotidiennes prescrites par la généralité des auteurs s'échelonnent, selon les cas, entre 100 et 300 gr. Les résultats obtenus sont assez durables à la condition de poursuivre la thérapeutique longtemps après l'amélioration hématologique. Lorsque l'on suspend la médication on doit surveiller l'hémogramme et se tenir prêt à la reprendre à la première indication.

L'hépatothérapie par le foie frais constitue l'opothérapie hépatique première manière. Sa réalisation est souvent difficile, voire impraticable, par suite de difficultés digestives. L'hépatothérapie par les extraits que nous allons étudier maintenant, opothérapie hépatique seconde manière, a sur la précédente de nombreux avantages, les patients en particulier s'y soumettent beaucoup plus facilement.

**d) L'HÉPATOTHÉRAPIE PAR LES EXTRAITS HÉPATIQUES.** — On a d'abord utilisé des extraits secs ou glycerinés du commerce que l'on donnait à ingérer et dont l'efficacité n'était guère supérieure à celle du foie cru.

Un réel progrès a été réalisé avec l'obtention d'extraits purifiés. En 1930, Cohn, Meekin et Minot préparent par une série d'opérations fractionnées un extrait dont 10 cm<sup>3</sup> correspondent à peu près à 200 gr. de foie frais. Depuis les méthodes de préparation ont été perfectionnées et l'on possède actuellement des extraits concentrés et suffisamment purs pour être injectés dans les muscles et même dans les veines. Duesberg, Stieger et Felix auraient même obtenu un produit dont 1 mmgr. correspondrait à 15 à 20 gr. de foie frais.

**1° Les extraits à ingérer.** — Il existe de nombreuses préparations commerciales et elles ont des concentrations et des activités très inégales. Cette notion doit toujours être présente à l'esprit si l'on veut juger correctement l'efficacité de l'hépatothérapie par les extraits, qu'ils soient ingérables ou injectables.

En ce qui concerne les indications thérapeutiques et la posologie, les règles sont les mêmes que pour l'hépatothérapie par le foie frais. Les extraits étant bien mieux acceptés par les malades, la cure par le foie est simplifiée.

**2° Les extraits injectables dans les muscles.** — L'administration parentérale présente des avantages sur la médication per os. Son action beaucoup plus rapide la rend préférable dans les cas graves où il faut frapper vite. Et surtout l'extrait administré en injection est de beaucoup plus puissant. Murphy (1933) constate que l'injection dans le muscle de 3 cm<sup>3</sup> de solution « Lederle », représentant 100 gr. de foie cru,



est aussi efficace que l'ingestion de 3 à 5 kg. de viscère frais. Davidson (1932), utilisant l'extrait de Gämslen, le trouve, pour des poids d'organe correspondants, cent fois plus actif que le foie cru donné per os. Sans doute le principe hépatique est-il partiellement détruit dans le tube digestif ou défectueusement absorbé par l'intestin.

Avec les premiers extraits les malades présentaient à la suite des injections des réactions douloureuses. Avec les nouveaux extraits celles-ci n'apparaissent plus.

La cure comporte un traitement d'attaque et un traitement d'entretien. Le premier est réalisé par une série d'injections rapprochées de manière à ramener le taux des érythrocytes à une valeur normale. Le second assure la stabilisation de l'hémogramme grâce à des injections isolées et espacées. Murphy (1933) obtient celle-ci chez 81 malades par l'administration de 3 cm<sup>3</sup> de son extrait à intervalles de une à six semaines. Norpoth (1933), l'amélioration de la formule sanguine une fois obtenue grâce à des doses cumulatives de « Campolon », 12 cc. tous les six jours dans les cas moyens, maintient celle-ci par l'administration de 10 cc. toutes les quatre semaines. L'injection d'une simple et forte dose, renouvelée si nécessaire, donnerait même de meilleurs résultats que l'injection répétée de petites doses.

Les améliorations obtenues sont parfois très rapides, l'élévation du taux des érythrocytes par mm<sup>3</sup> oscillant autour de 100.000 par jour. L'accélération imprimée à l'érythropoïèse est telle qu'elle dépasse chez certains sujets la vitesse de l'hémoglobinoformation au point de faire apparaître une anémie hypochrome. Murphy souligne la nécessité d'associer dans ces cas le fer à la médication organothérapique.

3° *Les extraits injectables dans les veines.* — Certains extraits peuvent être administrés par voie endoveineuse. Ils ne donneraient que peu ou pas de réactions. Cette voie d'administration semblerait indiquée dans les cas urgents ou dans ceux où une complication toxique ou infectieuse risque de rendre l'hépatothérapie habituelle inefficace.

Isaacs et ses collaborateurs (1933) auraient fabriqué un extrait dont une seule injection intra-veineuse par semaine suffirait à rétablir rapidement un hémogramme normal.

4° *La nature du principe « anti-anémique » hépatique.* — Elle n'est point connue. On sait qu'il s'agit d'une substance relativement thermostable, hydrosoluble et précipitable par l'alcool. D'après Cohn et ses collaborateurs (1927) ce n'est pas une protéine, mais peut-être un polypeptide ou une base azotée.

Il semble que le principe se détruise partiellement au cours des manipulations lorsque l'on veut obtenir un produit purifié (Minot). Pour préparer un extrait qui soit actif à la dose de 0 gr. 025 par jour il faut traiter 6 kg. de foie, tandis que 10 gr. de tissu suffisent pour obtenir un extrait efficace à la dose de 0 gr. 400 par jour.

Si nous sommes peu renseignés sur la nature de ce facteur hépatique, par contre les brillantes recherches de Castle que nous allons maintenant rappeler ont résolu le problème de son origine.

## 2° La gastrothérapie dans l'anémie pernicieuse.

a) *LES BASES EXPÉRIMENTALES.* — Castle et ses collaborateurs les ont jetées à la suite d'une remarquable série d'expériences.

Ils montrent d'abord que si l'on administre à des Biermériers par tubage stomacal du suc gastrique normal et de la viande, préalablement mis en contact in vivo ou in vitro, on obtient des améliorations sanguines comparables à celles que permet l'hépatothérapie. La viande peut être donnée à ingérer à des sujets sains qui la rejettent ensuite par vomissement, mêlée à du suc gastrique (Castle 1929). On peut également mettre à incuber in vitro le suc gastrique et la viande pendant deux heures et à 37° (Castle et Townsend 1929). La viande ou le suc sont dénués d'activité lorsqu'ils sont absorbés séparément.

Ils indiquent ensuite que le pouvoir conféré au suc n'est dû ni à l'acide chlorhydrique, ni à la pepsine, mais à une substance nouvelle que l'estomac sécrète normalement en même temps que ceux-ci. Ils peuvent en effet remplacer dans leurs expériences, avec des résultats toujours heureux, le suc gastrique normal par un suc achlorhydropeptique, tel que celui d'un achylique simple ou d'un achylique avec anémie microcytique hypochrome (Castle, Townsend et Heath, 1930).

Ils démontrent enfin que l'estomac des Biermériers a perdu la faculté de sécréter cette substance (Castle, Heath, Strauss et Townsend, 1931). La viande traitée par le suc gastrique d'un Biermérien est dépourvue de toute action sur la formule sanguine d'un autre Biermérien.

Ces recherches ont été successivement vérifiées exactes par Barnet (1931) et Wilkinson (1932).

C'est sur ces bases expérimentales fondamentales que sont établies la conception de Castle et la gastrothérapie.

D'après Castle, l'estomac normal fabrique à côté de ses sécrétions digestives une substance (« facteur intrinsèque ») inactive par elle-même, mais susceptible de réagir avec une autre substance contenue dans la viande (« facteur extrinsèque ») pour donner un principe (« principe anti-anémique »), nécessaire à l'érythropoïèse physiologique.

L'anémie pernicieuse est le plus souvent une conséquence de l'incapacité du Biermérien à sécréter le « facteur intrinsèque » et à fabriquer par conséquent le « principe anti-anémique ». La gastrothérapie est une thérapeutique substitutive qui se propose d'apporter au sujet frappé d'anémie pernicieuse le « principe anti-anémique » dont il est privé.

b) *IDENTITÉ DU « FACTEUR ANTI-ANÉMIQUE » HÉPATIQUE ET GASTRIQUE.* — Assises sur des expériences différentes, les médications hépatique et gastrique agissent par le même mécanisme thérapeutique. Le facteur hépatique dont nous avons déjà parlé à propos de la médication par le foie n'est pas en effet autre chose que le « principe anti-anémique » qui, une fois fabriqué dans l'estomac par inter-action des facteurs « intrinsèque » et « extrinsèque », est l'objet, après absorption intestinale, d'un stockage hépatique.

Celui-ci est prouvé par diverses observations cliniques et expérimentales.

Richter, Ivy et Kim (1932) recherchent sur des anémiques pernicioeux l'activité érythropoïétique des extraits de foie de deux Biermériens dont l'un, soumis à la gastrothérapie, mourut de septicémie et l'autre, non traité, succomba au cours d'une poussée de déglobulisation. Le foie du premier malade, contenant le « facteur anti-anémique » stocké, fut actif, celui du second ne le fut pas.

Bence et Gy (1934) préparent des extraits avec des foies de porcs gastrectomisés depuis plusieurs mois et, les administrant à des Biermériens, démontrent qu'ils sont complètement dénués de pouvoir « anti-anémique ».

c) LA GASTROTHÉRAPIE. — La thérapeutique avec un mélange de suc gastrique normal et de viande est impraticable en dehors d'une expérimentation clinique limitée. On s'adresse généralement soit à des préparations d'estomac, soit à des préparations de suc gastrique.

1° *Opothérapie par l'estomac frais*. — Sturgis et Isaacs (1929), Wilkinson (1930) proposent l'opothérapie gastrique dans l'anémie pernicioeuse et montrent que l'ingestion d'estomac frais et haché de porc entraîne des rémissions du syndrome aussi satisfaisantes que celles produites par l'hépatothérapie. Cette thérapeutique a été utilisée depuis par différents auteurs.

Illig (1932) emploie 200 à 300 gr. par jour d'estomac de porc frais, haché et diversement assaisonné et il poursuit la cure 7 mois, en maintenant à un taux satisfaisant les globules rouges de ses malades, chez lesquels par ailleurs aucun dégoût ne se manifeste.

Wilkinson (1931) indique qu'il y a pour chaque Biermérien une dose minima nécessaire et que l'ingestion d'estomac pendant quelques jours, toutes les trois à quatre semaines, suffit pour garder les malades en bon état, une fois que l'amélioration de la formule sanguine a été obtenue.

2° *Opothérapie par les extraits gastriques*. — On se sert soit d'extraits en poudre, soit d'extraits buvables ou injectables.

La poudre d'estomac a une action beaucoup plus favorable que la poudre de foie.

Faber (1930) prescrit par jour, jusqu'au rétablissement d'un hémogramme normal, 30 gr. d'une poudre correspondant à 1.200 gr. d'estomac ; 10 à 15 gr. suffisent ensuite pour maintenir indéfiniment en bonne condition les sujets. Brower et Simpson conduisent la cure gastrique de la même manière.

Wilkinson (1931) sur 108 cas suivis pendant 8 mois et traités avec des préparations fraîches ou desséchées d'estomac de porc rapporte que 92 % des malades ont repris leurs occupations habituelles.

Les extraits liquides sont également très efficaces. Les extraits injectables ont été utilisés avec succès par Morris et ses collaborateurs, par Donati. Les extraits buvables sont d'une introduction plus récente.

Il existe dans le commerce de nombreuses préparations d'extrait d'estomac. Elles sont souvent douées

d'une activité très inégale et il faut avoir toujours cette notion à l'esprit dans l'interprétation des résultats thérapeutiques.

Wilkinson (1932), vérifiant le pouvoir anti-anémique de seize présentations commerciales d'estomac de porc, démontre que les cas prétendus résistants s'expliquent par l'emploi de produits peu actifs.

Les préparations d'estomac frais et d'extraits gastriques contiennent le principe « anti-anémique » malgré que l'estomac fabrique seulement du « facteur intrinsèque ». Celui-ci se trouve uniquement dans la muqueuse de l'estomac, mais dans les fibres lisses de la musculature, comme dans les fibres striées de la viande de bœuf, on trouve du « facteur extrinsèque » et les manipulations de broyage ou d'extraction mettent les deux facteurs en contact et permettent leur inter-action.

3° *Thérapeutique par le suc gastrique*. — Le suc gastrique normal sans influence lorsqu'on le donne per os, comme nous l'avons vu, ne se montre guère plus efficace administré parentéralement (Gebhardt et Cario, Morris, Schiff, Foulger et Rich, Sherman, 1932).

Morris et ses collaborateurs cherchèrent alors à concentrer le suc, mais ils n'eurent que des résultats médiocres jusqu'au jour où la distillation dans le vide à 40° leur permit d'obtenir un produit très concentré, puisque 10 à 20 cm<sup>3</sup> arrivent à correspondre à plusieurs litres de suc gastrique, et doué d'une puissance de régénération hématopoïétique considérable. Ils lui donnent le nom d'« Addisin », en souvenir d'Addison qui décrit un des premiers l'anémie pernicioeuse. Une seule injection de quantités « d'Addisin » correspondant à 300 et 500 cm<sup>3</sup> de suc déclenche des réponses sanguines presque immédiates avec des crises globulaires et des crises réticulocytaires persistant respectivement pendant 12 jours, 14 jours, 24 jours et 44 jours.

Une seule injection de 5 cm<sup>3</sup> « d'Addisin » correspondant à 3.200 cm<sup>3</sup> de suc provoqua une crise réticulocyttaire intense, les réticulocytes passant en 20 jours de 0,9 à 40 %, et accrut en trois mois les globules rouges de 1.500.000 à 4.500.000 par mm<sup>3</sup>.

Voulant standardiser leur produit, les auteurs appellent 1 unité la quantité qui correspond à 100 cm<sup>3</sup> de suc gastrique. Ils ont obtenu des résultats chez leurs malades avec en général des doses de 2 à 6 unités, mais ils ont donné jusqu'à 32 à 57 unités.

Les injections isolées entraînent des effets immédiats et durables ; les auteurs admettent qu'une injection tous les 2 à 3 mois suffit à maintenir les Biermériens à un taux globulaire normal.

On pourrait se demander comment ces faits se concilient avec la théorie de Castle, puisque le suc gastrique contient seulement le « facteur intrinsèque ». Fouts, Helmer et Zerfas (1934) suggèrent que la distillation par le vide peut créer des conditions physico-chimiques particulières faisant apparaître le principe « anti-anémique » par activation du « facteur intrinsèque », ou bien que pendant la distillation le « facteur intrinsèque » agit sur un « facteur extrinsèque » contenu normalement dans le suc, mais en trop petite quantité pour être susceptible de réagir



lorsque celui-ci n'est pas concentré. Leurs expériences vérifieraient comme exacte la seconde de ces suggestions, confirmant ainsi la théorie de Castle.

d) LA GASTROTHÉRAPIE ET L'HÉPATOTHÉRAPIE ASSOCIÉES. — Certains cliniciens ont enfin associé la gastrothérapie et l'hépatothérapie.

Fouts et Zervas (1933) emploient un produit, « extralain », obtenu par inter-action de petites quantités de foie ou d'extrait de foie avec du tissu gastrique de porc. Ils utilisent dans le cas de rechutes et en dehors de celles-ci des doses de 5 à 6 gr. Conner (1934) ne trouve pas que cette préparation soit supérieure aux autres.

Meyer, Richter et Legere (1934) obtiennent un extrait par macération de foie de cheval et de muqueuse gastrique, dont 1 cm<sup>3</sup> correspond à 10 gr. de foie et 2 gr. de muqueuse gastrique. La puissance du produit est supérieure à celle de l'extrait standard de foie de cheval.

De l'observation de 181 cas d'anémie pernicieuse, Franke (1934) conclut que le procédé le plus efficace et le meilleur marché consiste à administrer par tube duodénal du suc de foie et du suc gastrique préalablement mis en contact. On obtiendrait ainsi un relèvement du taux des érythrocytes deux fois plus vite qu'avec des injections d'extrait hépatique. Lorsque la rémission est obtenue, il suffirait pour la maintenir d'une injection duodénale hebdomadaire de 5 à 10 cm<sup>3</sup>, associée à la prise quotidienne de 3 gr. de fer réduit.

e) LA NATURE DU PRINCIPE « ANTI-ANÉMIQUE » D'ORIGINE GASTRIQUE. — Nous avons montré que le principe « anti-anémique » hépatique était une forme de réserve de principe « anti-anémique » d'origine gastrique. Les quelques faits que nous avons indiqués à propos de la nature chimique de celui-là sont donc valables pour celui-ci.

On est également peu renseigné sur la nature des facteurs extrinsèque et intrinsèque.

Le facteur « intrinsèque » sécrété par la muqueuse gastrique, surtout au niveau de la région antro-pylorique, est thermolabile. Il est détruit par l'ébullition pendant 5 minutes, par le chauffage une demi-heure à 70° ou trois jours à 40°. Il est ultrafiltrable lorsqu'il est séparé des diastases digestives et il présente sans doute une faible grosseur moléculaire.

Le facteur « extrinsèque » a d'abord été décelé dans la viande de bœuf. On l'y trouve encore lorsqu'elle est lavée, dégraissée et débarrassée des substances glucidiques et lipo-solubles (Castle et Strauss). Ces auteurs découvrent ensuite que les autolysats de levure sont plus riches encore en facteur « extrinsèque » que le muscle de bœuf. Dans la « marmite », un autolysat de levure trouvé par Wills, est vingt fois plus abondant que dans le muscle.

Les levures sont riches en vitamines B ainsi que le foie et de façon générale toutes les sources de facteur « extrinsèque ». Celui-ci n'est cependant ni la vitamine B<sup>1</sup> (Castle et Strauss), ni la vitamine B<sup>2</sup> (Wills, Groen). Il est vraisemblablement un produit de nature peptidique (Davidson), libéré dans le cas de la levure par les processus d'autolyse.

Les heureux résultats thérapeutiques que certains auteurs ont obtenus avec la levure dans différents syndromes d'anémie pernicieuse s'expliquent par sa richesse en facteur « extrinsèque » et surtout parce que l'estomac des malades traités n'avait pas perdu tout à fait le pouvoir de sécréter le facteur « intrinsèque », ainsi qu'il arrive au cours des rémissions de l'anémie pernicieuse idiopathique et surtout au cours de l'anémie pernicieuse gravidique tropicale. Il est donc clair que la médication par la levure autolysée ne peut être substituée ni à la méthode de Whipple, ni à la gastrothérapie.

\*  
\*\*

Nous disposons à l'heure actuelle de moyens extrêmement efficaces, l'hépatothérapie et la gastrothérapie, pour traiter une maladie vis-à-vis de laquelle nous étions autrefois si désarmés qu'elle avait mérité l'appellation d'anémie pernicieuse.

La thérapeutique venue la dernière, la gastrothérapie, exerce de l'avis de tous les auteurs l'action la plus rapide et la plus puissante. L'estomac et surtout le suc gastrique agissent à beaucoup plus petites doses que le foie et surtout de façon plus durable. Nous y avons insisté. Nous ajouterons seulement que, tandis que l'on fait seulement apparaître des crises sanguines de deux à trois jours de durée avec des doses massives d'extrait hépatique, celles-ci durent plusieurs semaines à la suite, par exemple, de l'injection de quelques centimètres cubes d'« Addisin ».

Un incomparable progrès est réalisé, mais il n'est pas douteux que dans la voie où ils se sont engagés les chercheurs n'en sont encore qu'aux premiers pas.

#### BIBLIOGRAPHIE

- BENCE. *Wien. Med. Woch.*, 1933, 38, 1055; Orvosi Hetilap, 1934, 78, 1.  
 CASTLE. *Amer. Journ. med. sci.*, 1929, 178, 748.  
 CASTLE et STRAUSS. *Lancet*, 16 July 1932.  
 CASTLE et TOWNSEND. *Journ. amer. med. assoc.*, 1929, 764.  
 CASTLE, TOWNSEND et HEATH. *Amer. Journ. med. sci.*, 1930, 225, 341.  
 CASTLE, HEATH, STRAUSS et TOWNSEND. *Journ. amer. med. assoc.*, 1931, 97, 904.  
 COHN, MEEKIN et MINOT. *Journ. biol. chem.*, 1930, 87, proc. 49.  
 COHN, MINOT, FULTON, ULRICH, SARGENT, WEARE et MURPHY. *Journ. biol. chem.*, 1927, 74, proc. 49.  
 CONNERY. *Journ. amer. med. assoc.*, 1931, 97, 695.  
 DAVIDSON. *Brit. med. Journ.*, 1932, I, 269; *ibid.*, 1933, II, 481.  
 DAVIDSON et LEITCH. *Nutr. abstr. and rev.*, 1934, III, 4, 901.  
 DYKE et HARVEY. *Lancet*, 1933, 225, 59.  
 FABER. *Ugeskr. f. Løger*, 1930, 92, 467.  
 FOUTS, HELMER et ZERVAS. *Amer. Journ. med. sci.*, 1934, 187, 36; *Brit. med. Journ.* 1934, I, 141.  
 FOUTS et ZERVAS. *Journ. amer. med. assoc.*, 1933, 101, 188.  
 FRANKE. *Klin. Woch.*, 1934, 13, 127.  
 GEBHARDT et CARIO. *Deuts. med. Woch.*, 1932, 19.  
 ISAACS, STURGIS, GOLDHAMER et BETHELL. *Journ. amer. med. assoc.*, 1933, 100, 629.  
 ILLIG. *Münch. med. Woch.*, 1932, 79, 2081.  
 LEMAIRE et LAMBIN. *Le sang*, 1933, 7, 2, 117.  
 MEULENGRACHT. *Klin. Woch.*, 1933, 12, 1163.  
 MEULENGRACHT et HECHT-JOHANSON. *Ugeskr. f. Løger*, 1930, 92, 405.

- MINOT et MURPHY. *Journ. amer. med. assoc.*, 1926, 87, 470 ; *ibid.*, 1927, 89, 759.
- MORRIS, SCHIFF, FOULGER, RICH, SHERMAN. *Journ. amer. med. assoc.*, 1932, 100, 171.
- MURPHY. *Journ. amer. med. assoc.*, 1932, 1051 ; *Arch. int. med.*, 1933, 52, 829 ; *Amer. journ. med. sci.*, 1933, 186, 361 ; *ibid.*, 1933, 187, 271.
- MURPHY et BRUGSH. *Münch. med. Woch.*, 1930, 77, 1517.
- NORPOTH. *Münch. med. Woch.*, 1933, 80, 423.
- PEABODY. *Amer. Journ. pathol.*, 1927, 3, 179.
- RICHTER, IVY et KIM. *Préc. soc. exp. biol. med.*, 1932, 29, 1093.
- STRAUSS, TAYLOR, CASTLE. *Journ. amer. med. assoc.*, 1931, 97, 313.
- STURGIS et ISAACS. *Journ. amer. med. assoc.*, 1929, 93, 747.
- WHIPPLE et ROBSCHETT-ROBBINS. *Amer. journ. physiol.*, 1925, 72, 395 ; *ibid.*, 1926, 79, 260, 271, 280 ; *ibid.*, 1927, 80, 391, 400 ; *ibid.*, 1928, 83, 76.
- WILKINSON. *Brit. med. journ.*, 1930, 1, 236 ; *ibid.*, 1931, 1, 85 ; *Lancet*, 1931, 221, 791.
- WILKINSON et KLEIN. *Lancet*, 1933, 225, 629.
- WILLS. *Brit. med. journ.*, 1931, 1, 1059 ; *Lancet*, 1933, 224, 1283.

Pour la bibliographie antérieure à 1928, voir la revue de SIGWALD et CHÈNE, *Gaz. Hôp.*, 1928, n° 91 et 93 et l'article de Levent, *Gaz. des Hôp.*, numéro du centenaire.

## NOTES DE MÉDECINE PRATIQUE

### LA FARINE DE TOURNESOL DANS L'ALIMENTATION DES NOURRISSONS<sup>1</sup>

Par M. L. BABONNEIX,

Médecin de l'hôpital Saint-Louis (annexe Grancher).

Les graines oléagineuses du tournesol, dit encore hélissant annuel ou grand soleil, plante originaire du Pérou, appartenant à la famille des Composées, renferment une farine constituée par une substance protéique se présentant sous forme de graine, l'aleurone (Hartig, 1855). Cette aleurone est douée d'importantes propriétés nutritives (Duchartre, 1867) et riche tant en protéines qu'en combinaisons organiques phosphorées. Dès 1928, Emile André a indiqué une technique permettant d'extraire séparément des graines : 1° des huiles, utilisées dans l'industrie ; 2° une substance riche en aleurone très pur, qui trouve son emploi dans l'alimentation des nourrissons.

**Composition chimique.** — 1° La graine de tournesol contient 17 p 100 de protéines, représentées, pour la plus grande partie, par des grains d'aleurone, lesquels renferment, de plus, une quantité considérable de phosphore sous forme de phytine (Posternak, 1903), et des amino-acides.

2° La phytine est un acide anhydro-oxyméthylène diphosphorique, correspondant à la formule  $C^2H^8P^2O^9$ . C'est un acide tétrabasique, donnant par hydrolyse de l'inosite et de l'acide phosphorique (2).

(1) R. MATHIEU. La nutrition et les troubles digestifs, in *Encyclopédie médico-chirurgicale*, section Pédiatrie, 4056, p. 4-10.

(2) Chez l'enfant normal, la phytine, ou son dérivé, le végéphos, exerce une influence très favorable sur le développement, à condition que le fonctionnement du rein soit normal. Aussi, M. R. Mathieu en a-t-il ajouté aux farines maltées. Le résultat obtenu, écrit-il, est bon. « Les enfants soumis à ces régimes avaient une croissance rapide, un très bon aspect, des selles normales. »

On la trouve dans toutes les plantes à chlorophylle, où elle semble se former par synthèse, sous l'influence de la lumière solaire, dans les feuilles vertes, pour être, ensuite, mise en réserve dans les grains, rhizomes et tubercules. Le tournesol en possède de grandes quantités, puisque 100 gr. de graine, une fois décortiqués, donnent à l'analyse 0 gr. 83 de phosphore, dont 86,26 p. 100 sous forme de phytine.

3° Pour M. Penau, quatre amino-acides figurent dans les dosages :

Cystine .....	3 » %
Histidine .....	4 6 %
Lysine .....	4 9 %
Arginine .....	18 » %

M. Bridel insiste sur l'abondance de la tyrosine. Quant au tryptophane, les auteurs ne sont pas d'accord.

Les recherches biologiques de M. Willemin-Clog, poursuivies au laboratoire de M. Ribadeau-Dumas, montrent que les protéines de la farine d'aleurone sont insuffisantes, à elles seules, à assurer une croissance normale, à moins qu'on ne leur ajoute un peu de lactalbumine et de levure de bière, la première contenant tous les amino-acides indispensables à cette croissance, la seconde agissant par les substances qu'elle contient : amino-acides, vitamine B, dont on sait le rôle dans le métabolisme des glucides, sels minéraux.

4° La farine de tournesol est riche en *débris celluloseux* qui, gonflant dans l'intestin, provoquent l'émission de selles volumineuses et pâteuses.

4° Le calcium et le magnésium y figurent en quantités appréciables, combinés à la phytine, mais elle ne contient pas de chlorure de sodium.

6° On y trouve peu de vitamine A, mais suffisamment de vitamine B.

7° Elle est pauvre en glucides.

Ainsi, la farine de tournesol est *extrêmement riche en protéines végétales et en phytine*. N'empêche que, comme la farine de soja, les protéines qu'elle renferme sont qualitativement insuffisantes. Pour qu'elles puissent être utilisées dans l'alimentation des nourrissons, il faut leur adjoindre une certaine quantité de lactalbumine ou de levure de bière.

**Mode d'emploi.** — Elle doit être cuite, afin d'obtenir la dislocation de la molécule azotée. Elle s'agglutine en grumeaux volumineux si on la fait bouillir, à moins qu'on ne lui ajoute de l'amidon.

L'amidon choisi par M. Ribadeau-Dumas et par son école est la crème de riz.

La bouillie doit être faite à la proportion de 5 à 10 p. 100, de façon à ce que l'on arrive au nombre nécessaire de calories.

A cette bouillie, il convient d'ajouter du malt et du NaCl.

Voici la formule proposée par ces auteurs :

Sel .....	1 pincée
Malt .....	9 gr.
Lait sec .....	30 gr.
Tournesol .....	40 gr.
Sucre .....	50 gr.
Crème de riz .....	100 gr.
Eau .....	1.000 gr.

où le rapport des protides aux glucides est de 1/3,6, c'est-à-dire où la ration est équilibrée en azote.

Pour préparer la bouillie, commencer par mélanger les deux farines, aux doses indiquées, en y ajoutant une quantité d'eau froide correspondant à une fois et demie le volume du biberon. Faire cuire à feu doux, en agitant, jusqu'à ce que le volume to-



tal ait été réduit du tiers. Retirer du feu et malter, puis, une fois que le mélange est éclairci, le soumettre une minute à l'ébullition. Ajouter ensuite 5 % de sucre, et, parfois, un peu de graisse, en ayant soin de diminuer le taux de la crème de riz.

Le régime devra comporter un peu d'huile de foie de morue, du jus de fruits et de la levure de bière, riche en amino-acides et en vitamine B, dont on sait le rôle dans l'assimilation des glucides.

**Les selles des enfants nourris au tournesol.** — Elles sont caractérisées par :

- 1° Leur *petit nombre* : une à deux par jour ;
- 2° Leur *volume* : elles sont toujours très copieuses, fait dû, en partie, à la richesse du produit en déchets celluloseux ;
- 3° Leur *mollesse* ;
- 4° Leur *couleur variable* ;
- 5° Leur *odeur* de tan, de poulailler ;
- 6° L'*absence complète de fécondité*.

**Indications.** — Ce sont, d'après M. Ribadeau-Dumas et son école :

1° Les *infections du nourrisson*, à condition que les reins soient normaux (Ribadeau-Dumas) ;

2° Les *avitaminoses B*, avec ralentissement de la nutrition ;

3° La *dyspepsie du lait de vache*, avec selles pâteuses, alcalines, riches en savons de Ca et de Mg : sous l'influence de la farine de tournesol, les selles reprennent peu à peu leurs caractères normaux, la courbe de poids se régularise, l'état général et local s'améliore rapidement, les tissus retrouvent leur tonus, à moins que la dyspepsie ne se complique d'une infection aiguë ou chronique ;

Le même régime convient au « *syndrome du 6<sup>e</sup> mois* », avec anorexie, vomissements, pâleur, agitation, insomnie, oscillations thermiques, arrêt de la croissance ;

4° La *dyspepsie des farineux*, où la même farine apporte des protéines et des vitamines, permet d'établir un régime équilibré, et donne de remarquables résultats, à condition qu'on y apporte les vitamines A, B, C et D. L'amélioration une fois obtenue, on ajoute aux bouillies un peu de lait sec, pour revenir progressivement au régime lacto-farineux ;

5° Dans la *diarrhée commune du lait de vache*, M. Ribadeau-Dumas a essayé les bouillies tournesolées. D'après M. R. Mathieu, pour qu'elles donnent de bons résultats, il faut :

- 1) Que les fonctions rénales soient intactes ;
- 2) Qu'on les fasse précéder d'une diète hydrique de 12 heures ;
- 3) Qu'on en augmente progressivement et prudemment les quantités, en versant, dans chaque biberon, 20 à 30 gr. de bouillie tournesolée le premier jour, en augmentant de 20 à 30 gr. le second, et en arrivant, en trois à quatre jours, à une ration calorique suffisante ;
- 4) En ajoutant aux bouillies les substances complémentaires indispensables : lait sec ou concentré sucré, vitamines A, B, C et D, jus de fruits, levure de bière.

Dans la plupart des cas, les selles redeviennent pâteuses, la chute de poids s'arrête, les tissus reprennent leur fermeté, la gaieté et le sommeil reviennent.

Il y a des cas où la bouillie de tournesol n'est pas acceptée à cause de son mauvais goût : on peut alors la remplacer par de la farine de soja d'abord dégraissée, puis non dégraissée, à laquelle on ajoutera (Ribadeau-Dumas) un peu de craie préparée.

D'autres fois, et surtout si elle est donnée inconsidérément, elle provoque des accidents dus au déséquilibre alimentaire.

6° Certains *troubles digestifs aigus*, où elle paraît inférieure au soja ;

7° Certaines *hypotrophies*, type Herter, et *hypothrepsies* ;

8° Certains *troubles digestifs secondaires*, où le régime tournesolé paraît modifier heureusement les selles ;

9° L'*eczéma* et le *strophulus*, où il semble supérieur au soja, s'il existe des troubles digestifs avec fermentations acides.

En somme, la farine d'aleurone de tournesol offre cet avantage d'être indiquée aussi bien dans les fermentations que dans les putréfactions, dans les diarrhées que dans la constipation. Mais on ne doit pas la donner trop longtemps de suite.

**Contre-indications.** — Ce sont :

1° Le *trop jeune âge* : au-dessous de trois mois ;

2° Le *syndrome cholériforme avec anurie*, et, d'une manière plus générale, les cas où le rein n'est plus capable d'éliminer l'urée à la concentration physiologique.

## SOCIÉTÉS SAVANTES

### ACADEMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 29 JUILLET 1935) [suite]

**Vaccinations contre le typhus exanthématique par le virus typhique vivant, desséché et enrobé.** — MM. Ch. NICOLLE et J. LAIGRET, après avoir rappelé les tentatives d'immunisation de l'homme contre le typhus faites dès 1911 par l'un d'eux avec du *virus typhique historique*, puis au Maroc par G. Blanc avec un *virus typhique murin*, isolé des rats de Casablanca et atténué par la bile, exposent les essais qu'ils viennent de faire contre le typhus par la même méthode d'enrobage employée par eux pour la vaccination contre la fièvre jaune.

Les premiers essais ont été faits avec des cerveaux de cobayes et de rats, infectés avec du virus typhique isolé des rats du port de Tunis par H. Sparrow, desséchés, puis incorporés en jaune d'œuf, repris enfin en suspension aqueuse. Sur neuf sujets traités, cinq ont contracté un typhus bénin dans tous les cas, mais nettement caractérisé, avec réaction de Weil-Félix positive.

153 sujets ont été ensuite traités par une ou plusieurs inoculations du même virus vivant en suspension huileuse : en tout 208 inoculations : 98 faites avec un virus sec simplement enrobé dans l'huile, 110 avec un virus sec doublement enrobé, d'abord dans le jaune d'œuf, puis dans l'huile.

Dans le premier lot (virus sec dans l'huile) on a encore observé un cas de typhus bénin, mais indiscutable. La réaction de Weil-Félix était positive chez ce malade et chez deux autres vaccinés, bien qu'ils n'eussent pas eu de fièvre ; négative chez tous les autres.

Dans le deuxième lot (enrobage double en jaune d'œuf, puis huile), il n'y a eu sur 110 inoculés aucune fièvre, aucun incident et la réaction de Weil-Félix n'a jamais été positive.

Le virus murin immunise contre le virus historique ; les doses de virus vivant inoculées à l'homme étaient capables de l'infecter, et MM. Nicolle et Laigret ont pu dépasser ces doses de dix fois et cent fois, par conséquent *a priori* leurs vaccinations doivent être efficaces, mais rien ne leur permet encore d'affirmer que, dans la pratique, il en soit bien ainsi.

## SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 10 JUILLET 1935)

**Torsion des annexes.** — M. PICOT rappelle que M. Regad a décrit dans sa thèse (Lyon 1932) le syndrome de torsion traumatique des annexes saines.

**Traitement du Dolichocôlon sigmoïde volvulé ou non.** — Ce travail de M. Goinard (Alger) est rapporté par M. OKINCZYK ; l'auteur utilise la résection de l'anse sigmoïde suivie d'anastomose partielle des deux bouts, laissant subsister une fistule de sécurité, aisément curable et qui souvent se ferme seule.

**Perforation d'ulcère après contusion de l'abdomen.** — M. MÉNÉGAUX commente une observation de MM. Cordier et Calvet qui ont observé un cas de perforation d'ulcère gastrique après une contusion abdominale.

**Traitement des phlébites par anesthésie sympathique.** — M. ROUX-BERGER rapporte ce travail de MM. Kunlin et Lucinenco (Strasbourg). Ils infiltrèrent à la novocaïne le sympathique lombaire. Dans les heures suivantes, les douleurs diminuent, de même que les œdèmes. Les résultats obtenus ont été encourageants.

M. MOULONGUET estime que ce n'est pas l'œdème qui domine la question des phlébites.

M. MONDOR a quatre fois pratiqué des phlébectomies partielles du membre supérieur, avec résultat très satisfaisant.

**Ectromélie et amputation congénitale des membres inférieurs.** — M. OMBRÉDANNE commente un travail de MM. Perrignon (Troyes) et Guillermo (Armée). L'intérêt de ce cas curieux vient de l'association des lésions d'ectromélie avec les lésions dites d'amputation congénitale. L'origine de ces malformations est discutable ; le rapporteur pense qu'il s'agit de « maladie amniotique ».

**Cadre d'immobilisation et de transport pour blessés graves.** — M. ROUVILLOIS montre les perfectionnements et simplifications qu'il a fait subir à ce cadre : substitution de la toile de tente à la toile métallique, remplacement du durallumin par de l'acier léger, et surtout possibilité de plier ce cadre. Un beau film illustre la bonne fixation obtenue par cet appareil et sa maniabilité.

**Ulcères peptiques.** — M. ABADIE a observé deux nouveaux cas d'ulcères peptiques, l'un après gastro-entérostomie, l'autre après exclusion pylorique. Dans le premier cas, un écheveau de fils non résorbables paraissait être à l'origine de l'ulcère.

M. PIERRE DUVAL considère que dans le premier cas il s'agit d'un ulcère de la bouche.

M. BERGERET considère que l'exclusion haute, si le malade ne se fait pas réopérer, entraîne très fréquemment un ulcère peptique.

M. J.-CH. BLOCH a vu des soies pendre dans une bouche de gastro-entérostomie qui ne présentait aucun ulcère. Les fils non résorbables ne doivent donc pas être toujours incriminés sur la constatation de leur existence près d'un ulcère.

M. DESPLAS préfère l'antro-pylorectomie à l'exclusion du pylore.

M. BRÉCHOT préfère parfois dans les gastrites la pylorectomie à la gastro-entérostomie.

M. PIERRE DUVAL pense que l'ulcère résulte surtout du fait que l'on exécute la gastro-entérostomie trop à gauche, parce qu'elle est plus difficile et plus hémorragique en bonne place juxta-pylorique.

M. ABADIE estime que certaines gastrites doivent être traitées par antrectomie.

**Extraction d'une balle de la 2<sup>e</sup> lombaire.** — M. ABADIE a extrait une balle incluse dans la deuxième vertèbre lombaire en passant par voie lombaire.

**Rate ectopique à pédicule tordu considérée comme kyste de l'ovaire.** — M. DESPLAS lors d'une intervention a enlevé une rate tordue trois fois au niveau de son pédicule, alors qu'on avait pensé à un kyste de l'ovaire tordu.

M. DE FOURMESTRAUX (Chartres) rappelle que Péan a pratiqué une des premières splénectomies pour une rate ectopique tordue.

M. CUNÉO a observé un cas analogue dans son service.

M. GRÉGOIRE rappelle l'existence de deux sortes d'ectopies, les unes fixes, les autres mobiles.

M. MONDOR rappelle plusieurs exemples analogues.

M. J.-L. FAURE a enlevé une rate ectopique pelvienne chez un homme.

**Infarctus intestinal.** — M. LARDENNOIS a traité un infarctus intestinal étendu par injections d'adrénaline et sulfate de magnésie. Le malade a guéri.

## SOCIÉTÉ DE MÉDECINE D'ALGER

(SÉANCE DU 21 JUIN 1935)

**Volumineux kyste hydatique de l'orbite.** — MM. TOULANT et MORARD. Chez un enfant de 8 ans, l'absence d'anamnèses et la désorganisation du globe firent poser le diagnostic de tumeur intraoculaire propagée à l'orbite.

Au cours de l'intervention, découverte d'un kyste hydatique du volume d'une mandarine, ayant provoqué l'atrophie du globe. À ce propos, les auteurs résument quatre cas analogues recueillis dans la littérature et insistent sur la nécessité de recourir systématiquement, dans tous les processus tumoraux de l'orbite, aux réactions de laboratoire et à l'éclairage de contact.

**Adénopathie cervicale bilatérale et paralysie périphérique de l'hypoglosse.** — MM. AUBRY et ABOULKER.

**Primo-infection à allure galopante chez une jeune indigène.** — MM. LOUBEYRE et DURAND. Observation d'une primo-infection à allure aiguë, qui démontre l'importance de l'élément carenciel dans l'évolution d'une tuberculose pulmonaire à allure sévère chez l'indigène algérien.

**Le pneumothorax idiopathique bénin.** — MM. A. LEVI-VALENSI, FARNY et NOTTE. Trois cas de pneumothorax survenus chez de jeunes sujets sans cause apparente, et rapidement guéris spontanément. Absence, en particulier, de toute étiologie ou de toute évolution ultérieure tuberculeuse.

**Tumeur du squelette à cellules géantes (tumeur à myéloplaxes) sarcomatoïde.** — MM. ROUYER, MONTPELLIER et JACQUEMIN donnent l'observation d'une de ces tumeurs de l'extrémité du radius, dont les caractères cliniques, radiologiques et histologiques sont fort atypiques.

**Essais d'hydrologie expérimentale sur les eaux minérales d'Ammam-Meloane, source d'Aïn-el-Arroussa.** — M. LA-CROIX, expérimentant sur l'intestin isolé du lapin, selon les techniques préconisées par le professeur Villaret, constate que ces eaux augmentent le tonus musculaire, l'amplitude des contractions péristaltiques.

En outre, elles ont une action empêchante sur les effets



**La plupart des états de carence****sont des carences complexes.****Les quatre vitamines sont nécessaires.**

Les troubles d'hypo-calcémie qui conduisent au rachitisme et pour lesquels l'ergostérol irradié (Vitamine D) donne de si beaux résultats ne sont presque jamais purs. Les troubles de l'appétit, l'anémie, les troubles du développement indiquent que le sujet souffre aussi du manque des facteurs de croissance et d'utilisation nutritive qu'apportent les autres vitamines.

Il existe des vitamines dans les végétaux frais, mais l'expérience prouve qu'elles y sont en quantités trop faibles pour réduire les états de carence déjà caractérisés. Ceux-ci ne cèdent qu'aux vitamines offertes en abondance sous forme concentrée.

# **Le Vitamyl Irradié**

apporte de l'Ergostérol irradié en solution huileuse finement émulsionné dans un extrait concentré de Vitamines A. B. et C. et permet de réaliser cette médication poly-vitaminique.

**sous sa forme la plus active,**

car l'Ergostérol irradié s'y trouve en solution huileuse, condition nécessaire pour lui permettre de garder son efficacité,

**sous une forme agréable,**

en solution, le goût de l'émulsion huileuse est complètement masqué par la saveur légèrement sucrée du milieu glyciné; en dragée le médicament est un véritable bonbon.

**RACHITISME — CARENCES et PRÉ-CARENCES**

**TROUBLES de CROISSANCE — DÉMINÉRALISATION**

Solution : 2 à 3 cuill. à café par jour — Dragées : 4 à 6 par jour. — Demi-dose chez l'Enfant.

**Laboratoires AMIDO, 4, Place des Vosges, PARIS-IV<sup>e</sup>**

TOUTES les Affections du **FOIE** et du **REIN :**

1 à 2 capsules à chacun des deux principaux repas de :

# **CAPARLEM**

**HUILE DE HAARLEM** (au Juniperus Oxycedrus)

**QUALITÉ INCOMPARABLE ET ACTIVITÉ INSOUÇONNÉE**

**Laboratoire Lorrain de Produits Synthétiques purs — ETAIN (Meuse)**

pharmacodynamiques de l'adrénaline, et favorisant sur ceux du chlorure de baryum.

**Les tendances actuelles du traitement opératoire du décollement rétinien.** — M. TOULANT. Obturer la déchirure de la rétine et créer une choroïdite adhésive sont les deux buts à réaliser. La technique de Coppez semble à l'auteur la meilleure et lui a donné des résultats favorables dans 60 p. 100 des cas.

**Deux nouveaux cas de myase oculaire.** — MM. TOULANT et MEDINGER. Ces deux cas de myase à oestrus ovis ont été contractés dans la ville même d'Alger, au voisinage immédiat de la mer.

## PRATIQUE MÉDICALE

### A PROPOS

#### DU TRAITEMENT DES BRONCHITES CHRONIQUES (1)

Par le docteur G. PERGET.

Dans le traitement des bronchites chroniques, de nombreux antiseptiques et balsamiques ont été utilisés. Le goudron, la terpine et ses dérivés, le tolu, les composés soufrés, l'hyposulfite de soude, l'iode sont encore couramment employés. La vaccinothérapie par auto-vaccins préparés à l'aide des microbes isolés de crachats a été préconisée ; mais ses résultats sont inconstants et sa pratique donne parfois lieu à des incidents, à des réactions fébriles. A l'heure actuelle, il paraît incontestable que les succès les plus réguliers sont fournis par l'imprégnation thiocolée, qui est parfaitement réalisée par le thiocol, mais il est indispensable, selon Martinet et Perget, d'utiliser un thiocol spécialement préparé et chimiquement pur. Le Sirop « Roche », qui contient des essences aromatiques naturelles et qui est dosé à un gramme de thiocol chimiquement pur par cuillerée à soupe, donne les résultats les plus remarquables, car il est toujours admirablement supporté, même par les enfants. Sous cette forme, le thiocol joue un triple rôle : il s'oppose à la pullulation microbienne, empêche la toux persistante et stimule les réactions défensives de l'organisme. Directement antiseptique et phagocyto-gène, il permet l'imprégnation thiocolée progressive sans aucun inconvénient.

## LIVRES NOUVEAUX

**Le Labyrinthe. Etude physio-pathologique et clinique (2),** par le docteur P. RIGAUD, oto-rino-laryngologiste, des hôpitaux de Toulouse. Préface de M. le Professeur Escat, professeur à la Faculté de Médecine de Paris.

« En dépit des très nombreuses obscurités qui planent encore sur la physiologie normale et pathologique du Labyrinthe, il semble bien que l'heure soit venue de grouper les acquisitions physiologiques, physio-pathologiques et cliniques relatives au labyrinthe et de tenter une synthèse des acquisitions scientifiques réalisées jusqu'à ce jour dans un département de la clinique, département aussi vaste et important pour le physio-pathologiste et le clinicien que restreint et négligeable pour qui mesure le domaine d'une spécialisation médicale aux dimensions qu'occupe dans l'espace l'organe qui en est l'objet. » En s'exprimant ainsi dans la préface du livre que le Dr Rigaud vient de consacrer au labyrinthe, le Professeur Escat définit très justement le but que s'est proposé l'auteur. Cet ouvrage à la fois didactique et pratique se propose de mettre à la portée du praticien des notions éparses dans de multiples publications étrangères et françaises. Bien qu'il s'agisse, d'un avis unanime, d'une étude considérée, à juste titre, comme étant de compréhension difficile, une grande précision descriptive et une abondante illustration entièrement originale ont permis à l'auteur de rendre la lecture de son ouvrage facile et agréable. Le livre de Rigaud sur le Labyrinthe se divise en deux parties. La première consacrée à la physio-pathologie labyrinthique est un résumé, aussi précis et condensé que possible, de l'état actuel de nos connaissances concernant le fonctionnement des appareils cochléaire et vestibulaire. L'auteur, clinicien avant tout, a restreint volontairement son exposé aux seules notions indispensables en clinique pour pratiquer l'examen de l'appareil cochléo-vestibulaire, comprendre le mécanisme des épreuves et interpréter les résultats qu'elles fournissent.

La deuxième partie de l'ouvrage, de beaucoup la plus importante, constitue un exposé complet et systématique de la pathologie labyrinthique. Le syndrome labyrinthique dans son ensemble, les infections, les intoxications, les traumatismes, les troubles mécaniques, les maladies d'usure, les affections vasculaires, les atteintes congénitales, les tumeurs et enfin les manifestations neuro-labyrinthiques au cours des maladies nerveuses y sont exposés avec tout le développement nécessaire.

Cet ouvrage dont il n'existe pas l'équivalent en langue française a exigé, de la part de l'auteur, un travail de documentation clinique et bibliographique considérable. Certains chapitres, comme celui de la syphilis labyrinthique, sont le résumé de recherches poursuivies pendant de nombreuses années. Même remarque pour l'étude des réactions locomotrices. L'électro-traumatisme labyrinthique a nécessité une mise au point expérimentale entièrement personnelle. L'étude des vertiges a été entreprise dans un esprit complètement nouveau donnant de la question une vue d'ensemble claire et nette. Chaque page de ce livre porte la forte empreinte d'originalité de l'école à laquelle appartient son auteur, depuis plus de vingt ans collaborateur immédiat du Professeur Escat et son associé dans nombre de travaux aujourd'hui classiques.

Cet ouvrage dont la parfaite présentation fait le plus grand honneur à la maison Baillière qui en a réalisé l'édition, mérite une place de choix dans la bibliothèque de l'auriste, du neurologiste et de l'omnipraticien.

L. G.

**Six Conférences de Physiologie (1),** par Léon BINET, professeur à la Faculté de Médecine de Paris.

Ces six conférences rassemblent des acquisitions faites durant les dernières années dans le laboratoire de physiologie du professeur Binet, à la Faculté de Médecine de Paris :

- I. — Qu'est-ce qu'un poumon ?
- II. — Nouvelles recherches biologiques et thérapeutiques sur l'asphyxie.
- III. — Capsules surrénales et glutathion.
- IV. — L'hyperthermie provoquée (syndrome humoral).
- V. — Quelques recherches sur le nerf.
- VI. — Le Poisson réactif biologique. — Utilisation des poissons dans les essais toxicologiques. Réanimation du centre respiratoire. Les mélanocytes de l'écaille du poisson ; leur utilisation pratique.

L. G.

(1) In-8 de 74 pages avec 17 figures. — Prix : 12 fr. — Paris, Masson et C<sup>ie</sup>.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

(1) *Courrier méd.*, Paris, n° 9, mars 1934.

(2) Grand in-8 (16,5×25) de 522 pages avec 123 figures. — Prix : 95 fr. — Paris, J.-B. Baillière et fils.





# OLETHYLE-BENZYLE

Hypertensions  
ET TOUS ÉTATS  
SPASMODIQUES  
DE LA MUSCULATURE  
LISSE

BENZOATE DE BENZYLE

Le seul en **GÉLULES**  
**CAPSULES**  
**MOLLES**

*Littérature - Échantillons - Posologie*  
LABORATOIRE CENTRAL DE PARIS  
122, Rue du Faubourg Saint-Honoré, Paris

## BISMUTHOÏDOL

Bismuth colloïdal à grains fins, solution aqueuse  
*Procédé spécial aux Laboratoires ROBIN*

**Injectons sous-cutanées, intra-musculaires ou intra-veineuses**

Immédiatement absorbable - Facilement injectable

**COMPLÈTEMENT INDOLORE**

1 ampoule de 2 cmc. tous les 2 ou 3 jours.

R. G., 231.839, Seine.

**LABORATOIRES ROBIN, 13. Rue de Poissy. PARIS**

A. GUERBET & C<sup>e</sup> PHARMACIENS

THÉRAPEUTIQUE & RADIOLOGIE

**LIPIODOL**

**LAFAY**

Huile iodée à 40%.

0. gr. 54 d'iode par cm. 3

22, Rue du Landy, St-Ouen, près Paris

R. G., 225.781

### RHIZOTANIN CHAPOTOT

Tanin de Fraisier - Sels de chaux et de magnésie

**Tonique -- Reconstituant -- Recalcifiant**

Anémies -- Bronchites chroniques -- Prétubercules.  
Amélioration rapide des Accidents Diarrhéiques  
et des Néphrites Albuminuriques.

**Cachets pour adultes -- Poudre pour enfants**  
**Granulé pour adultes et enfants**

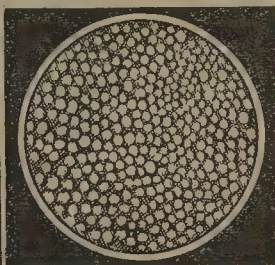
Éch. Méd. grat. P. AUBRIOT, Ph. 56, bd Ornano, PARIS-18<sup>e</sup>

INFECTIONS  
AIGUES  
FÉBRILES

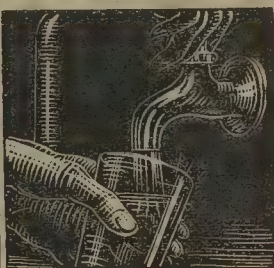
# SEPTICEMINE CORTIAL

7, r. de l'Armorique  
PARIS (XV<sup>e</sup>)

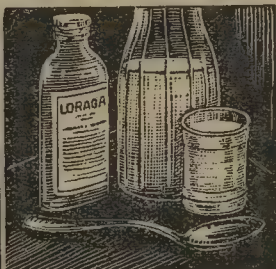




Goutte de Loraga dans laquelle on se rend compte de la ténuité et de la régularité des globules d'huile de paraffine, constituant une véritable émulsion très homogène.



Pour les malades aimant absorber leur médicament dans de l'eau : une cuillerée à soupe de Loraga dans un verre, ajouter de l'eau et boire le tout.



Pour les enfants qui répugnent, par principe, à prendre des médicaments : une ou deux cuillerées à café dans du lait.



"Une émulsion doit couler aisément", dit le bon pharmacien. Le Loraga satisfait à cette exigence sous tous les climats.



# LORAGA

Emulsion originale d'huile de paraffine  
et d'agar-agar avec phénolphtaléine

## Régulateur physiologique de l'intestin

S'incorpore intimement au contenu intestinal. Donne au bol fécal la consistance et la plasticité normales. Stimule doucement le péristaltisme sans provoquer de spasmes.

**INDICATIONS :** Toutes formes de constipation et à tout âge. — Paresse intestinale au cours de la grossesse et pendant la période de lactation. — Atonie intestinale des vieillards.

**TOLÉRANCE PARFAITE - AUCUNE ACTION SECONDAIRE PAS D'ACCOUTUMANCE NI DE SUINTEMENT HUILEUX**

LITTÉRATURE ET ÉCHANTILLONS SUR DEMANDE A MM. LES MÉDECINS

**LABORATOIRES  
SUBSTANTIA**

M. GUÉROULT, Pharmacien

13, Rue Pagès

SURESNES (Seine)





*La Lancette Française***GAZETTE DES HOPITAUX****CIVILS ET MILITAIRES****PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI****ADMINISTRATION ET RÉDACTION :****49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6°. Tél. : Danton 48-31.****PUBLICITE : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6°) - Téléph. : LITRÉ 54-93.****PRIX DE L'ABONNEMENT****FRANCE**

3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.

*Etudiants : 25 francs par an.*

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

**ETRANGER**

Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.

Tous les autres pays : 75 francs.

**SOMMAIRE****TRAVAUX ORIGINAUX***Quelques données numériques sur la maigreur chez les enfants et les jeunes gens, par M. le professeur P. NOBÉCOURT.***SOCIÉTÉS SAVANTES***Société de biologie.***PRATIQUE MÉDICALE****REVUE DES THÈSES — LIVRES NOUVEAUX****NOTES POUR L'INTERNAT***Rétrécissements du rectum (fin).***INFORMATIONS**

**HÔPITAUX DE PROVINCE. — ROUEN. —** Un concours pour la nomination à quatre places d'internes titulaires et trois places d'internes provisoires en médecine dans les hôpitaux de Rouen aura lieu le lundi 4 novembre 1935, à 16 h. 30.

Le registre d'inscription sera clos le 19 octobre 1935, à 18 h.

Le règlement du concours est tenu à la disposition des intéressés, au secrétariat des hospices civils, 1, rue de Germon, à Rouen.

**FACULTÉS DE MÉDECINE. — PARIS. — Année scolaire 1935-1936. — Examens de chirurgie dentaire. — Avis très important.** — Les délais mentionnés ci-dessous étant de rigueur, aucune consignation en vue d'un examen de fin d'année ne peut, en principe, être acceptée après ces périodes.

Une dérogation à cette règle ne peut être accordée que pour des motifs graves et par délibération spéciale de la Commission scolaire.

En tout cas, aucune dérogation, pour quelque motif que ce soit, ne peut être accordée dans les cinq jours qui précèdent l'affichage de la première épreuve de chaque année (jour de l'affichage non compris).

*Session d'octobre-novembre 1935.* — La mise en série des étudiants candidats aux différents examens de chirurgie dentaire sera affichée le mercredi 30 octobre 1935.

L'ouverture de la session est fixée au lundi 4 novembre 1935.

Les consignations seront reçues au secrétariat de la Fa-

culté, guichets n° 2 et 3, les vendredi 4 (pour l'examen de validation de stage dentaire) et samedi 5 octobre 1935 (pour les examens de fin d'année), de midi à 15 h.

*Session de juin-juillet 1936.* — 1° Examen de validation de stage dentaire :

La session s'ouvrira le lundi 18 mai 1936.

Les candidats produiront les certificats attestant qu'ils justifient de deux années régulières de stage. Ces certificats doivent être établis sur papier timbré.

Les consignations seront reçues au secrétariat de la Faculté les lundi 2 et mardi 3 mars 1936, de midi à 15 h.

La mise en série des candidats à l'examen de validation de stage sera affichée le mercredi 13 mai 1936.

2° Premier, deuxième et troisième examens :

La session s'ouvrira le lundi 8 juin 1936.

Les consignations seront reçues au secrétariat de la Faculté, de midi à 15 h., aux dates suivantes : lundi 9 mars 1936 (étudiants à 4 inscriptions), mardi 10 mars 1936 (étudiants à 8 inscriptions), mercredi 11 mars 1936 (étudiants à 12 inscriptions).

Les étudiants à 12 inscriptions consigneront simultanément pour les deux parties du 3° examen.

La mise en série des candidats à ces examens sera affichée le mercredi 3 juin 1936.

**POUR LA BAISSÉ DES PRIX DES SPÉCIALITÉS PHARMACEUTIQUES.** — Le ministère de la Santé publique communique :

« M. Ernest Lafont, ministre de la Santé publique et de l'Education physique, poursuivant l'œuvre économique du gouvernement et s'inspirant des interventions heureuses du président du Conseil, a convoqué pour samedi prochain les présidents des associations professionnelles pharmaceutiques ainsi que les présidents de la Chambre syndicale des fabricants de produits pharmaceutiques, du Syndicat de la droguerie française et des syndicats de fabricants de produits biologiques et pharmaceutiques médicaux.

**DIGITALINE NATIVELLE**

LABORATOIRE NATIVELLE, 27, Rue de la Procession, PARIS (XV°)

Une première intervention ministérielle auprès des mêmes organismes a déjà permis d'obtenir, grâce à l'établissement du tarif national pharmaceutique et à l'accord qui s'est établi sur ce point entre les divers groupements, une réduction de 15 p. 100 sur l'ancien tarif, en faveur des bénéficiaires de l'assistance médicale gratuite.

Le ministre espère qu'il lui suffira de faire appel au bon vouloir dont les groupements pharmaceutiques ont déjà donné la preuve, pour obtenir d'eux, en faveur de la clientèle ordinaire, une réduction que justifient les conditions actuelles de la vie économique. »

**NÉCROLOGIE.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Pierre Ménétrier, professeur honoraire à la Faculté de médecine de Paris, ancien président de l'Académie de médecine, décédé accidentellement à Lisieux, le 22 août 1935, dans sa 76<sup>e</sup> année; il était l'oncle de M. le docteur Henri Stévenin, médecin de l'hôpital Beaujon.

**Réunion hydrologique et climatologique de Montpellier (1936).** — Une réunion hydrologique et climatologique aura lieu à Montpellier, en mars 1936, sous les auspices de la « Société des Sciences médicales et biologiques de Montpellier et du Languedoc méditerranéen ».

Trois rapports y seront présentés :

1° Le coup de soleil, par M. le professeur agrégé Aimes (de Montpellier) ;

2° Le coup de chaleur, par M. le professeur Mouriquand (de Lyon) ;

3° Les accidents dus à la lumière, par M. le docteur Jausion, ancien professeur agrégé au Val-de-Grâce.

La date exacte de la réunion sera fixée ultérieurement.

Pour tous renseignements, inscriptions, communications, etc. s'adresser à M. le professeur A. Puech, 1, rue du Canau, Montpellier.

## REVUE DES THÈSES

**Aspects radiologiques de la circulation. Etude expérimentale, clinique et thérapeutique (1), par Maurice RAGINE.**

« I. Les premiers, Sicard et Forestier ont fait une artériographie. Depuis dix ans, l'intérêt de cette méthode est devenu anatomique, physiologique, pathologique.

C'est à Reynaldo dos Santos que revient le mérite d'avoir généralisé ce procédé d'investigation, en posant remarquablement les principes généraux de l'exploration radiologique de la circulation.

II. La ponction artérielle est sans danger. L'injection, grâce à l'appareil de Reynaldo dos Santos, est précise, facile, de débit constant.

III. Si ce procédé d'exploration n'a pas encore une application très étendue, cela tient au difficile problème des solutions de contraste. On louvoie entre deux écueils :

Trop faible degré de contraste ;

Toxicité importante du produit.

Les sels de thorium, en particulier le throrotrast malgré son indolence, ne réalisent pas la substance de contraste idéal car ils se fixent électivement sur le système réticulo-endothélial.

Les composés iodés organiques, en particulier le ténébryl, nécessitent une anesthésie générale, car l'injection est douloureuse. Ils s'éliminent vite de l'organisme. C'est cer-

(1) Paris 1934, Le François.

tainement de ce côté qu'on arrivera à avoir un produit de contraste parfaitement maniable.

IV. L'artériographie des membres donne des résultats du plus haut intérêt thérapeutique. Elle donne des précisions très supérieures à celles de l'oscillométrie en précisant la hauteur d'une oblitération, la valeur de la circulation collatérale. Elle permet les déductions suivantes :

a) Dans les artérites :

L'oblitération totale avec circulation collatérale déficiente impose l'amputation, l'artériographie ne permet aucune hésitation sur l'étendue du segment de membre à sacrifier.

L'oblitération totale des troncs principaux avec très bonne circulation collatérale, permet de discuter suivant son importance, et d'après l'âge, la résistance du sujet, la sympathectomie périliaque externe, la ramisection lombaire, la thérapeutique médicale.

L'oblitération segmentaire impose, depuis les si remarquables recherches physiologiques et pathologiques de Leriche : l'artériectomie associée ou non aux sympathectomies.

Les altérations pariétales sans oblitération relèvent avant tout de la thérapeutique médicale, des sympathectomies dont les données actuelles doivent être vérifiées de façon précise et les progrès ultérieurs guidés sûrement par l'artériographie.

b) Dans les affections osseuses :

L'artériographie montre l'état de la circulation osseuse : normale, hypohémie, hyperhémie, la vitesse de l'injection de la circulation de retour ne permettant de suivre d'une manière rationnelle, l'action d'un traitement radiothérapique.

V. L'aortographie abdominale est facile à réaliser en clinique, elle renseigne sur tout le territoire vasculaire sous-diaphragmatique. Elle permet d'apprécier :

Une oblitération artérielle ;

Une compression vasculaire ;

Un pédicule vasculaire de certaines tumeurs ou peut aussi en préciser le siège et parfois la nature.

L'aortographie thoracique est encore du domaine expérimental.

VI. La ventriculographie cardiaque que nous avons réussie chez le chien, est intéressante.

a) Par les renseignements qu'elle procure sur les cavités du cœur au cours de la diastole et de la systole ;

b) Par la figuration qu'elle donne des branches initiales de l'aorte, et en particulier des artères coronaires ;

c) Parce qu'elle permet d'étudier complètement le retentissement cardio-vasculaire des substances de contraste.

Pour les conditions nécessaires à une bonne ventriculographie, il n'y a, avec les composés iodés organiques comme le ténébryl, aucune modification du complexe électrocardiographique des courbes de la tension artérielle, et de la respiration.

Nous pensons qu'expérimentalement, il est déjà possible, par cette technique, d'approfondir le mécanisme et les conséquences des lésions pathologiques, que les auteurs américains ont ingénieusement réalisés sur l'animal : rétrécissement mitral, insuffisance mitrale. »

## RENSEIGNEMENTS

**COLLÈGE DE GARÇONS. COLLÈGE DE JEUNES FILLES.** Soissons. Préparation aux divers baccalauréats. Etablissements neufs. Internats tout confort. Hygiène et sports. A 1 h. 1/4 de Paris par le train. Autobus Citroën.

Insomnies  
Tous nerveux.

**BROMÉINE MONTAGU**

**OUATAPLASME**

du **D<sup>r</sup> L'ANGELEBERT**  
PANSEMENT COMPLET  
Phlegmasies, eczémas, brûlures, etc





**THIGÉNOL "ROCHE"**  
*Inodore, non caustique, non toxique, Soluble eau, alcool, glycérine.*

**EN GYNÉCOLOGIE**  
Décongestionnant intensif.  
Désodorisant  
Analgésique

**EN DERMATOLOGIE**  
Topique kératoplastique  
Réducteur faible  
Antiprurigineux

**RÉSULTATS RAPIDES**

*Echantillon et Littérature*  
PRODUITS, F. HOFFMANN-LA ROCHE & C<sup>e</sup>  
10, Rue Crillon, Paris



Hypertensions  
ET TOUS ÉTATS  
SPASMODIQUES  
DE LA MUSCULATURE  
LISSE

BENZOATE DE BENZYLE

**OLETHYLE-BENZYLE**

Le seul en **GÉLULES**  
**CAPSULES**  
**MOLLES**

*Littérature - Echantillons - Posologie*  
LABORATOIRE CENTRAL DE PARIS  
122, Rue du Faubourg Saint-Honoré, Paris

# CONSTIPATION

AUCUNE ACCOUTUMANCE

ACTION RÉGULIÈRE  
ET CONSTANTE

1 à 6 comprimés par jour  
aux repas ou au coucher  
Commencer par deux comprimés

LABORATOIRES LOBICA  
46, AVENUE DES TERNES - PARIS  
25, RUE JASMIN - PARIS (16<sup>e</sup>)



à base de :

- POUDRE DE MUQUEUSE INTESTINALE
- EXTRAIT BILIAIRE
- FERMENTS LACTIQUES
- AGAR-AGAR

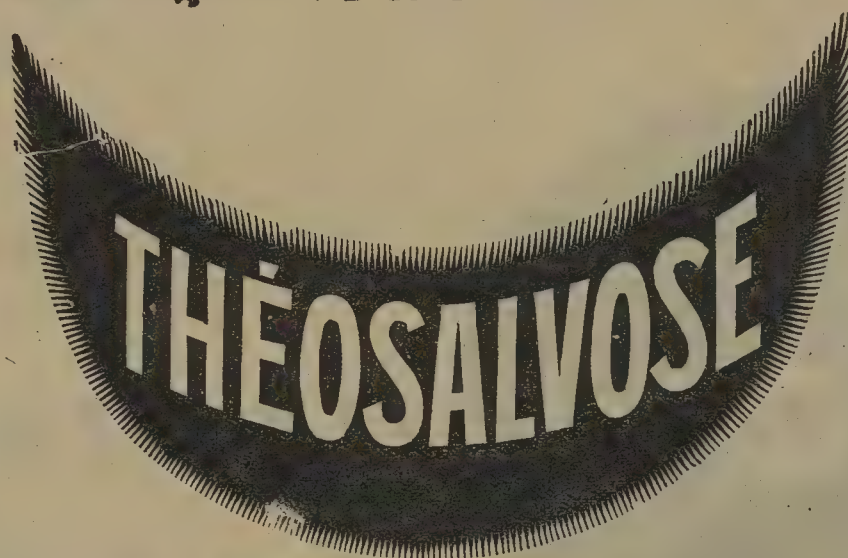
# TAXOL

**DIURÉTIQUE** { D'UN POUVOIR REMARQUABLE  
D'UNE FIDÉLITÉ CONSTANTE

Pure  
Digitalique  
Strophantique  
Sparléinée  
Scillitique  
Barbiturique

Phosphatée  
Lithinée  
Caféinée

Ne se délivrent  
qu'en cachets



Cachets dosés

0 gramme 25  
et à  
0 gramme 50  
de Théosalvose

DOSE MOYENNE :  
1 à 2 grammes  
par jour.

**THÉOBROMINE FRANÇAISE** garantie chimiquement pure

Artériosclérose — Affections cardiaques et rénales — Albuminuries — Intoxications  
Urémie — Uricémie — Goutte — Rhumatismes — Hydroplisie — Maladies infectieuses

Laboratoires André GUILLAUMIN  
PARIS — 13, rue du Cherche-Midi, 13 — PARIS

R. G., 2,362, Seine.



## QUELQUES DONNÉES NUMÉRIQUES SUR LA MAIGREUR CHEZ LES ENFANTS ET LES JEUNES GENS

Par M. le Professeur P. NOBÉCOURT

La MAIGREUR, écrit Littré dans son *Dictionnaire de Médecine*, est l'« état d'un individu chez lequel le tissu cellulaire ne contient pas de graisse ou n'en contient qu'une très petite quantité ».

Elle est commune à tous les âges.

On la constate et on apprécie son degré par l'inspection du corps, le pincement de la peau, l'épaisseur et la consistance du pannicule sous-cutané, enfin les pesées. Celles-ci permettent d'établir les données numériques de la maigreur. Encore convient-il d'interpréter les poids, pour ne pas en tirer des déductions erronées. C'est cette interprétation, pour les enfants et les jeunes gens, qui est l'objet de ce travail (1).

Pour interpréter le poids d'un sujet, il est nécessaire de connaître sa taille. Trois sujets de même âge, qui ont le même poids, peuvent avoir un embonpoint moyen, être gros ou être maigres, suivant que leur taille est moyennée ou qu'ils sont soit de petite, soit de haute stature. Ce qui importe, c'est le rapport du poids à la taille.

Cette remarque a une importance particulière quand il s'agit d'enfants et de jeunes gens, c'est-à-dire pendant la période de croissance staturale.

Pendant cette longue période, qui commence à la naissance et ne prend fin qu'à 20 ou 21 ans, la taille et le poids augmentent d'une façon continue, mais non régulière ; ils ne s'accroissent pas parallèlement. Par suite, le rapport du poids à la taille se modifie sans cesse. Il suffit, pour s'en rendre compte, de regarder les courbes d'accroissement de la taille et du poids, ainsi que celles du rapport poids à taille (2).

Tous les enfants et les jeunes gens n'ont pas un accroissement statural moyen : il y en a beaucoup qui présentent un accroissement faible ou un accroissement fort. Ceux-ci ont, pour leurs âges, des tailles petites ou des tailles élevées ; suivant l'importance de la réduction ou de l'excès sur la taille moyenne, leurs tailles restent dans les limites des variations physiologiques ou les dépassent ; dans ce dernier cas, ils présentent soit de l'hypotrophie, soit de l'hypertrophie staturales, parfois même du nanisme ou du gigantisme (3).

Ces sujets de petite ou de haute statures ont des tailles soit de sujets plus jeunes, soit de sujets plus âgés.

Parmi eux, il en est qui ont la morphologie harmonieuse des sujets dont ils ont la taille ; le poids, le périmètre thoracique, le rapport de Manouvrier, le coefficient de Pignet sont conformes à ceux de ces sujets ; ils paraissent ou plus jeunes ou plus âgés qu'ils ne sont réellement ; ils présentent soit de l'hypotrophie, soit de l'hypertrophie staturales physiologiques.

D'autres, au contraire, paraissent gros ou maigres. Je ne m'occupe que des maigres.

\*  
\*\*

En présence d'un enfant, d'un jeune homme ou d'une jeune fille qui donnent l'impression de la maigreur, il faut établir des DONNÉES NUMÉRIQUES par la mensuration de la taille et du poids.

La TAILLE peut être conforme, inférieure ou supérieure à la taille moyenne des garçons ou des filles du même âge.

La différence entre la taille du sujet et la taille moyenne donne l'écart statural réel, qui, suivant les cas, est excès statural ou réduction staturale.

Pour permettre les comparaisons il est, en outre, utile de calculer l'écart statural pour 100, à l'aide de la formule suivante :

$$\frac{\text{Ecart statural} \times 100}{\text{Taille moyenne}}$$

En consultant la table de croissance staturale on apprend à quel âge correspond la taille du sujet.

Pour le poids, on calcule :

1° La différence entre le poids du sujet et le poids moyen des garçons ou des filles du même âge, ce qui donne l'écart pondéral réel pour l'âge ; il s'agit presque toujours d'une réduction pondérale ; parfois, si la stature est très élevée, l'écart peut être nul ou il peut même y avoir un excès pondéral.

2° La différence entre le poids du sujet et le poids moyen des garçons ou des filles de même taille, ce qui donne l'écart pondéral réel pour la taille.

3° Pour l'âge et pour la taille, l'écart pondéral pour 100, à l'aide de la formule :

$$\frac{\text{Ecart pondéral} \times 100}{\text{Poids moyen}}$$

Dans la pratique, il suffit de calculer l'écart pondéral réel et l'écart pondéral pour 100 avec le poids moyen correspondant à la taille.

\*  
\*\*

Voici, à titre d'exemple, quelques OBSERVATIONS choisies entre bien d'autres.

Elles sont classées suivant les tailles : tailles moyennes, hypotrophies staturales, hypertrophies staturales. Dans chaque groupe elles sont rangées par âges.

Elles ont été publiées dans divers mémoires et leçons.

Pour certaines d'entre elles, déjà anciennes, les

(1) P. NOBÉCOURT. Considérations sur la maigreur, l'hypotrophie pondérale et l'amaigrissement. *Leçon du 20 janvier 1934, Journ. des Praticiens*, 24 mars 1934 ; — La maigreur et l'amaigrissement pendant la première enfance. *Leçon du 8 décembre 1934, Progrès méd.*, 5 janvier 1935.

(2) Voir les courbes que j'ai données dans P. NOBÉCOURT et L. BABONNEIX, *Traité de médecine des enfants*, 1934, Tome I. Masson et Cie, éditeurs.

(3) P. NOBÉCOURT. Les enfants trop petits. *L'Expansion scientifique française*, Paris 1929 ; — P. NOBÉCOURT et M. KAPLAN. Les hypotrophies staturales et le nanisme. Les hypertrophies staturales et le gigantisme. *Traité de Médecine des enfants*, Tome I.

moyennes ont été modifiées pour être harmonisées avec celles que j'utilise actuellement.

### I. — Tailles moyennes

Obs. I. — Yvette J... (A. 6929) est âgée d'un an (1).

Taille : 66 cm. — Taille d'un an ..... 70 cm.  
Réduction staturale réelle. 4 cm.  
Réduction staturale %.. 5,7  
Taille de 8 mois.

Poids : 6 kg. — Poids d'un an ..... 9 kg. 250  
Réduction pondérale réelle 3 kg. 250  
Réduction pondérale %.. 35,1  
Poids de 8 mois..... 8 kg.  
Réduction pondérale réelle 2 kg.  
Réduction pondérale %.. 25

Yvette est à la limite inférieure des tailles moyennes et est très maigre.

Obs. II. — Christiane B... (B. 4880) est âgée de 1 an et 5 mois (2) :

Taille : 71 cm. 5. — Taille de l'âge..... 73 cm. 5  
Réduction staturale réelle. 2 cm.  
Réduction staturale %.... 2,7  
Taille de 1 an 1 mois.

Poids : 6 kgr. — Poids de 1 an 5 mois.... 10 kg. 200  
Réduction pondérale réelle 4 kg. 200  
Réduction pondérale %.. 41  
Poids de 1 an 1 mois.... 9 kg. 400  
Réduction pondérale réelle 3 kg. 400  
Réduction pondérale %.. 36

Christiane a une taille moyenne et est très maigre.

Obs. III. — Françoise A. (30.4061) est âgée de 9 ans 8 mois (3) :

Taille : 127 cm. — Taille de 9 ans 8 mois.. 124 cm.  
Excès statural réel ..... 3 cm.  
Excès statural % ..... 2,4  
Taille de 10 ans 1 mois.  
Poids : 23 kg. 200. — Poids de 9 ans 8 mois 24 kg. 350  
Réduction pondérale réelle 1 kg. 150  
Réduction pondérale %... 4,7  
Poids de 10 ans 1 mois.. 26 kg. 100  
Réduction pondér. réelle. 2 kg. 900  
Réduction pondérale %... 11,1

Françoise a une taille moyenne; sa maigreur est discutable.

Obs. IV. — Bernard P. (33-4206) est âgé de 14 ans (4) :

Taille : 151 cm. — Taille de 14 ans.... 151 cm.  
Poids : 30 kg. 900. — Poids de 14 ans .... 40 kg. 200  
Réduction pondér. réelle. 9 kg. 300  
Réduction pondérale %... 23,1

Bernard a une taille moyenne et est très maigre.

Obs. V. — Marie N. (D. 4643) est un garçon âgé de 14 ans 8 mois (5).

(1) P. NOBÉCOURT. *Clinique médicale des enfants. Troubles de la nutrition et de la croissance*. Masson et Cie, Paris, 1926. — Leçon IV: Les hypotrophies de la petite enfance, 21 mars 1925, p. 62.

(2) *Progrès méd.*, 5 janvier 1935.

(3) P. NOBÉCOURT. L'anorexie mentale ou psychique, *Leçon* du 27 janvier 1934. *Journ. des Praticiens*, 19 mai 1934.

(4) *Progrès méd.*, 5 janv. 1935.

(5) *Troubles de la nutrition et de la croissance*. — Leçon XVI: Le traitement par l'insuline du diabète sucré des enfants (15 novembre 1924), p. 305.

Taille : 157 cm. — Taille de 14 ans 8 mois. 155 cm.  
Excès statural réel .... 2 cm.  
Excès statural % ..... 1,2  
Taille de 15 ans.

Poids : 33 kg. — Poids de 14 ans 8 mois.. 43 kg. 250  
Réduction pondérale réelle 10 kg. 250  
Réduction pondérale %.. 23,6  
Poids de 15 ans ..... 44 kg. 900  
Réduction pondérale réelle 11 kg. 900  
Réduction pondérale %.. 26,5

Marie présente une taille moyenne et est très maigre.

Obs. VI. — Marie-Louise P... (B. 693) est âgée de 14 ans 9 mois (1).

Taille : 145 cm. — Taille de 14 ans 9 mois .. 151 cm. 5  
Réduction staturale réelle 6 cm. 5  
Réduction staturale %... 4,2  
Taille de 12 ans 9 mois.

Poids : 35 kg. 800. — Poids de 14 ans 9 mois 43 kg. 850  
Réduction pondérale réelle 7 kg. 250  
Réduction pondérale %.. 16,8  
Poids de 12 ans 9 mois 36 kg. 250  
Réduction pondérale réelle 0 k. 450  
Réduction pondérale %.. 1,2

Marie-Louise a une taille moyenne et n'est pas maigre.

Obs. VII. — Iphigénie T... (B. 2380) est âgée de quinze ans (2).

Taille : 155 cm. — Taille de 15 ans ..... 152 cm.  
Excès statural réel ..... 3 cm.  
Excès statural % ..... 1,9  
Taille de 18 ans.

Poids : 35 kg. — Poids de 15 ans ..... 43 kg. 900  
Réduction pondérale réelle 8 kg. 900  
Réduction pondérale %.. 20,2  
Poids de 18 ans ..... 49 kg.  
Réduction pondérale réelle 14 kg.  
Réduction pondérale %.. 28,5

Iphigénie a une taille moyenne et est maigre.

Obs. VIII. — Simone D... (27.2474) est âgée de 18 ans 3 mois (3).

Taille : 160 cm. — Taille de 18 ans ..... 155 cm.  
Excès statural réel ..... 5 cm.  
Excès statural % ..... 3,2 %  
Taille moyenne d'adulte.

Poids : 38 kg. 300. — Poids de 18 ans 3 mois 49 kg. 200  
Réduction pondérale réelle 10 kg. 900  
Réduction pondérale %.. 22,1  
Poids d'adulte de 160 cm. 59 kg.  
Réduction pondérale réelle 20 kg. 700  
Réduction staturale %... 35,0

Simone a une taille à la limite supérieure des tailles moyennes ; elle est très maigre.

(1) P. NOBÉCOURT. *Clinique médicale des enfants. Affections des organes hémolympopoïdiques et du sang*. Masson et Cie, 1931. — Leçon IX: Les purpuras chroniques de l'enfance (4 mars 1922), p. 108.

(2) P. NOBÉCOURT. *Clinique médicale des enfants. La syphilis de l'enfant*. Masson et Cie, 1935. — Leçon III: Ostéo-arthropathies hérédosyphilitiques de la moyenne et de la grande enfance (28 novembre 1925), p. 40.

(3) *Journ. des Praticiens*, 19 mai 1934.



II. — *Hypotrophies staturales*

Obs. IX. — Georges M. (A. 7770) est âgé de 2 mois 23 jours (1).

Taille : 53 cm. — Taille de 2 mois 20 jours. 59 cm.  
Réduction staturale réelle 6 cm.  
Réduction staturale %... 10,1  
Taille de 20 jours.  
Poids : 3 kg. 200. — Poids de 2 mois 20 jours 5 kg.  
Réduction pondérale réelle 1 kg. 800  
Réduction pondérale % 36  
Poids de 20 jours..... 3 kg. 600  
Réduction pondérale réelle 0 kg. 400  
Réduction pondérale % 11,1

Georges a une *hypotrophie staturale moyenne* et est maigre.

Obs. X. — Henri M. (A. 2904) est âgé de 3 mois et demi (2).

Taille : 56 cm. — Taille de 3 mois et demi. 61 cm.  
Réduction staturale réelle 5 cm.  
Réduction staturale %.. 8,1  
Taille de 1 mois 20 jours.  
Poids : 3 kg. 600. — Poids de 3 mois et demi 5 kg. 600  
Réduction pondérale réelle 2 kg.  
Réduction pondérale % 35,7  
Poids de 1 mois 20 jours 4 kg.  
Réduction pondérale réelle 0 kg. 400  
Réduction pondérale % 10

Henri présente une *hypotrophie staturale légère* et est maigre.

Obs. XI. — Georges F... (A. 8052) est âgé de 5 mois et demi (3).

Taille : 56 cm. — Taille de 5 mois et demi. 63 cm. 5  
Réduction staturale réelle 7 cm. 5  
Réduction staturale %.. 11,8  
Taille de 1 mois 20 jours.  
Poids : 3 kg. 500. — Poids de 5 mois et demi 6 kg. 800  
Réduction pondérale réelle 3 kg. 300  
Réduction pondérale % 48,5  
Poids de 1 mois 20 jours. 4 kg.  
Réduction pondérale réelle 0 kg. 500  
Réduction pondérale % 12,5

Georges a une *hypotrophie staturale moyenne* et est maigre.

Obs. XII. — Simone C... (A. 9363) est âgée de 7 mois (4).

Taille : 55 cm. — Taille de 7 mois..... 65 cm.  
Réduction staturale réelle 10 cm.  
Réduction staturale %.. 15 cm.  
Taille de 1 mois 10 jours.  
Poids : 2 kg. 730. — Poids de 7 mois..... 7 kg. 600  
Réduction pondérale réelle 4 kg. 870  
Réduction pondérale % 64

(1) P. NOBÉCOURT. *Clinique médicale des enfants. Affections de l'appareil digestif et de l'abdomen*. Masson et Cie, 1934. — Leçon IX: L'opothérapie thyroïdienne à hautes doses dans les états de dénutrition et l'athrepsie des nourrissons (12 mars 1927), p. 164.

(2) P. NOBÉCOURT. Traitement des vomissements du nourrisson et de l'atrophie par le sucre à hautes doses. *Archives de médecine des enfants*, mai 1914.

(3) Affections de l'appareil digestif et de l'abdomen. — Leçon VII: La dyspepsie gastro-intestinale des nourrissons élevés au lait de vache. Opothérapie pancréatique (3 décembre 1927), p. 135.

(4) *Traité de médecine des enfants*. Tome I, p. 165, fig. 101.

Poids de 1 mois 10 jours. 4 kg.  
Réduction pondérale réelle 1 kg. 270  
Réduction pondérale % 31

Simone a une *hypotrophie staturale forte* et est très maigre.

Obs. XIII. — Hélène H... (B. 4548) est âgée de 6 ans 4 mois (1).

Taille : 100 cm. — Taille de 6 ans 4 mois.. 106 cm.  
Réduction staturale réelle 6 cm.  
Réduction staturale %.. 6  
Taille de 5 ans 4 mois.

Poids : 12 kg. 700. — Poids de 6 ans 4 mois. 17 kg. 500  
Réduction pondérale réelle 4 kg. 800  
Réduction pondérale % 27,4  
Poids de 5 ans 4 mois. 15 kg. 950  
Réduction pondérale réelle 3 kg. 250  
Réduction pondérale % 20,3

Hélène présente une *hypotrophie staturale légère* et est maigre.

Obs. XIV. — Marcel B... (Pavillon Marie-Richard, n° 44), est âgé de 9 ans 3 mois (2).

Taille : 99 cm. 5. — Taille de 9 ans 3 mois 126 cm. 5  
Réduction staturale réelle 27 cm.  
Réduction staturale %.. 21,3  
Taille de 4 ans 5 mois.

Poids : 12 kg. 400. — Poids de 9 ans 3 mois 23 kg. 350  
Réduction pondérale réelle 10 kg. 950  
Réduction pondérale % 46,8  
Poids de 4 ans 5 mois. 14 kg. 450  
Réduction pondérale réelle 2 kg. 050  
Réduction pondérale % 14,1

Marcel présente une *hypotrophie staturale pas forte*, un véritable nanisme, et est un peu maigre.

Obs. XV. — Blanche G... est âgée de 11 ans 5 mois (3).

Taille : 114 cm. — Taille de 11 ans 5 mois 137 cm. 5  
Réduction staturale réelle 23 cm. 5  
Réduction staturale %.. 17,0  
Taille de 7 ans 8 mois.

Poids : 16 kg. 400. — Poids de 11 ans 5 mois 31 kg. 600  
Réduction pondérale réelle 15 kg. 200  
Réduction pondérale % 48,1  
Poids de 7 ans 8 mois.. 19 kg. 750  
Réduction pondérale réelle 3 g. 350  
Réduction pondérale % 16,9

Blanche présente une *hypotrophie staturale très forte* et est maigre.

Obs. XVI. — Rachel S... (B. 1007) est âgée de 12 ans 6 mois (4).

Taille : 132 cm. — Taille de 12 ans 6 mois. 144 cm.  
Réduction staturale réelle 12 cm.  
Réduction staturale %.. 8,3  
Taille de 10 ans 8 mois.

Poids : 29 kg. 300. — Poids de 12 ans 6 mois 35 kg. 500

(1) *Journ. des Prat.*, 24 mars 1934.

(2) P. NOBÉCOURT. A propos d'un garçon de 9 ans présentant une très forte hypotrophie staturale simple. *Leçon du 9 mai 1931. Concours méd.*, 21 février 1932.

(3) *Troubles de la nutrition et de la croissance*. — Leçon XII. Quelques considérations sur le diabète sucré de l'enfant, 6 sept. 1919, p. 210.

(4) *Troubles de la nutrition et de la croissance*. — Leçon V. Les hypotrophies de la moyenne et de la grande enfance (27 mai 1922).

Réduction pondérale réelle 6 kg. 200  
 Réduction pondérale % 17,4  
 Poids de 10 ans 8 mois 28 kg. 300  
 Excès pondéral réel .... 1 kg.  
 Excès pondéral % ..... 3,5

Rachel présente une *hypotrophie staturale légère* et n'est pas maigre.

Obs. XVII. — Marcelle P... (B. 1440) est âgée de 12 ans 7 mois (1).

Taille : 135 cm. — Taille de 12 ans 7 mois. 144 cm. 5  
 Réduction staturale réelle 9 cm. 5  
 Réduction staturale %.. 6,5  
 Taille de 11 ans.

Poids : 20 kg. 800. — Poids de 12 ans 7 mois. 35 kg. 750  
 Réduction pondérale réelle 14 kg. 950  
 Réduction pondérale % 41,8  
 Poids de 11 ans ..... 29 kg. 900  
 Réduction pondérale réelle 9 kg. 100  
 Réduction pondérale % 30,4

Marcelle présente une *hypotrophie staturale légère* et est très maigre.

Obs. XVIII. — Simone D... (B. 713) est âgée de 13 ans 4 mois (2).

Taille : 134 cm. — Taille de 13 ans 4 mois. 147 cm. 5  
 Réduction staturale réelle 13 cm. 5  
 Réduction staturale %.. 9,1  
 Taille de 10 ans 11 mois.

Poids : 24 kg. 100. — Poids de 13 ans 4 mois. 38 kg. 600  
 Réduction pondérale réelle 14 kg. 500  
 Réduction pondérale % 37,5  
 Poids de 10 ans 11 mois. 29 kg. 500  
 Réduction pondérale réelle 5 kg. 400  
 Réduction pondérale % 18,3

Simone présente une *hypotrophie staturale légère* et est maigre.

Obs. XIX. — Blanche H... (B. 745) est âgée de 14 ans 6 mois (3).

Taille : 140 cm. — Taille de 14 ans 6 mois 151 cm.  
 Réduction staturale réelle 11 cm.  
 Réduction staturale %.. 7,2  
 Taille de 11 ans 9 mois.

Poids : 30 kg. 400. — Poids de 14 ans 6 mois 42 kg. 300  
 Réduction pondérale réelle 11 kg. 900  
 Réduction pondérale % 28,1  
 Poids de 11 ans 6 mois. 31 kg. 950  
 Réduction pondérale réelle 1 kg. 550  
 Réduction pondérale % 4,8

Blanche présente une *hypotrophie staturale légère* et n'est pas maigre.

### III. — Hypertrophies staturales

Obs. XX. — Denise O... (19.232) est âgée de 10 ans 9 mois (4).

Taille : 142 cm. — Taille de 10 ans 9 mois. 133 cm.  
 Excès statural réel ..... 9 cm.

Excès statural % ..... 6  
 Taille de 12 ans.

Poids : 24 kg. 600. — Poids de 10 ans 9 mois 28 kg. 700  
 Réduction pondérale réelle 4 kg. 100  
 Réduction pondérale % 14,2  
 Poids de 12 ans..... 34 kg.  
 Réduction pondérale réelle 9 kg. 400  
 Réduction pondérale % 27,6

Denise présente une *hypertrophie staturale légère* et est très maigre.

Obs. XXI. — Marguerite M... (B 3021) est âgée de 13 ans 10 mois (1).

Taille : 161 cm. — Taille de 13 ans 10 mois 149 cm. 5  
 Excès statural réel..... 11 cm. 5  
 Excès statural % ..... 7,6  
 Taille d'adulte.

Poids : 44 kg. — Poids de 13 ans 10 mois. 40 kg. 150  
 Excès pondéral réel .... 3 kg. 850  
 Excès pondéral %..... 9,5  
 Poids d'une femme de  
 161 cm. .... 60 kg.  
 Réduction pondérale réelle 16 kg.  
 Réduction pondérale % 20,6

Marguerite présente une *hypertrophie staturale légère* et est maigre.

Obs. XXII. — Andrée D... (B. 3753) est une fille de 14 ans 1 mois (2).

Taille : 161 cm. — Taille de 14 ans 1 mois 150 cm.  
 Excès statural réel ..... 11 cm.  
 Excès statural % ..... 7,3  
 Taille de femme adulte.

Poids : 50 kg. 200. — Poids de 14 ans 1 mois. 41 kg. 050  
 Excès pondéral réel .... 9 kg. 150  
 Excès pondéral %..... 22,2  
 Poids d'une femme de  
 161 cm. .... 60 kg.  
 Réduction pondérale réelle 9 kg. 800  
 Réduction pondérale % 16,3

Andrée présente une *hypertrophie staturale légère* et est maigre.

Obs. XXIII. — Solange R... (30.3285) est âgée de 14 ans 4 mois (3).

Taille : 162 cm. 5. — Taille de 14 ans 4 mois 150 cm. 5  
 Excès statural réel ..... 12 cm.  
 Excès statural % ..... 7,9  
 Taille d'adulte à la limite  
 de l'hypertrophie statu-  
 rale .....

Poids : 40 kg. 900. — Poids de 14 ans 6 mois 41 kg. 800  
 Réduction pondérale réelle 0 kg. 900  
 Réduction pondérale % 1,1  
 Poids d'adulte de 162 cen-  
 timètres 5..... 61 kg.  
 Réduction pondérale réelle 20 kg. 100  
 Réduction pondérale % 32,9

Solange a une *hypertrophie staturale moyenne* et est maigre.

(1) Troubles de la nutrition et de la croissance. — Leçon XVI, p. 315.

(2) P. NOBÉCOURT. Clinique médicale des enfants. Affections de l'appareil urinaire. Masson et Cie, 1927. — Leçon VI. Néphrites chroniques azotémiques et hypertensions chez les enfants (24 juin 1922), p. 105.

(3) Troubles de la nutrition et de la croissance. — Leçon XIII. Histoire d'un enfant diabétique (29 avril 1922), p. 234.

(4) Journ. des Praticiens, 19 mai 1934.

(1) P. NOBÉCOURT. Clinique médicale des enfants. La Tuberculose. Masson et Cie, 1929. — Leçon VI. Tuberculose pulmonaire et période pubertaire chez les filles (21 janvier 1928), p. 130.

(2) P. NOBÉCOURT. Hautes statures et tuberculose pulmonaire dans l'enfance. Leçon du 17 janvier 1931. Concours méd., 30 août 1931.

(3) Journ. des Praticiens, 19 mai 1934.



OBS. XXIV. — Jean M... (D. 8482) est âgé de 14 ans 5 mois (1).

Taille : 164 cm. — Taille de 14 ans 5 mois 153 cm. 5  
Excès statural réel ..... 10 cm. 5  
Excès statural % ..... 6,4  
Taille de 18 ans.

Poids : 35 kg. 400. — Poids de 14 ans 5 mois 42 kg. 150  
Réduction pondérale réelle 6 kg. 750  
Réduction pondérale % 16,2  
Poids de 18 ans. 58 kg. 800  
Réduction staturale réelle 23 kg. 400  
Réduction staturale %.. 39,7

Jean a une *hypertrophie staturale légère* et est très maigre.

OBS. XXV. — Raymonde P... (B. 3638) est âgée de 14 ans 8 mois (2).

Taille : 159 cm. — Taille de 14 ans 8 mois 151 cm. 5  
Excès statural réel ..... 7 cm. 5  
Excès statural % ..... 4,9  
Taille de femme adulte.

Poids : 40 kg. 150. — Poids de 14 ans 8 mois 42 kg. 800  
Réduction pondérale réelle 2 kg. 650  
Réduction pondérale % 6,1  
Poids d'une femme de 159 cm. .... 58 kg.  
Réduction pondérale réelle 7 kg. 850  
Réduction pondérale % 13,1

Raymonde présente une *hypertrophie staturale légère* et est un peu maigre.

OBS. XXVI. — Georgette P... (B. 3757) est âgée de 15 ans 8 mois (3).

Taille : 162 cm. — Taille de 15 ans 8 mois 152 cm. 5  
Excès statural réel ..... 9 cm. 5  
Excès statural % ..... 6,2  
Taille d'une femme adulte présentant de l'*hypertrophie staturale légère*.

Poids : 39 kg. 250. — Poids de 15 ans 8 mois 41 kg. 900  
Réduction pondérale réelle 2 kg. 650  
Réduction pondérale % 6,3  
Poids d'une femme de 162 cm. .... 61 kg.  
Réduction pondérale réelle 21 g. 750  
Réduction pondérale % 35,6

Georgette présente une *hypertrophie staturale légère* et est maigre.

\*\*

Les données numériques relatées dans les observations précédentes établissent l'IMPORTANCE DE LA TAILLE du sujet dans l'évaluation des réductions pondérales qui traduisent la maigreur.

Il convient d'envisager séparément les sujets qui ont des *tailles moyennes*, ceux qui présentent de l'*hy-*

*potrophie staturale*, ceux qui présentent de l'*hypertrophie staturale*.

I. *Tailles moyennes*. — Certains sujets présentent des *tailles strictement conformes aux moyennes de leurs âges*. La réduction pondérale s'obtient par la différence entre le poids du sujet et le poids moyen de l'âge.

Il en est ainsi pour Bernard P. (Obs. IV), qui, à 14 ans, présente une réduction pondérale de 23,1 %.

Le plus souvent la *taille n'est pas exactement conforme à la moyenne de l'âge* ; elle est un peu au-dessous ou au-dessus de celle-ci.

Nous rangeons dans les *tailles moyennes* celles qui restent dans une marge de 5 cm. au-dessous ou au-dessus. Pour les *tailles faibles*, nous admettons qu'avec une réduction staturale de 5 % la taille est encore moyenne. Mais il est évident que ces limites sont arbitraires, que certains sujets peuvent aussi bien être considérés comme ayant une stature moyenne ou présentant déjà soit de l'*hypotrophie* soit de l'*hypertrophie* staturales (1).

Quand la *taille est inférieure à la taille exactement moyenne*, la réduction sur le poids conforme à l'âge est plus importante que la réduction sur le poids conforme à la *taille*.

	Réductions staturales %	Réductions sur le poids de l'âge	Réductions pondérales % sur le poids de la taille
Obs. I	5,7	35,1	25
Obs. II	2,7	41	36
Obs. VI	4,2	16,8	1,2

Quand la *taille est supérieure*, on constate le fait inverse. La réduction sur le poids conforme à l'âge est moindre que la réduction sur le poids conforme à la *taille*.

	Excès statural %	Réductions sur le poids de l'âge	Réductions pondérales % sur le poids de la taille
Obs. III	2,4	4,7	11,1
Obs. V	1,2	23,6	26,5
Obs. VII	1,9	20,2	28,5
Obs. VIII	3,2	22,1	35

II. *Hypotrophies staturales*. — Quand les *tailles* sont réduites au delà de la limite indiquée ci-dessus, quand le sujet présente de l'*hypotrophie staturale*, les différences qui viennent d'être signalées à propos des *tailles moyennes* s'accroissent.

	Réductions staturales %	Réductions sur le poids de l'âge	Réductions pondérales % sur le poids de la taille
Obs. IX	10,1	36	11,1
Obs. X	8,1	35,7	10
Obs. XI	11,8	48,5	12,5
Obs. XII	15	64	31
Obs. XIII	6	27,4	20,3
Obs. XIV	21,3	46,8	14,1
Obs. XV	17	48,1	16,9
Obs. XVI	8,3	17,4	3,5
Obs. XVII	6,5	41,8	30,4
Obs. XVIII	9,1	37,5	18,3
Obs. XIX	7,2	28,1	4,8

(1) Les enfants trop petits. — *Traité de médecine des enfants*, Tome I, p. 14.

(1) P. NOBÉCOURT. Sur deux garçons présentant de l'*hypertrophie staturale* physiologique et de l'*hypertrophie staturale* du type Hutinel. *Leçon du 28 avril 1934. Concours méd.*, 5 septembre 1934.

(2) P. NOBÉCOURT. *Clinique médicale des enfants. La syphilis chez l'enfant*. Masson et Cie, 1935. — *Leçon VI*: Sur une fille de 14 ans atteinte d'une kératite et d'une ulcération cutanée hérédosyphilitiques (14 juin 1930), p. 126.

(3) P. NOBÉCOURT. *Concours méd.*, 30 août 1931.

La réduction sur le poids conforme à la taille est donc beaucoup moindre que la réduction sur le poids de l'âge. Il y a des cas où la seconde est importante et la première insignifiante. Il peut arriver, quand la réduction staturale est forte, chez un bébé tout jeune, que la réduction sur le poids conforme à l'âge coexiste avec un excès sur le poids conforme à la taille.

En voici un exemple :

Obs. XXVII. — André L... (A. 9668) est âgé de 3 mois (1).

Taille : 50 cm. — Taille de 3 mois.....	67 cm.
Réduction staturale réelle	10 cm.
Réduction staturale % ..	16,6
Taille du nouveau-né.	
Poids : 3 kg. 740. — Poids de 3 mois.....	5 kg. 250
Réduction pondérale réelle	1 kg. 510
Réduction pondérale %	28
Poids du nouveau-né....	3 kg. 250
Excès pondéral réel ....	0 kg. 490
Excès pondéral % .....	15 %

André présente une *hypotrophie staturale forte*.

III. *Hypertrophies staturales*. — Quand les sujets ont des tailles nettement supérieures à la limite des tailles moyennes et présentent de l'hypertrophie staturale, la réduction sur le poids conforme à la taille est plus forte que la réduction sur le poids conforme à l'âge.

	Excès statural %	Réduction pondérale % sur le poids de l'âge	Réduction pondérale % de la taille
Obs. XX	6	14,2	27,6
Obs. XXIV	6,4	16,2	39,7
Obs. XXV	4,9	6,1	13,1
Obs. XXVI	6,2	6,3	35,6

La réduction sur le poids conforme à l'âge peut être nulle et celle sur le poids conforme à la taille importante.

Solange R... (Obs. XXIII) présente un excès statural de 7,9 %, une réduction de 1,1 % sur le poids de l'âge, de 32,9 % sur le poids conforme à la taille.

Parfois, il existe un excès sur le poids de l'âge, une réduction sur le poids conforme à la taille.

	Excès statural %	Ecart pondéral % sur le poids de l'âge	Ecart pondéral % de la taille
Obs. XXI	7,6	+ 9,5	— 20,6
Obs. XXII	7,3	+ 22,2	— 16,3

Somme toute, la comparaison du poids du sujet qui donne l'impression de la maigreur avec le poids moyen des sujets dont il a la taille donne une appréciation plus exacte de l'état de maigreur que la comparaison avec le poids moyen des sujets de même âge.

(A suivre.)

(1) *Affections de l'appareil digestif et de l'abdomen*. Leçon V : Des états de dénutrition dans la dyspepsie gastro-intestinale des bébés élevés au lait de vache. I. Etude clinique (19 mars 1932), p. 87.

## SOCIÉTÉS SAVANTES

### SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 6 JUILLET 1935)

**Action du poumon sur les polypeptides.** — MM. L. BINET et MEJER BURSTEIN ont appliqué la méthode du poumon isolé, ventilé et perfusé à l'étude de l'action du tissu pulmonaire sur les produits de dislocation des protides. Ils ont dosé l'azote polypeptidique et l'azote aminé dans le sang servant à la perfusion, avant et après passage à travers le poumon. Le sang normal ne leur a donné que peu de différences. Mais le sang additionné préalablement de polypeptides a montré une diminution nette de l'azote polypeptidique avec élévation marquée de l'azote aminé.

**Hypersensibilité cutanée du cobaye au novarsénobenzol.** — MM. A. SÉZARY, L. CHWATT et G. LÉVY ont étudié l'hypersensibilité du cobaye aux inoculations du novarsénobenzol. Ils se sont servis de solutions normalement inoffensives pour l'animal. Chez 20 % des animaux, une première intradermo-réaction a provoqué, après une semaine d'incubation, une papule qui a duré trois jours. Une seconde intradermo-réaction faite douze jours après la première donne une papule au bout de 24 à 48 heures et provoque la reviviscence de la première réaction. Une injection intracardiaque produit, outre la reviviscence des papules, une réaction érythémateuse en nappe autour d'elles. Ainsi donc, chez certains animaux, les auteurs ont mis en évidence une hypersensibilité cutanée dont l'incubation, d'abord longue (comme dans la maladie du sérum), devient, après une seconde inoculation, courte (24 à 48 heures, comme dans les réactions allergiques) ; une inoculation intracardiaque reproduit le phénomène de Schwartzman. Toutes les modalités de l'hypersensibilité peuvent donc se manifester dans ces conditions expérimentales.

**Sur l'élimination biliaire et urinaire de l'hydrastinine.** — MM. J. BERNARDBEIG et F. CAUJOLLE. Chez le chien, l'hydrastinine injectée par voie intraveineuse peut être caractérisée dans l'urine et la bile ; le taux de l'élimination urinaire l'emporte largement sur le taux de l'élimination biliaire.

**Etude comparative de la destruction de l'acétylcholine par divers organes de cobaye, de grenouille et d'escargot.** — MM. N. HALPERN et E. CORTEGGIANI. Les deux méthodes utilisées, cœur d'escargot isolé et muscle de sangsue éseriné, permettent de mettre en évidence chez un invertébré, l'escargot, aussi bien que chez les vertébrés la présence dans le sang et les organes d'une substance destructrice de l'acétylcholine, substance thermolabile dont l'action est entravée par la présence d'éserine. La rapidité de destruction est particulièrement marquée chez l'escargot.

**Action sur le muscle de sangsue de divers poisons musculaires et de différentes substances biologiques.** — Mme FONTAINE. Le muscle de sangsue constitue un excellent réactif des poisons musculaires, ainsi qu'en témoigne sa sensibilité vis-à-vis de la vératrine, la spartéine, l'iodure de tétraméthylammonium, la triméthylamine, l'iodométhylate d'urotropine, l'aldéhyde formique, etc., toutes substances en provoquant la contraction, vis-à-vis de l'alcool éthylique qui, par contre, en provoque le relâchement.

**Recherches sur le métabolisme intermédiaire des purines chez les gouteux.** — MM. Marcel LABBÉ, P.-L. VIOLLE et F. NEPVEUX. A l'état normal, le rapport des purines libres aux purines totales du sang est de 33 % ; celui des purines combinées aux purines totales, de 66 %.



Chez le gouteux franc, asthénique, le rapport des purines libres aux purines totales atteint 91 % ; lorsqu'il présente des signes d'insuffisance hépatique, le rapport des purines libres aux purines totales s'abaisse à 48,3 %, ce qui prouve qu'au point de vue sanguin, il se comporte comme un hépatique plutôt que comme un gouteux.

Chez les rénaux, l'hyperuricémie est liée à une diminution de l'élimination rénale de l'acide urique ; le rapport des purines libres aux purines totales est de 53,7 %.

Les auteurs discutent les différentes théories émises successivement : celle de Garrod, celle de Schittenhelm, qu'ils rejettent pour émettre l'hypothèse que le sang du gouteux contient une forme d'acide urique difficilement éliminable par un rein normal, en sorte que l'hyperglycémie du gouteux aurait une origine véritablement propre à la diathèse gouteuse.

**Inclusions leucocytaires dans la peste aviaire. Démonstration de leur non-spécificité par l'électropyrexie.** — MM. P. LÉPINE et P. HABER. La maladie des volailles étudiée en Palestine sous le nom de « cell inclusion disease » doit être assimilée à la peste aviaire. Les inclusions leucocytaires décrites par Adler, toujours présentes en grand nombre dans la peste aviaire, sont dépourvues de spécificité. On les rencontre, quoique en petit nombre, chez les poules normales, et il est possible de les augmenter dans une proportion considérable dans le sang circulant, sous l'influence de la fièvre provoquée par l'électropyrexie.

**Sur un type particulier de bacilles acido-résistants isolés de l'organisme du cobaye. Caractères culturels et biologiques.** — M. W. SCHAEFER donne une description détaillée du nouveau type de bacilles acido-résistants provenant du cobaye qu'il a étudié. Ces bacilles qui, par leur aspect lisse, leurs caractères culturels et biologiques, se rapprochent des bacilles aviaires, s'en distinguent cependant par l'aspect de leurs colonies isolées, leur faible virulence, la plus grande rapidité de leur développement et par la présence d'un antigène spécifique de type.

**Essais sur la vaccination charbonneuse.** — MM. G. RAMON et A. STAUB. Il est possible de conférer au mouton une immunité anticharbonneuse solide et durable au moyen d'une dose unique du premier vaccin pastorien incorporé dans la lanoline ; vingt-cinq moutons ont été vaccinés au moyen de ce vaccin. Tous ont parfaitement résisté à l'inoculation d'épreuve particulièrement sévère, puisqu'elle tue à tout coup les animaux témoins, en quarante-huit heures.

**Recherches sur le mécanisme de l'immunité anticharbonneuse obtenue au moyen du virus-vaccin incorporé dans la lanoline.** — MM. G. RAMON et E. FALCHETTI. La pullulation des bactéries issues des spores qui ont germé sous la peau après leur libération de l'excipient gras, entraînent à l'endroit même de l'inoculation, la formation de substances (agressives, endotoxines) qui, après avoir subi, elles aussi, l'action des éléments inflammatoires locaux, passent dans la circulation et vont ainsi déclencher l'apparition, puis le développement de l'immunité spécifique.

**Sur la présence d'antitoxine staphylococcique d'origine naturelle chez l'homme et chez différentes espèces animales.** — MM. G. RAMON, R. RICHOU et J. DESCAZEUX. En dehors de sa présence chez l'homme, dans différentes conditions, l'antitoxine staphylococcique existe dans le sérum de sujets appartenant à diverses espèces animales et qui, en apparence du moins, n'étaient pas atteints d'affections staphylococciques au moment de la saignée d'épreuve.

Chez l'homme, elle paraît exister en quantité sensiblement plus abondante chez les individus atteints d'affections externes dues au staphylocoque.

Chez certaines espèces animales (porc), elle peut atteindre un taux assez élevé.

Ces résultats renforcent la thèse d'après laquelle les antitoxines décelées dans le sang de l'homme et des animaux normaux trouvent leur origine dans les infections spécifiques apparentes ou inapparentes.

**Les rapports entre le système neuro-végétatif et le système nerveux cérébro-spinal.** — MM. ROUSSY et MOSINGER. La conception classique qui consiste à considérer le système neuro-végétatif comme un système autonome complètement indépendant du système nerveux cérébro-spinal doit être révisée à la faveur de données modernes.

Il existe, en effet, au niveau du diencéphale, des connexions nerveuses extrêmement nombreuses, entre l'appareil neuro-somatique et l'appareil neuro-végétatif, lequel est représenté, à ce niveau, par l'hypothalamus.

Ces connexions somatico-végétatives peuvent être divisées, d'après les observations personnelles des auteurs, en huit groupes, qui comprennent :

1° Les connexions sensitivo-végétatives, entre les voies sensitives centrales et l'hypothalamus ; 2° les connexions sensorio-végétatives, entre les voies sensorielles centrales et l'hypothalamus ; 3° les connexions thalamo-végétatives ; 4° les connexions télencéphalo-végétatives ; 5° les connexions qui réunissent les formations extra-pyramidales sous-thalamiques et l'hypothalamus ; 6° les connexions qui unissent les formations associatives sous-thalamiques à l'hypothalamus.

**Ulcérations gastriques consécutives à l'injection péri-splanchnique de substances toxiques.** — MM. R. LAPLANE et H. BROCARD. L'injection péri-splanchnique de toxiques chimiques ou de toxines microbiennes à faible dose est généralement mortelle pour le cobaye et s'accompagne d'altérations ulcéro-hémorragiques de l'estomac. Les auteurs insistent sur l'intensité des désordres vasculaires constatés histologiquement, notamment d'une endothélite artérielle proliférante ou nécrotique, et concluent au rôle important du sympathique sur l'équilibre circulatoire et trophique de l'estomac.

**Election.** — Mme CHAUCHARD est nommée titulaire.

— Société de biologie de Lyon (séance du 8 juillet 1935) :

**Azotémie expérimentale par injection de toxine diphtérique chez le cobaye.** — MM. J. CHALIER, M. JEUNE et R. FOURNIER ont constaté que l'injection à des cobayes de poids moyen d'1/4 de cc. de toxine diphtérique, de toxicité forte (mortelle au 1/1.000 de cc.) entraîne de façon constante l'apparition, entre la 6<sup>e</sup> et la 9<sup>e</sup> heure, d'une azotémie de 1 gr. 10 en moyenne qui s'élève progressivement jusqu'à 1 gr. 60 au voisinage de la mort, laquelle survient vers la 15<sup>e</sup> heure. Il ne s'agit pas d'une azotémie due à l'inanition, car le jeûne n'entraîne chez le cobaye qu'une azotémie modérée (0 gr. 65 à la 12<sup>e</sup> heure).

Cette expérimentation confirme l'importance dans la diphtérie maligne de l'azotémie que l'un des auteurs a mise naguère en évidence.

**Dystrophies du « Postabortum » et du « postpartum » dans le scorbut expérimental.** — MM. G. MOURIQUAND, R. GILLET et A. CŒUR. — L'avitaminose C provoque habituellement l'avortement pendant la première période de la gestation. Pendant cette période l'évolution du scorbut maternel n'est influencée ni par la gestation ni par la parturition. Pendant la deuxième période l'état de gestation protège la mère contre la dystrophie par carence et contre la dystrophie générale.

Par contre, la parturition entraîne « l'explosion » de la dystrophie par carence et de la dystrophie générale.



**Pouvoir bactéricide sur son staphylocoque d'un liquide de pleurésie purulente à bacilles de Koch et à staphylocoque.** — M. COURMONT. — Le liquide pleural d'une pleurésie purulente à la fois tuberculeuse et à staphylocoques, expérimenté après la disparition « in vivo » de ce dernier microbe, nous a permis de démontrer :

1° La coexistence des pouvoirs bactéricides respectifs sur le bacille de Koch et sur le staphylocoque de cette sérosité ;

2° Le fait que ce pouvoir antagoniste, vis-à-vis du staphylocoque « in vitro » ne s'exerce pas sur d'autres staphylocoques que le microbe homologue ;

3° Que ce staphylocoque provenant d'une pleurésie d'où il allait disparaître a présenté « in vitro » une grande sensibilité, non seulement à l'action de la sérosité pleurale, mais vis-à-vis d'autres agents antagonistes (antiseptiques).

Ces faits nous paraissent importants pour l'explication des processus de guérison dans les pleurésies.

**Intoxication diphtérique expérimentale et acide ascorbique des surrénales** — MM. MOURIQUAND, P. SEDALLIAN et A. CŒUR. — L'intoxication diphtérique expérimentale rapide (durant moins de huit heures) n'amène pas de diminution d'acide ascorbique dans la cortico-surrénale du cobaye ou tout au moins cette diminution n'est qu'extrêmement faible.

Par contre, dans les intoxications de 18 heures et plus on note une diminution très marquée de cet acide.

L'acide ascorbique, tout en étant sensible à l'intoxication diphtérique, l'est à un degré moindre que l'adrénaline comme des expériences de G. Mouriquand, A. Leulier et Sedallian l'ont montré.

## PRATIQUE MÉDICALE

### QUELQUES ACQUISITIONS NOUVELLES DANS LA THÉRAPEUTIQUE DES ANÉMIES LA CHLOROPHYLLE ET LE CUIVRE (1)

Par MM. P. CHEVALLIER et A. SEVAUX.

L'introduction du pigment chlorophyllien dans la thérapeutique des anémies vient de ce fait que, par doublements successifs et réduction, la chlorophylle et l'hémoglobine donnent le même corps : l'hémopyrrol; d'où l'idée d'une transformation possible du pigment chlorophyllien en hémoglobine.

Par son pouvoir très net sur le sang et sur l'organisme en général, on peut considérer la chlorophylle comme un appoint précieux dans le traitement des états de dépression et d'insuffisance sanguine. Elle est indiquée dans toutes les anémies « hypochromes », où les globules sont insuffisamment riches en hémoglobine. Ces anémies comprennent : des formes primitives (chloroses des classiques) et des formes secondaires, qui, d'après les auteurs, constituent la grande majorité des anémies observées dans la pratique courante.

Ceci justifie donc les efforts qui ont été faits récemment pour mettre à la disposition des praticiens des extraits chlorophylliens.

Le cuivre, lui, est nécessaire pour accélérer la formation des globules rouges. En cas d'anémie, donné à petites doses mais suffisantes, il sera donc un adjuvant utile.

## LIVRES NOUVEAUX

**Le syndrome d'hypertension artérielle permanente chez l'enfant. Etude clinique (1),** par JEAN-PAUL BRISET.

Si l'hypertension artérielle est plus rare chez l'enfant que chez l'adulte et de ce fait moins bien connue, elle ne pose pas moins de problèmes intéressants et une étude d'ensemble des faits jusqu'ici réunis ne peut que présenter un intérêt de premier ordre, surtout lorsque, faite dans un esprit exclusivement clinique elle est menée avec objectivité.

La très importante bibliographie française et étrangère et un matériel clinique qui comprend plus de 20 observations permettent à l'auteur une étude tant pathologique que clinique. Si latente qu'elle puisse demeurer, c'est en général entre 8 et 14 ans, et plus souvent chez la fille que l'hypertension est dépistée, à l'occasion de troubles souvent banaux en apparence mais où les signes d'hypertension intracrânienne ont souvent une importance particulière. L'hypertension artérielle qui est en général intense a un retentissement rénal variable et parfois nul, mais un retentissement circulatoire effectif à peu près constant et qui est le grand élément de gravité du pronostic. C'est en 1 à 5 ans que survient en général la mort due tantôt aux lésions circulatoires, tantôt aux complications soudaines (éclampsie, hémorragies intracrâniennes).

Divers types cliniques peuvent être isolés avec précision au milieu d'autres dont les caractères sont encore mal connus ; les formes avec néphrite chronique, les formes sans néphrite dont l'hypertension maligne de Keith et Wagener, le syndrome génitosurrénovascular, sont l'objet de descriptions particulièrement soignées. Si dans certains cas on peut trouver à l'origine l'hérédosyphilis, la scarlatine, ou une hérédité homologue, il est des cas où toute origine de troubles nous échappe encore, ce qui n'est pas pour permettre de choisir, en admettant qu'on doive choisir, entre les diverses pathogénies jusqu'ici proposées ; sans doute faut-il faire une place à des troubles humoraux endocrino-sympathiques encore mal précisés.

Malgré l'importance de ces problèmes encore insolubles, il importait qu'un certain nombre de cadres bien individualisés fussent créés autour desquels pourront sans doute se grouper les formes cliniques dont des études ultérieures permettront de fixer les traits. Synthèse provisoire sans doute, mais nécessaire et dont il faut grandement louer l'auteur.

L. BABONNEIX.

**La radiologie des scissures pulmonaires (2),** par le docteur H. D'Hour, ancien chef de clinique à la Faculté libre de Lille. Préface du Pr. L. Langeron.

Ce livre intitulé : « La radiologie des scissures pulmonaires » embrasse un sujet beaucoup plus vaste que son titre ne le laisse supposer.

Le lecteur trouvera étudiées ici l'anatomie, la radiologie des scissures, la pathologie des lésions scissurales et juxta-scissurales.

Il appréciera particulièrement les chapitres où l'auteur a établi au moyen d'opacifications expérimentales une véritable topographie radiologique nouvelle des scissures et des lobes. Grâce aux comparaisons qui peuvent être établies entre ces images expérimentales et certains aspects radiologiques rencontrés en clinique, ces chapitres constitue-

(1) *Monde méd.*, 1<sup>er</sup> mai 1934, n° 845, p. 609-613.

(1) Paris, éditions de la S. A. P. T.

(2) In-8 de 180 pages, 53 planches hors texte, 152 dessins ou radiographies. — Prix : 75 fr. — Paris, G. Doin et Cie.



---

**ANGINE DE POITRINE**  
**AORTITES**  
**ASTHME CARDIAQUE**  
**ARTÉRITES, ETC..**

---

**TRAITEMENT D'URGENCE**

DRAGÉES  
A  
NOYAU MOU  
DE

**TRINITRINE**  
**CAFÉINÉE**  
**DUBOIS**

**TRINITRINE**  
**PAPAVÉRINE**  
**LALEUF**

CROQUER

UNE DRAGÉE TOUTES LES 2 OU 3 MINUTES  
AU MOMENT OU EN PRÉVISION DES ACCÈS.  
MAXIMUM 10 DRAGÉES PAR 24 HEURES

---

**TRAITEMENT PRÉVENTIF**

DRAGÉES  
DE

**THÉOVERINE**  
**LALEUF**

3 A 6 DRAGÉES PAR 24 HEURES

CAPSULES GLUTINISÉES  
DE

**PAVÉRINOL**  
**LALEUF**

4 A 6 CAPSULES PAR 24 HEURES

SUIVANT PRESCRIPTION MÉDICALE

---

ÉCHANTILLONS ET LITTÉRATURE  
**LABORATOIRES LALEUF**  
20, RUE DU LAOS — PARIS (XV<sup>e</sup>)

---

Nouvelle adresse : 51, rue Nicolo, PARIS (XVI<sup>e</sup>).

ront pour le lecteur la meilleure introduction à l'étude de la pathologie scissurale.

Quant à la pathologie scissurale, la plus grande partie de cet ouvrage lui est consacrée. Les nombreuses observations qui accompagnent le texte, les excellentes et souvent si curieuses radiographies qui les illustrent, les photographies de pièces anatomiques montreront combien les lésions scissurales peuvent être diverses, combien leur interprétation peut être difficile et nécessiter des connaissances cliniques et des notions anatomo-radiologiques précises.

Ce livre, qui traite d'un sujet que la radiologie a véritablement renouvelé, est appelé à rendre service à tout médecin, même non spécialisé, qui s'intéresse à la radiologie et à la pathologie respiratoires.

L. G.

## NOTES POUR L'INTERNAT

### RÉTRÉCISSEMENTS DU RECTUM <sup>1</sup>

Le toucher rectal est très difficile à faire, réclamant beaucoup de douceur.

— La muqueuse du canal est sèche, granuleuse et a perdu son élasticité.

— Le rétrécissement est bas situé, régulièrement conique, formant un anneau fibreux serré ; le doigt le franchit rarement, il est dur, cartonné, résistant ; il est fixe, immobilisé dans le petit bassin par la *péirrectite*.

La *rectoscopie* montre ce rétrécissement avec des parois, irrégulières, rouge vif, saignantes en certains endroits, blanchâtres, d'aspect cicatriciel en d'autres.

La muqueuse sous-jacente est rouge et enflammée.

S. généraux.

Pendant assez longtemps, ils restent bons ; puis, à la longue, la douleur, les troubles digestifs amènent de l'amaigrissement qui peut atteindre une véritable cachexie pseudo-néoplasique.

### COMPLICATIONS.

L'occlusion apparaît plus comme une obstruction progressivement complétée (petit tableau) ; souvent les malades ne sont vus que très tard et sont justiciables de l'anus iliaque.

Les complications infectieuses sont bien plus importantes. Elles peuvent réaliser :

Des suppurations *péirrectales* hautes siégeant dans la fosse ischio-anale ou réalisant des cellulites de l'espace pelvirectal supérieur ;

Des suppurations *périanales* d'allure chronique ou subaiguë, s'ouvrant par de nombreux trajets fistuleux au périnée ou au vagin.

Dans l'ensemble, malgré l'allure souvent lente de l'affection, le pronostic reste très grave, grevé encore par la fréquence de la tuberculose et des maladies intercurrentes.

### FORMES CLINIQUES.

Formes étiologiques.

Formes associées à une poradénite inguinale ou à des troubles éléphantiasiques périnéaux.

Formes de rétrécissements doubles.

Formes avec recto-colites sus-jacentes très étendues. Les lésions ne sont que microscopiques ; l'affection est progressivement ascendante.

### DIAGNOSTIC.

Il faut tout d'abord éliminer les compressions du rectum par organe voisin :

Rétroversion, kyste de l'ovaire, annexite, fibrome, les rétrécissements péri-rectaux ou péri-coliques pelviens dans lesquels la muqueuse est saine et glisse sur le rétrécissement.

Puis il faut distinguer le R. d'une autre affection rectale :

— Les polypes du rectum.

— Le cancer du rectum réalisant une tumeur bourgeonnante friable saignante ou bien un squirrhe, d'ailleurs assez rare et bien plus haut situé. La biopsie permet d'affirmer la nature néoplasique.

— Le rétrécissement cicatriciel formant bride irrégulière sur une face du rectum.

### DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE.

Nous avons vu déjà les discussions sur ce point.

Il sera absolument nécessaire de faire un Wassemann, mais surtout une réaction de Frei qui dans la plupart des cas montrera que le rétrécissement est de même nature que la maladie de Nicolas-Favre.

### TRAITEMENT.

Si en 1933, régnait l'optimisme quant au traitement chirurgical (Lecène, Hartmann), depuis le rapport au congrès de Chirurgie de 1934 présenté par Gatellier et Weiss, on a complètement changé d'avis et les résultats montrent une véritable carence chirurgicale actuelle.

Il semble que l'on doit s'en tenir aux règles thérapeutiques suivantes :

1° Au stade de rectite : traitement médico-chirurgical visant à la désinfection des lésions ; le stybial et le lugol semblent avoir donné les meilleurs résultats. Tout traitement sera appliqué sous le contrôle de la rectoscopie.

En cas d'évolution rebelle, l'anus iliaque définitif paraît indiqué.

2° A la période de rectite avec début de sténose. — La dilatation est brutale, douloureuse et souvent dangereuse ; on peut la considérer comme inefficace.

Si la diathermie améliore la sténose, elle reste sans action sur la rectite elle-même.

La radiothérapie donne des résultats contradictoires ; elle est contre-indiquée dans les sténoses constituées.

C'est encore l'établissement d'un anus artificiel que l'on devra proposer ; il amènera la cessation des phénomènes suppuratifs alors que la sténose continuera d'évoluer.

3° Au stade de sténose avec complications. — La colostomie est encore l'opération de choix ; on lui adjoindra des interventions locales (débridement d'abcès, drainage...). Mais il s'en faut que l'anus iliaque soit très satisfaisant ; très souvent les lésions continuent d'évoluer ; des sténoses secondaires de la colostomie peuvent survenir.

Ce n'est que dans ce cas que l'exérèse large du recto-sigmoïde est justifiée.

Nous voyons que l'extirpation d'une rectite proliférante en pleine évolution n'est pas de mise ; avec ses lésions de *péirrectites* le R. du R. représente une véritable coulée fibreuse où il est impossible de faire la différence entre tissus sains et tissus envahis. ROGER-JEAN CHEVALLIER.

Physiologie et physiopathologie du système réticulo-endothélial, par Albert-H. du Bois, préface du professeur M. Roch. In-8° de 204 pages. — Prix : 36 fr. Paris, Masson et Cie.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GEN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

(1) Fin — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1935, n° 67, p. 1146.



## Culture pure de Ferments lactiques bulgares sur milieu végétal

GASTRO-ENTÉRITES *des Nourrissons  
et de l'Adulte.*

DIARRHÉES, CONSTIPATIONS

INFECTIONS HÉPATIQUES *(d'origine  
intestinale)*

DERMATOSES, FURONCULOSES

*Prophylaxie de la* FIEVRE TYPHOÏDE *et du* CHOLÉRA

RHINITES, OZÈNES

GRIPPES, ANGINES

PANSEMENTS DES PLAIES

GINGIVO-STOMATITES, PYORRHÉES



# BULGARINE THÉPÉNIER

Jucer **DEUX COMPRIMÉS** de Bulgarine ou boire un verre à moitié de **BOUILLON** de Bulgarine  
une demi-heure avant le repas.

Saupoudrer ou insuffler la Poudre de Bulgarine 3 à 4 fois par jour.

## Phosphates et diastases des Céréales germées

ENTÉRITES et **DYSPEPSIES** *salivaires et  
pancréatiques*

SURALIMENTATION

**PALPITATIONS** *d'origine digestive*

REPHOSPHATISATION

**MATERNISATION** *physiologique du LAIT*

TUBERCULOSES, RACHITISMES

*Préparation des* **BOUILLIES MALTES**

NEURASTHÉNIES, CONVALESCENCES

**DIGESTIF PUISSANT** de tous les **FÉCULENTS**



# Amylodiastase THÉPÉNIER

Croquer **DEUX COMPRIMÉS** d'Amylodiastase ou prendre deux cuillerées à café de Sirop Amylodiastase  
après les repas.

*Préparation des bouillies : délayer une cuillerée à café de Sirop Amylodiastase dans la bouillie très chaude mais non bouillante.*

Préparés par le « Laboratoire des Ferments » du Docteur THÉPÉNIER, 10 et 12, rue Clapeyron, PARIS

R. G., 150.854, Seine.

**ESTOMAC****SEL DE HUNT****HYPERCHLORHYDRIE  
FERMENTATIONS ACIDES  
GASTRALGIES****LABORATOIRES ALPH. BRUNOT  
16, Rue de Boulainvilliers, PARIS****LABORATOIRES CARTERET****LIQUIDE  
et  
COMPRIMES****ANTISEPTIQUE GÉNÉRAL***Sans odeur et non toxique***LUSOFORME***Formol saponiné***DÉSINFECTANT -- DÉSODORISANT****S'EMPLOIE EN SOLUTION AQUEUSE à 1/4 ou 1/2 p. 100 en GYNECOLOGIE, OBSTÉTRIQUE, CHIRURGIE****Échantillon et Littérature : 15, rue d'Argenteuil, PARIS**



*La Lancette Française***GAZETTE DES HOPITAUX**

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6<sup>e</sup>. Tél. : Danton 48-31.PUBLICITE : M. A. THIOILLIER, 146, boulevard Raspail, PARIS (6<sup>e</sup>) - Téléph. : LITRE 54-93.

## PRIX DE L'ABONNEMENT

## FRANCE

3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.

*Etudiants* : 25 francs par an.

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

## ETRANGER

Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.

Tous les autres pays : 75 francs.

## SOMMAIRE

## ANALYSES ET INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

*Maladies des enfants*, sous la direction de M. L. BABONNEIX.

## SOCIÉTÉS SAVANTES

*Société de médecine de Paris*.

## PRATIQUE MÉDICALE

## LIVRES NOUVEAUX

## INFORMATIONS

**HÔPITAL DE BÔNE.** — Le concours sur titres ouvert à Alger, le 24 juin 1935, pour le recrutement de deux médecins adjoints à l'hôpital de Bône, est reporté au 14 novembre 1935. Seront seuls admis à prendre part à ce concours les candidats qui ont adressé leur dossier réglementaire avant le 3 mai 1935.

**HÔPITAL DE MILIANA.** — Un concours sur épreuves est ouvert à Alger, le 4 novembre 1935, pour le recrutement d'un chirurgien adjoint à l'hôpital de Miliana. La liste d'inscription sera close le 14 septembre 1935, à midi.

**HÔPITAL D'ORAN.** — Un concours sur épreuves est ouvert à Alger, le 16 décembre 1935, pour le recrutement d'un chirurgien suppléant à l'hôpital d'Oran. La liste d'inscription sera close le 26 octobre, à 11 h.

**HÔPITAL DE PHILIPPEVILLE.** — Un concours sur épreuves, ouvert à Alger le 6 mai 1935, pour le recrutement d'un chirurgien adjoint à l'hôpital de Philippeville, est reporté au 18 novembre 1935. Seront seuls admis à prendre part à ce concours les candidats qui ont adressé leur dossier réglementaire avant le 2 avril 1935.

## GUERRE. — Mutations :

*Médecins capitaines.* — MM. Le Guillas est affecté à l'hôpital militaire Scrive, Lille; Noaillac, au 149<sup>e</sup> d'infanterie, Longuyon; Cicile, au 43<sup>e</sup> d'infanterie, Lille; Jacquot, au 171<sup>e</sup> d'infanterie, Mulhouse; Calmet, au 2<sup>e</sup> bataillon de dragons portés, Paris; Jochum, à l'hôpital militaire E. Delorme, camp de Mourmelon; Labarthe, au 171<sup>e</sup> d'infanterie, Neuf-Brisach; Pierre, au 172<sup>e</sup> d'infanterie, Strasbourg; Oudjari, aux salles militaires de l'hospice mixte de Saint-Dié; Laverré, au 46<sup>e</sup> d'infanterie, Fontainebleau; Vaillant, au

172<sup>e</sup> d'infanterie, Sélestat; Mourot, au 158<sup>e</sup> d'infanterie, Mutzig; Baylot, au 37<sup>e</sup> d'infanterie, camp de Bitche; Tricaud, au 153<sup>e</sup> d'infanterie, Montmédy; Lagrange, au 59<sup>e</sup> d'artillerie, Sarrebourg; Joubert, au 172<sup>e</sup> d'infanterie, Strasbourg.

*Médecins lieutenants.* — MM. Grégoire est affecté au 153<sup>e</sup> d'infanterie, Stenay; Goumet, au 171<sup>e</sup> d'infanterie, Belfort; Humilien, au 37<sup>e</sup> d'infanterie, Bitche; Jirou, au 1<sup>e</sup> génie, Besançon; Souron, au 149<sup>e</sup> d'infanterie, Thionville; Marnac, au 59<sup>e</sup> d'artillerie, Sarrebourg; Villat, au 305<sup>e</sup> d'artillerie, Besançon; Nardin, au 171<sup>e</sup> d'infanterie, Neufbrisach; Poirier, au 149<sup>e</sup> d'infanterie, Longuyon.

**COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.** — **CLINIQUE OPHTHALMOLOGIQUE DE L'HÔTEL-DIEU.** (Professeur : M. F. TERRIEN.) — *Cours de technique ophtalmologique et de chirurgie oculaire.* — M. le professeur F. Terrien, assisté de M. le professeur Regaud, de M. le docteur Velter, agrégé, de MM. les docteurs Renard et P. Veil, ophtalmologistes des hôpitaux, de MM. les docteurs J. Blum, Dollfus, Hudelo et M<sup>me</sup> Braun-Vallon, chefs de clinique et de laboratoire, commencera le vendredi 18 octobre, à 10 h., à l'amphithéâtre Dupuytren, un cours de technique ophtalmologique et de chirurgie oculaire, avec exercices pratiques, en douze leçons, et le continuera les jours suivants.

Les droits à percevoir sont fixés à 300 fr.

Les bulletins de versement seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 h., et à l'A. D. R. M. (salle Béclard), tous les jours, de 9 à 11 h. et de 14 à 17 h., sauf le samedi après-midi.

**NÉCROLOGIE.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Froget (de Nantes); Louis Monod (de Paris).

Laboratoire Mialhe - 8 Rue Favart - Paris - 2<sup>e</sup>

La feuille de digitale se prescrit :

**Digi-LANATINE**Extrait total des glycosides  
du *Digitalis Lanata*

## PRATIQUE MÉDICALE

### LE POUVOIR ANTI-ANÉMIQUE DE LA CHLOROPHYLLE, DES SELS DE FER ET DE CUIVRE ÉTUDE EXPÉRIMENTALE (1)

Par LÉON BINET et M. V. STRUNZA.

Les auteurs rapportent leurs expériences faites sur le chien fortement anémié et recevant suivant les cas, de la chlorophylle ou des composés de fer ou de cuivre. Ces expériences confirment que le fer agit surtout sur la production d'hémoglobine et le cuivre sur la formation des hématies.

La chlorophylle a été administrée par voie digestive à la dose quotidienne de 5 à 10 centigrammes. Les résultats ont été extrêmement démonstratifs : l'action sur la formation des hématies est moins grande que celle du cuivre ; mais l'action sur la formation d'hémoglobine est considérable. Par exemple, chez un chien en expérience, la quantité d'hémoglobine produite en 15 jours était de 28 gr. 32 et passe à 88 gr. 64 après absorption de chlorophylle ; chez un autre, dans les mêmes conditions, la quantité passe de 25 gr. 50 à 44 grammes.

Les conclusions des auteurs sont les suivantes : chez des chiens atteints d'anémie grave par saignées répétées, l'administration de chlorophylle ou de sels de fer, facilite grandement la formation d'hémoglobine, celle d'un produit cuprique active la réparation du taux des hématies.

## LIVRES NOUVEAUX

**Précis de chimie biologique médicale (2)**, par P. CRISTOL, professeur de chimie biologique et médicale à la Faculté de médecine de Montpellier.

Ce livre est surtout destiné aux étudiants en médecine. Cependant les étudiants en pharmacie, les pharmaciens et les médecins praticiens y trouveront condensées les notions essentielles de la Chimie Biologique appliquée dont les acquisitions ont été incessantes pendant ces dernières années et dont l'évolution est si intimement liée aux progrès de la médecine. Les étudiants des Facultés des sciences trouveront également profit à le lire et à l'assimiler.

Conçu d'après un plan nouveau, il ne fait pas double emploi avec l'excellent ouvrage récent de Chimie Biologique organique de Polonovski et Lespagnol. Son titre de *Précis de Chimie biologique et Médicale* montre bien ses limites et son orientation. L'auteur a été amené à passer sous silence soit des sujets traités dans des ouvrages voisins, telles les questions de la ration alimentaire, des échanges nutritifs quantitatifs, soit des notions encore à l'étude : l'oxydo-réduction, la nature des diastases, etc... Par contre d'autres sujets ont été approfondis : le métabolisme des glucides et les conséquences de leur utilisation, les notions nouvelles sur la constitution des chromoprotéides, etc..., ou bien étudiées surtout du point de vue médical : les glycuries, les mécanismes régulateurs de la glycémie et de la concentration en ions hydrogène, etc... Souvent d'ailleurs, des schémas d'ensemble résument soit un métabolisme gé-

néral, soit la filiation chimique ou biologique de certaines classes de constituants.

L'ouvrage comprend quatre parties où les matières sont étudiées successivement du point de vue chimique et du point de vue physiopathologique.

La première partie comprend les généralités et sert d'introduction à la Chimie Biologique Médicale : Notions générales de Physico-Chimie Biologique, Composition élémentaire et Constituants chimiques des êtres vivants. Elle se termine par un chapitre important et nouveau : la Biochimie des Hydrocarbures.

La deuxième partie traite des Glucides. L'étude chimique des Osés, Osides, Colloïdes osogènes, etc... précède l'étude physiopathologique bien plus importante. Après avoir assisté à la naissance des glucides par la synthèse chlorophyllienne, le lecteur connaîtra les étapes de leur utilisation par les êtres vivants : les fermentations des sucres précédant le sort des glucides dans le tube digestif, le glucose du sang et le mécanisme régulateur de sa concentration, ainsi que les évolutions physiopathologiques des glucides, leur rôle plastique ou énergétique. On trouvera enfin un important chapitre sur les conséquences de l'inutilisation ou de la carence des glucides alimentaires et deux derniers chapitres (qui trouvent là leur place logique) sur les notions d'acidité et d'alcalinité en Biologie et le mécanisme régulateur de la concentration en ions hydrogène du sang.

Dans la troisième partie les lipides sont envisagés d'abord du point de vue chimique et ensuite du point de vue physiopathologique avec une importante mise au point des évolutions intra-organiques des acides gras, des alcools, des lipides et surtout des stérols.

Enfin la quatrième partie est consacrée aux protéides : étude chimique des mono-peptides, des poly-peptides et des protéides et étude physiopathologique. Ici l'on trouvera, suivis dans tous les détails, l'origine biologique et la digestion des protéides, l'action sur eux des microbes intestinaux, et les évolutions physiopathologiques des constituants les plus importants. Fait suite l'étude de l'ammoniaque et de l'urée, de la créatine et de la créatinine, des déchets sulfurés, etc... Après les nucléoprotéides, l'auteur passe aux chromoprotéides qu'il envisage successivement du point de vue chimique pur, de leur liaison avec l'oxygène et l'oxyde de carbone et du point de vue de la physiopathologie des dérivés tétrapyrroliques : prophyries, pigment biliaire, urobiline.

L. G.

## RENSEIGNEMENTS

**COLLÈGE DE GARÇONS. COLLÈGE DE JEUNES FILLES.** Soissons. Préparation aux divers baccalauréats. Établissements neufs. Internats tout confort. Hygiène et sports. A 1 h. 1/2 de Paris par le train. Autobus Citroën.

ANÉMIES  
DYSPEPSIES  
ANTITOXIQUE



DOSE: 4 à 6  
TABLETTES  
PAR JOUR

**BIOXYDE DE MANGANESE COLLOÏDAL. SELS MAGNÉSIENS**  
Laboratoire SCHMIT 71 Rue Sainte-Anne. PARIS. 2<sup>e</sup>

(1) *Le Sang*, nov. 1934, n° 9, p. 1041-1047.

(2) Collection de Précis médicaux. In-8 de 640 pages. — Prix : roché, 70 fr.; cartonné toile, 80 fr. — Paris, Masson et C<sup>ie</sup>.

Toux  
Ossipenko

**IODEINE MONTAGU**



# Traitement du Parasitisme intestinal

## par les Pyréthrine (du Pyrèthre)

C. R. Acad. Sciences, p. 1847, 1923

C. R. Acad. Médecine, 24-4 1928

C. R. Soc. Thérapeutique, 9-5 1928

# CHRYSÉMINE

## Pyréthrine Carteret

Sans contre-indications

Aucune toxicité

Dose quotidienne pour adultes :

**Ascaris, Oxyures, tous helminthes et protozoaires** = 5 Perles ou 150 Gouttes

Cure de 5 jours consécutifs à renouveler après 8 jours de repos (plusieurs dans le cas des oxyures).

**Trichocéphales et Tœnias** = 12 Perles ou 300 Gouttes

Cure de 2 jours consécutifs — diète préalable la veille du début de la cure.

Pour les enfants, abaisser ces doses suivant l'âge en commençant par 50 gouttes.

Perles glutinisées et gouttes — Prescrire

{ CHRYSEMINE PERLES  
CHRYSEMINE GOUTTES

Echantillons et Littérature :

Laboratoires CARTERET, 15, rue d'Argenteuil, PARIS (1<sup>er</sup>)

SÉRUM ANTI-HÉMORRAGIQUE  
DES DOCTEURS DUFOUR & LE HELLO

# ANTHEMA

**HÉMORRAGIES  
HÉMOPHILIE  
HÉMOSTASE  
BIOLOGIQUE  
PRÉOPÉRATOIRE**

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE "SPÉCIA"  
MARQUES DOULENC FRÈRES & USINES DU RHÔNE 86, RUE VIEILLE DU TEMPLE - PARIS 3<sup>E</sup>



Hypertensions  
ET TOUS ÉTATS  
SPASMODIQUES  
DE LA MUSCULATURE  
LISSE

BENZOATE DE BENZYLE

**OLÉTHYLE-BENZYLE**

Le seul en **GÉLULES**  
**CAPSULES**  
**MOLLES**

Littérature - Échantillons - Posologie  
LABORATOIRE CENTRAL DE PARIS  
122, Rue du Faubourg Saint-Honoré, Paris



## ANALYSES ET INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

## MALADIES DES ENFANTS

Sous la direction de M. L. BABONNEIX

MÉDECIN DE L'HÔPITAL SAINT-LOUIS  
(Annexe Grancher).

## I. OS ET ARTICULATIONS

**Le rachitisme. Étiologie, Pathogénie, Thérapeutique et prophylaxie** (A.-B. MARFAN. *Revue française de pédiatrie*, 1934, n° 4 et 5. 1935, n° 1). — Le rachitisme est surtout caractérisé par des déformations osseuses. Il débute dans la première année et ne se prolonge pas au delà de la seconde. Aux déformations s'associe l'hypertrophie des tissus lymphatiques, de l'anémie et de l'hypotonie musculaire. En ce qui concerne son étiologie, plusieurs théories : la plus ancienne, soutenue par J.-L. Petit, qui incrimine le sevrage prématuré, est manifestement en contradiction avec les faits ; celle de Parrot, mettant en cause l'hérédosyphilis, a été, bien à tort, rejetée par la majorité des auteurs, dont le professeur Fournier ; celle, enfin, qu'a développée avec infatigable talent, dès 1911, le professeur Marfan pour qui toutes les infections ou intoxications prolongées peuvent déterminer le rachitisme pourvu qu'elles agissent à la période de croissance des os, à la faveur de causes prédisposantes, dont la principale est le séjour prolongé dans des habitations obscures.

De 1919 à 1927, trois découvertes importantes : celle du rachitisme expérimental, celle de l'action antirachitique des rayons ultra-violet ; celle de l'action antirachitique de l'ergostérol irradié, qui, loin de contredire la théorie du professeur Marfan, la complètent et l'éclairent par certains points, si bien qu'aujourd'hui on peut reconnaître à la maladie quatre causes efficientes : infections chroniques ou prolongées (dont la syphilis congénitale) ; alimentation non appropriée ou carencée ; troubles digestifs chroniques ou à rechute ; affections chroniques des reins et maladies de la nutrition.

Comment agissent ces causes ? Les unes : infections prolongées, en déterminant des lésions portant, d'une part, sur les os, de l'autre sur les organes lymphoïdes (ostéolymphatisme). Les autres, en déterminant une auto-intoxication lente, capable d'aboutir aux mêmes effets. Quant à la privation des rayons solaires (anhélie), elle agit en favorisant les causes efficientes, qui seront d'autant plus à même d'agir que l'organisme aura été plus appauvri, soit par l'anhélie, soit par la maladie générale elle-même, en ergostérol irradié dont le rôle principal consiste à protéger les cellules de la zone d'ossification.

Le traitement et la prophylaxie du rachitisme comprennent deux chapitres. Médications causales : on luttera, selon les cas, contre les infections ou les intoxications chroniques ; on redressera le régime ; on s'efforcera de combattre les troubles de la nutrition ; on préviendra l'action de ces divers facteurs par une hygiène appropriée. Médication dite antirachitique, protégeant les os contre l'action de ces causes : séjour au bord de la mer ; stimulation cutanée, envoi aux stations salines, héliothérapie, et surtout : 1° actinothérapie, utilisant les rayons ultra-violet et donnant des résultats parfois remarquables, en reminéralisant les os et en les remodelant ; 2° aliments ou médicaments ir-

radiés : l'ergostérol irradié exerçant sur le rachitisme une action analogue, mais non identique à celle des rayons ultra-violet, et qui ne comporte aucune contre-indication, sauf le rachitisme rénal avec hyperphosphatémie. Inutile de dire que cette cure médicale, qui peut comporter aussi l'adrénaline, l'huile de foie de morue et les sels de chaux, doit être complétée par les opérations tendant au redressement des os incurvés.

L. BABONNEIX.

**Un cas de surdité dû au rachitisme.** (Macleod YEARSLEY. *Brit. Journ. of Children's Diseases*, juill-sept. 1933.)

— L'auteur rapporte l'observation d'une fillette de quatre ans et demi, sourde depuis l'âge d'un an. Elle était soignée depuis plusieurs mois dès cette époque pour rachitisme. L'examen montre en plus des symptômes généraux de rachitisme des signes locaux d'otosclérose bilatérale. La surdité est absolue.

Observation intéressante en raison de la rareté de tels cas ; c'est en effet le premier que l'auteur rencontre après plus de 4.500 malades examinés. Ses recherches de cas analogues dans la littérature ont été vaines.

Intéressante aussi puisqu'elle se rattache au problème déjà posé des relations entre le rachitisme qui atteint le rocher comme toute autre portion du squelette et l'otosclérose. La ressemblance des lésions auriculaires dans les deux cas a été déjà notée et certains auteurs ont pu penser que dans certains cas l'otosclérose pouvait être une suite éloignée du rachitisme.

R. LEVENT.

**Étude histophysiologique du rachitisme infantile.** (A. POLICART, M. PÉHU et J. BOUCOMONT. *Revue franç. de Pédiatrie*, 1934, n° 6.) — Les auteurs ont étudié les pièces anatomiques provenant de 38 enfants entre trois mois et quatre ans et demi longtemps suivis cliniquement. L'étude a porté en particulier sur les cartilages de conjugaison avoisinant l'articulation du genou.

Les troubles du rachitisme résident dans l'évolution spéciale du cartilage épiphysaire ; au lieu de dégénérer comme au cours de l'évolution normale, il demeure vivant et pourvu de cellules, mais sa substance fondamentale ne se densifie pas. Elle perd au contraire sa consistance, prend un aspect analogue à la substance fondamentale du tissu conjonctif et devient facilement œdémateuse. Elle n'a aucune affinité pour les matières minérales, en particulier pour les sels calcaires.

Sa consistance favorise un développement exagéré des capillaires sanguins qui n'est pas, sans doute, sans influence sur le métabolisme local. D'autre part il existe un trouble local de l'ossification qui n'est plus dirigée par les travées de l'os normal, absentes ici. Tout se passe comme au cours de l'ossification du tissu conjonctif dans un cal de fracture.

D'autre part il y a absence ou insuffisance du dépôt des sels calcaires ; dans la zone ostéoïde les travées demeurent molles. L'ossification ne se fait pas, du fait non pas de

l'absence du ferment spécial (phosphatase), mais de celle de la substance organique riche en calcium (esters phosphocalciques) également nécessaire à ce processus. Ceci correspond à un trouble humoral général.

Le Ca et le P d'origine alimentaire sont en quantité et en proportion normales ; l'absorption intestinale et l'élimination rénale sont normales aussi. Il y a défaut d'utilisation sans doute par trouble, encore mal connu, du métabolisme de P qui engendre une viciation consécutive du métabolisme de Ca.

Mal connues demeurent encore les ressemblances et les dissemblances entre calcification et ossification.

R. LEVENT.

**Sur une forme de dystrophie osseuse familiale.** (L. MORQUIO. *Arch. de Méd. des Enf.*, janv. 1935.) — Le regretté L. Morquio avait antérieurement publié l'observation d'une famille de dystrophiques osseux (*Arch. de Méd. des Enf.*, mars 1929) ; il la complète présentement par celle de deux enfants de cette famille, qu'il n'avait pu jusqu'alors examiner.

Déformation généralisée et symétrique du squelette amenant une déformation thoracique par raccourcissement en longueur et élargissement, sternum en pointe. Bien que déformés, les membres sont de longueur normale. L'aspect général rappelle celui des pottiques à grosse gibbosité fixée. Aucune déformation crânienne. Aucun trouble de l'intelligence ni des facultés d'expression.

Radiologiquement : raréfactions osseuses, déformations, retards de formation ou même absence plus ou moins complète des épiphyses de tous les os grands ou petits. Evolution progressive très lente. Aucune étiologie infectieuse ni toxique n'a pu être découverte ; mais il y a consanguinité des parents dans deux générations successives, et des tares très prononcées du système nerveux.

L'auteur ne peut pas plus qu'en 1929 se prononcer sur l'action du système nerveux, qu'elle s'exerce directement ou par l'intermédiaire des glandes endocrines.

R. LEVENT.

**Contribution à l'étude de la dysostose cléido-cranienne.** (TELEMAK FREDBARS et EINAR FAGERSTRÖM. *Acta paediatrica*, vol. XIV, fasc. 3, 28 avr. 1933.) — Les auteurs publient quatre observations personnelles de dysostose cléidocranienne survenue chez quatre sœurs d'âge compris entre 4 et 8 ans, nées de parents bien portants mais consanguins. Observations presque superposables, avec déformations crâniennes caractéristiques mais sans anomalie claviculaire ; s'ajoutaient aux symptômes habituels de l'atrophie des nerfs optiques, une alopécie totale et un réseau de grosses dilatations des veines crâniennes. R. LEVENT.

**Quelques observations touchant le rhumatisme chez l'enfant.** (T. WARWICK PRESTON. *Brit. Journ. of Children's Diseases*, janv.-mars 1935.) — Analysant 2.062 observations portant sur une période de 6 mois au moins jusqu'à 4 ans ou même davantage comme plus longue durée, sujets atteints les uns de rhumatismes de types divers, les autres de chorée, avec ou sans participation cardiaque, l'auteur en vient à ces conclusions que :

Les douleurs dites « de croissance » sont dans bien des cas une forme larvée de rhumatisme articulaire aigu, aussi capable que toute autre de provoquer des lésions cardiaques. Il convient cependant de ne pas les confondre avec des syndromes douloureux dus à un trouble de l'état général ou compliquant une affection orthopédique. Dans certains cas de douleurs persistantes il ne s'agit pas non plus de rhumatisme articulaire aigu et l'on ne rencontre pas de cardiopathie ; sans doute s'agit-il d'une myosite que pourra influencer le traitement d'une infection focale qu'il faudra essayer de décélérer. Les lésions cardiaques insidieuses

isolées ne sont en général rien d'autre que du rhumatisme articulaire aigu larvé.

Chez les enfants qui ont subi une atteinte rhumatismale on ne voit pas survenir de « douleurs de croissance », mais les rechutes rhumatismales, lorsqu'elles se produisent, sont souvent inopinées et sans qu'aucune « douleur de croissance » fasse prévoir leur apparition. Malgré leur excellent état général, les anciens rhumatisants demeurent très exposés aux rechutes en dépit de toutes les précautions.

Le facteur hérédité aurait, selon l'auteur, une particulière importance.

R. LEVENT.

## II. — SYSTEME NERVEUX

**Le liquide céphalorachidien chez le nouveau-né à l'état normal et dans le cas d'hémorragie méningée.** (B. TASSOVATZ. *Le Nourrisson*, mars 1935.) — A l'état normal, le nourrisson a un liquide céphalorachidien clair, d'une coloration d'autant plus nettement jaune que l'ictère physiologique est plus accentué. 30 à 150 globules rouges par mmc. dont la présence semble physiologique et 10 à 30 leucocytes = 60 à 80 p. 100 de macrophages, le reste étant constitué par des lymphocytes et des moyens mononucléaires, ni poly ni hématomacrophages. Albumine : 0,40 à 0,56 p. 1.000, léger réticulum fibrineux se formant après une heure de repos.

L'auteur a examiné le liquide céphalorachidien pathologique de 54 prématurés et 43 enfants nés d'un accouchement anormal ou difficile. Il y a dans ces cas œdème ou hémorragie.

Liquide œdémateux : chez le nouveau-né même à terme s'il y a eu accouchement difficile ou circulaire du cordon ; chez le prématuré où il peut s'associer à hémorragie légère. Augmentation de l'albumine entre 0,60 et 1 gr. p. 1.000. Le pronostic varie avec l'importance de cette augmentation.

L'hémorragie est due presque toujours à un traumatisme pendant l'accouchement (chirurgical ou non), rarement à la syphilis. Elle est fréquente chez le prématuré et souvent grave — 37 cas sur 54 prématurés ; mortalité 70 p. 100. Présence de nombreux globules rouges et réaction méningée aseptique.

L'hémorragie peut présenter trois degrés d'intensité.

Légère, elle donne pendant 48 heures un aspect louche au liquide céphalorachidien — 800 à 2.000 globules rouges par mmc. — Albumine : 0,70 à 0,80 par litre. Leucocytes : 30 à 40 par mmc. Hématomacrophages et poly : 2 à 3 p. 100. En trois ou quatre jours tout rentre dans l'ordre en même temps que s'atténue la xanthochromie.

Moyenne, elle donne au liquide céphalorachidien une coloration franchement rosée ; pas de coagulation spontanée. Globules rouges : 5.000 à 10.000 par mmc. Polynucléaires et macrophages : 5 à 10 p. 100. Ces chiffres augmentent pendant les trois premiers jours, pour diminuer ensuite.

Abondante, elle donne un liquide rose avec 20.000 à 50.000 globules rouges ou même davantage par mmc. Dès le début le liquide se montre xanthochromique si on le centrifuge. Réticulum fibrineux notable. Après 24 ou 36 heures, apparition d'une réaction méningée (aseptique) : jusqu'à 1.000 leucocytes par mmc. avec 50 à 70 p. 100 de poly, le reste formé de lymphocytes et d'hématomacrophages. La phase critique de cette méningite se place vers le quatrième ou sixième jour ; après ce moment la réaction cytologique s'apaise et la convalescence dure une à deux semaines.

La réaction méningée est dans l'ensemble proportionnée à l'abondance de l'hémorragie.

R. LEVENT.

**Le rôle des infections associées dans l'étiologie des méningites suppurées du nourrisson.** (M. ZIMBAL et P.-A. ALISSOF. *Acta paediatrica*, vol. XV, fasc. 1, 6 nov. 1933.) — Observant en dix-huit mois 173 cas de méningite suppurée,



les auteurs ont observé que dans près de 20 p. 100 des cas l'infection à méningocoques s'est compliquée d'une infection associée (pneumocoque, streptocoque, Friedländer) frappant en particulier le poumon et l'oreille moyenne. Le pronostic de la maladie première s'en trouve naturellement aggravé. Il semble que le germe qui vient s'associer au premier agent infectieux provoque habituellement une complication de siège toujours le même. L'apparition en est d'autant plus précoce que le malade est plus jeune, mais l'âge ne paraît pas influencer sur la proportion des cas compliqués par rapport à l'ensemble.

R. LEVENT.

Un cas de méningite cérébro-spinale aiguë primitive à bacille de Pfeiffer. (J. BERTIOLATTI. *Revue médicale de la Suisse romande*, 25 avr. 1935.) — L'auteur rapporte une observation de méningite cérébro-spinale aiguë à bacille de Pfeiffer pour laquelle aucune porte d'entrée ni localisation infectieuse antécédente n'a pu être découverte. L'affection évolue en trois semaines environ vers la mort, au milieu des signes méningés classiques. Les recherches bactériologiques demeurent négatives dans le produit de sept ponctions lombaires successives ; à la huitième seulement, dix jours environ avant la mort, on découvre des microbes que l'on identifie comme bacilles de Pfeiffer purs.

À l'autopsie, enduit purulent de la base, épaississement méningé de la convexité ; dans le cerveau piqueté hémorragique, énorme distension ventriculaire avec présence d'un exsudat purulent et crémeux.

R. L.

Un cas de méningite tuberculeuse guérie. J. BERTIOLATTI. *Rev. méd. de la Suisse romande*, 25 janv. 1935.) — Observation à joindre à celles jusqu'ici publiées, d'un enfant de dix ans chez qui évolue une méningite tuberculeuse classique par ses symptômes et par les caractères du liquide céphalorachidien. Le diagnostic microbiologique est fondé ici sur la tuberculisat du cobaye par le liquide. On voit après une période comateuse de plusieurs jours se faire une amélioration brusque à laquelle succède graduellement la guérison apparemment parfaite et qui se maintient exempte de séquelles et de rechutes depuis douze mois malgré l'existence d'autres localisations tuberculeuses bénignes et localisées.

R. L.

### III. — APPAREIL RESPIRATOIRE

Le traitement de la bronchopneumonie du premier âge par la transfusion de sang. (Prof. P. ROHMER et B. TASSOVATZ. *Revue française de Pédiatrie*, 1935, n° 2). — Les auteurs ont traité leurs malades par la transfusion de sang citraté, précédée parfois en cas de déficience cardiovasculaire imminente mais non cependant trop marquée, d'une saignée. Le mécanisme auquel fait appel cette méthode ne peut encore être précisé ; peut-être y a-t-il dans certains cas seulement action de choc, peut-être dans d'autres cas cette transfusion agit-elle dans une certaine mesure comme une immuno-transfusion.

On pourra faire une transfusion soit lorsque se produit en cours d'évolution d'une bronchopneumonie aiguë simple une aggravation subite, que celle-ci soit précoce ou tardive — dans ce cas une transfusion unique est en général suffisante ; soit lorsqu'on a affaire à une broncho-pneumonie grave d'emblée ; on devra dans ce cas transfuser dès le début, répéter les transfusions et ne pas hésiter à y recourir de nouveau si après l'amélioration d'abord obtenue survient une rechute.

En général, la convalescence est rapide. La transfusion est au contraire contre-indiquée lorsque les lésions pulmonaires sont trop étendues, le fléchissement cardiaque trop prononcé.

Sur 100 malades traités par transfusion, les auteurs ont obtenu guérison rapide et entière dans 28 cas de bronchopneumonie simple. Sur 72 cas de broncho-pneumonie grave, ils ont eu 22 morts, soit 30 %, et 50 guérisons. 28 fois une seule transfusion a été suffisante ; ailleurs, on a dû répéter l'opération, jusqu'à 4 fois dans des formes particulièrement graves.

Dans une série de malades plus récemment traités, les résultats ont été meilleurs encore du fait de la meilleure connaissance de la technique ; dans les formes graves, la mortalité n'a pas dépassé 20 %.

R. LEVENT.

L'infiltration spléno-pneumonique tuberculeuse dans l'enfance. (M. PÉHU et E. PERCHE. *Revue de Médecine*, février 1934). — Toutes les formes de cette affection n'ont pas la même gravité et l'on sait que certaines d'entre elles sont curables.

Chez le nourrisson et pendant la 2<sup>e</sup> enfance existe un syndrome clinique et radiologique très caractérisé, à évolution lente, généralement favorable et guérissant sans séquelles, qui a été déjà décrit sous diverses dénominations.

Entre 3 et 7 ans, chez des sujets porteurs d'une adénopathie médiastine et souvent victimes d'une contamination familiale, avec cuti positive, on peut voir le début des accidents d'une façon quelquefois tout à fait silencieuse. Il existe seulement une petite toux sèche.

Plus rarement le début peut être aigu comme celui de la pneumonie caséuse.

Le plus souvent le début est lent avec inappétence, pâleur, perte de poids ; température nulle ou s'élevant au plus à 38° ; quelques troubles gastro-intestinaux.

À la période d'état, les signes généraux sont habituellement graves : température élevée, s'accompagnant d'amaigrissement, de dyspnée et de toux ; d'autres fois ils sont effacés, pâleur et amaigrissement seulement.

L'examen physique montre en général une matité étendue et marquée ; parfois localisée au sommet, à la région axillaire ou à la région interscapulaire, elle peut dans d'autres cas s'étendre à l'hémithorax entier et simuler un épanchement. À l'auscultation quelquefois aucun symptôme ; d'autres fois simple diminution du murmure vésiculaire, d'autres fois silence respiratoire complet. Exceptionnellement quelques rares fins, temporaires ou une respiration soufflante. Lorsque le silence s'étend à tout un hémithorax, on pourrait croire à un épanchement, mais l'espace de Traube conserve sa sonorité normale.

De plus, les ponctions qu'il importe de répéter demeurent invariablement blanches. Pas de bacilles de Koch, ni dans l'expectoration s'il en existe, ni dans les fèces, ni dans le contenu gastrique.

Il existe donc des formes absolument muettes que l'examen radiologique est seul capable de déceler. Celui-ci est d'une importance toute particulière. Il montre une ombre unilatérale à localisation variable, parfois limitée, apicale, basale, périscissurale, d'intensité moyenne ; lorsqu'elle s'étend à tout un hémithorax, elle est en général plus opaque, mais respecte habituellement le sommet et la base à leurs limites extrêmes.

Dans tous les cas, elle présente une homogénéité qui semble assez particulière à cette forme clinique.

Aucune déviation du cœur ni du médiastin. Les signes radiologiques peuvent persister des semaines ou des mois sans changement ; ensuite s'amorce leur régression.

Lorsque l'évolution clinique se poursuit, on voit d'abord s'amender les signes généraux, puis la toux et les signes fonctionnels. Les signes physiques persistent davantage ; les signes radiologiques disparaissent les derniers. Il persiste quelques reliquats sous forme d'opacités hilaires qui peuvent persister des années avant de disparaître à leur tour.

Le pronostic est bon. Le diagnostic est malaisé et les réactions tuberculiniques ont ici un intérêt particulier. Les principales confusions qu'il faut éviter sont celles qui intéressent les spléno-pneumonies non tuberculeuses, en particulier pneumococciques, les pleurésies, la syphilis pleuropulmonaire. Le diagnostic est parfois délicat aussi avec la pneumonie caséuse, les corticopleurites.

Le traitement ne diffère pas de celui des tuberculoses chez l'enfant en général.

R. LEVENT.

#### IV. — APPAREIL CIRCULATOIRE

A propos des lésions cardiaques éventuellement provoquées par les bains de lumière naturelle et artificielle. (I. JUNDELL, G. SVEDENIUS et H. BIERLOV. *Acta pædiatrica*, Vol. XIV, fasc. 3. 28 avril 1933). — L'usage de produits à base d'ergostérine a provoqué chez les animaux d'expérimentation des lésions viscérales parfois mortelles ; les lésions cardiaques sont celles qu'on a le plus étudiées, en particulier par la méthode électroradiographique.

Les auteurs ont étudié les électrocardiogrammes de 29 enfants dont 15 étaient soumis à des bains de soleil prolongés et intenses, puis l'été terminé à des bains d'ultraviolet, le tout aux doses courantes.

Aucun trouble cardiaque n'a été provoqué par ces traitements.

La question demeure à l'étude en ce qui concerne des doses plus intenses.

R. LEVENT.

Etude de la régulation de la glycémie chez l'enfant atteint d'insuffisance surrénale aiguë (J. HENNING MAGNUSSON. *Acta pædiatrica*, vol. XV, fasc. 2. — L'auteur a observé 3 cas d'insuffisance surrénale aiguë chez des enfants entre 11 et 18 mois. Un des cas a guéri ; les deux autres se sont terminés par la mort et l'autopsie a pu être pratiquée et a confirmé les conclusions cliniques (hémorragies surrénales). Chez 3 malades on avait observé une hypoglycémie incontestable ; chez le malade guéri existait de plus une réponse anormale de la glycémie à l'épreuve de l'adrénaline. L'auteur en conclut donc qu'on peut s'éclairer par la recherche du métabolisme des hydrates de carbone pour le diagnostic de l'insuffisance aiguë des surrénales.

R. LEVENT.

Etalonnage et amélioration de la méthode de Lauger pour la sédimentation et recherches comparatives avec les résultats de la méthode de Westergren (A. ELDAHL. *Acta pædiatrica*, vol. XIV, fasc. 3, 28 avril 1933). — N'exigeant qu'une quantité de sang infime et que l'on peut obtenir par piqure du lobule de l'oreille, la microméthode de Lauger est précieuse pour la recherche chez l'enfant de la sédimentation globulaire.

Il est à noter que ses résultats peuvent être influencés (jusqu'à 5° de différence) par la verticalité de l'appareil à laquelle on doit donner la plus grande attention, dût-on, comme l'a fait l'auteur, réaliser un appareillage spécial fort simple d'ailleurs.

Le jaugeage du tube gradué doit être soigneusement fait, mais les variations de sa capacité absolue semblent de peu d'importance, la proportion sang-citrate demeurant la même.

L'auteur a en fait mesuré la sédimentation par la méthode de Lauger et par celle de Westergren simultanément. Il résulte de cette comparaison : 1° que les valeurs fournies par la méthode de Lauger tendent à s'abaisser plus vite à mesure que le temps s'écoule qu'avec l'appareillage de Westergren. Il importe donc que la lecture soit faite à 60 minutes avec la plus grande exactitude horaire pour pouvoir être toujours comparables avec eux-mêmes.

A noter pour l'appareil de Westergren la même importance de la verticalité absolue, d'ailleurs facile à obtenir.

R. LEVENT.

Contribution à l'étude des suites tardives des splénectomies pour hémogénie. Leucémie lymphoïde chez un enfant splénectomisé pour hémogénie (E. SCHNEEGANS. *Revue française de Pédiatrie*, 1933, n° 2). — Un enfant, atteint d'un syndrome hémogénique qui s'aggrave, subit la splénectomie. L'examen histologique de la rate ne montre que des lésions de splénomégalie infectieuse banale et pendant les mois qui suivent l'état semble bon ; il y a pourtant une anémie légère avec leucocytose approchant 10000 et une légère tendance aux ecchymoses. Deux ans après l'opération apparaît de la pâleur de la peau et des muqueuses, un peu d'anémie, de la leucocytose à 80.000 presque uniquement lymphocytaire. De la fièvre apparaît, l'anémie progresse et la leucocytose monte à 500.000. Malgré la radiothérapie, les transfusions, la mort survient en 2 mois environ. Lésions de leucémie lymphoïde.

L'étude de la bibliographie des splénectomies n'a montré à l'auteur que des morts par récides de phénomènes hémorragiques.

Dans un cas de Merklen et Leriche cependant il y avait des lésions se rapprochant de celles de la leucémie lymphoïde ; de même dans un cas de Lemoine. On a pu penser qu'il ne s'agissait que d'une seule maladie évoluant en 2 stades consécutifs : purpurique puis leucémique.

L'étude des formes atypiques de leucémie montre que certaines d'entre elles peuvent évoluer sous le masque de l'anémie pernicieuse. Pour certains auteurs, il y a une parenté des maladies hémorragiques dont les diverses formes dépendent du degré de virulence des toxines. Les classifications ne conviennent sans doute bien qu'aux formes typiques.

En ce qui concerne les troubles consécutifs à la splénectomie, Merklen et Leriche ne pensent pas qu'il s'agisse de l'évolution continuée, sous le masque d'une accalmie prolongée, de la même affection. Malgré des divergences de détail, bien des auteurs admettent que la splénectomie est un excitant de l'ensemble du système hématopoïétique et qu'une leucémie pourrait apparaître pour la moindre irritation exogène qui surviendrait — explication que rien n'autorise actuellement à écarter.

R. LEVENT.

Le syndrome d'hypertension artérielle permanente chez l'enfant. Etude clinique (Jean-Paul BRISET. Thèse Paris 1935). — L'hypertension artérielle est plus rare chez l'enfant que chez l'adulte, donc moins bien connue ; en compensation, son étude est en quelque mesure facilitée du fait qu'elle survient sur un terrain neuf indemne de toutes les tares qui apparaissent au cours de l'existence.

Si latente qu'elle puisse être au début, c'est en général entre 8 et 14 ans qu'elle finit par être dépistée. Un peu plus fréquente chez la fillette, elle est découverte soit à l'occasion d'un examen complet, soit du fait d'accidents divers dont la plupart n'offrent aucun caractère bien spécifique. Il faut cependant classer à part la céphalée, les troubles de la vue, les accidents convulsifs, dus à l'hypertension intracrânienne. L'hypertension est en général élevée comparative-ment à la taille et à l'âge du sujet et retentit précocement sur le cœur gauche et sur la grande circulation. L'état du rein varie entre l'intégrité entière, les troubles purement fonctionnels et la néphrite chronique caractérisée.

Dans ce cas, il peut s'agir d'une néphrite banale à évolution chronique ou d'une néphrite essentiellement chronique avec ou sans hypotrophie et anémie. Lorsque le rein est cliniquement indemne, on peut rencontrer le type d'hypertension maligne de Keith et Wagener, ou une hypertension solitaire d'intensité modérée, ou un syndrome génito-surréno-vasculaire ou une hypertension fonctionnelle ou en-



fin une hypertension avec malformations cardiovasculaires congénitales.

L'évolution, interrompue souvent par des accidents brutaux relevant de l'hypertension, se fait sauf pour certains types solitaires ou purement fonctionnels vers une insuffisance cardiaque progressive amenant la mort en 1 à 5 ans à moins que le dénouement ne soit hâté par l'azotémie, les accidents convulsifs ou une hémorragie soit méningée soit cérébrale.

L'étiologie en est obscure ; l'hérédité homologue, l'hérodosyphilis, la scarlatine que l'on peut rencontrer dans certains cas ne suffisent pas à les expliquer tous.

La pathogénie est d'obscurité égale ; le facteur rénal ou surrénal n'entre en jeu que dans certains cas ; les troubles vasculaires ont encore leur preuve à faire. Sans doute faut-il aussi dans certaines formes entrevoir le rôle de troubles humoraux endocrino-sympathiques.

R. LEVENT.

## V. APPAREIL DIGESTIF

Un cas de cancer primitif du foie chez un enfant de 14 mois (PECLARD. *Revue médicale de la Suisse romande*, 25 mars 1935). — L'auteur a observé un cancer primitif du foie chez un enfant de 14 mois, évoluant classiquement avec diarrhée, fièvre, vomissements, anémie, vers la cachexie et la mort en 6 semaines environ. A l'autopsie, foie de 1.290 gr. avec bosselures et nodules multiples, par places nécroses et hémorragies interstitielles et perforation du péritoine. Histologiquement épithélioma à cellules hépatiques. Observations à réunir aux 69 cas analogues déjà publiés par divers auteurs.

R. L.

Les formes anatomo-cliniques de la péritonite tuberculeuse du nourrisson (Louis WILLEMEN-CLOG et François ARTS. *Revue française de Pédiatrie*, 1932, n° 5). — Si considérée dans le cadre général de la tuberculose du nourrisson, la péritonite est très rare, il n'en reste pas moins que la tuberculose est cependant l'une des causes les plus fréquentes de la péritonite à cet âge — à condition naturellement de ne tenir compte que des cas où la péritonite est l'élément principal et non pas simplement l'un des éléments du tableau clinique.

On peut schématiquement distinguer une forme ascitique, une forme fibrocaséuse, enfin une forme tympanique (ou plastique ou nodulaire). Seule la dernière, la plus fréquente chez le nourrisson, a des caractères particuliers ; elle est décrite par Marfan dès 1914 et est parfois d'un diagnostic difficile.

Elle évolue en 2 périodes. La première très longue est caractérisée par le ballonnement très accentué de l'abdomen, les signes généraux et des symptômes gastro-intestinaux frustes. Dans la 2<sup>e</sup> période, on voit en quelques semaines ou même quelques jours l'évolution se terminer au milieu des signes de généralisation tuberculeuse, à prédominance pulmonaire, digestive ou méningée selon les cas. Le diagnostic se pose en particulier avec le mégacolon, l'invagination et à la fin les péritonites aiguës d'autre nature. La cuti-réaction a une valeur particulière.

Il semble que l'origine de cette affection soit à rechercher soit dans l'ingestion de laits bacillifères, soit, plus habituellement, dans la tuberculose des ganglions bronchiques.

Le pronostic est toujours grave sans être absolument fatal.

Le traitement, exclusivement médical, tient dans le régime alimentaire, l'hygiène générale, les rayons ultraviolets — accessoirement l'administration de produits calcaïques et de vitamine D.

R. LEVENT.

## VI. INFECTIONS

Le sérum spécifique d'adulte a-t-il une valeur thérapeutique contre la coqueluche ? (I. JUNDELL (Stockholm). *Acta pædiatrica*, vol. xv, fasc. 1, 6 nov. 33). — Les résultats obtenus par l'auteur en 1926 concernant la prévention ou l'atténuation de la coqueluche chez l'enfant par le sérum d'adulte avaient été encourageants mais n'avaient pas permis de déterminer si une atteinte antérieure de coqueluche chez le donneur influençait les résultats.

L'auteur a entrepris de nouveaux essais avec le sérum d'adultes ayant préalablement reçu par voie intramusculaire du vaccin anticoquelucheux.

La rareté des coqueluches à Stockholm en ces derniers hivers n'a permis de réunir que 5 observations, avec la comparaison de 5 cas parallèles soignés de façon accoutumée mais partageant la chambre des sujets en expérience. Le hasard a voulu que tous les donneurs eussent eu la coqueluche dans leur enfance.

La seule conclusion que l'auteur tire de ses essais est la nécessité de les continuer dans certaines conditions ; faire des essais sur des sujets isolés, âgés de 2 ans au moins et exposés à une contamination intense et prolongée provenant d'enfants plus âgés de la même famille. Le début du traitement ne doit pas être plus tardif que les deux premiers jours de la période des quintes et réservé à des coqueluches authentiques. Aucun autre traitement concomitant ne devra être pratiqué, faire le sérum en quantité suffisante et comparer l'effet du sérum de sujets vaccinés avec celui de sérum neuf d'adultes.

R. LEVENT.

L'influence des maladies infectieuses intercurrentes sur l'évolution du kala-azar (P. GIRAUD et R. POINÇO. *Archives de médecine des enfants*, février 1934). — Cette influence varie suivant le point d'évolution où est parvenu le kala-azar.

Période de début. Lorsque le kala-azar succède à une maladie infectieuse, il arrive souvent que celle-ci le démasque, alors qu'en d'autres circonstances, il aurait encore pu demeurer un certain temps dans une entière latence.

Période d'état. Les enfants atteints de kala-azar semblent plus sensibles que les enfants normaux aux affections intercurrentes et aux infections secondaires. On note, parfois, une influence favorable de la maladie infectieuse (rougeole, pneumonie, broncho-pneumonie, varicelle) sur le kala-azar, dans les cas surtout où l'élévation thermique est très marquée ; l'influence favorable peut porter sur la courbe thermique ou sur la splénomégalie ou sur toutes deux. D'autres fois, on constate seulement que le kala-azar est devenu plus accessible au traitement stibié.

Il est au contraire des cas où le kala-azar est aggravé par la maladie associée (rougeole, diphtérie, broncho-pneumonie, pyodermite), tantôt survient une mort rapide, tantôt apparaît de la stibio-résistance.

Période terminale. A ce moment la maladie associée accélère la marche fatale du kala-azar ; la mort survient souvent alors par broncho-pneumonie.

L'élévation thermique paraît avoir en soi une influence favorable ; c'est une pyrétothérapie, d'autant plus active que la fièvre est plus intense. Les effets en sont surtout perceptibles dans les cas de stibio-résistance. Il est en tous cas d'une bonne pratique de consolider par une cure stibiée supplémentaire les bons effets de la pyrétothérapie.

Il n'en reste pas moins que le plus souvent toute infection secondaire est funeste aux sujets atteints de leishmaniose.

R. LEVENT.

Les aspects cliniques et le diagnostic des infections typhoïdiques chez le nourrisson (A. BOIN. *Gazette médicale de France*, 15 janvier 1934). — A cet âge, les affections typhoïdiques sont essentiellement polymorphes et très diffé-

rentes cliniquement de ce qu'elles sont à un âge plus avancé. En dehors de la forme communément décrite, l'auteur a rencontré une forme abortive avec hyperthermie très passagère (3 jours) sans autre signe et où seule l'hémoculture permet un diagnostic. Il existe aussi des formes à début aberrant (arthrite purulente) souvent dues au para B.

Le diagnostic peut donc se poser avec toutes les fièvres continues du nourrisson ; sans doute le séro-diagnostic et la coproculture systématiquement employés éviteraient-ils des erreurs.

L'auteur mentionne encore une forme avec constipation, une forme méningée, une forme bronchopneumonique.

R. LEVENT.

**L'angine prodromique de la rougeole** (E. MAYERHOFER. *Zeitsch. Kind.*, février 1934). — Depuis 1932, l'auteur décrit au début de la rougeole une angine tantôt catarrhale, simple amygdalite érythémateuse, tantôt lacunaire, avec de petits points en grains de sagou à la surface d'une amygdale rouge et tomenteuse mais pouvant déborder plus ou moins sur la paroi pharyngée. Cette angine s'accompagne de fièvre, de sensibilité locale, d'adénopathie. L'angine peut être précoce : 4 à 8 jours après la contamination, ou tardive : 9 à 12 jours. Dans tous les cas, elle est plus précoce que le signe de Koplik. Parfois elle s'associe à un syndrome pseudo-appendiculaire. L'auteur attribue à cette angine une nature allergique ainsi qu'à la température irrégulière en courbe à plusieurs pointes de la période d'incubation.

R. LEVENT.

**Le diagnostic précoce de la rougeole. Le signe du « repli semi-lunaire » et l'angine rougeoleuse prodromique** (R. MEYER. *Revue française de pédiatrie*, 1934, n° 1). — L'auteur décrit un signe observé dès 1918 par son père le Dr E. Meyer (de Mulhouse) à la période prééruptive de la rougeole et avant le signe de Koplik : turgescence avec rougeur extrêmement intense du repli 1/2 lunaire des deux yeux précédant la conjonctivite, le catarrhe oculo-nasal et respectant la caroncule. Ce signe habituellement bien visible peut être rendu plus net encore dans le regard latéral. Il varie un peu avec les épidémies et apparaît alors que l'attention n'est pas encore en éveil. Il diminue et disparaît lorsque se manifestent le Koplik et les autres symptômes ; il s'accompagne habituellement d'une légère adénopathie transitoire du ganglion préauriculaire.

A la même période et pendant la même durée, l'auteur a observé une amygdalite : amygdales un peu grosses et rouges recouvertes d'un mince réseau bleuâtre de fines membranes enchevêtrées, d'une teinte rappelant les éléments de Koplik. Ce signe disparaît en 12 à 24 heures.

L'un et l'autre permettent lorsqu'on les recherche et les trouve, le diagnostic précoce de la rougeole à un moment où sa contagion est maxima.

R. LEVENT.

**Etudes sur la réaction d'extinction de Schultz-Charlton dans la scarlatine** (Ragnar Huss. *Acta paediatrica*, vol. xiv, supplément III). — L'auteur apporte un certain nombre de cas personnels (62) en plus des observations d'autres auteurs, un bon nombre concernant des enfants.

Les substances dont dépend la réaction de S. C. sont certainement des anticorps. On peut, semble-t-il, considérer comme valables les arguments en faveur de la nature antitoxique de cette réaction. Malgré son parallélisme habituel avec la réaction de Dick, il ne semble pas que ces deux réactions soient le reflet d'une seule et unique propriété du sérum. Il semble que la toxine de Dick du commerce renferme un antigène anaphylactique capable de tuer le cobaye par shock et qu'on retrouve dans le bouillon à partir duquel on prépare la toxine de Dick. Lorsque le bouillon n'a pas de propriété anaphylactique, la toxine en est également dépourvue. L'antigène anaphylactique de Dick

peut être détruit par chauffage. Les recherches de l'auteur lui ont montré que la toxine de Dick ne présente pas de toxicité secondaire pour la jeune chèvre.

La nature anaphylactique de la réaction de S. C. est possible mais peu vraisemblable ; peut-être s'agit-il d'une anti-anaphylaxie passive locale, mais on ne peut encore émettre aucune conclusion sur ce point.

En dépit des données couramment admises, l'auteur pense qu'avant la scarlatine il peut exister dans l'organe des anticorps d'extinction. Les phénomènes d'extinction encore mal connus dans les récurrences de scarlatine sont, selon l'auteur, plus fréquents que dans la première atteinte. Dans les deuxièmes atteintes la proportion est la même que dans les premières.

L'auteur confirme les conclusions d'autres auteurs quant aux réactions indirectes.

Il a surtout observé la réaction de S. C. avec des sérums préparés avec du streptocoque scarlatin ; elle existe, bien que moins constante, avec d'autres streptocoques et même avec du staphylocoque. L'antigène n'a donc pas une spécificité absolue.

La toxine de Dick ne paraît pas, en dépit de certaines raisons alléguées, être une neurotoxine. Mais la réaction de S. C. et aussi l'éruption scarlatineuse ont peut-être un mécanisme conditionné par le système nerveux.

R. LEVENT.

**Sur les localisations rares de la diphtérie** (P. EIVINE et N. SCHOENBAUM. *Archives de médecine des enfants*, juin 1934). — A la Quarantaine des Enfants, de Kiév, les auteurs ont au cours d'une épidémie de diphtérie de 4 mois observé 27,5 % de diphtéries cutanées.

Fréquemment ces localisations ont un aspect atypique : eczémas intertrigineux ou impétigineux, vésicules varicelliformes, abcès et panaris de toute localisation.

L'enfant peut être par ailleurs bien portant et constituer ainsi un porteur de germes particulièrement redoutable dans une collectivité.

La diphtérie ne s'implante jamais que sur une peau lésée, elle peut atteindre la peau seule ou en même temps atteindre d'autres organes.

La diphtérie oculaire a souvent été bilatérale ; l'otite diphtérique ne se distingue en rien d'une otite banale.

Le sérum donne habituellement de bons résultats dans les diphtéries cutanées à la dose de 8.000 à 10.000 unités antitoxiques ; contre les diphtéries oculaires, 80 à 100.000 unités sont indispensables.

R. LEVENT.

**Les effets de la tonsillectomie sur l'immunité contre la diphtérie en milieu rural** (W. Alfred Buice. *Lancet*, 14 avril 1934). — En 1916, Tomlin avait émis l'opinion que la tonsillectomie pouvait diminuer la fréquence des diphtéries en supprimant une porte d'entrée et en rendant moins nombreux les porteurs de germes. Certains autres auteurs avaient même soutenu que les tonsillectomisés ne présentaient jamais de diphtérie.

Cantonnant ses recherches en milieu rural dans l'Etat de Washington, l'auteur a examiné 232 écoliers campagnards entre 6 et 15 ans au point de vue de la réaction de Schick. Chez les sujets ayant subi la tonsillectomie, 68 (62 p. 100) avaient un Schick positif ; chez les non opérés, 84 (69 %) un Schick positif. Il y a donc peu de différences entre les 2 catégories. Tout en tenant compte du nombre relativement faible des sujets entrant en ligne de compte, il ne semble pas que la tonsillectomie ait beaucoup influé sur l'état d'immunité de la population infantile dans cette région, exclusivement rurale, isolée, où la diphtérie est rare puisqu'en 8 ans il n'y a eu que 7 cas de diphtérie et aucun dans les 2 dernières années.

L'âge n'a aucune influence sur le pourcentage réciproque des Schick + ou Schick —. Abstraction faite de l'opéra-



tion, on peut même ajouter que les enfants ne paraissent pas avec l'âge acquérir d'immunité.

La contradiction qui existe sur ce dernier point avec les conclusions de Zingher et d'autres auteurs tient probablement à ce que leurs recherches ont été faites en milieu urbain.

R. LEVENT.

**Valeur pratique de l'électrocardiographie au cours de la diphtérie** (E. LESNÉ et B. ZADOC-KAHN. *Revue française de Pédiatrie*, 1933, n° 4). — Les auteurs ont recueilli les électrocardiogrammes au lit du malade et ont étudié 100 cas de diphtéries vérifiées et de gravités diverses. Ils ont recueilli 37 % de tracés anormaux, soit anomalies du rythme, soit anomalies du complexe ventriculaire. Le plus souvent seule la qualité de la contraction cardiaque est altérée, d'où l'intérêt de l'électrocardiogramme. L'onde T est l'élément le plus souvent touché, mais le Q R S ou même l'ensemble des éléments peuvent l'être aussi, selon la gravité de la diphtérie. Les modifications légères du tracé se manifestent en général avant le 5<sup>e</sup> jour de l'angine et durent 30 à 40 jours ; les modifications graves sont plus tardives et plus soudaines ; elles ne régressent que lentement ; dans la moitié des cas, il y a retour à la normale.

La fréquence des tracés anormaux semble en rapport direct avec la gravité de la diphtérie ; aux formes les plus graves correspondent les tracés les plus altérés. Les modifications électrocardiographiques peuvent précéder de quelques jours l'apparition des manifestations cliniques.

En dehors des formes hypertoxiques, on n'a relevé aucune interdépendance avec les atteintes nerveuses ou rénales. La valeur pronostique des tracés est donc réelle. A noter en particulier la gravité de la dissociation auriculo-ventriculaire qui ne précède que de 3 ou 4 jours le dénouement fatal. Les troubles de conduction intraventriculaire sont graves également, mais sans caractère absolument fatal. L'évolution des tracés successifs est aussi d'un grand intérêt pronostique.

L'électrocardiographie confirme également l'importance des directives aujourd'hui classiques en matière de sérothérapie.

R. LEVENT.

**La diphtérie nasale chez le nourrisson** (H. STUX et Z. ZI-NULNIK. *Acta paediatrica*, vol. xv, fasc. 1, 6 nov. 1933). — La diphtérie est fréquente, aussi bien en milieu clos que dans les familles ; 6,4 % à la Crèche d'Odessa au cours de 5 années (1,4 % de diphtéries cutanées, 5 % de diphtéries nasales) avec une remarquable prédilection pour ces 2 localisations. 1 seul cas de diphtérie pharyngée. Elle apparaît en général entre 3 et 8 mois avec une plus grande fréquence de novembre à février.

La grippe et les affections aiguës ainsi que les rhinopharyngites ont un rôle prédisposant ; de même les troubles digestifs et même la vaccination jennérienne par amoindrissement de l'immunité, locale ou générale.

Les dystrophies prédisposent à la diphtérie nasale, la diathèse exsudative à la diphtérie cutanée.

La diphtérie nasale est en général bénigne chez le nourrisson avec une remarquable tendance à l'allure subaiguë ou chronique que présente aussi la localisation cutanée. La diphtérie nasale a, en général, un aspect purement catarrhal, sans exsudat ni fausse membrane. L'otite moyenne en est une complication fréquente ; 10 % dans les cas observés par les auteurs ; complication grave engendrant souvent une mastoïdite.

Les caractères cliniques, en particulier les hémorragies nasales répétées, sont importants à connaître ; l'ensemencement n'est qu'un adjuvant du diagnostic ; chez le nourrisson, la réaction de Schick ne peut au contraire être d'aucune utilité ; la sérothérapie garde toute sa valeur.

De tels sujets restent longtemps porteurs de germes : 40 % à la fin du 2<sup>e</sup> mois, 15 % à la fin du 3<sup>e</sup>.

Faute de pouvoir créer une immunisation active avant l'âge de 6 mois, on devra surveiller l'état général, employer lorsque nécessaire la séro-prévention — plus tard vacciner.

R. LEVENT.

## VII. VITAMINES ET AVITAMINOSES

**Les avitaminoses du nourrisson** (E. TERRIEN. *Annales de thérapie biologique*, 15 mai 1935). — Chez le nourrisson, on peut rencontrer des carences pour chacune des vitamines A, B, C et D, mais rarement dans une forme pure analogue aux troubles réalisés expérimentalement chez l'animal. Le plus souvent on rencontre des formes mixtes ou associées et même dans ce cas il peut s'agir de formes frustes. Dans certains cas même, il peut s'agir de formes monosymptomatiques, qu'il importe de pouvoir dépister. L'étude présente élimine tout ce qui concerne la vitamine D touchant laquelle bien des points demeurent encore obscurs.

Dans les formes pures, classiques, on reconnaît en général aisément l'avitaminose A aux troubles oculaires ; l'avitaminose B aux paralysies, principalement récurrentielles et à l'anorexie avec perte de poids, l'avitaminose C ou scorbut infantile à l'impotence douloureuse pseudoparalytique et à la tendance hémorragique.

A ces symptômes se combinent plus ou moins, quelle que soit la vitamine en cause, des troubles digestifs, des troubles de la nutrition et une prédisposition certaine aux diverses infections.

Mais le plus souvent on se trouve en présence de formes frustes ou monosymptomatiques : états préscorbutiques ; troubles de croissance ; troubles digestifs ; anémie, hémorragies, fièvre sans cause décelable.

Le diagnostic de l'état de carence et de sa variété reposera sur l'enquête étiologique, sur l'examen radiologique et sur l'épreuve thérapeutique, cette dernière ayant une valeur de toute première importance.

On se trouvera bien le plus souvent de combiner dans le traitement l'administration de substances associées contre les diverses carences : lait frais et jus de fruits ; corps gras et certains légumes ; farines fraîches et levure de bière. Méthode thérapeutique qui, si le diagnostic est exact, ne manquera pas de transformer l'état du malade avec une rapidité parfois surprenante.

R. LEVENT.

**Les modifications de l'équilibre protéique du sérum sanguin dans le scorbut infantile** (Berthold ROSENKRANZ. *Revue française de Pédiatrie*, 1932, n° 2). — Le taux des protéines du sérum sanguin, moins élevé chez l'enfant que chez l'adulte, s'élève à mesure que l'âge s'avance. Il subit également l'influence de certains états pathologiques (hypo-protéïnémie des eczémateux).

Chez le cobaye atteint de scorbut, Mme Randoin et Mlle Michaux ont observé la baisse du taux des protéines du sérum ; les sérines sont faiblement diminuées, les globulines le sont fortement.

L'auteur a recherché chez 6 enfants atteints de scorbut le taux de l'azote total, de la sérine, de l'azote non protéique dans le sérum et arrive aux conclusions suivantes :

Dans le scorbut avéré, il existe un fort abaissement du taux des protéines totales ; la sérine est surtout abaissée, la globuline l'est beaucoup moins (donc l'inverse de ce qui se

sérine

produit chez le cobaye). Le rapport — est diminué par rapport à la normale ou est même inversé.

globuline

Dans les formes frustes, les modifications sont moindres et le taux de la sérine est seul influencé ; il l'est pourtant assez pour que le quotient soit diminué.

Le traitement ramène les coefficients à la normale, mais seulement au bout d'un certain délai, délai d'ailleurs équi-

valent à celui que prend l'image radiologique pour redevenir normale.

R. LEVENT.

### VIII. REGIME DES ENFANTS

**Le régime de fruits dans les diarrhées des enfants** (M. SCHACHTER. *Archives de médecine des enfants*, mars 1934). — Depuis les travaux de Moro reprenant les idées de Heisler sur l'effet favorable des pommes contre la dyspepsie des enfants, un tel traitement des diarrhées infantiles est devenu classique.

Elargissant les notions courantes, l'auteur a obtenu de bons résultats avec n'importe quelle espèce de pommes, à la seule condition d'une parfaite maturité. 2 ou 3 jours ont en général suffi à la guérison, mais il est prudent, surtout avant l'âge de 2 ans, de continuer le régime 2 ou 3 jours après retour apparent de la santé avant de passer à un régime de transition.

Avant l'âge de 12 mois, il faut se méfier des troubles par déshydratation, la « soupe de Moro » (pommes, liquide de Ringer, thé léger) très bien acceptée des malades donnera de bons résultats. Un tel traitement donne également des succès dans la maladie coeliaque et a souvent d'heureux effets préventifs.

Fanconi, de Zürich, a obtenu des succès analogues chez des sujets de 14 mois en donnant chaque jour 6 à 7 bananes. Le mécanisme de ces effets est mal élucidé : vitamines en abondance ou simple effet mécanique de balayage.

L'auteur a employé, avec autant de succès que par les pommes introuvables du fait de la saison, les poires et abricots crus contre des diarrhées dysentériques à l'âge de 13 mois.

R. LEVENT.

**L'utilisation de la viande dans l'alimentation du nourrisson** (Ch. GARDÈRE, M. GIRARD, Mlle VIAL. *Journal de médecine de Lyon*, 20 février 1934). — L'école française est peu favorable à l'adjonction précoce de viande au régime alimentaire du nourrisson. L'étude des régimes sans lait a conduit certaines écoles étrangères à moins de réserve.

Tout en tenant compte de l'influence de la race et du climat, il est de fait que dès la première année le foie de veau ou la viande pulpée sont supportés à une dose bien supérieure à celle que permettent et seulement après 15 mois les classiques français. L'intolérance pour le lait ou pour les amylacés, les anémies du nourrisson, la tuberculose, l'état de cachexie, d'hypotrophie ou d'athrepsie, l'affaiblissement, une convalescence peuvent être l'occasion de faire une place à la viande dans le régime d'un nourrisson. On donnera de la viande crue de mouton ou de cheval pulpée ou sous forme de jus de viande extrait à froid à la presse. Corrélativement, on diminuera la quantité de lait et on augmentera les légumes et les fruits, pour parer au surmenage hépatique et à l'acétonémie.

On peut prendre pour base une ration de 3 gr. de protéines et de 3 gr. 50 de graisses par kgr. d'enfant comme régime normal à l'âge de 18 mois.

Les accidents sont rares quand l'alimentation a été prudente et cessent rapidement si on réduit la ration carnée ou si on suspend temporairement l'usage de la viande.

Il convient de s'en abstenir en cas de fièvre, de troubles digestifs aigus, d'entérocologie à anaérobies.

R. LEVENT.

### IX. VARIA

**Essai de traitement des nouveau-nés par le sang humain appliqué par voie buccale (Note préliminaire)** (Marthe ERLICH. *Revue française de Pédiatrie*, 1934, n° 5). — L'auteur a employé l'ingestion *per os* de sang maternel, l'intestin de l'enfant, très perméable, résorbe le sang total

mieux que le tissu cellulaire sous-cutané ou les muscles. La dose et la quantité totale sont faciles à régler et la répétition des ingestions n'est pas entravée par la crainte de phénomènes de choc. Peut-être aussi existe-t-il un effet local sur les tissus saignants.

Le sang maternel est additionné, dès le prélèvement, de citrate de soude ; on l'administre à l'enfant à la pipette, à la cuiller ou à la sonde, pur ou mieux mélangé à du lait. Le sang peut à l'occasion remplacer une tétée.

L'auteur a traité 40 sujets (aucun syphilitique), 3 hémorragies, 11 nouveau-nés prématurés débiles (3 échecs, 3 succès, 5 améliorations passagères). 8 atteints de troubles divers (diarrhée, otite moyenne, naissances laborieuses) avec amélioration. Il se produit naturellement des modifications des selles : après 12 à 16 heures, selles constipées rappelant le melœna léger (sauf évidemment lorsqu'on est intervenu pour hémorragie digestive). Dans aucun cas le sang maternel n'a été vomé. Le traitement, d'application aisée, semble inoffensif.

Dans 2 cas de melœna très grave il y a eu arrêt de l'hémorragie aussi vite qu'avec une transfusion chez les prématurés et les débiles, il y a amélioration de l'état général et ascension de la courbe pondérale. Aucun essai n'a été fait sur des cas de melœna avec hématurie.

R. LEVENT.

**Du syntropisme des états morbides** (Hélène GADOMSKA. *Revue française de Pédiatrie*, 1933, n° 4). — Il répugne à l'esprit d'admettre que les rapports — en dehors de ceux de cause à effet — entre certains états morbides fréquemment associés dans la réalité, soient purement l'effet du hasard ; une telle association doit répondre à des causes profondes bien que mal connues encore de nous.

L'auteur a tenté de dépasser le domaine de l'hypothèse et de l'empirisme et d'arriver à une évaluation objective et mathématique en appliquant les méthodes du calcul des probabilités. Il dénomme syntropisme le penchant réciproque à l'association des deux états morbides.

Il a pris pour base de travail les archives de l'hôpital Charles et Marie à Varsovie, soit 14.032 cas se distribuant entre 25 états morbides différents classés avec légère correction, selon la méthode de Pfanner et a établi une série de coefficients syntropiques dont nous ne saurions à cette place reproduire le tableau récapitulatif.

Si certaines mesures de coïncidence atteignant un coefficient très élevé (rhumatisme-lésions cardiaques ; rhumatisme-chorée) n'apportent rien que la clinique et nos connaissances pathogéniques n'aient auparavant permis de prévoir, il est d'autres éléments pour lesquels la méthode ne semble pas dépourvue d'intérêt ainsi que le montrera la lecture du mémoire original.

L'auteur ne cache pas, du reste, que de telles méthodes mathématiques appliquées à la médecine sont susceptibles de révision et aussi que les résultats mathématiques obtenus nécessitent dans certains cas des corrections selon des principes extra-mathématiques.

R. LEVENT.

**Le fer dans la nutrition de l'enfant. Recherches sur le métabolisme du fer chez les enfants nourris au sein pendant la première année de leur existence** (Arvid WALLGREN. *Revue française de Pédiatrie*, 1933, n° 2). — L'auteur a étudié le métabolisme du fer chez 5 nourrissons d'âge compris entre 3 semaines et 11 mois et a constaté que dans certains cas la balance du fer est positive ainsi que l'avaient déjà vu Langstein et Edelstein ; que parfois, cependant, il est des enfants à terme dont la balance pendant les 5 premiers mois est négative comme celle des prématurés, alors qu'il s'agit d'enfants à terme ; il n'y a pas dans ces cas d'abaissement du taux de l'hémoglobine. Enfin des enfants entre 1 et 5 mois peuvent avoir une balance tantôt positive, tantôt négative.



**ESTOMAC INTESTIN****DYSPEPSIE****GASTRALGIE****ENTÉRITE****CHEZ L'ENFANT  
CHEZ L'ADULTE****VALS-SAINT-JEAN****EAU de RÉGIME, FAIBLEMENT MINÉRALISÉE et GAZEUSE***Envoi gratuit d'échantillons et de Notices à MM. les Docteurs sur demande adressée***DIRECTION-VALS-GÉNÉRALE : 53, Boul. Haussmann, Paris (9<sup>e</sup>). Téléphone 227-76.****ANÉMIE PALUDEENNE. — Source Dominique****VALS-LES-BAINS. — Saison du 1<sup>er</sup> juin au 1<sup>er</sup> octobre.****DÉSINFECTION = CHLORAMINE  
INTESTINALE = FREYSSINGE****1 à 3 pilules à chaque repas. - 6, Rue Abel, PARIS - Aucune contraindication****CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MEDITERRANÉE**

*Toutel a Côte d'Azur en autocar. —*  
Vous enrichirez vos impressions gaie-  
ment et sans fatigue, installé à votre aise  
dans les autocars P.-L.M. de la Route du  
Littoral : de la lumière, de l'air, des par-  
fums, des paysages magnifiques, tous les  
charmes de la Côte d'Azur vous seront  
prodigués en une journée.

Départ de Marseille à 8 h. 15 gare  
Saint-Charles ; à 8 h. 30, boulevard Ga-  
ribaldi ; arrivée à Nice à 18 h. 20. Dé-  
part d Nice à 8 h., gare P.-L.M. ; 8 h. 15,  
placé Masséna ; arrivée à Marseille à 18  
heures. — Déjeuner au Lavandou dans  
les deux sens.

Le prix du billet Marseille-Nice ou  
Nice-Marseille est de 70 fr. Des billets  
d'aller et retour, valables 10 jours, sont  
délivrés au prix de 125 fr.

Pour tous renseignements, veuillez  
vous adresser aux gares P.-L.M. ou aux  
Agences P.-L.M. de Marseille et de Nice  
ou aux points de départ des services.



**diarrhée verte  
dyspepsie  
athrepsie**

**Farine MILO**  
de  
**NESTLÉ**

**prototype de la bouillie maltée**

aliment de régime énergétique  
sans lait presque sans graisse  
capable de soutenir, mieux que  
le bouillon de légumes, l'état  
général de malades chez qui  
le lait est contre-indiqué.

**CHARBON DE PEUPLIER** sous forme de **GRAINS ANISÉS** de **CHARBON TISSOT**  
Humectent, divisent, aseptisent, expulsent.  
et conséquences : **MAUVAISES DIGESTIONS, MIGRAINES, LOURDEURS de TÊTE**  
**DIVISION du BOL ALIMENTAIRE** **HÉMORROIDES, etc.** — Une cuillerée à café avalée comme des graines de lin, après chaque repas.  
**CONSTIPATION** Toutes Pharmacies — Échantillons : **PARIS 24, BOULEVARD DE CLICHY (Service 2)**

Malgré sa faible teneur en fer, le lait de femme suffit aux besoins de l'organisme en fer provenant de l'extérieur ; mais la totalité des besoins en fer du sang implique vraisemblablement l'utilisation des réserves existant dans l'organisme à la naissance, dont une partie est peut-être cependant parfois éliminée comme déchet.

R. LEVENT.

**Contribution à l'étude de l'hydrolabilité dans la première enfance** (Salvador E. BURGH. *Revue française de Pédiatrie*, 1934, n° 1). — Chez certains enfants existe une constitution organique se traduisant par de grandes oscillations de poids dues à des pertes ou à des fixations d'eau. Finkelstein les a dénommées hydrolabiles ; pour des causes même légères ils perdent de façon exagérée l'eau de leurs tissus.

Cet état est physiologique dans les trois premiers mois de l'existence, mais il devient ensuite le témoignage d'un état pathologique. Tantôt c'est un état constitutionnel ; tantôt l'hydrolabilité est réalisée à la faveur d'un état dystrophique.

Certaines infections chroniques, en particulier l'hérédosyphilis peuvent le réaliser, mais aussi d'autres affections, en particulier l'otite latente et la rhinite diphtérique, ou encore les troubles digestifs tenaces, une hypoalimentation quantitative et qualitative très prolongée, certaines intoxications à type d'acidose, qui peuvent altérer profondément la valeur anatomique et physiologique des cellules au point qu'elles deviennent incapables à fixer l'eau.

Cet état est dénommé par Finkelstein : décomposition ; il témoigne de l'altération du mécanisme du métabolisme hydrique ; il survient plus facilement chez les hydrolabiles physiologiques, mais peut se voir aussi chez des dystrophiques simples.

R. LEVENT.

**Dysplasie congénitale (héréditaire) de l'ectoderme** (G.-A. RADEMAKER. *Acta pædiatrica*, vol. xv, fasc. 1, 6 nov. 1933). — L'auteur rapporte une observation d'une affection rare dont 15 cas seulement étaient connus jusqu'ici. Chez un enfant âgé de 2 ans, aucune éruption dentaire ne s'est encore produite. Il est né à terme de parents bien portants, non consanguins et pesait 1.500 gr. D'autres enfants sont bien portants mais ses sœurs, comme du reste le père, ont de mauvaises dents. A 3 mois et à 6 mois affections pulmonaires graves. Pas d'incidents au cours de l'allaitement d'abord maternel, puis artificiel.

A l'examen, éruption faciale à type de strophulus, déformation du front et de la racine du nez ; légers signes de rachitisme. Atrophie du maxillaire, pas de dents. La radioscopie ne montre de germes dentaires que pour l'incisive médiane supérieure gauche et 3 germes de molaires. Léger degré de macroglossie, rien du côté des oreilles.

Cheveux rudes et épais ; pas de cils ni de sourcils, pas de modification histologique des poils. Pas de modification du Wassermann, de la calcémie ou de la phosphatémie. Hyposécrétion sudorale.

De tels cas ont déjà été décrits sous le nom d'anodontie congénitale, d'anidrosis hypotrichotica.

Les auteurs s'accordent à signaler le danger des hyperpyrexies chez des sujets qui n'ont pas de fonction sudorale et présentent même à l'état normal une sensibilité excessive à la chaleur.

R. LEVENT.

**L'examen du malade, guide clinique de l'étudiant et du médecin : médecine, chirurgie, obstétrique, neurologie et spécialités**, par MM. P. DELMAS, G. GIRAUD, E. JEANBRAU, E. LEENHARDT, J. MARGARET, V. RICHE, L. RIMBAUD, J. TERRACOL, H. VILLARD, professeurs à la Faculté de médecine de Montpellier. In-8 de 318 pages. — Prix : 30 francs. — Paris, Masson et Cie.

## SOCIÉTÉS SAVANTES

### SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(SÉANCE DU 14 JUIN 1935)

**Fractures spontanées chez un syphilitique.** — M. GALLIOT présente des radiographies de fractures spontanées de plusieurs métatarsiens survenues chez un malade atteint de syphilis acquise. Cas relativement rare, les affections de ce genre surviennent généralement chez des tabétiques et les hérédosyphilitiques.

**Complexité du diagnostic dans les hémorragies gastro-duodénales.** — M. G. LUQUET rapporte l'observation de deux malades ayant présenté des hémorragies digestives importantes. L'une avait un cancer de l'estomac, l'autre un ulcère du duodénum. Ces lésions, constatées à l'opération, furent enlevées. Dans les deux cas, les opérés moururent quelques mois après d'hémorragies nouvelles. Il est évident que les lésions hémorragiques apparentes n'étaient pas en cause et que c'est ailleurs qu'il faut chercher la genèse des accidents. Chez la première, il s'agissait sûrement de troubles de la rate, ainsi qu'on l'avait d'abord supposé ; chez le second, vraisemblablement, de troubles du foie.

**La gastrectomie en un temps dans les sténoses néoplasiques de l'estomac.** — M. Pierre LE GAC est d'avis que si dans l'ulcère gastrique, le traitement médical garde ses droits (bien que la guérison radicale ne puisse être obtenue que par la gastrectomie), il n'en est pas de même dans le cancer. Ici, seul le traitement chirurgical est de mise. On voit tardivement des cancers des faces, peut-être un jour se décidera-t-on à faire plus de laparotomies exploratrices. On voit plus tôt les cancers orificiels, celui du cardia est peu curable chirurgicalement. Par contre, on peut beaucoup pour le cancer du pylore, et comme on a la chance de voir ces malades précocement, il ne faut pas hésiter à leur faire d'emblée une gastrectomie large, opération qu'ils supportent mieux qu'une simple gastro-entérotomie.

**A propos de la lutte antituberculeuse en Seine-et-Oise.** — M. P. REYNIER développe les principes de la lutte antituberculeuse en Seine-et-Oise, où a été réalisée toute la hiérarchie des établissements de dépistage, de soins et de cure.

**Un cas d'hyposystolie « limite » ayant duré dix ans.** — M. A. PRUCHE présente l'observation d'un cas d'insuffisance ventriculaire droite examiné pour la première fois il y a dix ans (maladie mitrale) et suivi régulièrement depuis. (Projections d'orthodiagrammes en série). Depuis sept ans, le malade est en fibrillation auriculaire ; le ventricule droit, déjà très augmenté lors du premier examen, a atteint d'in vraisemblables proportions ; l'oreillette gauche, énorme elle aussi, non seulement remplit l'espace rétro-cardiaque, mais déborde largement à droite l'arc DD' des orthodiagrammes. Ce malade a vécu dix ans dans ces conditions, sans être alité, déambulant, avec signes cliniques périphériques de décompensation réduits au minimum. Il y a lieu de penser que cette longue survie est due à une grande laxité du péricarde qui, à aucun moment de l'évolution, ne s'est opposé à la dilatation du myocarde. Ce dernier, non bridé, a pu allonger ses fibres, hors de toute proportion, jusqu'à la paroi thoracique. Grâce à cet allongement considérable des fibres myocardiques, l'énergie systolique a pu, pendant un temps prolongé, demeurer à peu près suffisante.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.



LABORATOIRES CARTERET

# Tonique Cardiaque Diurétique Puissant

avec

tous les principes actifs  
de l'Adonis vernalis

---

*Pas d'Accumulation*

---

*Pas d'Accoutumance*

---

*Pas toxique*

---

*Agit vite*

Pas d'accoutumance - Agit vite - Pas d'accumulation

**DIURÈNE**

"Extrait total" d'ADONIS VERNALIS

CARDIOPATHIES - ARTÉRIO-SCLÉROSE  
NÉPHRITES & CIRRHOSSES  
OEDÈMES &  
ASCITES

LIQUIDE

PILULES

Posologie : 2 à 6 cuillerées à café  
ou 4 à 12 pilules par jour.

Echantillons et Littérature : 15, RUE D'ARGENTEUIL, PARIS

LE DIURÉTIQUE RÉNAL PAR EXCELLENCE

**SANTHÉOSE**

LE PLUS FIDÈLE, LE PLUS CONSTANT, LE PLUS INOFFENSIF DES DIURÉTIQUES

SES QUATRE FORMES

**PURE**

Le médicament régulateur par excellence, d'une efficacité sans égale dans l'artério-sclérose, la présclérose; l'albuminurie, l'hydropisie, l'urémie.

**PHOSPHATÉE**

L'adjuvant le plus sûr des cures de déchloruration et de désintoxication de l'organisme, dans la neurasthénie, l'anémie et les convalescences.

**CAFÉINÉE**

Le médicament de choix des cardiopathies, fait disparaître les œdèmes et la dyspnée, renforce la systole, régularise le cours du sang.

**LITHINÉE**

Le traitement rationnel de l'arthritisme et de ses manifestations; jugule les crises, enraye la diathèse urique, solubilise les accidents urinaires.

DOSES : 2 à 4 Cachets par jour. — Ces cachets sont en **FORME DE CŒUR** et se présentent en boîtes de 24.

**PRODUIT FRANÇAIS**4, rue du Roi-de-Sicile  
— PARIS —**PRODUIT FRANÇAIS****LABORATOIRES CARTERET**LIQUIDE  
et  
COMPRIMES**ANTISEPTIQUE GÉNÉRAL***Sans odeur et non toxique***LUSOFORME***Formol saponiné***DÉSINFECTANT -- DÉSODORISANT**

S'EMPLOIE EN SOLUTION AQUEUSE à 1/4 ou 1/2 p. 100 en GYNECOLOGIE, OBSTÉTRIQUE, CHIRURGIE

Échantillon et Littérature : 15, rue d'Argenteuil, PARIS

**Granules de CATILLON**

à 0,001 Extrait Titré de

**STROPHANTUS**

C'est avec ces granules qu'ont été faites les observations discutées à l'Académie de Médecine en 1889. elles prouvent que 2 à 4 par jour donnent une diurèse rapide, relèvent vite le cœur affaibli, dissipent ASYSTOLIE, DYSPNÉE, OPPRESSION, ŒDÈMES, Affections MITRALES, CARDIOPATHIES des ENFANTS et VIEILLARDS

**Granules de CATILLON** 0,0001**STROPHANTINE**

CR.

**TONIQUE du CŒUR par EXCELLENCE — TOLÉRANCE INDÉFINIE**

Prix de l'Académie de Médecine pour "Strophantus et Strophantine", Médaille d'Or Expos. Univ. 1900

PARIS, 3, Boulevard St-Martin. — R. C. Seine 48283



La Lancette Française

## GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6<sup>e</sup>. Tél. : Danton 48-31.PUBLICITÉ : M. A. THIOILLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6<sup>e</sup>) - Téléph. : Littré 54-93.

## PRIX DE L'ABONNEMENT

## FRANCE

3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.

Etudiants : 25 francs par an.

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

## ETRANGER

Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.

Tous les autres pays : 75 francs.

## SOMMAIRE

## TRAVAUX ORIGINAUX

*Quelques données numériques sur la maigreur chez les enfants et les jeunes gens (fin), par M. le professeur P. NOBÉCOURT.*XX<sup>e</sup> CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE LÉGALE

## ET DE MÉDECINE SOCIALE DE LANGUE FRANÇAISE.

(Compte rendu, par M. H. DESOILLE.)

## SOCIÉTÉS SAVANTES

*Société de biologie. — Société de médecine de Paris. — Société de thérapeutique.*

## PRATIQUE MÉDICALE — LIVRES NOUVEAUX

## NOTES POUR L'INTERNAT

*Entorses du genou.***POUR LA RÉDUCTION DES HONORAIRES MÉDICAUX.** — Le ministère de la Santé publique communique :

« M. Ernest Lafont, ministre de la Santé publique et de l'Éducation physique, a reçu le docteur Hilaire, secrétaire général adjoint de la Confédération des syndicats médicaux, et a examiné avec lui les conditions dans lesquelles les réductions d'honoraires médicaux pourraient être, soit accentuées là où les syndicats en ont déjà admis le principe, soit généralisées dans le reste de la France.

En attendant que la Confédération ait pris position sur cette question, le ministre a décidé de prier les préfets de bien vouloir examiner d'urgence avec les syndicats locaux les mesures qui devront être prises. »

**COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.** —

**CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE DE LA PITIÉ.** (Professeur : M. F. RATHERY.) — *Cours de perfectionnement sur le diabète sucré*, du 14 au 26 octobre 1935. — Ce cours sera fait par M. le professeur Rathery, avec la collaboration du professeur Terrien, professeur de clinique ophtalmologique à la Faculté de médecine; du professeur Jeannin, professeur de clinique d'accouchement à la Faculté de médecine; de M. Plantefol, sous-directeur de laboratoire au Collège de France; des docteurs Thalheimer, chirurgien des hôpitaux; Boltanski, médecin des hôpitaux; Froment, ancien chef de clinique, médecin assistant du service; Dérot, Germaine Dreyfus-Sée, Kourilsky, Julien Marie, Mollaret, Sigwald, chefs de clinique à la Faculté de médecine, et Doubrow, chef de laboratoire.

Les inscriptions à ce cours sont reçues dès maintenant à la Faculté de médecine, soit au secrétariat (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 h., soit à l'A. D. R. M. (Faculté de médecine, salle Béclard), tous les jours, de 9 à 11 h. et de 14 à 17 h. (sauf le samedi après-midi).

Droit d'inscription : 250 fr.

## LE NOUVEAU DEUIL DE LA BELGIQUE

*Un nouveau deuil accable la Belgique, S. M. la Reine Astrid vient de disparaître tragiquement.*

*Devant l'indicible douleur du Roi, de la famille royale, de toute la Nation belge, les Français s'inclinent consternés.*

*Tous conservent un souvenir respectueux et ému de la Souveraine qui n'était que grâce et bonté. Les médecins, en particulier, n'oublient pas qu'Elle daigna s'intéresser à leurs travaux. Ils savent tout ce que la Reine Astrid a fait pour la protection de l'Enfance. Pourquoi faut-il que les enfants royaux de Belgique se trouvent maintenant privés de leur adorable maman!*

*Plus que jamais nous nous sentons près de nos frères de Belgique.*

## INFORMATIONS

**GUERRE.** — M. le médecin général Duchêne-Marullaz, directeur du Service de santé de la 13<sup>e</sup> région, a été placé, à compter du 24 août 1935, dans la 2<sup>e</sup> section (réserve) du cadre du Corps de santé militaire.

## NATIBAÏNE

ASSOCIATION DIGITALINE NATIVELLE ET OUABAÏNE ARNAUD

LABORATOIRE NATIVELLE, 27, Rue de la Procession, PARIS (XV<sup>e</sup>)

**NÉCROLOGIE.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Hippolyte-Joseph Raynaud (de Lyon) et Edouard Monin (de Neuilly-sur-Seine).

**Une importante caravane de médecins suédois visite Luchon.** — Le voyage des médecins suédois dans les stations thermales françaises, voyage organisé par le Bureau touristique des grands réseaux français, à Stockholm et par l'O. N. T., a visité Luchon.

Arrivés par un temps radieux, nos confrères ont été salués à la gare par une délégation officielle comprenant les représentants du Gouvernement, de l'O. N. T., de la ville de Luchon et de la Direction thermale.

La visite des services techniques des établissements thermaux et du vaporarium, la réception au Casino se sont déroulées dans le rythme habituel. Signalons cependant que M. Brévié, gouverneur général de l'Afrique Occidentale française et enfant de Luchon, a bien voulu présider à toutes ces manifestations.

Le Dr Evan Ebert et M. Babelon ont traduit, de façon fort émouvante, les sentiments que tous leurs collègues, professeurs, chefs de clinique et praticiens emporteront dans leur pays, de leur séjour auprès de la « Reine des Pyrénées ».

**IX<sup>e</sup> Congrès international de dermatologie et de syphiligraphie.** — Le IX<sup>e</sup> Congrès international de dermatologie et de syphiligraphie aura lieu à Budapest du 13 au 21 septembre 1935.

M. Darier présidera le Comité permanent de la Ligue internationale de dermatologie.

Pour la France sont nommés : au Comité international pour la réforme de la terminologie dermatologique, M. le professeur Petges (Bordeaux) ; au Comité international pour la classification moderne des maladies de la peau, M. Tzanck (Paris) ; au Comité international de l'enseignement moderne de la dermatologie, M. le professeur Gougerot (Paris) ; au Comité pour l'érection d'un centre international dermato-vénéréologique, M. Civatte (Paris) ; au Comité international pour les problèmes professionnels, M. le professeur Pautrier (Strasbourg), MM. Carles (Lyon), Desaux (Paris).

Quatre conférences s'occuperont des problèmes dermatologiques au point de vue social, de la tuberculose cutanée, de la lutte antivénérienne, des maladies professionnelles, des dermatoses infectieuses communes à l'homme et aux animaux.

M. Darier prononcera un discours sur « le développement de la dermatologie dans les derniers cinquante ans », et M. Sabouraud sur « l'évolution de la dermatomycologie ».

Des rapports français seront présentés :

MM. Darier, Civatte, Tzanck (Paris) : Moyens de défense de la peau, considérée comme organe. — M. Milian (Paris) : Biotropisme. — MM. Desaux et Antoine (Paris) : Peau et tube digestif. — MM. les professeurs Mouriquand et Gaté (Lyon) : Avitaminoses en dermatologie. — M. le professeur Spillmann (Nancy) : Rôle des glandes endocrines en dermatologie. — M. Barthélemy (Paris) : Influence des causes externes professionnelles sur la fréquence et sur la forme d'apparition des dermatoses. — M. le professeur Levaditi : Rôle des virus filtrants dans l'étiologie des maladies de la peau. — M. le professeur Favre (Lyon) : Virus tuberculeux filtrant. — M. le professeur Gougerot (Paris) : Nouvelles données sur la pathogénie des tuberculoses et tuberculides cutanées. — M. le professeur Levaditi (Paris) : L'état actuel de la bismuthothérapie et de la bismu-

thioprévention de la syphilis. — M. Pinard (Paris) : Malariathérapie et pyrétothérapie de la syphilis. — M. Milian (Paris) : Les critères de la guérison de la syphilis.

Sont également prévues une présentation de malades, des démonstrations histologiques et trois expositions : rétrospective scientifique, technique, industrielle. L'organisateur de la collection parisienne rétrospective est M. Brodier ; le commissaire des collections françaises scientifiques, M. Civatte.

Le secrétaire général du Comité d'organisation du Congrès est le Dr Etienne Ballage. VIII Mariau-41 Budapest.

## LIVRES NOUVEAUX

**Maladies infectieuses Leçons cliniques professées à l'Hôpital Claude-Bernard (1),** par A. LEMIERRE, Professeur à la Faculté de Médecine de Paris, Membre de l'Académie de Médecine.

Bien que ce recueil ne constitue pas, au sens propre du mot, un Traité des Maladies infectieuses, on y trouvera groupées des études cliniques très complètes sur les affections d'origine infectieuse les plus fréquentes et les plus redoutables : tétanos, néphrites infectieuses, pneumococcies, streptococcies, méningococcies.

*Division de l'ouvrage.* — I. Sur un cas de tétanos bénin. — II. Traitement et prophylaxie du tétanos. — III. Sur un cas de rouget humain. — IV. Sur deux cas de fièvre ondulante. — V. Sur les fièvres ondulantes d'origine bovine (diagnostic et traitement des brucelloses). — VI. Abscessus amibien du poumon avec expectoration bacillifère. — VII. Sur un cas de fièvre pourprée des Montagnes Rocheuses observé à Paris. — VIII. Sur un cas de fièvre boutonneuse méditerranéenne observé à Paris. — IX. Sur un cas de typhus bénin probablement d'origine murine. — X. Les néphrites azotémiques précoces de la scarlatine. — XI. Sur quelques cas de néphrites infectieuses aiguës (néphrites des angines et néphrites érysipélateuses). — XII. Sur deux cas de néphrite diphtérique. — XIII. Traitement des néphrites infectieuses aiguës. — XIV. Sur les septicémies pneumococciques. — XV. Sur un cas de pneumonie secondaire à une septicémie pneumococcique. — XVI. Sur quelques cas de méningite à pneumocoque. Les méningites pneumococciques curables. — XVII. Les staphylococcies de la face. — XVIII. Les staphylococcémies. — XIX. Les localisations pulmonaires et pleurales au cours des septicémies streptococciques. Un cas de grand abcès pulmonaire à streptococcus. — XX. Les localisations pulmonaires et pleurales au cours des septicémies streptococciques. — XXI. Sur un cas de méningite cérébro-spinale à rechute et d'endocardite lente à méningocoque. — XXII. Sur un cas de septicopyohémie à bacillus funduliformis. — XXIII. Deux cas de septicémie à bacilles hémoglobino-philes. L. G.

(1) In-8 de 408 pages avec 23 figures. — Prix : 60 fr. — Paris, Masson et Cie.

## RENSEIGNEMENTS

**COLLÈGE DE GARÇONS. COLLÈGE DE JEUNES FILLES.** Soisons. Préparation aux divers baccalauréats. Etablissements neufs. Internats tout confort. Hygiène et sports. A 1 h. 1/2 de Paris par le train. Autobus Citroën.

Insomnies  
Toua nerveuse.

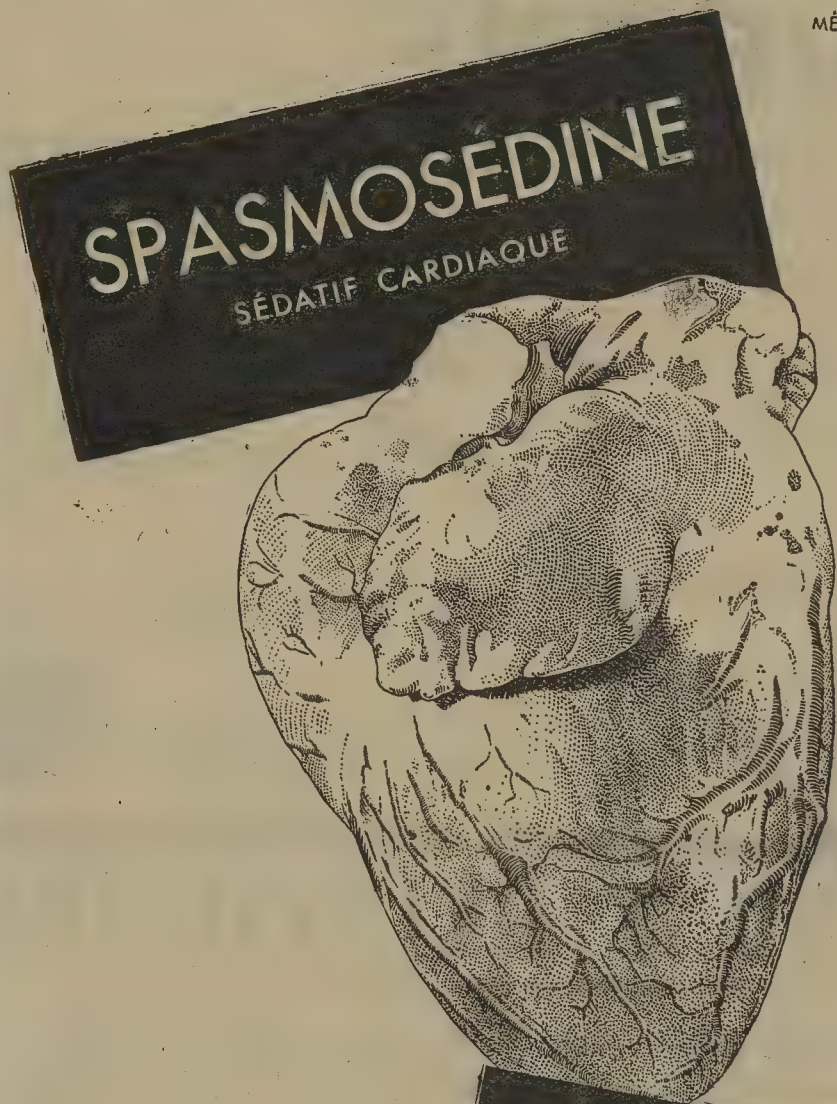
**BROMÉINE MONTAGU**

**QUATAPLASME** du Dr L'ANGLEBERT  
PANSEMENT COMPLET  
Phlegmasies, eczémas, brûlures, etc



LABORATOIRES DEGLAUDE  
15, BOUL<sup>d</sup> PASTEUR, PARIS (XV<sup>e</sup>)


MÉDICAMENTS CARDIAQUES  
SPÉCIALISÉS



**SPASMOSEDINE**  
SÉDATIF CARDIAQUE

**DIGIBAÏNE**  
TONIQUE CARDIAQUE

*les 2 médicaments cardiaques essentiels*



# ADOVERNE

GLUCOSIDES CARDIOTONIQUES  
DE L'ADONIS VERNALIS

# ROCHE

Activité Physiologique étalonée

## PROPRIÉTÉS

Cardiotonique  
Eupnéique

Neuro-Sédative  
Diurétique

complète, remplace  
ou continue  
l'action de la Digitale.

GOUTTES

GRANULES

SUPPOSITOIRES

Echantillons et Documents Scientifiques :

Produits F. HOFFMANN-LA ROCHE & C<sup>IE</sup>, 10, Rue Crillon, PARIS (IV<sup>e</sup>)



# SIROP DU D<sup>R</sup> REINVILLIER

(Lauréat de l'Académie de Médecine de Paris)

au Phosphate de Chaux hydraté

TUBERCULOSES - RACHITISME - MALADIES DES OS & DU SYSTÈME NERVEUX  
DENTITION DIFFICILE

DOSES : 2 à 4 cuillerées à bouche, à dessert ou à café suivant l'âge

ASSIMILATION  
COMPLÈTE

PRESCRIRE :

SIROP REINVILLIER, un flacon

BERTAUT-BLANCARD FRÈRES  
64, Rue de La Rochefoucauld, PARIS (9<sup>e</sup>)

AS D'ACIDE  
LIBRE

# SULFARSENOL

## ARSENOS-SOLVANT

ADOPTÉS PAR LES HOPITAUX

# EKTOPHANOL

SELS DE LITHIUM DE L'ACIDE PHENYLQUINOLEINE CARBONIQUE

Indications : Rhumatismes musculaires ou articulaires, aigus ou chroniques, Goutte, Sciatique, Lumbago, etc.

LABORATOIRES DE BIOCHIMIE MÉDICALE CH. DESGREZ, Dr en Ph<sup>le</sup>, 19-21, rue Van-Looy, PARIS XVI<sup>e</sup> — Tél. Auteuil 26-62



## QUELQUES DONNÉES NUMÉRIQUES SUR LA MAIGREUR CHEZ LES ENFANTS ET LES JEUNES GENS <sup>1</sup>

Par M. le Professeur P. NOBÉCOURT

Chez les sujets qui donnent une impression de maigreur, les réductions pondérales sont très diverses. Pour que ces réductions soient un indice de maigreur, c'est-à-dire de l'état dont la définition a été donnée au début de ce mémoire, il faut qu'elles dépassent une certaine limite.

Pour les adultes, Marcel Labbé (2) admet « qu'une diminution du poids du corps, atteignant 15 % au-dessous de la normale, marque le début de la maigreur ».

Pour les enfants, on peut également admettre qu'une réduction de 15 % sur le poids conforme à la taille marque le DÉBUT DE LA MAIGREUR (3).

Cette limite est arbitraire. Elle cadre cependant assez bien avec l'observation des faits.

Les réductions pondérales de 15 % donnent, en effet, les valeurs suivantes (4) :

Poids moyen	Réduction pondérale de 15 %	Poids moyen réduit de 15 %
3 kg.	0 kg. 450	2 kg. 550
6 kg.	0 kg. 900	5 kg. 100
9 kg.	1 kg. 350	7 kg. 650
12 kg.	1 kg. 800	10 kg. 200
15 kg.	2 kg. 250	12 kg. 750
20 kg.	3 kg. 000	17 kg. 000
25 kg.	3 kg. 750	21 kg. 250
30 kg.	4 kg. 500	25 kg. 500
35 kg.	5 kg. 250	29 kg. 750
40 kg.	6 kg. 000	34 kg. 000
45 kg.	6 kg. 750	38 kg. 250
50 kg.	7 kg. 500	42 kg. 500
55 kg.	8 kg. 250	46 kg. 750
60 kg.	9 kg. 000	51 kg. 000

Pour les bébés tout jeunes, présentant une hypotrophie staturale importante, cette limite de 15 % est peut-être un peu élevée. En effet, des bébés manifestement très maigres peuvent présenter une réduction moindre sur le poids conforme à la taille.

Georges M... (Obs. IX) présente une réduction staturale de 10,1 %, une réduction de 36 % sur le poids de l'âge, de 11,1 % sur le poids conforme à la taille.

Henri M... (Obs. X) présente une réduction staturale de 8,1 %, une réduction de 35,7 % sur le poids de l'âge, de 10 % sur le poids conforme à la taille.

Georges F... (Obs. XI) présente une réduction staturale de 11,8 %, une réduction pondérale de 48,5 % sur le poids de l'âge, de 12,5 % sur le poids conforme à la taille.

L'examen clinique permet, en pareil cas, de juger s'il existe de la maigreur. Il garde d'ailleurs toute sa valeur d'appréciation quelle que soit l'importance de la réduction pondérale.

On peut, d'une façon toute approximative, classer les DEGRÉS de la maigreur, d'après l'importance de la réduction pondérale.

	Réduction pondérale
Maigreur légère .....	15 à 19 %
— moyenne.....	20 à 24 %
— forte .....	25 à 29 %
— très forte .....	30 % et au delà

On observe des maigreurs extrêmes avec des réductions pondérales de 50 ou 60 %. Voici un exemple d'une telle maigreur chez une tuberculeuse cachectique.

Obs. XXVIII. — Marthe D... (A. 9313) est âgée de 11 mois (1).

Taille : 67 cm. 5. — Taille de 11 mois....	69 cm.
Réduction staturale réelle	1 cm. 5
Réduction staturale %..	2
Taille de 9 mois et demi.	
Poids : 3 kg. 530. — Poids de 11 mois....	8 kg. 950
Réduction pondérale réelle	5 kg. 420
Réduction pondérale %	60,5
Poids de 9 mois et demi.	8 kg. 500
Réduction pondérale réelle	4 kg. 970
Réduction pondérale %	58,2

! \*  
\* \*

La maigreur tantôt reste *stable*, tantôt se *modifie*, soit qu'elle diminue, soit qu'elle s'accroisse, soit qu'elle présente des variations.

Les données numériques permettent de préciser les modifications qu'elle présente ou l'absence de modifications, en un mot l'ÉVOLUTION DE LA MAIGREUR.

Voici comment se sont comportés quelques-uns des malades, dont les observations viennent d'être relatées. Je ne mentionne que les écarts avec le poids moyen conforme à la taille.

I. *L'état ne change pas.* — Dans cette éventualité la réduction sur le poids conforme à la taille ne se modifie pas.

Obs. VIII (Suite). — Simone D... A 18 ans 9 mois :

Taille : 160 cm. sans changement.	
Poids : 39 kg. 600. — Poids d'une femme de 160 cm.....	59 kg.
Réduction pondérale réelle	19 kg. 400
Réduction pondérale %	32,8

En six mois, la réduction sur le poids conforme à la taille passe de 35,0 % à 32,8 %. Il n'y a pas de changement appréciable : Simone présente toujours une maigreur très forte.

Obs. XIX (suite). — Blanche H... A 15 ans 6 mois :

Taille : 141 cm. — Taille de 15 ans 6 mois	152 cm. 5
Réduction staturale réelle	11 cm. 5
Réduction staturale %..	7,5
Taille de 11 ans 11 mois	
Poids : 31 kg. — Poids de 11 ans 11 mois..	33 kg. 650
Réduction pondérale réelle	2 kg. 650
Réduction pondérale %..	7,8

En un an, la réduction staturale augmente un peu ; la

(1) Fin — Voir *Gaz. des hôp.*, 1935, n° 69, p. 1162.

(2) MARCEL LABBÉ. Obésité et maigreur. *L'Expansion scientifique française*, 1933.

(3) *Journ. des Praticiens*, 24 mars 1934.

(4) *Progrès méd.*, 5 janvier 1935.

(1) *Traité de médecine des enfants*. Tome I, p. 165, fig. 102.

réduction sur le poids conforme à la taille passe de 4,8 % à 7,8 %, Blanche n'est pas maigre.

Le poids de 15 ans 6 mois étant 44 kg. 650, la réduction sur ce poids est de 13 kg. 650, soit 32 % ; si on s'en référait à ce nombre, Blanche présenterait une maigreur très forte.

**II. La maigreur augmente.** — C'est le cas pour les deux malades suivants :

Obs. I (suite). — Yvette J... à 13 mois 20 jours.

Taille : 67 cm. — Taille de 13 mois et demi 71 cm. 5  
Réduction staturale réelle 4 cm. 5  
Réduction staturale % .. 6,2  
Taille de 9 mois.

Poids : 5 kg. 830. — Poids de 9 mois..... 8 kg. 350  
Réduction pondérale réelle 2 kg. 520  
Réduction pondérale %.. 30,1

*En un mois et demi :*

La réduction staturale passe de 5,7 % à 6,2 % ;

La réduction sur le poids conforme à la taille passe de 25 % à 30,1 % ; la maigreur augmente ; elle est très forte.

Obs. XI (suite). — Georges F... A. 7 mois et demi :

Taille : 57 cm. — Taille de 7 mois et demi. 65 cm. 5  
Réduction staturale réelle. 8 cm. 5  
Réduction staturale % .. 14,9  
Taille de 3 mois.

Poids : 3 kg. 940. — Poids de 3 mois.... 5 kg. 250  
Réduction pondérale réelle 1 kg. 310  
Réduction pondérale %.. 24,9

*En deux mois :*

La réduction staturale passe de 11,8 % à 14,9 % ;

La réduction sur le poids conforme à la taille passe de 12,5 % à 24,9 % ; la maigreur augmente.

**III. La maigreur diminue.** — Tantôt le poids reste inférieur au poids moyen ; tantôt il devient conforme à ce dernier ; tantôt il lui devient supérieur.

**1° Le poids reste inférieur au poids moyen.**

Obs. II (suite). — Christiane B... A 1 an 8 mois :

Taille : 73 cm. 5. — Taille d'un an 8 mois. 75 cm.  
Réduction staturale réelle. 1 cm. 5  
Réduction staturale % .. 2  
Taille d'un an 5 mois.

Poids : 7 kg. 350. — Poids d'un an 5 mois. 10 kg. 200  
Réduction pondérale réelle 2 kg. 850  
Réduction pondérale %.. 27,9

*En trois mois :*

La réduction staturale passe de 2,7 à 2 % ;

La réduction sur le poids conforme à la taille diminue de 36 % à 27,9 % ; la maigreur, qui était très forte, n'est plus que forte.

Obs. XX (suite). — Denise O... A 13 ans 2 mois :

Taille : 157 cm. 5. — Taille de 13 ans 2 mois. 147 cm.  
Excès statural réel ..... 10 cm. 5  
Excès statural % ..... 7,1  
Taille d'adulte.

Poids : 43 kg. — Poids d'une femme de 157 cm. 56 kg.  
Réduction pondérale réelle 13 kg.  
Réduction pondérale %.. 23,2

*En deux ans cinq mois*

L'excès statural a augmenté de 6 % à 7,1 % ; la réduction

sur le poids conforme à la taille diminue de 27,6 % à 23,2 %.

Denise est toujours très maigre.

**2° Le poids devient conforme au poids moyen.**

Obs. IX (suite). — Georges M... A 5 mois :

Taille : 54 cm. — Taille de 5 mois ..... 63 cm.  
Réduction staturale réelle. 9 cm.  
Réduction staturale % .. 14,2  
Taille d'un mois.

Poids : 3 kg. 800. — Poids d'un mois .... 3 kg. 750  
Excès pondéral réel .... 0 kg. 050  
Excès pondéral % ..... 1,3

*En deux mois :*

La réduction staturale passe de 10,1 % à 14,2 %.

La réduction sur le poids conforme à la taille, qui était de 11,1 %, fait place à un excès de 1,3 % ; le poids est moyen pour la taille ; la maigreur, qui était légère, a disparu.

Obs. XXIII (suite). — Solange R... A 18 ans 1 mois :

Taille : 165 cm. 5. — Taille de 18 ans .... 155 cm.  
Excès statural réel .... 10 cm. 5  
Excès statural % ..... 6,4  
Taille d'adulte présentant de l'hypertrophie staturale.

Poids : 61 kg. — Poids d'une femme de 165 centimètres ..... 64 kg.  
Réduction pondérale réelle 3 kg.  
Réduction pondérale %.. 4,6

*En trois ans neuf mois :*

L'excès statural a diminué de 7,9 % à 6,4 % ; la réduction sur le poids conforme à la taille a diminué de 32,9 % à 4,6 %. Solange, qui présentait une très forte maigreur, a un poids moyen.

**3° Le poids devient supérieur au poids moyen.**

L'excès sur le poids conforme à la taille peut atteindre et dépasser 15 %. Un excès pondéral de 15 % peut, avec Marcel Labbé, être considéré comme traduisant le début de l'obésité, tandis qu'une réduction pondérale de 15 % marque le début de la maigreur.

Obs. XVII. — Marcelle P... A 13 ans 3 mois.

Taille : 137 cm. — Taille de 13 ans 3 mois. 147 cm.  
Réduction staturale réelle. 10 cm.  
Réduction staturale % .. 6,8  
Taille de 11 ans 4 mois.

Poids : 37 kg. — Poids de 11 ans 4 mois... 31 kg. 250  
Excès pondéral réel..... 5 kg. 750  
Excès pondéral %..... 18,3

*En six mois :*

La réduction staturale est restée la même (6,5 et 6,8 %).

La réduction sur le poids conforme à la taille qui était de 30,4 % a fait place à un excès de 18,3 %. Marcelle présente un début d'obésité.

**IV. La maigreur présente des variations.** — Les variations du poids peuvent présenter des modalités diverses.

Voici une de ces modalités :

Obs. V. (Suite). — Marie N., garçon diabétique. A 15 ans 1 mois :

Taille : 158 cm. — Taille de 15 ans 1 mois .. 157 cm.



Excès statural réel .....	1 cm.
Excès statural % .....	0,6
Taille de 15 ans 3 mois.	

Poids : 40 kg. — Poids de 15 ans 3 mois....	46 kg. 400
Réduction pondérale réelle	6 kg. 400
Réduction pondérale %..	13,7

En trois mois :

L'excès statural passe de 1,2 % à 0,6 % ; la taille est toujours moyenne ;

La réduction sur le poids conforme à la taille passe de 26,5 % à 13,7 % ; ce garçon qui présentait une forte maigreur, n'est plus véritablement maigre.

Marie N... A 16 ans 8 mois :

Taille : 164 cm. — Taille de 16 ans 8 mois.	162 cm. 5
Excès statural réel .....	1 cm. 5
Excès statural % .....	0,9
Taille de 18 ans.	

Poids : 48 kg. — Poids de 18 ans .....	58 kg. 800
Réduction pondérale réelle	10 kg. 800
Réduction pondérale %.	18,3

En un an huit mois :

L'excès statural reste sensiblement le même et la taille est moyenne.

La réduction sur le poids conforme à la taille passe de 13,7 % à 18,3 %. La maigreur augmente.

Les observations qui viennent d'être relatées n'ont pas besoin de commentaires.

Les changements que présentent, pour un même sujet, les écarts entre son poids et le poids moyen des sujets de sa taille, vérifient la valeur des données numériques établies suivant cette méthode.

\*\*\*

Les données numériques, combinées avec les données indispensables de l'observation classique, permettent de préciser le degré de la maigreur.

En les établissant de temps en temps, on peut apprécier si la maigreur ne se modifie pas, ou si elle augmente, c'est-à-dire si le sujet présente de l'amaigrissement (1), ou si elle diminue. On peut, également, préciser si la maigreur est due à un accroissement pondéral insuffisant, si le sujet présente de l'hypotrophie ou hypoplasie pondérale.

Ces diverses modalités de maigreur relèvent de processus qu'il appartient de déterminer par l'examen clinique et l'enquête étiologique.

Pour que les données numériques aient une signification exacte, il faut comparer le poids du sujet au poids moyen des sujets dont il a la taille ; ce poids moyen est le poids de l'âge, si le sujet a une taille moyenne ; c'est celui soit de sujets plus jeunes, soit de sujets plus âgés, si sa taille est réduite ou, au contraire, exagérée.

(1) Suivant la définition d'E. Littré, l'amaigrissement est « l'état du corps ou d'une partie du corps qui devient maigre... Il diffère de la maigreur, état de ce qui est maigre. »

La protidémie et la pression osmotique des protides, par Antoine COUDOUNIS, avec une préface du professeur Ch. ACHARD. In-8° de 212 pages. — Prix : 36 fr. Paris, Masson et Cie.

## XX<sup>e</sup> CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE LÉGALE ET DE MÉDECINE SOCIALE DE LANGUE FRANÇAISE

Bruxelles, 17-20 juillet 1935 (1).

Caractères et diagnostic médico-légal  
des blessures faites avant ou après la mort.

MM. LANDE et DERVILLÉE (Bordeaux)

Lorsqu'il s'agit de blessures faites assez longtemps avant la mort, le diagnostic s'impose en quelque sorte : la couleur de l'ecchymose cutanée traduit l'ancienneté de celle-ci, la découverte de pigments sanguins résultant des transformations de l'hémoglobine, l'organisation d'un caillot, un début de cicatrisation des parties molles ou de réparation des fractures entraîneront vite la conviction ; cependant de profondes altérations du cadavre (brûlures ayant modifié l'aspect des lésions traumatiques, décomposition avancée) sont capables de faire disparaître, en ce qui concerne les parties molles, les caractères de blessure *ante* ou *post mortem*.

Si la blessure a été faite peu de temps avant la mort, au moment de la mort ou peu de temps après la mort, on se trouve en présence de cas difficiles. Taylor, Briand et Chaudé, Legrand du Saulle et bien d'autres ont admis qu'il était matériellement impossible de distinguer sur le cadavre des lésions faites immédiatement avant la mort ou immédiatement après le décès. Dans un cas comme dans l'autre en effet, on peut observer la coloration ecchymotique de la peau due à un épanchement sanguin coagulé, en partie tout au moins dans les tissus et faisant corps avec eux. On aura, en cas de plaie, une rétraction des lèvres de la solution de continuité, une hémorragie rapidement suivie de coagulation. Les exceptions tiennent soit à la nature particulière de la blessure (plaies vasculaires sèches), soit au siège de la lésion (absence de rétraction quand la division des parties molles est faite suivant la direction de leurs fibres), etc.

Les cas exceptionnels mis à part, ce sont les mêmes caractères que l'on note, immédiatement avant ou immédiatement après la mort. Cependant assez vite après la mort la rétraction des lèvres de la plaie est moins marquée, l'hémorragie moins abondante, le caillot moins adhérent aux parties divisées, il est moins dense et lorsqu'on l'a détaché des parties molles auxquelles il n'adhère que modérément, la plaie qu'il laisse à découvert est moins rouge que si elle a été faite sur le vivant.

Les signes oculaires, le « masque du cadavre » n'ont qu'une valeur tout à fait accessoire ; un spasme cadavérique, — spasme cadavérique de la main tenant un objet quelconque, sera de plus d'importance, et il en sera de même des lésions internes (manifestations pulmonaires) qui seront la conséquence d'un traumatisme cranio-cérébral.

La prothèse des membres et les complications des moignons d'amputation. L'action de ces dernières sur la valeur professionnelle des amputés.

M. H. MARTIN (Bruxelles)

La jurisprudence actuelle résulte des conceptions inspirées par les moyens prothétiques anciens, datant d'un demi-siècle. Les notions nouvelles en matière de traitement des amputés et d'appareillage orthopédique, nées de l'expérience faite pendant la guerre, n'exercent généralement pas

(1) Association de la Presse médicale française.

d'influence dans le domaine des expertises visant les amputés des membres.

Un amputé du membre inférieur porteur d'un moignon médiocre ou dépourvu de bonne prothèse subit une dépréciation considérable, tandis que l'amputé porteur d'un moignon de bonne qualité et muni d'un appareillage parfait à tous égards est un homme qui perd relativement peu de sa valeur professionnelle. Les amputations du membre supérieur causent toujours une dépréciation considérable.

L'auteur classe en quatre groupes les complications des moignons d'amputation :

#### 1° Complications dépendant de l'état antérieur à l'amputation.

En premier lieu : raideurs articulaires sus-jacentes à la section osseuse, chez les sujets soumis avant l'amputation à un traitement prolongé par l'immobilisation. La raideur en extension de la hanche ou du genou gêne moins que celle en flexion.

Ensuite, cicatrices vicieuses adhérentes au tissu osseux sous-jacent, parfois hypersensibles par inclusion d'un filet nerveux dans le tissu cicatriciel même. Elles peuvent être dues aux altérations de la peau et des muscles dues aux circonstances mêmes de l'accident. Ces cicatrices douloureuses sont plus gênantes à la périphérie du moignon qu'à sa face inférieure.

Une troisième complication est due aux lésions qui ont provoqué la section du membre, c'est le manque de revêtement cutané normal de la terminaison du moignon. L'expert doit également en tenir compte.

Il peut encore arriver que la section du tibia soit plus haute que celle du péroné ; la forme conique du moignon en pointe assez aiguë, l'appareillage un peu spécial entraînent des déplacements et des frais supplémentaires dont l'expert doit tenir compte.

#### 2° Complications dues à une erreur de la technique chirurgicale ou orthopédique.

L'inclusion d'un filet nerveux dans le tissu cicatriciel de la plaie est une complication assez fréquente, à distinguer du névrome, facilement décelable et d'évolution différente. L'application de la prothèse est plus difficile et la valeur professionnelle diminuée.

La présence de séquestre osseux au voisinage de la terminaison du moignon est souvent bien tolérée, mais fréquemment un travail d'élimination s'amorce avec inflammation, parfois fistulisation. Pendant la période aiguë, le port d'une prothèse est pénible, parfois refusé par l'intéressé.

Chez l'amputé du segment jambier, la présence à la terminaison du moignon tibial d'une arête osseuse vive, formée par le sommet de l'angle de section du tibia, est une cause sérieuse de dépréciation, car la face antérieure de l'extrémité du moignon est celle qui prend contact direct avec la prothèse lors de la locomotion. Il faut soumettre le patient à une nouvelle intervention opératoire.

Un moignon en forme de battant de cloche nécessite un appareillage coûteux, fragile, compliqué et lourd.

La situation de la cicatrice de la plaie opératoire sur l'une ou l'autre face du moignon n'est pas indifférente. La meilleure position est la face inférieure.

Enfin les raideurs articulaires se retrouvent lorsque le traitement orthopédique post-opératoire et préalable à l'appareillage est méconnu. Une pratique aussi ancienne que mauvaise consiste à placer, lors du séjour de l'amputé au lit, un coussin sous le genou de l'amputé de jambe, sous la cuisse de l'amputé fémoral pour favoriser la flexion du membre recherchée par tout amputé récent. Cette manœuvre, si elle est prolongée, accentue la raideur en flexion. Il en est de même lorsque l'amputé se sert de béquilles : il place son moignon en position vicieuse.

#### 3° Complications dépendant de l'utilisation de la prothèse.

L'apparition d'un durillon au point d'appui, qui peut devenir douloureux, doit être retenue par l'expert. Au contraire, les furoncles du périnée, accident éphémère, et l'« asphyxie du moignon », curable par modification de l'appareillage, n'augmentent pas le taux d'I. P. P.

#### 4° Complications dues à l'état local et à l'état général du sujet.

La transpiration abondante rend l'appareillage plus onéreux, parce qu'elle force à le renouveler souvent. La tuberculose pulmonaire qui entraîne l'amaigrissement du moignon, les affections qui entraînent son augmentation, compliquent l'appareillage et doivent être prises en considération.

### Les névroses post-traumatiques.

M. COSTEDOAT (Paris)

Il n'y a pas une, mais des névroses post-traumatiques. Bien que fréquemment intriquées, elles peuvent se présenter à l'état de pureté.

Elles ne diffèrent des névroses ordinaires que par les circonstances à la suite desquelles on les constate. Leurs symptômes sont les mêmes que ceux des névroses en apparence spontanées ou d'origine constitutionnelle. Aussi s'est-on demandé si le traumatisme exerçait une influence quelconque sur leur genèse. Dans la majorité des cas, le choc physique (ou l'émotion qui en tient lieu) n'agit qu'en révélant ou en exagérant un état névrotique antérieur. Il semble pourtant qu'une neurasthénie véritable puisse être créée de toutes pièces par un choc direct des centres nerveux.

Les manifestations hystériques ne succèdent aux traumatismes que chez des sujets prédisposés, mais on peut, semble-t-il, hésiter à admettre que cette prédisposition constitue un état pathologique et même qu'elle soit spécifique.

Il est en outre très difficile de se prononcer dans un cas donné sur le degré de sincérité d'un sujet qui présente des manifestations en apparence hystériques. L'analyse des symptômes somatiques ne le permettant pas, et l'état mental de l'hystérique ne présentant rien d'absolument caractéristique, on ne peut se servir que d'arguments extra-médicaux, sans valeur scientifique réelle. Certains cas sont d'ailleurs vraisemblablement faits d'un mélange de bonne et de mauvaise foi. D'où l'attitude adoptée par les experts civils en matière d'accidents du travail (attribution d'une faible rente transformable en capital) et par les experts militaires en temps de guerre (croyance apparente en la sincérité du sujet et abstention systématique de toute sanction disciplinaire).

La neurasthénie post-traumatique est due, dans un certain nombre de cas tout au moins, à des lésions organiques en activité ou à des cicatrices de l'encéphale ou des méninges. En général, l'invalidité qu'elle entraîne est réelle et importante.

La névrose émotive et la psychasthénie que l'on observe à la suite des traumatismes ont, sauf exception, débuté avant l'accident. Celui-ci révèle seulement ces états. Il peut aussi les aggraver.

La sinistrose n'est pas une entité nosologique. Ce terme s'applique à des états mentaux divers, dont les uns sont, soit en totalité, soit en partie, de nature pathologique, et dont les autres se résument dans la mauvaise foi cupide. Par un véritable abus, il confère ainsi à ces derniers le caractère d'états pathologiques. Il y a donc des inconvénients réels à l'employer.

Alors que l'hystéro-traumatisme n'est plus indemnisé par les barèmes établis depuis 1915 pour les militaires, et cela à juste titre, il continue à l'être en matière d'accidents du travail. Cette discordance ne peut s'expliquer que par des motifs d'ordre non médical.



### Dans quelle mesure peut-on associer la médecine sociale et la médecine légale ?

M. SAND (Bruxelles)

Médecine légale et médecine sociale ont des points d'interpénétration, mais si l'on peut avec avantage englober dans le cours de médecine légale certains éléments de médecine sociale, serait-on justifié à y incorporer l'ensemble de cette science ? D'autres branches de la médecine en seraient appauvries : l'hygiène individuelle et l'hygiène publique ont pour complément naturel l'hygiène sociale, qui comprend les questions de population et de démographie sanitaire, l'eugénique, l'hygiène industrielle, etc.

La médecine sociale ne peut passer pour une spécialité, puisqu'elle est au contraire une synthèse, un point de vue général qui ne doit pas rester étranger à l'étudiant et au praticien.

Le titulaire de la chaire s'entendrait avec ses collègues pour laisser à l'enseignement de la médecine légale, de l'hygiène, de la clinique, tel ou tel domaine qui se rattache étroitement à ces disciplines, mais il exposera les éléments constitutifs de la médecine sociale, il en montrera les attaches, etc.

HENRI DESOILLE.

## SOCIÉTÉS SAVANTES

### SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 20 JUILLET 1935)

**Culture des microbes anaérobies dans les milieux additionnés d'extrait ou de purée de cellules embryonnaires.** — M. WEINBERG et Mme A. GUELIN. L'extrait embryonnaire stimule le développement des microbes anaérobies ensemencés dans les conditions ordinaires de l'anaérobiose. Le départ de la culture est plus rapide ; les cultures sont beaucoup plus abondantes que dans les tubes témoins.

L'extrait embryonnaire et surtout la purée de cellules embryonnaires permettent, grâce à leurs propriétés réductrices puissantes, la culture de microbes anaérobies dans les milieux non régénérés, au contact de l'air.

Les microbes ensemencés dans des milieux additionnés d'extrait ou de purée embryonnaire perdent une grande partie de leur pouvoir pathogène et toxique. Mais ils le recouvrent rapidement après quelques passages sur milieux ordinaires.

Ce procédé, supérieur au procédé de Tarozzi ordinaire, doit être employé chaque fois qu'il s'agit d'une espèce microbienne très difficile à cultiver ou à isoler.

**Influence de la viscosité du sang sur l'action hypotensive de l'yohimbine.** — MM. H. BUSQUET et Ch. VISCHNIAC. Si on augmente la viscosité du sang, chez le chien, par injection intra-veineuse de gomme arabique ou de gélatine, l'injection ultérieure d'yohimbine ne produit plus son effet hypotenseur habituel.

Toutefois, chez les animaux ainsi préparés, l'yohimbine empêche l'adrénaline et le principe sympathomimétique du genêt de provoquer la hausse habituelle de la pression artérielle ; l'yohimbine est donc devenue inapte à produire de l'hypotension, tout en restant sympatholytique.

L'inefficacité de l'yohimbine sur la pression artérielle dans le cas d'hyperviscosité sanguine pose la question de savoir si cet alcaloïde, utilisé parfois en thérapeutique hypotensive, ne reste pas inactif contre l'hypertension par excès de viscosité du sang.

**Deux types de bacilles acido-résistants isolés des organes de cobayes inoculés avec des produits non tuberculeux.** —

MM. A. SAENZ, L. COSTIL et M. SADETTIN. Des recherches poursuivies pendant trois années ont permis d'introduire la notion nouvelle d'après laquelle les cobayes neufs ou mieux encore les cobayes soumis à des injections répétées d'extrait acétonique, bien qu'ils ne présentent aucun trouble apparent, peuvent héberger deux types différents de bacilles acido-résistants mis en évidence par l'ensemencement de la rate : bacilles aviaires typiques et bacilles se distinguant des précédents par leur virulence.

**Réaction de Vernes à la résorcine et infection tuberculeuse.** — M. C. BACANU a obtenu les résultats suivants :

55 sujets atteints de tuberculose pulmonaire avec lésions étendues aux poumons : réactions positives dans 62,30 % des cas.

4 malades avec hémoptysies : réactions positives dans 2 cas.

5 pleurésies : 3 réactions positives.

Chez 49 malades exempts d'infection tuberculeuse, la réaction a été positive dans 22,45 % des cas.

La réaction de Vernes à la résorcine donne donc un pourcentage de résultats positifs plus élevé chez les sujets tuberculeux, mais n'est pas spécifique.

**Influence des injections répétées d'acide phénique sur les anticorps normaux du sérum de lapin.** — M. SCHAEFER. Les injections intraveineuses répétées d'acide phénique provoquent chez le lapin une augmentation des hémolysines normales et une apparition d'anticorps hétérogénétiques fixant le complément en présence d'un extrait alcoolique de reins de cobaye. Ces deux phénomènes sont dus à la même modification du sérum, car les hémolysines appartiennent également, comme le montre l'expérience d'absorption, au type des anticorps hétérogénétiques.

**Identification des bacilles tuberculeux humains et bovins par l'inoculation intrapleurale au lapin.** — MM. A. BOQUET et R. LAPORTE. Le bacille humain, lorsqu'il est inoculé par voie pleurale, à la dose de 0 mgr. 01, est beaucoup moins pathogène que le bacille bovin à l'égard du lapin. Cependant, un certain nombre de germes pénètrent dans le poumon correspondant ; d'autres passent dans la circulation sanguine. Cette dissémination a pour effet, en particulier, de contaminer le poumon opposé ; mais les organes abdominaux, la rate, le foie, l'intestin et les reins restent indemnes jusqu'à la fin du 2<sup>e</sup> mois, au minimum, quand il s'agit du bacille humain.

**Inversion de la tachycardie adrénalinique du lapin par le diéthylaminométhylbenzodioxane (F. 883), la corynanthine et la yohimbine.** — MM. D. BOVET et A. SIMON. Alors que, chez le chien, la yohimbine et les aminométhylbenzodioxanes inversent les effets hypertenseurs de l'adrénaline sans modifier ses effets cardiaques, chez le lapin au contraire, l'action cardiaque est prépondérante. En injectant des doses successives de ces sympathicolytiques, on assiste à une dépression de plus en plus importante des effets accélérateurs de l'adrénaline qui finalement sont abolis, alors que l'hypertension adrénalinique se produit encore. L'ergotamine par contre a montré peu d'action sur la tachycardie adrénalinique.

**Antagonisme du diéthylaminométhylbenzodioxane (883 F.) et des amines à fonction éther phénolique vis-à-vis de la tachycardie consécutive à la section des nerfs réflexogènes cardioaortiques et sinocarotidiens chez le lapin.** — MM. D. BOVET et A. SIMON. L'injection du 883 F. et d'une série de substances à fonction éther phénolique provoque une diminution caractéristique de la tachycardie résultant de l'énervation des zones vasosensibles réflexogènes de l'aorte et des sinus carotidiens chez le lapin. Cette action est attribuable à la fois à une paralysie des éléments cardiomoteurs

périphériques et à une action dépressive sur le centre vasomoteur sympathique lui-même.

**Action du 4-sulfonamide-2-4-diaminobenzol (Protensil) sur les infections streptococciques de la souris provoquées par des streptocoques d'origine humaine.** — MM. F. NITTI et D. BOVER ont recherché, chez les souris, l'action du 4-sulfonamide-diaminobenzol sur huit souches de streptocoques hémolytiques provenant d'infections humaines graves ou mortelles et très récemment isolées. Le 4-sulfonamide-diaminobenzol semble n'exercer aucune action protectrice pour la souris inoculée avec des souches de streptocoques humains de faible virulence ; il exerce souvent une action protectrice, inconstante et se limitant dans la plupart des cas à une survie de quelques jours par rapport aux témoins, sur la souris inoculée avec du streptococque hémolytique de grande virulence. A noter que les streptocoques humains extrêmement virulents pour la souris restent l'exception.

**Action de la dessiccation sur la neuroprobasie du virus rabique.** — MM. P. LÉPINE et L. CRUVEILHIER. Au stade actuel de son évolution, après 1.540 passages depuis son isolement, le virus fixe de l'Institut Pasteur présente une virulence régulière et constante pour les moelles rabiques de 0 jour ; pour les moelles ayant subi la dessiccation pastoriennne, cette virulence est inconstante et, lorsqu'elle est présente, elle ne répond généralement pas aux données classiques d'atténuation régulière du virus. Ce phénomène est la conséquence, non seulement de la destruction du virus au cours de l'atténuation, mais aussi de la perte de l'aptitude du virus à cheminer dans les nerfs (neuroprobasie) réalisée sous l'influence de la dessiccation.

**Sur le pouvoir hémolytique des sérums des différents groupes sanguins.** — MM. R. DUJARRIC DE LA RIVIÈRE, N. KOSOVITCH et A. CYGLER. Si on compare le pouvoir hémolytique des sérums en fonction de leurs groupes sanguins, on constate que ce sont les sérums du groupe B qui ont le pouvoir hémolytique le plus élevé, puis ce pouvoir suit une courbe décroissante comprenant successivement AB, A et enfin O.

**Sur un bacille tuberculeux isolé d'une lésion verruqueuse du doigt.** — MM. J. BABLET et Fr. BLOCH étudient un bacille isolé d'une tuberculose verruqueuse du doigt contractée par l'un d'eux au Tonkin. Dans les premières cultures, ce bacille apparaissait comme un bovin ; après quelques passages sur pomme de terre glycinée, il évolua vers le type humain, sans toutefois le réaliser complètement. L'expérimentation sur le lapin et le cobaye n'a pas permis l'identification, les lésions observées se montrant, par leur évolution, par leur aspect histologique, par leur pauvreté en bacilles, intermédiaires entre les deux types classiques de lésions produites par les bacilles tuberculeux mammifères.

**Variations de l'excitabilité de la glande sous-maxillaire et de ses nerfs sécréteurs (corde du tympan et sympathique) sous l'influence de la nicotine.** — MM. A. et B. CHAUCHARD et P. CHAUCHARD. L'action de la nicotine sur le système neuro-sécrétoire de la glande sous-maxillaire porte d'une part sur la glande, dont la chronaxie est d'abord diminuée, puis augmentée, d'autre part, pour les diverses fibres sécrétrices qui sont inégalement touchées : la chronaxie de la corde du tympan diminue légèrement, celle des fibres préganglionnaires sympathiques augmente beaucoup, alors que celle des fibres post-ganglionnaires ne varie que peu : il en résulte un blocage du ganglion cervical supérieur par hétérochronisme entre ces deux sortes de fibres.

**Modifications de la fréquence, du rythme et du volume systolique du cœur par excitation hypothalamique.** — M. A. VAN BOGAERT. L'excitation chimique du plancher du III<sup>e</sup> ventricule détermine deux réactions cardiovasculaires dont

l'auteur établit l'origine centrale : réaction orthosympathique, prédominante, caractérisée par de la tachycardie, une forme en clocher de P. et T. de l'électrocardiogramme ; une réaction accessoire, parasympathique, caractérisée par de la bradycardie et des troubles du rythme : bloc complet — rythme nodal — extrasystoles sporadiques ou rythmées.

Les modifications du volume systolique du cœur déterminées par l'excitation hypothalamique ne sont pas la cause de l'hypertension artérielle considérable qui l'accompagne.

**Recherches sur la septicémie tuberculeuse chez le lapin dite du type Yersin.** — MM. F. VAN DEINSE et M. A. DOMANSKI ont étudié les septicémies tuberculeuses rapidement mortelles du lapin, causées soit par l'injection intraveineuse de fortes doses de bacilles du type bovin très virulents, soit par certaines variantes S de bacilles de Koch. Ces deux groupes d'infections sont chimiquement très voisins. L'autopsie et l'examen histologique toutefois permettent de les distinguer l'un de l'autre.

**Présence simultanée du bacille de Koch virulent dans les nodosités cutanées et dans le sang d'un enfant au début d'une poussée d'érythème noueux, expression de la primo-infection tuberculeuse.** — Malgré les acquisitions récentes, certains expérimentateurs hésitent encore à reconnaître l'étiologie tuberculeuse de l'érythème noueux. Pour essayer de résoudre la question, MM. DEBRÉ, A. SAENZ, R. BROCA et J. BERNARD ont recherché le bacille de Koch simultanément dans les nodosités et dans le sang. A cet effet, ils ont effectué cette double recherche chez un groupe de 11 malades ; les résultats sont négatifs jusqu'à présent pour 9 d'entre eux. Dans cette note, ils exposent un cas positif dont l'origine tuberculeuse est définitivement acquise.

Il est fort probable qu'il est nécessaire de se mettre dans des conditions spéciales pour montrer l'origine tuberculeuse de l'érythème noueux.

**Etude clinique et expérimentale de l'hypertension artérielle traitée par l'injection intraveineuse d'alcool octylique.** — M. F. PEZZANGORA. Chez les chiens, l'octanol primaire injecté par voie intraveineuse exerce une action sur le système neuro-végétatif en paralysant le parasympathique et en excitant le sympathique. L'action de l'octanol à l'électrocardiogramme ne révèle aucune altération de la qualité des complexes ventriculaires.

L'injection intraveineuse d'alcool octylique provoque une variation minime de la pression artérielle chez les hypertendus stables avec atteinte cardio-vasculaire et cardio-rénale alors que, chez les hypertendus dits « essentiels », elle exerce une action favorable par une diminution lente et progressive de l'hypertension.

D'autre part, l'alcool octylique favorise la diurèse et améliore les troubles fonctionnels, même sans aucune variation sphymomanométrique.

**L'oxycarbonémie de certains états anémiques.** — MM. LOEPER, BIOY, TONNET et VARAY apportent quelques résultats obtenus dans les anémies : aplastique, hémogénique, sénile, brightique, rhumatismale et cancéreuse.

La plupart de ces malades sont oxycarbonémiques, et à des taux considérables.

On serait tenté d'établir entre leur anémie et l'oxycarbonémie un rapport de causalité, mais l'anémie n'est pas proportionnelle à l'oxycarbonémie, et certaines anémies graves donnent des chiffres très bas.

On pourrait également établir un rapport entre l'oxycarbonémie et le néoplasme, mais d'autres cancers hépatiques ou gastriques donnent des chiffres faibles.

La cachexie des sujets examinés et leur état d'inanition semblent avoir une part plus importante que la lésion elle-



même. Et l'épuisement des réserves et leur combustion anormale y jouent sans doute le rôle principal.

**Les perfusions du train postérieur chez le chien.** — MM. NOËL FIESSINGER, HENRI BÉRARD et FÉLIX-PIERRE MERKLEN ont pratiqué, avec la collaboration de M. Herbart et L. Derner, des perfusions de train postérieur avec du sang défibriné maintenu à 38° et réoxygéné, dans le but d'établir un point de comparaison avec les renseignements fournis par les perfusions de rate et de foie.

Ils signalent la possibilité de produire à volonté de l'œdème en diluant le sang ; ils ont constaté que la consommation d'oxygène ne dépasse pas 100 cc. par kg. et par heure et reste donc très au-dessous de celle du foie. Il ne se produit pas, pendant les 2 ou 3 heures de l'expérience, d'uréogénie, même après addition de glycolle au sang de perfusion ; mais par contre il y a toujours une chute considérable de la glycémie, sans formation d'acide lactique (les trains postérieurs perfusés étant au repos musculaire complet). Il n'y a pas eu de formation de bilirubine.

**De la solubilité du cholestérol dans certaines amines acycliques.** — MM. M. VILLARET, L. JUSTIN-BESANÇON et M. DRILHON. Le cholestérol se dissout facilement dans une série d'amines acycliques, ce qui est dû à ce qu'il existe une certaine combinaison chimique entre ces amines et le stérol. Ce dernier phénomène permet d'établir les bases d'un dosage volumétrique du cholestérol dans la triéthylamine.

**Action de la tuberculine et de la trichophytine sur le système neuro-végétatif abdominal des cobayes en état d'allergie.** — M. E. FRIEDMAN. Injectée au contact du nerf splanchnique, la tuberculine détermine chez le cobaye tuberculeux, des lésions de nécrose hémorragique de l'estomac, des hémorragies intestinales et une tuméfaction des plaques de Peyer, alors qu'elle est inoffensive aux mêmes doses pour le cobaye sain. Injectée dans les mêmes conditions chez des animaux sensibilisés, la trichophytine produit des lésions identiques. On retrouve dans tous les cas des altérations vasculaires, caractérisées par l'endothéliite, et analogues d'une part à celles que détermine le dépôt périsplanchnique de poisons divers, d'autre part à celles qui définissent les phénomènes d'hypersensibilité et de surinfection. La tuberculine et la trichophytine se comportent donc comme des poisons du système neuro-végétatif chez les cobayes sensibilisés. L'ensemble de ces constatations autorise à rapporter la production des phénomènes d'allergie à une atteinte du système neuro-végétatif.

#### SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(SÉANCE DU 29 JUIN 1935)

**Sur l'emploi du bleu de méthylène dans l'intoxication par l'acide cyanhydrique.** — M. HIRCHBERG fait un rapport sur un travail de M. Konar (Pologne), montrant la valeur remarquable du bleu de méthylène en injection intraveineuse dans l'intoxication cyanurée ainsi qu'il ressort des travaux récents. L'action, en quelque sorte spécifique, du bleu de méthylène, qui apparaît comme un véritable antidote des cyanures toxiques, mérite d'être connue, d'autant plus que ce colorant montre aussi une activité marquée dans l'empoisonnement par l'oxyde de carbone. L'auteur rapporte un cas d'intoxication extrêmement grave par le cyanure de potassium, guérie par deux injections intramusculaires de bleu de méthylène à la dose totale de 1 gr. environ.

**Cinquante cas d'anesthésie à l'évipan.** — M. A. HIRCHBERG est d'avis qu'avec l'évipan, l'anesthésie générale entre dans une phase nouvelle. Ce barbiturique, non toxique aux doses employées, donne une narcose « réglable », facile à

manier, surtout lorsqu'on le combine à l'injection intraveineuse goutte à goutte, de sérum glucosé ou sucré. De nombreux malades vont bénéficier de ce remarquable procédé d'anesthésie dont l'action sur le psychisme des opérés est particulièrement favorable. Les barbiturates intraveineux sont appelés à combler une lacune importante ; ils remplaceront avantageusement certains procédés classiques dans tous les cas où ceux-ci n'étaient pas indiqués ou se montraient nettement insuffisants.

**Thérapeutique de la laryngite catarrhale chronique.** — M. R. GRAIN montre que dans la laryngite catarrhale chronique, la lésion principale et responsable des troubles vocaux n'est pas l'inflammation de la muqueuse, mais la parésie, l'insuffisance contractile, la fatigabilité rapide, l'hypotonie des muscles vocaux consécutives à cette inflammation. En restituant aux muscles leur puissance contractile et leur tonus normal, le traitement électrique par iono-faradisation assure très rapidement et sans dangers la disparition de l'inflammation ainsi que celle des troubles vocaux.

**A propos du traitement des brûlures.** — M. JOLY rapporte 61 observations de brûlures de tous degrés, sièges et étendues traitées depuis 10 mois par enveloppements de produits paraffino-radioactivés aisément applicables grâce à un pulvérisateur spécial. Dans tous les cas, la cicatrisation a été obtenue dans une moyenne de 12 jours sans rétraction, sans chéloïde, résultat qui témoigne de la valeur exceptionnelle de ce mode de traitement.

**La réduction de volume de la glande mammaire en chirurgie réparatrice avec présentation de malade.** — M. CLAOUÉ insiste sur la conception d'une réduction de volume permettant une reconstruction rationnelle de la glande mammaire. Cette réduction doit intéresser non seulement toute la portion supéro-externe de la glande, mais l'épaisseur du moignon restant et, au besoin, le bord inférieur dans les très grosses poitrines. Il faut conserver le chorion qui permet la réfection du ligament suspenseur et une partie de l'angle inféro-externe dont la valeur en volume et en rotation conditionne la forme de la glande mammaire.

**Contribution à l'étiologie du cancer de l'œsophage.** — M. JEAN GUISEZ est d'avis que de toutes les affections de l'œsophage, le cancer est la plus fréquente. Beaucoup plus fréquent chez l'homme, il se développe surtout entre 50 et 65 ans, mais cette affection peut se rencontrer chez les jeunes sujets, l'évolution en est alors particulièrement rapide : en général primitif, dans douze observations seulement il était secondaire. Il faut citer l'influence des causes psychiques. Mais c'est l'œsophagite qui semble être la grande cause prédisposante, qu'il s'agisse d'irritation locale par l'alcool surtout sous forme d'apéritifs (et on retrouve cette cause dans la grosse moitié des observations) ou d'œsophagite secondaire, comme on en voit dans les rétrodilations consécutives aux spasmes. Au point de vue prophylactique, il faut donc essayer de réfréner les habitudes alcooliques, éviter la stase alimentaire, cause de l'œsophagite, opérer les diverticules, etc... Le radium appliqué localement est d'autant plus efficace que le sujet est plus âgé et que la tumeur n'a pas encore dépassé les limites de l'œsophage.

#### SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

(SÉANCE DU 12 JUIN 1935)

**La sérothérapie hémolytique de la sclérose en plaques (recherches physiologiques ; statistiques).** — M. N. T. KORESSIOS expose les recherches effectuées depuis dix ans, en collaboration avec le professeur Laignel-Lavastine, sur

ce mode de traitement de la sclérose en plaques. Il conclut :

1° Le sérum hémolytique possède des propriétés spécifiques contre la sclérose en plaques. Ces propriétés se traduisent par des réactions « focales » au niveau des lésions de la moelle.

2° L'analyse critique de l'observation d'un grand nombre de malades (trois cents) permet d'attribuer au seul sérum les améliorations obtenues par son emploi.

3° Dans dix-huit cas de sclérose en plaques (dont l'observation résumée a été rapportée), le traitement par le sérum hémolytique a amené une guérison fonctionnelle jusqu'à ce jour. Aucune rechute n'a été enregistrée depuis le traitement.

4° L'emploi du sérum hémolytique dès les premières manifestations de la sclérose en plaques, et avant la création de lésions définitives de la moelle, apporterait de très grandes chances de guérison définitive de cette maladie.

**Traitement physiothérapique de l'hypertonie musculaire essentielle des arthritiques.** — M. L. DUREY précise la technique (pétrissage) qu'il utilise et dont l'action est très rapide.

Les mouvements passifs et la chaleur humide sont également à conseiller.

Des traumatismes légers sont souvent à l'origine de ces hypertonies musculaires.

**La dermatologie interventionniste.** — M. G. BASCH rappelle les diverses méthodes auxquelles peut avoir recours le dermatologiste pour la destruction des tumeurs de la peau. A l'électrolyse, à la neige carbonique, dont les indications se sont restreintes, se substituera la haute fréquence, procédé souple et maniable permettant la destruction radicale des névo-carcinomes, aussi bien que le traitement de certaines dermatoses inesthétiques (hypertrichose ou xanthélasma). Il y aura souvent avantage à recourir à la radio — ou à la radiumthérapie — parfois au bistouri, à la curette, etc... Il importe d'user d'éclectisme, de savoir ce qu'on peut attendre dans un cas donné de chaque procédé, et de savoir les associer ou les combiner.

**Le rôle de la réduction des liquides en thérapeutique générale.** — M. G. LEVEN montre que le rôle de la réduction des liquides s'affirme dans tous les domaines de la pathologie, avec une telle puissance que le thérapeute peut l'utiliser pour tous les troubles morbides, et même ceux où « le lavage du rein », expression antiphysiologique, infiniment critiquable, paraît devoir être conseillé. La ration quotidienne totale oscille entre 800 et 1.000 gr. par 24 heures. Il ne faut pas oublier que tous les aliments apportent leur contingent en eau, et essentiellement les légumes verts et les fruits. C'est cet apport complémentaire auquel on ne pense pas assez qui rend suffisant ce taux de 800 à 1.000 gr. L'action de cette réduction se manifeste très rapidement. En deux ou trois jours, on observe des ralentissements utiles du pouls, des abaissements de la pression artérielle, des diminutions du volume du foie, de la rate, l'amélioration d'eczémas suintants, de métrorragies prolongées, etc., etc. Ce rationnement des liquides diminue la masse des urines, dont le taux dit « physiologique », indiqué dans toutes les analyses d'urines, correspond à des rations liquides bien plus élevées.

**Le chlorure d'ammonium en urologie.** — M. A. CAILLET communique, au sujet de l'utilisation en urologie du chlorure d'ammonium, deux observations.

La première signale la guérison purement « médicale » et rapide d'une « cystite incrustée » rebelle chez un homme jeune néphrectomisé pour bacillose. Résultat contrôlé par la cystoscopie. Guérison confirmée depuis novembre 1933.

La deuxième relate la fragmentation lente, mais progressive, de la gangue d'un énorme calcul coralliforme chez une malade inopérable, permettant d'envisager une pyélotomie ou de petites néphrotomies limitées avec un risque opératoire bien moindre, sur un rein désinfecté.

Dans ces deux cas, le chlorure d'ammonium a exercé une action favorable :

- 1° Sur le pH urinaire ;
- 2° Sur l'infection ;
- 3° Sur la cicatrisation des lésions.

**Arrêt de la crise d'asthme à l'aide d'urticaire, provoquée par des scarifications d'histidine.** — MM. LÉON ISRAËL et André JACOB ont pu arrêter des crises d'asthme avec la technique suivante :

« Pratiquer, avec une aiguille stérile, une série de scarifications longitudinales et transversales, espacées d'environ 1 cm., sur la partie interne du bras ou de l'avant-bras, ou de toute autre partie du corps. Asperger la région scarifiée de quelques gouttes d'une solution de chlorhydrate d'histidine à 4 p. 100, que l'on répartit sur l'ensemble du quadrillage. »

Les papules urticaires ne tardent pas à se former (il est préférable, pour ne pas entraver la réaction, de ne procéder à aucun nettoyage préalable de la peau à l'alcool ou à l'éther).

Les scarifications n'entameront que l'épiderme.

**Urticaire par trouble pancréatique ; opothérapie ; guérison.** — M. Prosper MERKLEN présente en particulier un cas d'urticaire ayant résisté à tous les traitements habituels, même au traitement par l'histidine. — En étudiant le déficit pancréatique de la malade qu'avait attiré l'examen des selles, l'auteur appliquera le traitement d'opothérapie pancréatique, qui donne des résultats excellents.

**Les œufs peuvent-ils transmettre à l'homme la tuberculose de type aviaire ?** — M. VERGE montre l'intérêt du problème et s'efforce d'en élucider les données : rapports entre les bacilles tuberculeux humains et aviaires ; extension de la tuberculose chez les oiseaux ; existence du bacille de Koch au sein des œufs ; résistance du germe dans les œufs.

Les conclusions de M. Verge sont pleinement rassurantes. Etant donné, en effet, le faible pouvoir pathogène du type aviaire pour l'espèce humaine, le nombre relativement restreint des œufs certainement infectés, le pouvoir bactéricide normal de l'ovalbumine, les habitudes culinaires de notre pays, l'œuf ne joue qu'un rôle infime, sinon nul, dans la transmission à l'homme des tuberculoses animales.

## PRATIQUE MÉDICALE

### SUR DEUX CAS D'OBÉSITÉ TRAITÉS PAR LA THYROXINE (1)

Par le docteur J. FAGUET.

Nombreux sont à ce jour les travaux qui ont été faits sur la thyroxine, depuis que cette substance a été isolée par Kendall, en partant de la thyroïde, et qu'une thyroxine synthétique identique au produit naturel a été préparée par Harington et Barger. Dès lors se trouvait entre les mains des médecins expérimentateurs un produit de formule connue, d'action fixe, toujours semblable à elle-même et dont l'emploi réduisait largement, dans l'appréciation des résultats, les causes d'erreur imputables à la teneur variable

(1) *Concours méd.*, Paris, juin 1934, n° 22.



<b>AÉROCID</b> AIR TUE	nouveau traitement DEL' AÉROPHAGIE PAR L'OPOTHÉRAPIE	un cachet ou deux comprimés au lever et au coucher
	LABORATOIRE DE L'AÉROCID, 71, RUE SAINTE-ANNE, PARIS	

MÉDICATION CHLORHYDRO-PEPSIQUE		
DYSPEPSIES Anorexir Vomissements LIENTÉRIE	<b>ELIXIR GREZ</b> ET PILULES	CHLORHYDRO- PEPSIQUES Amers et Ferments digestifs
DOSES : 1 verre à liqueur ou 2 à 3 pilules par repas. Enfants : 1 à 2 cuillerées à dessert Dépôt : 49, Rue de Maubeuge, PARIS -- Envoi franco Echantillons.		

<b>USAGE ENFANTS DES DOCTEURS</b>	
<b>NÉO-LAXATIF CHAPOTOT</b>	
<i>Sirop d'Agrément</i> <b>au SUC D'ORANGE</b> <b>mannité</b> Entièrement végétal. <b>Inoffensif - Délicieux</b> <b>AUBRIOT</b> 56, Boul <sup>d</sup> Ornano <b>PARIS</b>	 <i>Le Meilleur et le plus doux des Laxatifs.</i> Exempt de Drastiques, de Phtalleïne de Phénol, de Belladone. <b>ÉCHANTILLON MÉDICAL GRATUIT SUR DEMANDE.</b>

**QUINBY**  
QUINIO BISMUTH "formule AUBRY"

et

**SYPHILIS**

**QUINBY SOLUBLE**  
INDOLORE - INCOLORE PROPRE - INJECTION FACILE

Adopté par :  
 L'Assistance-  
 Publique —  
 Les Ministères  
 de l'Hygiène et  
 des Colonies.

LABORATOIRES  
**AUBRY**  
62, rue Erlanger  
PARIS 16<sup>e</sup>  
Téléphone : JASMIN 33-44

**QUINBY** EST ÉGALEMENT EFFICACE  
CONTRE LA **TYPHOÏDE**  
**QUINBY** EST ENCORE INDiqué CONTRE  
 LA FIÈVRE DE **MALTE**



en principes actifs des produits naturels, seuls employés tout d'abord.

L'auteur n'a pas l'intention de rappeler les belles recherches expérimentales et cliniques à la suite desquelles fut codifié l'emploi de la thyroxine Roche sous ses trois formes éminemment maniables : solution, ampoules et comprimés.

De multiples observations, émanant de nombreux praticiens, sont venues depuis s'ajouter à cette documentation scientifique, et l'auteur profite de la circonstance actuelle pour publier le compte rendu de deux cas d'obésité où la thyroxine a donné les résultats les plus probants et les plus nets.

## NOTES POUR L'INTERNAT

# ENTORSES DU GENOU

## DEFINITION

C'est l'ensemble des lésions qui se produisent dans cette articulation complexe sous l'influence de mouvements forcés, avant qu'il n'y ait luxation. Le terme d'entorse du genou englobe donc toute une série de lésions traumatiques aussi variées que la *simple distension ligamentaire*, la *rupture des ligaments latéraux et croisés* ou l'*arrachement de leurs insertions osseuses*, enfin les *lésions méniscales*. En résumé, aussi bien les lésions du manchon capsulo-ligamentaire que les *dérangements internes*.

Le traitement ne saurait donc être univoque. Un examen clinique minutieux aidé de la radiographie doit essayer de faire un diagnostic anatomique aussi précis que possible, entraînant dans chaque cas des décisions thérapeutiques appropriées. Ainsi, on pourra éviter des séquelles extrêmement fréquentes qui donnent aux entorses du genou un pronostic toujours sérieux.

## ETIOLOGIE

Les entorses du genou, venant en fréquence après celles de la tibio-tarsienne, sont l'apanage de l'adulte, des travailleurs exposés tels que les terrassiers, les mineurs et de plus en plus fréquemment des sportifs (skieurs, joueurs de ballon). Elles succèdent en effet à des traumatismes le plus souvent violents qui agissent sur l'appareil ligamenteux du genou par des mécanismes variés et réalisent toute une gamme de lésions isolées ou associées.

## ANATOMIE PATHOLOGIQUE

1° LES LIGAMENTS LATÉRAUX. — a) Ils peuvent subir au minimum une *élongation*, une *distorsion*, sans lésions macroscopiques : il y a simplement *contusion ligamentaire* (Leriche).

b) Plus souvent les lésions sont évidentes :

Le *ligament latéral interne* est le plus souvent atteint :

Rupture à sa partie moyenne (constatation opératoire la plus habituelle).

Lésion de l'insertion supérieure (arrachement de la partie moyenne, désinsertion totale ou arrachement de l'insertion osseuse) (Gangolphe et Thévenet).

Le *ligament latéral externe* bien plus rarement lésé, de même que l'insertion inférieure du ligament latéral interne.

2° LES LIGAMENTS CROISÉS. — a) C'est le *croisé antéro-externe* qui est le plus souvent atteint :

Rupture partielle avec étirement régulier du ligament ;

Rupture complète à la partie moyenne avec rétraction et atrophie des fragments.

Arrachement de la surface d'insertion fémorale ou le plus souvent tibiale, formant ainsi un fragment ostéo-cartilagi-

neux qui pend comme un battant de cloche dans l'espace intercondylien.

b) Le *croisé postéro-interne* est touché très rarement et l'atteinte simultanée des deux ligaments est exceptionnelle.

3° LES MÉNISQUES. — Par ordre de fréquence croissante, on trouve :

La fissuration longitudinale ;

La désinsertion périphérique ;

La désinsertion de la corne antérieure, de la corne postérieure, et ces lésions se rencontrent avec élection sur le *ménisque interne*.

4° LE LIGAMENT ADIPEUX. — Il peut se rompre lui aussi et les vaisseaux qu'il contient sont souvent à l'origine de l'hémarthrose.

5° LA SYNOVIALE. — Elle est toujours plus ou moins déchirée dès que les lésions capsulo-ligamentaires dépassent le stade de distorsion.

6° LES ARRACHEMENTS OSSEUX. — On connaît aujourd'hui la fréquence des lésions osseuses au cours des entorses du genou (Leriche et de Girardier). Mettant en communication la cavité articulaire avec le tissu spongieux si vascularisé des épiphyses, ils sont habituellement à l'origine des *épanchements hématiques*. Outre les arrachements déjà vus des insertions des ligaments, il faut connaître la lésion décrite par Segond : petite cavernule située dans le plateau tibial externe, entre le tubercule du jambier antérieur et l'articulation péroné-tibiale supérieure, elle communique habituellement avec l'article par une fissure antéro-postérieure, cachée sous le ménisque externe.

7° LES LÉSIONS PÉRI-ARTICULAIRES. — En plus de l'infiltration hématique des parties molles péri-articulaires, souvent importante, on peut trouver dans les entorses graves des lésions tendineuses de voisinage (patte d'oie, demi-membraneux) :

Des déchirures, contusions des bourses séreuses juxta-articulaires.

Toutes les lésions que nous venons de décrire :

Peuvent se rencontrer *isolées* ;

Mais beaucoup plus souvent *dans les entorses graves*, elles se groupent de façon complexe, et c'est ainsi que l'on rencontre très fréquemment l'association de la déchirure du ligament latéral interne, avec rupture du croisé antérieur et lésion méniscale interne.

## MECANISME

Les traumatismes qui aboutissent à des entorses du genou peuvent être :

Des mouvements forcés dans le *sens latéral*, aboutissant à la rupture du ligament périphérique du côté de l'application du traumatisme avec le plus souvent, en plus, rupture d'un croisé ;

Des mouvements forcés de *rotation*, particulièrement étudiés du point de vue expérimental, par Segond :

Sur la jambe fléchie à 145°, la rotation interne amène l'arrachement décrit par lui ;

Au delà de 90° de flexion, si le talon est en dehors de l'axe de la cuisse : atteinte du ligament latéral interne et inversement ;

Des mouvements combinés de *flexion*, *abduction* et *rotation externe*. C'est le cas du blessé qui tombe la *jambe fléchie sous la cuisse*.

Mais il faut tenir compte d'un facteur capital : la *contraction musculaire*, survenant au moment de l'accident, et qui vient modifier les données de l'expérimentation.

(A suivre.)

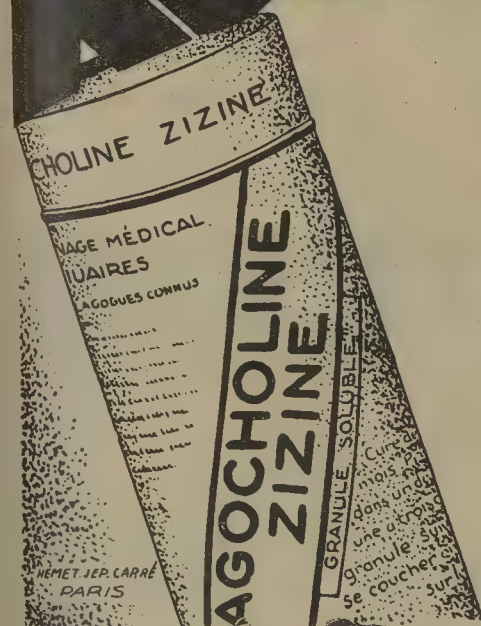
J.-N. COURVOISIER.

Le Directeur-gérant : D<sup>r</sup> François LE SOURD.



# AGOCHOLINE

(GRANULÉ SOLUBLE)



## CHOLECYSTITES CHRONIQUES CONGESTION DU FOIE

Lithiase biliaire - Ictère et Cholémie

Dyspepsies réflexes - Constipation  
Migraines, Vertiges, Eczéma, Prurit

d'origine  
hépato biliaire

**Posologie :** 1 à 3 cuillerées à café le matin à jeun, dans un demi verre d'eau chaude.

**LABORATOIRES DU D<sup>r</sup> ZIZINE**  
24, 26, Rue de Fécamp - Paris (XII<sup>e</sup>)

# SULFOÏDOL ROBIN

*Granulé - Capsules - Injectable - Pommades - Ovules*

**ARTHRITISME CHRONIQUE - ANÉMIE REBELLE**  
**PHARYNGITES - BRONCHITES - FURONCULOSE - ACNÉ - VAGINITES**  
**URÉTRO-VAGINITES - INTOXICATIONS MÉTALLIQUES**

R. G., 221.839,  
Seine.

**LABORATOIRES ROBIN, 13, Rue de Poissy. PARIS**

La Méthode du Docteur PAUL FERRIER

## RÉGIME ET PHOSPHOCALCASE

est indiquée en vue d'un traitement physiologique de la

### TUBERCULOSE

quelles qu'en soient la forme et la localisation.

Strictement appliquée aux formes dites graves, elle a pour but de les transformer rapidement, en formes bénignes et curables.

Littérature et échantillons : **LABORATOIRE DE LA PHOSPHOCALCASE, BOURGOIN (Isère).**



TOUTES les Affections du **FOIE** et du **REIN** :

1 à 2 capsulines à chacun des deux principaux repas de :

# CAPARLEM

HUILE DE HAARLEM (au Juniperus Oxycedrus)

QUALITÉ INCOMPARABLE ET ACTIVITÉ INSOUÇONNÉE

Laboratoire Lorrain de Produits Synthétiques purs — **ETAIN** (Meuse)

## UROMIL

ÉTHER PHÉNYL CINCHONIQUE — PIPÉRAZINE — HÉXAMÉTHYLÈNE TÉTRAMINE



MOBILISE — DISSOUT  
ÉLIMINE

L'ACIDE URIQUE



### ARTHRITISME

DE L. BELIERES - 19, RUE DROUOT - PARIS

### TRAITEMENT DU PSORIASIS

PAR UN NOUVEAU COMPOSÉ  
ARÉNO-BISMUTHIQUE

ampoules de 3 cc. 1/2  
pour injections  
intraveineuses ou  
intramusculaires

LAB<sup>RE</sup>  
**G. FERMÉ**

55, Boul<sup>d</sup> de Strasbourg  
PARIS

# Prothanol

Le Prothanol à l'cc  
Pour injections intramusculaires  
Thérapeutique autophylactique  
Rénovation leucocytaire.

Nouvelle adresse : 22, rue de Turin, Paris (VIII<sup>e</sup>).

## Granules de CATILLON

à 0,001 Extrait Titré de

C'est avec ces granules qu'ont été faites les observations discutées à l'Académie de Médecine en 1889.  
elles prouvent que 2 à 4 par jour donnent une diurèse rapide, relèvent vite le cœur affaibli, dissipent  
ASYSTOLIE, DYSPNÉE, OPPRESSION, GÈMÈS, Affections MITRALES, CARDIOPATHIES des ENFANTS et VIEILLARDS

## Granules de CATILLON 0,0001

## STROPHANTINE

CR.

TONIQUE du CŒUR par EXCELLENCE — TOLÉRANCE INDÉFINIE

Priz de l'Académie de Médecine pour "Strophantus et Strophantine", Médaille d'Or Expos. Univ. 1900

PARIS, 3, Boulevard St-Martin. — R. C. Seine 48283



*La Lancette Française***GAZETTE DES HOPITAUX****CIVILS ET MILITAIRES****PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI****ADMINISTRATION ET RÉDACTION :****49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6<sup>e</sup>. Tél. : Danton 48-31.****PUBLICITÉ : M. A. THIOILLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6<sup>e</sup>) - Téléph. : LITRÉ 54-93.****PRIX DE L'ABONNEMENT****FRANCE**

3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.

*Etudiants : 25 francs par an.*

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

**ETRANGER**

Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.

Tous les autres pays : 75 francs.

**SOMMAIRE****REVUE GÉNÉRALE***Contribution à l'étude des effets physiologiques des inhalations de carbogène utilisées dans le traitement des asphyxies aiguës par l'oxyde de carbone, par MM. GUILLEMAN et PASQUIÉ.***PREMIER CONGRÈS INTERNATIONAL DE GASTRO-ENTÉROLOGIE.** (Compte rendu, par M. BECKERS.)**SOCIÉTÉS SAVANTES***Académie des sciences. — Société des chirurgiens de Paris. — Société des sciences médicales et biologiques de Montpellier et du Languedoc méditerranéen.***CHRONIQUE***Vers une politique thermique, climatique et touristique française.***INFORMATIONS**

**HÔPITAUX DE PROVINCE. — MARSEILLE.** — Il sera ouvert à l'Hôtel-Dieu de Marseille, le lundi 14 octobre 1935, à 9 h., un concours pour onze places d'internes en médecine et en chirurgie. Peuvent seuls se présenter les externes titulaires des hôpitaux de Marseille et les candidats justifiant du titre obtenu au concours d'interne titulaire des hôpitaux d'une ville de France, siège d'une faculté ou d'une école de médecine.

Les candidats doivent se faire inscrire et déposer leur dossier au secrétariat de l'administration des hospices, rue Lafon, n° 9, à Marseille, au plus tard le 30 septembre 1935.

— Il sera ouvert à l'Hôtel-Dieu de Marseille, le lundi 21 octobre 1935, à 9 h., un concours pour vingt-quatre places d'externes en médecine et en chirurgie. Peuvent seuls se présenter les étudiants pourvus de quatre inscriptions qui auront accompli, pendant les mois de juillet, août et septembre précédant le concours, un stage d'un mois au minimum dans un service des hôpitaux de Marseille.

La liste d'inscription sera close le lundi 7 octobre 1935, à 18 h., les dossiers devront être remis au secrétariat de l'administration des hospices, 9, rue Lafon, à Marseille.

**MÉDECINS INSPECTEURS SCOLAIRES.** — Un concours aura lieu à la Préfecture de la Seine le 27 janvier 1936 en vue du recrutement de 50 médecins inspecteurs scolaires (indemnité annuelle : 6.000 fr.).

Une notice sur les conditions d'admission à ce concours

est dès à présent envoyée, ainsi que le programme, sur demande adressée au service administratif de l'inspection médicale des écoles, 2, rue Lobau (IV<sup>e</sup>).

Les inscriptions pour ce concours seront reçues à ce service du 18 novembre au 24 décembre inclus, délai de rigueur.

**LA PREMIÈRE EXPOSITION INTERNATIONALE DU LIVRE DE MÉDECINE.** — Par disposition de S. E. le chef du gouvernement italien, la première exposition internationale du livre de médecine, ancien et moderne, aura lieu du 1<sup>er</sup> au 31 octobre 1935, à Bologne (Italie). A cette occasion, de nombreux congrès et réunions de sociétés de médecine et chirurgie se dérouleront à Bologne, auxquels les personnalités les plus éminentes de la science du monde entier seront invitées. Cet événement se complètera d'une exposition du matériel sanitaire.

L'Exposition du livre de médecine sera divisée en deux branches, dont l'une comprendra toutes les œuvres de publication récente, en toutes langues. Toutes les maisons d'éditions du monde entier y seront invitées. L'Exposition du livre ancien de médecine recueillera les codes et les imprimés de toutes sortes existant à Bologne, ainsi qu'après des différentes bibliothèques italiennes, jusqu'au XVII<sup>e</sup> siècle.

L'exposition du matériel sanitaire comprendra tout le matériel de médecine et chirurgie intéressant tout spécialement les congressistes, aux fins d'une consultation possible. Elle vise surtout à mettre en valeur les progrès accomplis par l'industrie italienne.

Au cours de ce mois d'octobre, il sera procédé à la réouverture de l'intéressante exposition du « Sottecento Bolognese » dont le succès a été absolu à tous points de vue.

Toutes ces manifestations auront lieu à l'Archiginnasio, siège de l'Antico Studio Bolognese. Pour tous renseignements, s'adresser au Comité exécutif, palazzo d'Accursio, Bologne (Italie).

**EXTRAIT DE MALT FRANÇAIS  
DÉJARDIN**
**Bière de Santé - Eupeptique - Galactagogue**

## CHRONIQUE

### VERS UNE POLITIQUE THERMALE, CLIMATIQUE ET TOURISTIQUE FRANÇAISE

La date du 17 août doit être conservée à Luchon comme ayant marqué une visite mémorable : M. Roland Marcel, haut-commissaire du gouvernement, a été conduit au milieu de nous par M. Daniel Baqué, directeur de l'O.N.T.

Accompagnés de M. Molinéry, directeur des établissements thermaux et du radio-vaporarium de Luchon, MM. Roland Marcel et Daniel Baqué se sont immédiatement rendus chez le docteur Germaes, maire et conseiller général de la ville. Bien qu'il ne nous appartienne pas de révéler ici les termes précis d'une conversation du plus haut intérêt et de la plus grande importance, non seulement pour l'avenir du tourisme et du thermo-climatisme français, mais plus particulièrement pour l'avenir de la Reine des Pyrénées, nous sommes cependant autorisés à dire que la « politique » qui va être suivie par l'éminent conseiller d'Etat sera celle de la fermeté, de la discipline, de l'organisation et de la propagande, le tout conçu sous un angle qu'il ne nous avait pas encore été donné de percevoir.

M. Daniel Baqué, dont l'action a été si énergique au cours de ces trois dernières années, avait préparé M. Roland Marcel à la visite qu'il nous a rendue ce jour. Rien de ce qui nous intéresse n'était ignoré de lui ; rien de ce qui constitue notre situation actuelle ne lui avait échappé. De façon claire et précise, aux questions que lui posait M. le maire, M. le haut-commissaire répondait en quelques mots très brefs, très concis et où l'on devinait l'homme de volonté, l'homme de réalisation.

Nous ne commettrons aucune indiscretion en disant que le programme conçu par le haut-commissaire entrera en exécution au début d'octobre. M. Roland Marcel a désiré visiter en détail la ville, les établissements thermaux et le vaporarium, par une journée radieuse, succédant aux orages de l'avant-veille.

M. Daniel Baqué rappela l'histoire des thermes de Luchon créés par les Romains et visités par l'empereur César-Auguste. A travers les âges, les thermes connurent des destinées diverses jusqu'au moment où le grand d'Etigny, cet animateur, modèle de tous ceux qui se sont succédé depuis, créa le plan d'urbanisme de Luchon et releva les ruines des thermes.

Le dix-neuvième siècle devait voir s'élever la colonnade fameuse de vingt-huit monolithes de marbre blanc qui restera, dans l'histoire, comme l'une des plus artistiques démonstrations de ce que peuvent être les établissements thermaux de France.

M. Roland Marcel s'intéressa tout particulièrement au captage si caractéristique de nos eaux qui fait que, dans les salles de humage, les bronches sont branchées directement sur les griffons et que chacun de nos groupes d'eaux permet d'alimenter un pavillon déterminé où sont traitées les diverses manifestations bronchiques, cutanées et articulaires de l'arthritisme.

Malgré le peu de temps qu'il avait à nous consacrer, M. le commissaire du gouvernement a désiré visiter, dans tous ses détails, le radio-vaporarium sulfuré. M. Daniel Baqué lui a raconté comment M. Gaston Gérard, son prédécesseur au tourisme, avait inauguré le portique du vaporarium, et M. Molinéry, entrant dans quelques détails, exposa en résumé les travaux des grands savants qui ont donné leur nom et leur science à notre station : MM. les professeurs Charles Moureu, Bardet, Lépape, Léon Bertrand, Astre et tant d'autres encore.

M. Roland Marcel « dans le costume réservé aux curistes » a pénétré de galerie en galerie, de celle de Garrigou à celle de Bardet, de celle de Bardet à celle de Léon Bertrand, de celle-ci à celle des Mineurs pour s'arrêter enfin dans la magnifique salle circulaire.

En sortant du vaporarium, M. Roland Marcel, toujours accompagné de M. Daniel Baqué et de M. le docteur Molinéry, s'est rendu à la Maison du Touriste, où il a été salué par M. le docteur Cazal Gamelsy, au nom du Syndicat d'initiative.

M. Pierre de Gorsse, après avoir présenté les intéressantes collections conservées au musée, a fait hommage au haut-commissaire de son dernier ouvrage sur Luchon, et l'a ensuite invité à signer sur le Livre d'or. M. Roland Marcel a bien voulu écrire les lignes suivantes qui constituent, pour Luchon, un précieux hommage :

« En souvenir d'une visite trop brève, mais avec la ferme espérance de revenir pour travailler avec succès à la prospérité d'une des premières stations thermales françaises. »

PIERRE DE REVEILLEHE.

Annuaire médical Palissier. Edition 1935-1936 (Annuaire de la Région parisienne (1)).

L'Annuaire Palissier comprend les noms et adresses par ordre alphabétique des Médecins, avec jours et heures de consultations, et un classement par Spécialités. Les Chirurgiens-Dentistes, les Pharmaciens, les Laboratoires, les Sages-Femmes et les Vétérinaires.

Une classification par Rues termine la partie Paris.

On trouve ensuite les départements : Seine, Seine-et-Marne et Seine-et-Oise, puis les villes de Facultés. Un répertoire des Spécialités pharmaceutiques et un chapitre très détaillé des Stations thermales et climatiques.

Une partie administrative absolument au point nous fournit une abondante documentation sur l'Académie de Médecine, les Facultés, etc...

Viennent ensuite les Hôpitaux et les Asiles, avec les noms, jours et heures de consultations des professeurs, chefs de service. Les Maisons de retraite, les Cliniques, etc.

(1) In-8 de 488 pages. — Prix : 15 fr. — Editions V. Palissier, 14, rue Carpeaux, Paris, chèques postaux 717.90, et librairies médicales.

### RENSEIGNEMENTS

COLLÈGE DE GARÇONS. COLLÈGE DE JEUNES FILLES. Soissons. Préparation aux divers baccalauréats. Etablissements neufs. Internats tout confort. Hygiène et sports. A 1 h. 1/2 de Paris par le train. Autobus Citroën.

ANÉMIES  
DYSPEPSIES  
ANTITOXIQUE



DOSE: 4 à 6  
TABLETTES  
PAR JOUR

BIOXYDE DE MANGANESE COLLOÏDAL. SELS MAGNÉSIENS  
Laboratoire SCHMIT, 71 Rue Sainte-Anne. PARIS. 2

Insomnies  
Toux nerveuse.

**BROMÉINE** MONTAGU



# CONSTIPATION

## REEDUCATEUR DE L'INTESTIN

AUCUNE ACCOUTUMANCE  
LABORATOIRES LOBICA  
~~46, AVENUE DES TERNES — PARIS~~  
25, RUE JASMIN — PARIS (16<sup>e</sup>)



### à base de :

SELS BILIAIRES  
POUDRE DE GLANDES INTESTINALES  
CHARBON POREUX  
FERMENTS LACTIQUES  
POUDRE DE LAMINARIA FLEXICAULIS  
POUR 1 COMPRIMÉ

**1 à 6 comprimés par jour  
aux repas ou au coucher**  
Commencer par deux comprimés

# LACTOBYL

---

## NÉVROSES - INSOMNIES

# LOBÉLIANE LALEUF

ANTISPASMODIQUE PUISSANT  
EXCLUSIVEMENT VÉGÉTAL  
GOÛT ET ODEUR AGRÉABLES  
ATOXIQUE

DOSE CALMANTE = 2 à 5 cuillerées à café par jour  
DOSE HYPNOTIQUE = 1 à 3 cuillerées à café le soir

ÉCHANTILLONS ET LITTÉRATURE  
LABORATOIRES LALEUF  
20 - RUE DU LAOS — PARIS (15<sup>e</sup>)

Nouvelle adresse : 51, rue Nicolo, PARIS (XVI<sup>e</sup>).



# FORTOSSAN

Inosito hexaphosphate de soude  
(principe phospho-organique de la Phytine)

**Médication phosphorée intensive pour enfants  
et nourrissons. Relève l'état général et la courbe  
de poids des hypothrepsiques et convalescents.**

**Favorise l'assimilation, stimule la  
croissance et accélère les échanges vitaux**

## FORTOSSAN IRRADIÉ

Associe l'action spécifique de la Vitamine D<sub>2</sub> à  
l'élément phosphoré végétal. D'une grande activité  
préventive et curatrice, il rétablit l'équilibre  
phospho-calcique et forme du tissu osseux sain  
chez les enfants rachitiques et déminéralisés



LABORATOIRES CIBA-GEIGY, Pharmaciens  
109-111-113, BOULEVARD DE LA PART-DIEU - LYON



## REVUE GÉNÉRALE

# CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES EFFETS PHYSIOLOGIQUES DES INHALATIONS DE CARBOGÈNE UTILISÉES DANS LE TRAITEMENT DES ASPHYXIES AIGUES PAR L'OXYDE DE CARBONE

Par MM. GUILLEMAN et PASQUIÉ,

Médecins capitaines au régiment de sapeurs-pompiers de Paris.

Les remarquables travaux du Professeur Yandell Henderson, de l'Université de Yale, et de ses collaborateurs, sur le rôle physiologique du gaz carbonique et les applications pratiques qu'on peut en tirer, ont abouti, depuis plusieurs années, à l'utilisation de ce gaz dans la thérapeutique courante. Mélangé à l'oxygène, dans la proportion de 5 à 7 %, il l'a supplanté dans un grand nombre de ses applications. Et actuellement, selon Henderson, le « Carbogène » est plus répandu en Amérique que l'oxygène.

Sans atteindre un semblable développement, son usage s'est progressivement diffusé dans toute l'Europe. Actuellement, en France, la carbogénothérapie est largement utilisée, aussi bien en médecine qu'en chirurgie, depuis que le Médecin Colonel Cot l'introduisit dans le traitement de l'intoxication oxycarbonée aiguë. Les résultats obtenus par le service de secours aux asphyxiés, qu'il créa au Régiment de Sapeurs-Pompiers, ont montré l'efficacité remarquable de cette thérapeutique.

Depuis, un grand nombre d'auteurs, reprenant les recherches de Henderson, ont complété l'étude scientifique de l'anhydride carbonique. Ils ont élargi peu à peu son domaine thérapeutique, en montrant son action sur les appareils cardio-vasculaires, respiratoire et nerveux. Ils ont précisé ses indications et ses contre-indications, et ont prouvé qu'employée avec discernement, cette méthode est susceptible de rendre les plus éminents services à la médecine.

La chirurgie, elle aussi, a bénéficié de ce progrès. Le Professeur Gaudier, de Lille, et son élève Decoulx, suivis bientôt par de nombreux chirurgiens, sont devenus aujourd'hui de fervents défenseurs de la carbogénothérapie, qu'ils utilisent comme agent préventif et curateur de l'atélectasie pulmonaire.

Les résultats de ces travaux n'ont pas été, on le pense, acceptés sans critiques. Et nombre d'auteurs, reprenant l'étude physiologique du gaz carbonique, et plus particulièrement du carbogène, lui ont découvert une série de propriétés qui, d'après eux, doivent en restreindre considérablement l'emploi. Ils l'accusent d'avoir une action hypotensive assez marquée, et par suite de jouer un rôle dépresseur sur le cœur. De plus, il favoriserait, disent-ils, l'apparition de complications pulmonaires congestives ou oedémateuses, chez des sujets qui en ont inhalé de fortes doses. Enfin, il abaisserait le pH sanguin et augmenterait l'acidose, déjà considérable au cours de l'asphyxie.

Nous ne saurions évidemment reprendre l'étude de ces diverses questions, ni apporter à ces objections une

réfutation scientifique, qui dépasse notre compétence. Nous voudrions simplement rappeler les notions antérieurement établies sur la question des inhalations de carbogène et exposer, en les commentant, quelques constatations d'ordre essentiellement clinique, que nous avons pu faire en secourant des asphyxiés. Nous essaierons ensuite de tirer de ces observations les deductions qui semblent s'en dégager.

Le Professeur Léon Binet (1) rapportait récemment le résultat d'expériences faites sur des chiens avec René Gayet (2), pour mettre en évidence l'action du sang asphyxique sur les centres vaso-moteurs supérieurs. Ces auteurs constatèrent que le gaz carbonique excite ces centres et produit de la vaso-constriction. Mais il a, en outre, « une action directe sur les vaisseaux périphériques, dont il détermine la dilatation ».

Loeper, André Lemaire, A. Mongeot et V. Aubertot avaient déjà attiré l'attention sur ce double phénomène (3). Ganter, Hymans, Bouckaert et Garnewski en apportèrent la preuve expérimentale.

Dautrebande (4) avait constaté une chute tensionnelle nette chez des chiens soumis à des inhalations d'anhydride carbonique à 10 ou 20 %, après énervation du sinus carotidien et de la région cardio-aortique.

La même expérience faite sur un animal normal amenait, au contraire, de l'hypertension. Berthier, Deschamps et Halpern ont insisté sur l'existence de phénomènes identiques.

C. Lian, R. Barriou, Kovatcheff et J. Facquet (5 et 6), administrant des inhalations de gaz carbonique à 5 ou 10 % à des malades hypertendus, ont noté, dans 55 cas sur 66, une diminution de la tension artérielle de 1 à 3 cm. de mercure pour la Mx et 1/2 à 2 cm. pour la Mn. Dans 14 % des cas, la pression s'est élevée, dès la première inhalation. Mais « ces réactions hypertensives sont rares et épisodiques ». Les auteurs concluent en disant que les inhalations d'anhydride carbonique à faible dose ont une action hypotensive nette, mais passagère.

Chez les asphyxiés que nous avons eu récemment l'occasion de soigner par la carbogénothérapie, nous avons recherché l'influence de ce traitement sur la tension artérielle. Nous avons constaté, dans presque tous les cas, son abaissement. Celui-ci porte surtout sur la Mx, dont la chute varie de 1 à 4 cm. de mercure, en moyenne, la Mn ne diminuant que de 1/2 à 2 cm. Ces phénomènes se manifestent dès la mise en œuvre de la thérapeutique. Ils atteignent rapidement leur apogée, puis la courbe descendante de la pression se redresse progressivement. Il est remarquable, en effet, de constater l'arrêt de cette chute de tension, même si on poursuit la carbogénothérapie. Nous n'avons observé qu'une fois un abaissement ininterrompu de la Mx, chez une malade en pleine asystolie qui présentait une intoxication aiguë par un somnifère, se traduisant cliniquement par un coma profond, persistant depuis plus de 48 heures, avec des signes pulmonaires et généraux importants : congestion des bases, gros foyer de broncho-pneumonie, dyspnée atteignant 50 inspirations par minute, température à 40,5, cyanose des extrémités. Quelques instants avant la mort, la tension artérielle était de 7,5 pour la Mx avec



une Mn inappréciable, un pouls filant et incomptable, une température à 41,4. La malade avait été soumise aux inhalations de carbogène pendant 24 heures et avait respiré en tout environ 2.000 litres de gaz.

Ce cas mis à part, nous avons constaté que l'hypotension est souvent plus accusée chez les malades graves. Elle atteint son maximum au bout d'environ 1 ou 2 heures de traitement, ne dépassant jamais 4 cm. de mercure. Passé ce délai, la pression remonte très lentement, tendant à reprendre peu à peu sa valeur primitive. Elle la dépasse même. Et on assiste 24 ou 48 heures après l'accident à une phase hypertensive, portant surtout, phénomène qui paraît à priori paradoxal, sur la Mn ; celle-ci s'élève, toutes proportions gardées, davantage que la Mx. Nous avons ainsi noté une augmentation de 1 à 3 cm. de mercure pour la Mx, alors que la Mn dépassait de 2 à 4 cm. son taux habituel. Puis tout rentre progressivement dans l'ordre et la tension reprend vers le 3<sup>e</sup> ou 4<sup>e</sup> jour son chiffre normal.

Il faut noter que nous avons pratiqué, chez presque tous nos malades, en même temps que la carbogénothérapie, une saignée de 200 à 500 gr., dont le rôle dans l'abaissement passager de la tension artérielle, n'est certainement pas à négliger.

Chez le sujet sain, on observe la même influence hypotensive du carbogène, mais le système vaso-moteur semble mieux équilibré. Nous avons pu faire respirer ce mélange gazeux, pendant plusieurs heures, à des sapeurs ne présentant aucune lésion pulmonaire ni cardiaque. Nous n'avons observé aucun trouble fonctionnel, si ce n'est une baisse de tension ne dépassant pas 1 cm. de mercure pour la Mx.

De tous ces faits d'observation, on peut donc logiquement déduire, comme l'ont montré les travaux d'Henderson et de Dautrebande, que les inhalations de carbogène amènent une baisse légère de la pression artérielle. Mais cette hypotension est faible et passagère, même chez les sujets gravement atteints et *quelle que soit la quantité de gaz utilisé*. C'est là un fait capital, sur lequel nous ne saurions trop insister. Et l'un de nous a publié récemment, à la Société de Médecine de Paris (7), l'observation d'un enfant de 6 ans 1/2, profondément cachectique et en état de syncope, qui n'a été rappelé à la vie qu'après avoir respiré, en 19 heures, environ 4.000 litres de carbogène, sans que l'amplitude du pouls n'ait, à aucun moment, faibli. Il était, au contraire, mieux frappé et avait diminué de fréquence à la fin de l'intervention. Ceci prouve la nécessité de recourir, dans de semblables cas, à la carbogénothérapie intensive, sans craindre un retentissement vasculaire fâcheux. Il semble même logique d'admettre que l'hypotension constatée au cours de cette thérapeutique, n'a pratiquement pas d'importance clinique et ne saurait, en aucun cas, constituer une contre-indication à ce traitement.

À côté de cette action cardio-vasculaire, le gaz carbonique joue un rôle primordial dans les phénomènes respiratoires. Les expériences physiologiques ont montré depuis longtemps son action excitatrice sur le centre bulbaire et, par suite, sur la ventilation pulmonaire et l'hématose. Il serait superflu d'y revenir. Cependant, certains auteurs ont pensé qu'en compensation

et en raison même de cette action salutaire, le carbogène risquait de léser le parenchyme pulmonaire malade et de favoriser, par suite, la congestion et l'infection de cet organe. Il nous paraît intéressant, en nous appuyant sur les travaux consacrés à l'étude de cette médication et sur les faits que notre pratique de cette méthode nous a permis d'observer, de discuter ces opinions et d'essayer d'en tirer des conclusions.

Dès 1924, Henderson (8) avait été frappé de constater la rareté des complications pulmonaires chez les asphyxiés soumis aux inhalations de carbogène. Il attirait l'attention sur la valeur préventive de cette médication. Avant son emploi, en effet, il avait noté que nombre de malades, épargnés par l'intoxication oxy-carbonée, mouraient de pneumonie post-asphyxique. Ce fait n'avait pas jusqu'alors paru surprenant, puisqu'on savait que la plupart des asphyxiés graves sont porteurs de lésions pulmonaires accusées.

En 1932, Cot (9 et 10) insiste à nouveau sur cette question, en s'appuyant sur les constatations faites par le service médical du Régiment de Sapeurs-Pompiers. Il rappelle à ce propos les travaux rapportés d'une part dans les Archives de Médecine Internationale de janvier 1930 par Henderson et ses collaborateurs Howard, Pol Coryllos et G. Birnbaum et d'autre part par Drinker et Cannon.

Ces auteurs ont asphyxié des chiens avec de l'oxyde de carbone. Les uns furent traités par des inhalations de carbogène et guérissent sans complications. Les autres soumis à des thérapeutiques différentes, quelles qu'elles soient, moururent presque tous de lésions broncho-pulmonaires congestives ou oedémateuses vérifiées par l'autopsie.

Nous avons pu, nous aussi, faire des constatations analogues. Sur les quelque 2.000 asphyxiés traités depuis 2 ans 1/2 au Régiment de Sapeurs-Pompiers, l'auscultation nous a révélé, dans tous les cas graves, l'existence de signes pulmonaires prédominant aux bases et apparaissant dès le début du coma. L'immense majorité de ces malades a guéri en quelques jours. Dans environ 2 à 3 % des cas, cependant, ces pneumopathies se sont progressivement aggravées, s'accompagnant de signes généraux intenses et amenant la mort en quelques jours. Mais il s'agissait le plus souvent de sujets âgés ou tarés, souvent éthyliques ou porteurs de lésions anciennes d'emphysème et de bronchite chronique. De plus, la carbogénothérapie, qui aurait dû, pour donner le maximum de résultats, être poursuivie pendant de longues heures, a été presque toujours interrompue de façon précoce. Les services de secours du Régiment de Sapeurs-Pompiers, organisés seulement pour donner les soins d'extrême urgence, ne peuvent, en effet, assurer une thérapeutique aussi prolongée. Ils doivent quitter, aussitôt leur mission terminée, le chevet des malades, ceux-ci se trouvant ainsi brusquement privés de carbogène.

Si l'on met à part ces faits exceptionnels, nous retiendrons donc que les lésions pulmonaires post-asphyxiques disparaissent le plus souvent en 1 ou 2 jours. C'est le cas du petit malade de 6 ans 1/2, dont nous avons déjà parlé. Il présentait, quand nous l'avons vu, des râles humides disséminés dans les deux poumons et plus spécialement aux bases. Le lende-



main, quand on cessa la carbogénothérapie intensive (4.000 l. de gaz en 19 heures), on ne retrouvait à l'auscultation aucun signe pulmonaire. Et les jours suivants, on ne vit aucune lésion se développer, malgré l'état général très défectueux du sujet.

Tenant compte de ces résultats, on a essayé d'étendre le domaine thérapeutique d'une méthode si féconde. Et de nombreux chirurgiens ont pensé qu'on pourrait, par son emploi, prévenir les complications pulmonaires si fréquentes après l'anesthésie. Les essais d'abord fort timides d'Ettore Lévy et de Cotton furent activement poursuivis, sous la vigoureuse impulsion de Y. Henderson, en Amérique, en Allemagne, en Angleterre, en Russie.

(A suivre.)

#### RÉFÉRENCES

- (1) L. BINET et D. BARGETON. Considérations physiologiques sur l'anhydride carbonique, *Journ. méd. franç.*, oct. 1933, p. 324.
- (2) L. BINET et R. GAYET. Etude de l'action de l'asphyxie sur les centres vaso-moteurs supérieurs par la méthode de la tête perfusée : I. Technique ; II. Résultats, *C. R. de la Soc. de biol.*, 19 janvier 1929, T. C., p. 177-180, XIII<sup>e</sup> Congrès international de physiol., Boston, 19-24 août 1929, in *Amer. Journ. of Physiol.*, t. XC, n° 2, p. 286.
- (3) LOEPER, LEMAIRE, MOUGEOT et AUBERTOT. Avantages et inconvénients respectifs des diverses voies d'administration thérapeutique du gaz carbonique, *Presse méd.*, 12 avril 1933, p. 577.
- (4) LUCIEN DAUTREBANDE. Réactions vaso-motrices à l'oxygène et à l'acide carbonique chez le chien en hypertension artérielle, après énévation des zones vaso-sensibles, *Arch. intern. pharmacodyn. et théor.*, t. XI, p. 107, 1931.
- (5) LIAN, BARRIEU, KOVATCHEFF et FACQUET. Recherches expérimentales et cliniques sur le gaz carbonique, *Annales de la Société d'hydrologie de Paris*, n° 10, 1933-1934.
- (6) C. LIAN et J. FACQUET. Action sur la pression artérielle des inhalations et des injections de gaz carbonique et de gaz de Royat, *Médec. internationale*, mars 1935, p. 91.
- (7) GUILLEMAN. A propos de l'utilisation du carbogène dans les syncopes anesthésiques, *Bull. et Mém. de la Soc. de méd. de Paris*, séance du 23 mars 1935, p. 220.
- (8) HENDERSON. Resuscitation from carbon monoxid asphyxia, from ether or alcohol intoxication, and from respiratory failure due to other causes ; with some remarks also on the use of oxygen in pneumonia, and inhalational therapy in general, *Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, sept. 6, 1924, vol. 83, pp. 758-763.
- (9) C. COR. La carbogénothérapie ou méthode de Y. Henderson. Le rôle du CO<sup>2</sup> en thérapeutique. Ses applications à la médecine d'urgence des asphyxies accidentelles. *Presse méd.*, n° 96, 3 déc. 1932, p. 1816.
- (10) C. COR. Carbogénothérapie et carbothérapie. L'utilisation de CO<sup>2</sup> en médecine générale, *Presse méd.*, n° 101, 17 déc. 1932, p. 1902.

Traité de gastroscopie et de pathologie endoscopique de l'estomac, par François MOUTIER avec une préface du professeur P. DUVAL. In-4 de 348 pages avec 89 figures et 24 planches hors-texte en couleurs. — Prix : 120 fr. — Paris, Masson et Cie.

Repos physiologique du poulmon par hypotension dans le traitement de la tuberculose pulmonaire, par F. PARODI. Un volume de 232 pages avec 59 figures. — Prix : 48 fr. Paris, Masson et Cie.

## PREMIER CONGRES INTERNATIONAL DE GASTRO-ENTÉROLOGIE

Bruxelles, 8-11 août 1935 (1)

Le 1<sup>er</sup> Congrès international de gastro-entérologie s'est ouvert à Bruxelles le 8 août, sous la présidence du D<sup>r</sup> Jan Schoemaeker, de La Haye. Réunissant pour la première fois les internistes, chirurgiens, radiologues et biochimistes dont les travaux ont porté principalement sur la pathologie des voies digestives, il a connu un énorme succès. Vingt-trois pays y étaient représentés. Le D<sup>r</sup> Georges Brohée (Bruxelles), secrétaire général, en avait assuré la parfaite organisation.

A la séance inaugurale, présidée par le D<sup>r</sup> Timbal, directeur général de l'hygiène, lorsque le professeur Jean Verhoogen, président de la Société belge de gastro-entérologie, eut souligné la portée de cette réunion internationale et la répercussion heureuse qu'aurait pour la science, le travail groupé, MM. Max Einhorn (Etats-Unis), A.-P. Hurst (Grande-Bretagne), Gallart Mones (Espagne), A. Gosset (France) et Micheli (Italie), apportèrent au Comité le salut de leurs gouvernements respectifs. Le D<sup>r</sup> Georges Brohée, secrétaire général, plaçant le congrès sous l'égide de deux Belges illustres : André Vésale, fondateur de l'anatomie moderne, et Van Helmont, créateur de la conception chimique de la digestion, montra à son tour la place grandissante qu'a prise la gastro-entérologie dans la médecine interne et émit le vœu que, de ces assises, sorte un peu de lumière.

La cérémonie se termina par une brillante dissertation du D<sup>r</sup> Jan Schoemaeker, de La Haye, président du Congrès, sur la Spécialisation et la Collaboration.

C'est au cours de ce Congrès particulièrement réussi que les délégués de 21 nations et le bureau du Congrès, réunis en assemblée générale, jetèrent les bases d'une Société internationale de gastro-entérologie qui, sur le modèle de la Société internationale de chirurgie, constituera un groupement fermé. Notre compatriote, M. Pierre Duval en a été acclamé président. MM. Hurst (Londres) et Gallart-Mones (Barcelone) ont été élus vice-présidents ; MM. Georges Brohée et Evely (Bruxelles) respectivement secrétaire général et trésorier. Il a été décidé que le 1<sup>er</sup> Congrès se tiendrait à Paris, en septembre 1937.

Parmi nos compatriotes, inscrits extrêmement nombreux, on notait : MM. A. Gosset, Marcel Brulé, Bensaude, Ed. Antoine, Labey, Lambling, Lenoir, F. Moutier, F. Nepveux, Parmentier, Ramond, J.-Ch. Roux, J. Rachet, G. Mainjot, G. Lison, Leven, R. Guttmann, M. Hamburger, M. Delort, R. Goiffon, R. Glénart, Gautier, J.-L. Durand, A. Soulas, R. Soupault (Paris), Aubert, de Luna, M. Matthieu, J. Monges (Marseille), J. Baumel (Montpellier), C. Bocca (Saint-Etienne), Cade, Ch. Garin, P. Savy, F. Bernay, N. Chevalier (Lyon), Chaumerliac (Clermont-Ferrand), Cordier, David, Doumer, H. Surmont, Tiprez, Bernard (Lille), Decherf (Tourcoing), H. Schwab, A.-J. Weiss (Strasbourg), Timbal (Toulouse), Vanier (Le Havre), E. Aron (Tours), etc., etc...

#### PREMIÈRE QUESTION

##### LES GASTRITES

I. Aperçu historique. Gastrite et dyspepsie. — M. LION (Paris). Il est peu de maladies qui aient passé par des phases aussi diverses que la gastrite. Tour à tour niée ou admise par les médecins, regardée comme la clé de voûte de l'édifice pathologique, ou réduite aux proportions d'une

(1) Association de la Presse médicale française.



affection locale extrêmement rare, elle est encore aujourd'hui sacrifiée au profit de la dyspepsie ou placée au premier rang de la pathologie stomacale.

Cependant l'emploi du tubage duodénal, l'apparition et le perfectionnement du chimisme, le développement des connaissances anatomo-pathologiques sous l'influence de techniques microscopiques plus rigoureuses et les constatations devenues possibles, grâce aux progrès de la chirurgie, l'appoint merveilleux de la radiologie et plus récemment de la gastroscopie ont amorcé un démembrement de la dyspepsie qui n'est pas sans importance au profit de la sténose gastrique, de l'ulcère gastrique, de l'ulcère du duodénum et, pour une bonne part de la gastrite.

La biochimie gastrique a joué un rôle important dans ces transformations. Elle-même n'a évolué que lentement et a exigé de multiples et patientes recherches.

**II. L'étiologie, la symptomatologie, le diagnostic et la thérapeutique médicale.** — M. Arthur F. HURST (Londres). Les causes de la gastrite sont si nombreuses que la plupart des gens sont exposés, à certaines époques de leur vie, à l'une ou plusieurs d'entre elles.

80 % des hommes sont sains et, bien protégés par une acidité normale, il est rare qu'ils fassent une gastrite. Par contre, les 20 autres pour 100 (10 avec hyperchlorhydrie et 10 avec hypochlorhydrie), n'y échappent généralement pas. Les principales causes sont : 1° mécaniques : repas hâtifs, surface de mastication insuffisante, aliments grossiers ; 2° chimiques : alcool, thé, café, moutarde, poivre, tabac, drogues ; 3° matières infectieuses avalées et provenant des dents, des amygdales et des cavités nasales ; 4° irritations hémotogènes lors d'infections aiguës (influenza et toxémies).

La gastrite détériore la fonction des cellules sécrétoires et cause ainsi une diminution de l'acidité aussi bien chez les hyper- que chez les hypochlorhydriques. Chez ces derniers, on va facilement vers l'anacidité, et la perte de la barrière antiseptique formée par l'acide du suc gastrique est cause de la survivance dans l'estomac et l'intestin de bactéries avalées : l'alcalinité surélevée du contenu intestinal pousse les bactéries, ayant le côlon comme siège normal, à remonter le courant.

L'infection du grêle et le manque de digestion peptique sont cause de l'entérite, suite fréquente de la gastrite anacide. L'infection secondaire ascendante du duodénum est la grande cause de la cholécystite et explique ainsi l'association fréquente de l'anacidité et de la lithiase biliaire.

En l'absence de suc gastrique normal, le fer des aliments est insuffisamment assimilé, ce qui, très souvent, est cause d'une anémie secondaire.

Le suc alcalin sécrété par la muqueuse de la partie pylorique de l'estomac et du duodénum contient deux ferments qui, avec la collaboration d'un produit exogène, forment des substances indispensables à l'activité normale de la moelle osseuse, par exemple l'alimentation du système nerveux central. Si la gravité de la gastrite est telle que les cellules composant ces substances sont rendues incapables d'activité, il se développe une anémie pernicieuse et une dégénérescence de la moelle épinière.

Le carcinome de l'estomac ne se développe jamais dans un estomac sain. Dans l'hyperchlorhydrie, il est la suite d'une dégénérescence maligne d'un ulcère ; dans l'anacidité, il est la suite de la gastrite anacide et non pas celle-ci la suite du carcinome.

M. W. ZWIG (Vienne). Les nombreux travaux ont attiré l'attention sur l'exceptionnelle fréquence de la gastrite chronique. Rappelant l'étiologie de cette affection déjà signalée par le co-rapporteur, l'auteur insiste sur la simultanéité de la gastrite et des ulcères. Souvent, après une opération sur l'estomac, la gastrite se produit par suite de la continuation d'une gastrite primitivement constatée ou ré-

sulte d'une véritable invasion de bactéries dans la région anacide de l'estomac laissée par la résection.

Parlant des troubles de la sécrétion, il a constaté une tendance prononcée à la diminution de l'acidité dans 70 % des cas.

La meilleure méthode d'investigation est la gastroscopie qui permet de poser le diagnostic de catarrhe chronique de la muqueuse, ainsi que celui de gastrite hypertrophique ou atrophique.

**III. Radiologie.** — M. H.-H. BERG (Hambourg). Contrairement aux internistes, le radiologue doit se passer de la couleur pour faire un diagnostic sur la muqueuse. Les modifications s'expriment seulement dans l'image radiologique du relief : modification des plans (différences de niveau) et de la consistance de l'organe. La majeure partie des formes de gastrite reconnaissables histologiquement, échappe au contrôle de la radiologie. L'examen radiologique prend de la valeur quand on compare le plissement changeant, élastique et les altérations rigides, déformées de l'estomac gastrique.

**IV. Anatomo-pathologie.** — M. F. MOUTIER (Paris) démontre l'évolution progressive qui, de gastrites aiguës ou subaiguës, mène à l'involution définitive de l'estomac. On ignore le facteur essentiel qui détermine une transformation cellulaire. Tout au plus, peut-on préciser que si l'hétéroplasie prend naissance au collet des glandes, elle paraît évoluer uniquement aux dépens de cellules indifférenciées.

Il est impossible d'établir un parallélisme étroit entre les altérations histologiques et les troubles de la sécrétion. L'hypersécrétion et l'hyperacidité ne répondent pas à un type histologique précis. Il semble que les troubles de la sécrétion dépendent jusqu'à un certain point de perturbations fonctionnelles.

Si toutes les gastrites sont plus ou moins mixtes, il est impossible de construire des syndromes histologiques répondant à des causes reconnues.

Les altérations des épithéliums de surface soulignent le rôle considérable de cette partie de la muqueuse, probablement dans l'activité des échanges. La musculature superficielle, par ses dispositions anatomiques spéciales, doit jouer un rôle de première importance pour les déformations de la muqueuse et l'expression du contenu glandulaire.

Il doit exister certainement des formes de gastrite à début mésenchymateux, car les altérations de ce tissu sont fréquentes et prévues. Les altérations fréquentes des follicules clos laissent supposer que ces centres lymphoblastiques ont une valeur seulement soupçonnée par certains auteurs.

L'intensité des altérations des nerfs et des centres ganglionnaires doit être retenue pour comprendre une série de troubles moteurs, vasculaires et sécrétoires.

Des ulcérations superficielles peuvent à coup sûr évoluer par perforation de la muscularis mucosae et la destruction de la musculature vers un ulcère profond. Mais il est certainement des ulcères qui ont une autre origine : les ulcères térébrants, de très étroites dimensions, se présentent avec un aspect différent, bien qu'on les rencontre sur le même estomac. Et l'auteur conclut formellement à une théorie dualiste de l'ulcère.

Dans les processus cicatriciels s'affirme le rôle du mésenchyme, rôle souvent maléfique d'ailleurs, car il donne un mauvais tissu de cicatrice au niveau duquel la fibrose superficielle laisse sourdre des exsudats qui décollent et font sauter les cellules épithéliales.

Le problème du cancer reste entier. On sait seulement pourquoi certaines variétés s'accompagnent d'une chlorhydrie plus ou moins normale, et pourquoi d'autres sont achlorhydriques, mais on ignore ce qui, dans les gastrites atrophiques étendues, déclenche l'épithélioma. Ce que l'on



peut seulement retenir, c'est que certainement innombrables sont à la surface de la muqueuse malade les cicatrices des érosions et des ulcérations, et l'on sait l'importance attachée par Lumière aux cicatrices dans la genèse du cancer.

**V. Biochimie.** — M. LION (Paris). La valeur diagnostique du biochimisme eu égard aux diverses variétés de gastrites est à considérer au point de vue clinique et au point de vue anatomo-pathologique.

En clinique, on a, pour établir les différents syndromes biologiques, d'un côté la valeur V, (volume du contenu gastrique extrait à un moment donné) et  $\gamma$  (concentration du même contenu) qui permettent d'estimer les troubles associés de la sécrétion et de l'évacuation ; de l'autre, l'analyse qui renseigne sur les qualités du processus chimique. D'après les troubles du chimisme, on distingue les différentes variétés de gastrites en hyperpeptiques, hypopeptiques et apeptiques.

Le pouvoir sécrétoire est lié à l'état du parenchyme. C'est en s'appuyant sur cette loi qu'on a cherché à établir par la méthode anatomo-clinique les rapports qui unissent les types chimiques et les états de la muqueuse et montré qu'il est possible de formuler, pendant la vie, un diagnostic anatomique.

**VI. Thérapeutique chirurgicale.** — M. G. E. KONJETZNY (Hambourg). La question d'une indication pour le traitement chirurgical de la gastrite est loin d'être résolue. Il faudrait pour la résoudre la fractionner en se basant sur les états anatomo-pathologiques existant primitivement.

La gastro-duodénite aiguë, avec ou sans érosion, appartient sans conteste au traitement interne. A l'heure actuelle, le diagnostic peut en être établi avec certitude.

Pour la gastrite chronique, l'indication d'une résection gastrique est partiellement posée. L'opération radicale est nécessaire :

1. Pour les hypertrophies circonscrites de la muqueuse aréolaire ou polypeuse, où déjà on peut chimiquement soupçonner le cancer ;

2. Pour les diverses formes de la sténose hypertrophique du pylore, affection qui est la suite, dans la plupart des cas, d'une gastrite chronique.

Dans d'autres cas, par exemple dans la gastrite atrophique prépondérante, la réponse est problématique, mais la présence de carcinomes montre qu'on se trouve aux frontières de l'appréciation.

Il n'est pas étonnant de voir les suites d'une résection gastrique être mauvaises, ou laisser à désirer par suite d'une gastro-duodénite aiguë ou subaiguë, quand on sait que la résection gastro-duodénale ne constitue elle-même qu'un palliatif.

M. HENRI PASCHOUX (Lausanne). L'anatomie pathologique doit-elle inspirer les conceptions thérapeutiques ? La résection de l'estomac dans certaines gastrites chroniques est un traitement d'ordre spéculatif résultant de l'application directe à l'individu de constatations histologiques exactes faites sur l'espèce.

Dans la gastrite aiguë, la gastrite phlegmoneuse, la thérapeutique de l'auteur est fixée. La présente étude passe pour se concentrer sur le problème de la gastrite chronique. Cette dernière est-elle le terrain obligé de la maladie ulcéreuse ? L'essentiel du problème est affaire de chronologie des lésions. Les différentes sténoses sont examinées sans que l'on puisse tirer d'arguments en faveur d'une action chirurgicale préméditée dans le domaine de la gastrite chronique. Les procédés permettant d'arriver au diagnostic de gastrite chronique sont posés et la valeur est établie de l'endoscopie moderne. Mais cette dernière, elle-même, ne précise pas d'indications opératoires dans les gas-

trites. Une dernière analyse montre que les indications opératoires créées pour la gastrite chronique se confondent avec celles établies pour l'ulcère gastro-duodénal.

Le chirurgien peut être appelé à intervenir, malgré l'absence de caractères lésionnels prélocalisés. Ces circonstances rares sont précisées, la légitimité d'interventions semblables établie, mais il faut se refuser à couvrir par un pavillon général une responsabilité lourdement engagée dans chaque cas particulier.

## DEUXIÈME QUESTION

### LES COLITES ULCEREUSES GRAVES NON AMIBIENNES

**I. L'étiologie, la symptomatologie, le diagnostic et la thérapeutique médicale.** — MM. GALLART-MONES et DOMINGO SANJUAN (Barcelone). Il faut rapporter la maladie à une origine toxi-infectieuse, puisqu'on ne peut pas trouver de facteurs d'ordre constitutionnel ou fonctionnel acquis qui agissent comme cause déterminante ou même coadjuvante de la maladie.

On ne peut distinguer de liens épidémiologiques qu'en montrant une contagion directe.

Parmi les espèces microbiennes considérées comme agents étiologiques, il y a lieu de noter celles appartenant au groupe des streptocoques. Mais ce qui attire l'attention lors des examens bactériologiques, c'est la petite quantité de germes existants. Les cultures permettent d'isoler un diplostreptocoque qui, par son action sur l'hémoglobine, ses caractéristiques de culture et ses propriétés biochimiques doit s'identifier au streptocoque mitis.

Si l'on inocule au lapin le produit de curettage de la muqueuse de malades atteints de colite ulcéreuse, on produit une maladie expérimentale qui ressemble à celle que déterminent les germes seuls. Cette maladie peut se produire en série, fait qui démontre qu'elle est provoquée par un virus filtrable. Mais ce virus peut se trouver aussi chez les sujets sains et le fait diminue la valeur de cette rencontre comme cause unique de la maladie.

Au point de vue diagnostic, la colite ulcéreuse présente un tableau clinique et des images rectoscopiques très caractéristiques. La radiologie est aussi un grand élément de diagnostic. Les complications les plus fréquentes sont la polypose recto-sigmoïdienne, la polypose diffuse étendue à tout le colon, la sténose de la sigmoïde, la dégénérescence néoplasique et la perforation.

L'évolution peut revêtir la forme aiguë ou chronique : la première est d'une malignité extraordinaire, la deuxième peut guérir, mais ses caractéristiques sont les récidives et les complications.

La thérapeutique est peu efficace et il faut se contenter de lutter contre les symptômes.

M. SNAPPER (Amsterdam). La colite ulcéreuse grave ou colite suppurative doit se définir comme une inflammation du colon accompagnée de formations ulcéreuses sans que l'agent causal de ces ulcérations soit cependant connu. L'affection offre un tableau clinique typique.

Le diagnostic repose sur l'anamnèse, l'examen macroscopique et microscopique des selles (diarrhée avec sang, mucus et pus), l'anémie accompagnée d'une image typique des côlons et d'une vitesse de sédimentation accélérée, la rectoscopie, l'image radiologique typique de l'intestin après lavement baryté.

Le repos au lit, avec régime fortifiant et facilement digestible, application de chaleur sur le ventre, paraissent être les facteurs principaux du traitement. L'influence curative des médicaments, lavements et vaccinations préconisées ne doit pas être surestimée. Toutes les méthodes n'ont aucun effet s'il s'agit d'un cas grave où le colon ascendant



est atteint. Par contre, comme presque tous les cas où la cœlite ulcéreuse se limite au rectum et au côlon ascendant ont un pronostic favorable, la guérison ne peut être considérée comme preuve de l'efficacité d'une méthode.

Dans les cas graves, l'interniste est souvent obligé de demander la collaboration du chirurgien.

**II. Radiologie.** — M. V. DALL ACQUA (Milan). Les altérations inflammatoires du côlon dont le substratum anatomique consiste en des modifications structurales de la muqueuse, ne peuvent être décelées radiologiquement que par l'étude des surfaces coliques internes. La variabilité des tableaux radiologiques dans les cœlites, même en présence d'altérations anatomo-pathologiques identiques, s'explique par l'influence qu'exercent les facteurs fonctionnels. Dans les reliefs radiologiques, les altérations des composants morphologiques de la muqueuse sont d'autant plus évidentes et grossières que la réaction inflammatoire de la muqueuse interne est plus intense. Les inflammations légères n'offrent pas de caractère différentiel suffisant ; par contre, les cœlites ulcéreuses graves entraînent dans la paroi interne de telles modifications de structure que leur vérification radiologique est possible. L'interprétation des images sensées être dues à des pertes de substances pariétales doit être confirmée par des contrôles anatomo-pathologiques pratiqués selon les procédés de Forssell. Les cœlites spécifiques n'entraînent pas d'altérations du relief interne qui soient pathognomoniques. De même les anomalies de la motilité dans la sphère du gros intestin ne sont guère pathognomoniques d'une altération inflammatoire du côlon.

**III. Anatomo-pathologie.** — M. B. VINTRUP (Copenhague). C'est à l'autopsie que l'on peut le mieux étudier l'extension et l'intensité du processus ulcéreux. Les modifications anatomo-pathologiques sont confinées principalement dans le gros intestin. Les couches intérieures de la muqueuse et de la sous-muqueuse sont remplacées par un tissu granuleux se plaçant sur la musculaire dénudée, avec quelques îlots constitués par des résidus membraneux. L'enveloppe extérieure du côlon est entreprise à un degré moindre, la musculature étant œdémateuse et hyperémique. Il faut exécuter l'examen des organes immédiatement après la mort, car la décomposition modifie profondément l'enveloppe intérieure.

Du point de vue histologique, la lésion de la cœlite ulcéreuse est primitivement une affection de la membrane muqueuse avec irritation de l'épithélium. La formation d'érosions dues à l'invasion et à la destruction des voûtes par des leucocytes constitue un phénomène précoce dans le développement progressif de cette maladie.

Contrairement à l'opinion, on trouve aux bords des ulcères de grandes quantités de leucocytes, une zone avec nécrose fibreuse, une zone de tissus congestionnés et ensuite une zone de sous-muqueuse sans processus apparent. La musculaire reste bien conservée pendant longtemps. Dans les cas aigus toutefois, la musculaire dénudée est également attaquée : tissu œdémateux, vaisseaux dilatés, accumulation de leucocytes, et les cellules musculaires subissent des modifications dégénératives. La séreuse est lésée à des degrés divers, généralement hyperémique. Dans les cas chroniques un tissu granuleux, riche en fibrilles, remplace la sous-muqueuse sur la musculaire dénudée. Les bords des ulcères deviennent nets et se couvrent d'épithélium.

**IV. Biochimie.** — M. F. GOIFFON (Paris). L'aspect biochimique des cœlites ulcéreuses est dominé par les modifications subies par les selles. Les ulcérations livrent à l'intestin des produits anormaux que l'analyse chimique doit déceler quand ils ne sont plus visibles à l'œil nu, et qu'ils sont intimement mélangés aux matières. C'est d'abord le sang, dont de nombreuses méthodes révèlent la présence.

Celles qui sont basées sur la recherche des porphyrines, soit formées *in vitro* aux dépens du sang des selles, soit formées *in vivo*, par les putréfactions, offrent un grand intérêt.

Les albumines dissoutes sont mises en évidence par les procédés, dus à l'auteur, qui permettent d'apprécier leur degré de transformation. Le pus est reconnu par la recherche de la catalase.

D'autres modifications doivent être recherchées dans les selles, traduisant soit des anomalies de la digestion, de la flore microbienne et de ses produits, soit une cœlite banale surajoutée, qu'il importe de reconnaître, et de soigner à cause de leur retentissement néfaste sur les ulcérations elles-mêmes.

Les modifications des humeurs de l'urine, ne sont qu'accessoires, et résultent plus des symptômes surajoutés que des ulcérations elles-mêmes.

**V. Thérapeutique chirurgicale.** — M. DONATI (Milan). Les cœlites ulcéreuses graves, rebelles aux cures médicales, sont susceptibles du traitement chirurgical à la condition qu'il soit précoce. Le traitement chirurgical est aussi indiqué dans les différentes complications et suites desdites cœlites.

Il faut considérer deux sortes d'interventions : 1. les *indirectes*, pour la cure des « foyers », présumés ou démontrés comme causes de la cœlite, pouvant intéresser la bouche et les dents, l'estomac et le duodénum, l'appendice, le côlon même, le rectum, le péritoine, la vésicule biliaire, l'utérus et les annexes, les organes urinaires ; 2. les *directes*, sur le côlon même. Ces dernières interventions sont : a) les entérostomies, fistules intestinales ayant pour but des lavages du côlon, ou anus artificiel pour l'exclusion totale de l'intestin malade et la dérivation des matières ; b) les anastomoses et les exclusions intestinales : iléosigmoïdostomies, iléo-transversostomies, typhosigmoïdostomies ; c) les résections du côlon (colectomies partielles). La colectomie totale doit être rejetée.

De nombreuses complications et séquelles sont de la compétence chirurgicale : péritonites, abcès, péricolites, sténoses, néoplasies.

La technique opératoire ne comprend pas de règles spéciales. Les indications constituent le problème le plus important.

Pour les colectomies partielles, l'opération en plusieurs temps, sauf pour les colectomies droites, où l'on préfère la méthode en un temps, est la plus recommandée.

M. LARDENNOIS (Paris). Après avoir constaté que cette affection n'est connue que depuis peu, l'auteur déclare que c'est l'anatomo-pathologie qui doit montrer à la chirurgie son chemin.

L'infection débute par l'épithélium ; mais il ne s'agit pas d'une action spécifique microbienne : c'est le milieu qui est en cause ; la cavité colique, remplie de matériaux infectés, conditionnera l'évolution. Après une période d'hypersecretion, l'épithélium tombe, mettant le chorion à nu. Formation d'ulcérations qui se creusent. Puis on assiste à un processus ulcéro-nécrotique de la muqueuse, à une véritable réparation. Mais ce processus est variable, et en même temps que la réparation apparaît de la sclérose (sous-muqueuse et musculaire) qui suffit à rendre le côlon incapable d'absorption et de transit, d'où obligation d'établir un anus artificiel.

L'amélioration, surtout si le traitement est précoce, peut être définitive ou temporaire. S'il y a rechute, il faut se méfier : l'affection est grave une fois qu'elle est invétérée. Elle donne alors en général 50 % de mortalité, et ceux qui survivent restent infirmes.

Lardennois envisage ensuite les différentes thérapeutiques chirurgicales : fistulisation et anus, colostomie, appendicostomie, caecostomie, iléostomie, qui donnent des amé-



liorations, mais dont les résultats sont cependant bien pitoyables. Pour diminuer les risques, l'auteur a proposé la colostomie à dérivation totale, métacoecale, qui n'est pas toujours possible cependant à cause de l'envahissement. Le résultat paraît amélioré ; le procédé permet de réconforter les patients et de pratiquer la colectomie partielle ou totale. Les malades vivent mieux ensuite qu'avec l'iléostomie.

BECKERS.

## SOCIÉTÉS SAVANTES

### ACADEMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 12 AOUT 1935)

**Action comparée des acides biliaires sur les toxines tétanique et diphtérique : propriétés spéciales de l'acide lithocholique.** — M. LÉON VELLUZ. Dans cette note présentée par M. le Professeur H. Vincent, l'auteur démontre que l'acide lithocholique est l'agent de désintoxication le plus énergique que l'on connaisse à l'égard du poison diphtérique. Cet acide constitue le premier exemple d'une molécule cyclique dont les affinités sont équivalentes pour les deux toxines expérimentées.

**Sur la non-modification de l'activité sympatholytique de la yohimbine par l'introduction d'une double liaison dans la molécule de cet alcaloïde.** — M. Raymond HAMET.

(SÉANCE DU 19 AOUT 1935)

**Action sur les tumeurs, en injections intraveineuses, de produits chimiques solubles dans lesquels le fer est associé à la vitamine C (acide ascorbique).** — MM. Fernand ARLOING, Albert MOREL et André JOSSE RAND.

### SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

(SÉANCE DU 7 JUIN 1935)

**De quelques cas d'ostéite électrolytique.** — M. MASMONTEIL communique quatre cas d'ostéite aseptique survenus après des ostéosynthèses. Au point de vue clinique, les syndromes varient depuis la douleur localisée jusqu'au syndrome de sciatique et à l'abcès ossifluent ; au point de vue anatomo-pathologique, les lésions allaient de l'ostéite localisée condensante à l'ostéite fibreuse kystique et à l'ostéite suppurée avec abcès froid. Les diverses épreuves de laboratoire montrent l'asepsie absolue du matériel ; l'extraction du matériel inoxydable confirme, après la radiographie, l'existence de phénomènes de corrosion localisée des agents de prothèse, phénomènes de corrosion dont la nature électrolytique a été mise en évidence par une série de recherches. L'auteur en tire des conclusions pratiques quant à la fabrication du matériel d'ostéosynthèse.

**Fréquence relative des différentes affections de l'œsophage d'après la statistique des cas observés dans ces dix dernières années.** — M. Jean GUISEZ communique cette statistique portant sur 946 malades, tous examinés par lui sous le contrôle rigoureux de l'œsophagoscope. Sur 905 adultes, 565 (plus de moitié) étaient atteints de cancer de l'œsophage : affection plus fréquente chez l'homme que chez la femme dans la proportion de 1 à 5 ; se développe surtout entre 50 et 65 ans ; cependant 8 malades avaient moins de 30

ans, les plus jeunes 19 et 20 ans ; sièges de beaucoup les plus fréquents : 1/3 moyen et 1/3 inférieur ; dans l'étiologie, le plus fréquemment l'alcoolisme, mais également les chagrins, les dépressions morales ; malades examinés presque toujours à la phase avancée du cancer ; dans 26 cas seulement, on put surprendre la lésion au début ; au point de vue thérapeutique : radiumthérapie dans la grande majorité des cas ; résultats d'autant meilleurs et survie d'autant plus longue que les lésions n'avaient pas dépassé les limites de l'œsophage ; alors la survie peut être de plusieurs années. Les spasmes avec contracture et parfois les sténoses inflammatoires viennent immédiatement après le cancer (259) : aussi fréquents chez l'homme que chez la femme ; dans 67 cas, il y avait grande dilatation de l'œsophage ; à une phase avancée, sténose inflammatoire et sténose véritablement organique ; six avaient été gastrostomisés, et leur bouche stomacale a pu être définitivement fermée. Les 26 cas de diverticules observés étaient presque toujours hypopharyngés (diverticules par pulsion) ; dans 8 cas, 1/3 moyen et 1/3 inférieur (diverticules par traction) : 18 ont été opérés : diverticultomie en deux temps : parmi les malades atteints de sténoses cicatricielles traumatiques, il y avait 35 enfants et 38 adultes : sténoses toujours multiples, la plus serrée siégeant toujours au tiers inférieur ; cas toujours graves : 15 avaient été gastrostomisés. C'est presque toujours la lessive de soude qui peut être incriminée, cinq fois l'ammoniaque, trois fois l'acide chlorhydrique. L'alimentation est redevenue normale par l'endoscopie et surtout l'électrolyse circulaire. Parmi les cas plus rares, trois cas de sténose médicale post-typhique, deux après scarlatine, 8 cas de sténoses valvulaires congénitales observées chez de jeunes enfants, 5 cas de varices œsophagiennes, une paralysie de l'œsophage. A noter, enfin, l'absence de sténose syphilitique dont on parlait beaucoup autrefois (diagnostic fait par élimination).

**Hernie diaphragmatique de l'estomac. Variété antrale, droite, rétrohépatique.** — M. P. LE GAC. Il s'agissait d'un enfant de 9 mois, vomissant, très émacié, squelettique, dont l'estomac était formé de deux poches en diagonale, l'une droite, rétrohépatique, sus-diaphragmatique, l'autre, gauche, en position normale ; celle-ci se remplissait la dernière et ne se vidait pas. L'auteur a tenté l'intervention *in extremis* ; il a pu se rendre compte du siège exact de l'orifice herniaire, et de l'impossibilité de la réparation, quelle que soit la voie d'abord utilisée. Il propose, dans un cas semblable, de se borner à faire une dérivation gastro-intestinale sur la poche inférieure pour assurer son évacuation.

**Volumineuse tumeur pararénale (3 kilogs 500) : sarcome fibroblastique. Pyélographie pré et post-opératoire.** — M. Pierre LE GAC. L'ablation de cette tumeur fut laborieuse, le rein fut laissé en place. La comparaison des pyélographies pré et post-opératoire montra que le rein, l'uretère et le bassinet avaient retrouvé leur situation et leur aspect normaux après l'ablation de la tumeur. Dans de telles tumeurs, il vaut toujours mieux compléter l'intervention par une néphrectomie, pour mettre plus sûrement le malade à l'abri de la récidive ; il est préférable de vider complètement la loge rénale.

**Les accidents toxiques post-opératoires, en particulier chez les prostatiques âgés et tarés. Traitement curatif. Traitement prophylactique.** — MM. G. NORA et Max LÉVY présentent d'abord des considérations générales sur la toxémie post-opératoire précoce et tardive et montrent le polymorphisme parfois si trompeur de ces accidents. Ils étudient le mécanisme de ces troubles toxiques, dont les quatre éléments principaux sont : 1° les troubles du métabolisme azoté ; a) troubles quantitatifs (désassimilation azotée, poussée d'urémie) ; b) troubles qualitatifs (augmentation de



l'azote dans le sang) ; 2° les troubles du métabolisme du chlore : a) appel du chlore vers la zone opérée ; b) hypochlorurie ; c) hypochlorémie sanguine portant surtout sur les globules rouges ; 3° les troubles de l'équilibre acide-base ; 4° poussée d'hyperglycémie post-opératoire. Ils indiquent le traitement qu'ils ont établi sur ces données et dont la base est la rechloruration de l'organisme. Celle-ci est pratiquée avec une solution de sérum salé à 4 %. Les auteurs injectent d'emblée 500-cc. de solution, soit 20 gr. de sel ; cette dose peut être portée dès le premier jour à 30 ou 40 gr. par une deuxième injection administrée 8 à 12 heures après la première. La durée du traitement et la quantité de sel injecté doivent être réglées d'une part, par la clinique et d'autre part par le laboratoire. L'expérience montre que, d'une façon générale, il faut injecter 20 à 40 grammes de sel le premier jour, 10 à 30 le deuxième, 5 à 20 le troisième et même poursuivre le quatrième et le cinquième jour. En cas de poussée d'hyperglycémie, instituer un traitement par l'insuline. L'acétonurie sans hyperglycémie disparaîtra par l'administration de glucose, etc... Les auteurs rapportent 16 observations commentées d'opérations graves des voies urinaires et en particulier des prostatectomies chez des malades âgés et tarés et qui ont subi un traitement prophylactique et curatif d'après les données précédentes. Les résultats ont été particulièrement favorables. Ils concluent que : la rechloruration post-opératoire systématique sous le contrôle du laboratoire, élargit donc avec sécurité le cadre des indications opératoires en urologie.

M. R. BONNEAU emploie le sérum hyperchloruré intra-veineux à titre préventif, dès la fin de toutes les laparotomies graves, surtout chez les malades qui ont vomi.

(SÉANCE DU 21 JUIN 1935)

**Etude sur un procédé de rénovation épidermique.** — M. DUFOURMENTEL fait un rapport sur un travail adressé par M. Lagarde (de Paris) et qui est intéressant par l'analyse du mécanisme intime de la cicatrisation et de la régénération tégumentaire. D'autre part, il fait apparaître les dangers des larges destructions escharrotiques de la peau et leurs complications possibles, parfois graves. Par contre, il montre que peut-être un espoir apparaît de combattre efficacement les cicatrices pathologiques ou chirurgicales.

**La restauration chirurgicale des graves brûlures de la face.** — M. DUFOURMENTEL fait un rapport sur ce travail adressé par le prof. Sanvenero-Rosselli (de Milan) et qui constitue une sorte de mise au point pour 1935 des différents traitements de réparation employés par lui en cas de brûlures graves de la face. Successivement, les greffes de remplacement par déplacement de voisinage, par lambeaux pédiculés sous leurs différentes formes, par transport à distance (lambeaux à migrations successives), enfin, les différentes greffes libres sont passées en revue. Des figures très démonstratives justifient l'exposé de l'auteur et illustrent de façon saisissante la description des terribles mutilations faciales consécutives aux brûlures.

**Plaies œsophagienne et trachéale par os de poulet. Phlegmon périœsophagien. Guérison.** — M. GUISEZ fait un rapport sur cette observation de M. Bellanger (de Paris). Il s'agissait d'un cas de phlegmon périœsophagien à forme gangréneuse dû à la déglutition d'un os de poulet. L'opération externe, largement faite, a amené la guérison. L'examen aux rayons X avait donné un résultat négatif. Le rapporteur insiste sur le peu de valeur qu'ont souvent ces explorations aux rayons X lorsqu'il s'agit d'un petit os et sur la nécessité qu'il y a toujours, en pareil cas, de faire une œsophagoscopie pour prévenir de semblables et graves com-

plications infectieuses ; celles-ci se produisent, en effet, de façon précoce lorsqu'il s'agit de corps étrangers septiques tels qu'un petit os ou une arête.

**Fibrome musculaire développé au niveau des insertions scapulaires du muscle grand dentelé.** — M. GASNE fait un rapport sur ce cas de fibrome enlevé par M. BELLANGER (de Paris). La tumeur avait 17 centimètres de long sur 13 cm. de large et était développée au niveau du bord spinal de l'omoplate droite, dans les insertions du grand dentelé. L'omoplate était repoussée en arrière et en dehors mais complètement indépendante de la tumeur. Le rapporteur signale un cas de fibrome musculaire qu'il a opéré : celui-ci, pris au début de son développement, siégeait dans la partie supérieure du bord inféro-externe du trapèze.

**Contribution à l'étude des occlusions aiguës, précoces, post-opératoires du grêle (causes, diagnostic, traitement), à propos de six observations personnelles.** — M. Pierre LAURENT. Ces six cas d'occlusions aiguës du grêle se produisent : trois après laparotomie pour affections gynécologiques non suivies de drainage ; deux après appendicites aiguës drainées ; une après hystérectomie élargie pour cancer du col, drainée par Mikulicz. L'auteur insiste sur la difficulté du diagnostic lorsque l'occlusion se produit durant la phase d'atonie post-opératoire normale. L'emploi systématique de la fistulisation du grêle et de la rechloruration prolongée lui a donné quatre guérisons.

**Ulcus à forme rare du duodénum.** — M. G. LUQUET communique l'observation d'un ulcus duodénal ayant à peu près complètement détruit le duodénum, remplacé en haut et en avant par le foie, en arrière par le pancréas, sur une longueur de 1 cm. et demi. Le malade, traité par résection, guérit. A ce propos, l'auteur insiste sur certains points concernant la section, la fermeture du duodénum et sur la question de l'anastomose ainsi que sur celle du drain.

**SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET BIOLOGIQUES de Montpellier et du Languedoc méditerranéen**

(SÉANCE DU 7 JUIN 1935)

**La pression pleurale.** — M. L. BAILLET expose les résultats d'une étude expérimentale de la pression pleurale qui a fait l'objet d'une thèse de doctorat ès sciences.

Ayant enregistré graphiquement, à la fois la pression pleurale chez le lapin, et la ventilation pulmonaire par l'intermédiaire d'un masque, le docteur Baillet a montré :

1° Que la ventilation pulmonaire était d'autant plus active que la pression pleurale était inférieure à la pression atmosphérique. On peut en conclure que, physiologiquement, le « vide pleural » n'a pas seulement pour effet de rendre l'expiration passive, mais qu'il doit être considéré comme un artifice mécanique destiné à augmenter le rendement de l'appareil respiratoire.

2° Que le « vide pleural » n'est pas indispensable à la vie, mais qu'il est nécessaire que la pression pleurale ne s'élève pas au-dessus de la valeur de la pression atmosphérique à la fin de l'expiration. D'où il s'ensuit qu'au cours du pneumothorax artificiel, c'est la valeur de la pression maxima expiratoire qu'il faut apprécier et non la pression moyenne.

3° Que si l'on fait varier la pression barométrique ambiante, la pression pleurale varie en sens inverse. Dans un caisson à surpression, la pression pleurale s'abaisse. Dans un caisson à dépression ou à l'altitude, la pression pleurale s'élève.

Ces résultats inattendus n'avaient jamais été constatés. Les travaux de Baillet confirment le bien-fondé de la théorie classique de Donders sur le « vide pleural », en en tirant



LABORATOIRES CARTERET

# Tonique Cardiaque Diurétique Puissant

avec

tous les principes actifs  
de l'Adonis vernalis

---

*Pas d'Accumulation*

---

*Pas d'Accoutumance*

---

*Pas toxique*

---

*Agit vite*

Pas d'accoutumance - Agit vite - Pas d'accumulation

**DIURÈNE**  
"Extrait total" d'ADONIS VERNALIS

CARDIOPATHIES - ARTÉRIO-SCLÉROSE  
NÉPHRITES & CIRRHOSSES  
OEDÈMES &  
ASCITES

LIQUIDE      PILULES

Posologie : 2 à 6 cuillerées à café  
ou 4 à 12 pilules par jour.

Echantillons et Littérature : 15, RUE D'ARGENTEUIL, PARIS

des conséquences qui avaient échappé aux cliniciens et que seule l'expérimentation physiologique pouvait permettre d'entrevoir.

(SÉANCE DU 14 JUIN 1935)

**Tares mentales et anomalies capillaires.** — MM. EUZIÈRE, LAFON et TOYE. Cette étude est basée sur l'observation de 200 adultes : 50 intellectuels, 25 idiots, 25 imbéciles, 25 débiles mentaux, 25 déments précoces, 25 épileptiques et 25 malades présentant plusieurs tares psychiques et des troubles endocriniens. Les plus grosses anomalies se trouvent chez ces derniers et les idiots. Dans les autres cas, il y a peu de différence d'un groupe à l'autre et l'on trouve en moyenne 30 % de malformations capillaires.

Les auteurs rappellent l'indépendance relative du système capillaire cutané et du système nerveux, malgré leur même origine embryologique, et insistent au contraire sur ses relations avec l'état physico-chimique et hormonal du milieu sanguin et tissulaire. Ils ne pensent pas qu'on puisse, chez l'enfant, considérer la capillaroscopie comme un moyen de triage, mais ils l'envisagent simplement, comme un complément d'observation susceptible d'orienter le traitement des enfants arriérés et débiles.

**Epilepsie et troubles vaso-moteurs périphériques.** — MM. EUZIÈRE, CASTAGNE, LAFON et FASSIO.

**Paralysie professionnelle du nerf sciatique poplite externe.** — MM. EUZIÈRE, LAFON et FASSIO rapportent l'observation d'une malade qui après être restée accroupie pendant deux journées de travail pour ramasser et mettre en paniers des oranges a présenté une paralysie du sciatique poplite externe gauche. Ils rapprochent cette observation des deux observations récentes de MM. Guillain, de Sèze et Blondin-Walter, ils pensent que le nerf a été pincé entre le péroné et le tendon du biceps crural et insistent sur l'intérêt médico-légal de ces paralysies.

**Deux cas de purpura hémorragique au cours de la chrysothérapie.** — MM. GAUSSEL, FOURCADE et BÉNAU.

**Tuberculose et grossesse. Avortement thérapeutique.** — MM. GAUSSEL, FOURCADE et BÉNAU.

**Oléochrysothérapie. Résultats cliniques immédiats observés au sanatorium Bon Accueil.** — MM. GAUSSEL et BÉNAU.

**Essais de réalisation d'hypervitaminose C chez le cobaye et le lapin.** — MM. VILLARD, VIALLEFONT et DIACONO. Les données relatives à l'hypervitaminose C sont rares. Expérimentant sur le lapin et le cobaye, les auteurs ont recherché les troubles oculaires qui pouvaient éventuellement se déclarer chez de tels animaux soumis 4 mois durant à une injection quotidienne de 5 cc. d'acide ascorbique à 2 %. Ils ont constaté :

a) Chez le lapin, des ecchymoses sous-conjonctivales fugaces sans aucune autre manifestation locale qui pût être décelée à la loupe, à l'ophtalmoscope ou à la lampe à fente. Par ailleurs, aucun trouble des différents appareils ; l'accroissement pondéral et statural se poursuivirent normalement.

b) Chez le cobaye, une teinte brun olive des sclérotiques, accompagnée de troubles du pelage, de troubles digestifs (anorexie, diarrhée sanglante) avec un arrêt plus net du développement pondéral et un abaissement relatif du taux moyen de la calcémie (0,069 au lieu de 0,076). Radiographiés avant et après la mise au régime hypervitaminé C, les clichés n'ont pas permis de vérifier la raréfaction osseuse des membres, mentionnée par quelques auteurs, pas

plus que ne furent retrouvées l'exophtalmie et les hémorragies oculaires également signalées.

De plus, on ne constata rien, même à la lampe à fente, qui pût étayer l'hypothèse d'une cataracte par hypervitaminose C.

**Grefe de la cornée chez le lapin et vitamine A.** — MM. VILLARD, VIALLEFONT et DIACONO ont observé les bons effets des instillations locales de vitamine A dans les opérations de greffe de la cornée chez le lapin.

**Lithiase biliaire non infectée perforée en péritoine libre.** — MM. MASSABUAU, GUIBAL et GUIGNOT rapportent une observation très complète de lithiase biliaire non infectée perforée en péritoine libre. L'intervention faite à la 48<sup>e</sup> heure montre une perforation vésiculaire donnant issue à plusieurs centaines de calculs.

Exitus le 6<sup>e</sup> jour dû à une complication pulmonaire, l'examen nécropsique ne montre aucune lésion inflammatoire péritonéale.

Les auteurs insistent sur la gravité du pronostic et sur la rareté des perforations mécaniques et en péritoine libre.

(SÉANCE DU 21 JUIN 1935)

**A propos d'un cas d'hémiplégie post-comitiale.** — MM. L. RIMBAUD, G. ANSELME MARTIN et CADILHAC relatent le cas d'une hémiplégie gauche en contracture survenue brusquement chez un sujet jusqu'alors bien portant. Après aggravation passagère avec coma, ce syndrome se dissipe en 48 heures, mais le lendemain survient une crise comitiale typique suivie d'un état de mal. Les auteurs pensent qu'il pourrait s'agir d'une hémiplégie post-comitiale bien que les phénomènes de déficit consécutifs au paroxysme épileptique soient rarement aussi marqués qu'ici.

**Chancre de la langue atypique.** — MM. J. MARGAROT, P. RIMBAUD et SAUVY.

**Coma progressif avec hémiplégie chez un paralytique général. Guérison totale par la continuation systématique du traitement spécifique.** — MM. MARGAROT, P. RIMBAUD et ROCHE. Lors de la reprise d'un traitement spécifique, apparition progressive d'une hémiplégie : début par la face, et extension au membre supérieur, puis au membre inférieur. En une semaine un coma complet s'installe, une énorme escarre sacrée se développe en 24 heures signant la gravité du pronostic.

Le traitement par l'hydroxyde de bismuth est toutefois continué, systématiquement, même au cours du coma, qui se prolonge quatre jours. Trois semaines plus tard le malade sort de l'hôpital ne conservant aucune séquelle de l'oblitération temporaire de sa sylvienne.

(SÉANCE DU 28 JUIN 1935)

**Corps étranger (dentier) de la bouche de l'œsophage.** — M. J. BALMES.

**Névrite ascendante et épilepsie.** — MM. EUZIÈRE, LAFON et FASSIO.

**Polynévrite et intoxication mythilique.** — MM. EUZIÈRE, VIDAL, LAFON et FASSIO.

**Troubles oculaires divers et successifs chez une encéphalitique.** — MM. EUZIÈRE, VIALLEFONT et LAFON.

Le Directeur-gérant : D<sup>r</sup> François LE SOURD.





Hypertensions  
ET TOUS ÉTATS  
SPASMODIQUES  
DE LA MUSCULATURE  
LISSE

BENZOATE DE BENZYLE

**OLETHYLE-BENZYLE**

Le seul en **GÉLULES**  
**CAPSULES**  
**MOLLES**

Littérature - Échantillons - Posologie  
LABORATOIRE CENTRAL DE PARIS  
122, Rue du Faubourg Saint-Honoré, Paris

**PHYTO-SPLÉNOL**

Reconstituant - Tonique  
Hémopoïétique - Anti-Toxique

Granulés  
ou Dragées

J. PLÉ DOCTEUR EN PHARMACIE 111<sup>BIS</sup> rue de Turenne PARIS 3<sup>e</sup>

Tout Déprimé  
» Surmené

Tout Cérébral  
» Intellectuel

Tout Convalescent  
» Neurasthénique

est justiciable  
de la :

6, Rue Abel  
PARIS (12<sup>e</sup>)

**NEVROSTHENINE FREYSSINGE**

Gouttes de glycérophosphates alcalins (0,40 par XX gouttes).  
XV à XX gouttes à chaque repas. - **Ni sucre, ni alcool.**



**CHARBON DE PEUPLIER** sous forme de **GRAINS ANISÉS** de **CHARBON TISSOT**  
Humectant, divisent, aseptisent, expulsent.  
et conséquences : MAUVAISES DIGESTIONS, MIGRAINES, LOURDEURS de TÊTE  
DIVISION du **BOL ALIMENTAIRE** HÉMORROIDES, etc. — Une cuillerée à café avalée comme des graines de lin, après chaque repas.  
**CONSTIPATION** Toutes Pharmacies. — Échantillons : PARIS 34, BOULEVARD DE CLICHY (Service 2)



# LIPIODOL LAFAY

THERAPEUTIQUE IODORGANIQUE ET RADIODIAGNOSTIC

Huile iodée à 40%

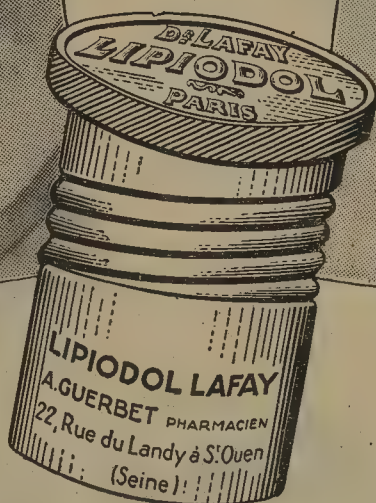
54. centigr. d'iode pur par centi. cube



*Injection intra-utérine  
de Lipiodol*

## POUR COMBATTRE

ASTHME  
ARTÉRIOSCLÉROSE  
LYMPHATISME  
RHUMATISME  
ALGIES DIVERSES  
SCIATIQUE  
SYPHILIS



*Injection intra-fistulaire  
de Lipiodol*

## POUR EXPLORER

VOIES RESPIRATOIRES  
UTÉRUS ET TROMPES  
SYSTÈME NERVEUX  
VOIES URINAIRES  
SINUS NASAUX  
VOIES LACRYMALES  
ABCÈS ET FISTULES

AMPOULES, CAPSULES,  
EMULSION, COMPRIMÉS

**A. GUERBET & C<sup>IE</sup>**

Pharmacien

Ex-interne des Hôpitaux de Paris

22, Rue du Landy

St-OUEN (près Paris)

### Dosage :

1 cm<sup>3</sup>, = 0 gr. 54 d'Iode

1 capsule

1 cuiller à café  
d'émulsion

} = 0 gr. 20  
d'iode

1 comprimé = 0. gr. 04 d'iode

LIPIODOL à 20%

LIPIODOL à 10% Ascendant



*La Lancette Française***GAZETTE DES HOPITAUX****CIVILS ET MILITAIRES****PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI****ADMINISTRATION ET RÉDACTION :****49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6<sup>e</sup>. Tél. : Danton 48-31.****PUBLICITE : M. A. THIOLLIÉ, 416, boulevard Raspail, PARIS (6<sup>e</sup>) - Téléph. : Littré 54-93.****PRIX DE L'ABONNEMENT****FRANCE**

3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.

*Etudiants : 25 francs par an.*

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

**ETRANGER**

Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.

Tous les autres pays : 75 francs.

**SOMMAIRE****XI<sup>e</sup> SESSION DE L'ASSOCIATION INTERNATIONALE POUR LA PROTECTION DE L'ENFANCE.** (Compte rendu, par M. J. HUBER.)**PRATIQUE MÉDICALE****REVUE DES THÈSES****LIVRES NOUVEAUX****NOTES POUR L'INTERNAT***Entorses du genou (suite).***INFORMATIONS**

**HOSPICE MIXTE DE COULOMMIERS.** — Un concours pour la nomination d'un interne titulaire et d'internes provisoires, à l'hôpital de Coulommiers (Seine-et-Marne), aura lieu le samedi 28 septembre 1935, à 15 h.

Pour tous renseignements, s'adresser à l'économe de l'hôpital. Les candidats devront, notamment, être de nationalité française, non mariés et pourvus de 12 inscriptions au minimum. Ils devront faire parvenir leur demande pour le 25 septembre au plus tard.

**SERVICE DE SANTÉ DES TROUPES COLONIALES.** — A la suite des concours institués par la circulaire ministérielle du 15 avril 1935 (B. O. G., p. 501) sont nommés :

1<sup>o</sup> Médecin des hôpitaux coloniaux : M. le médecin capitaine Carrière, du dépôt des isolés coloniaux.

2<sup>o</sup> Chirurgien des hôpitaux coloniaux : M. le médecin capitaine Long, du dépôt des isolés coloniaux.

**MARINE.** — Les médecins de 1<sup>re</sup> classe dont les noms suivent sont autorisés à subir les épreuves des concours annoncés au *Journal officiel* du 4 janvier 1935 pour les emplois de chargés de cours dans les écoles de médecine navale qui auront lieu à Toulon aux dates indiquées ci-après :

*Ecole principale du Service de santé de la marine* (18 septembre 1935). — I. Pathologie interne, séméiologie médicale, thérapeutique : MM. Simon, médecin résident à Cherbourg; Bourret, médecin résident à Rochefort; Carles, en service à Brest.

II. Pathologie externe, séméiologie chirurgicale, accouchements : MM. Fougéat, assistant de chirurgie à Brest;

Parneix, assistant de chirurgie à Cherbourg; de Tanouarn, en service à Guérigny.

(19 septembre 1935). — III. Anatomie descriptive et chirurgicale, embryologie, médecine opératoire : M. Le Breton, assistant de chirurgie à Toulon.

*Ecole annexe de Brest.* — IV. Physiologie, séméiologie : MM. Monnier, en service à Calvi; Larc'hant, en service à Hyères.

(20 septembre 1935). — *Ecole annexe de Toulon.* — V. Anatomie : MM. Dayde, en service à Toulon; Rigaud, médecin-major Béarn.

Ces officiers devront être rendus à Toulon la veille du jour fixé pour le commencement des épreuves.

**SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE GYNÉCOLOGIE.** — Comme chaque année la séance de rentrée de la Société française de gynécologie se tiendra pendant le Congrès de chirurgie et sera réservée à la chirurgie gynécologique.

Cette séance aura lieu le mardi 8 octobre, à 17 h., 95, rue du Cherche-Midi.

Les médecins français ou étrangers, non membres de la Société française de gynécologie, qui désireraient y assister ou présenter une communication et profiter de la réduction sur les transports sont priés de s'adresser à M. le docteur Maurice Fabre, 6, rue du Conservatoire, Paris (IX<sup>e</sup>).

**COURS DE PRATIQUE CHIRURGICALE OTO-RHINO-LARYNGOLOGIQUE** du professeur Georges Portmann, donné à Paris (hôpital de la Croix-Rouge, 8, square des Peupliers et hôpital de la Glacière, 35, rue de la Glacière) du jeudi 17 octobre au mercredi 23 octobre 1935, avec la collaboration du docteur J. Auzimour, du professeur agrégé Despons et du docteur Paul Leduc.

Ce cours essentiellement pratique comprend des séances opératoires de démonstration. Chaque assistant sera indivi-

**DIGITALINE NATIVELLE**LABORATOIRE NATIVELLE, 27, Rue de la Procession, PARIS (XV<sup>e</sup>)

duellement initié aux détails de la technique chirurgicale et de l'anesthésie.

Ces séances opératoires seront précédées d'un exposé théorique, après examen de malades, accompagné de projections et de films cinématographiques.

Droit d'inscription : 250 fr.

Les inscriptions seront reçues chez le professeur G. Portmann, 25 bis, cours de Verdun, à Bordeaux.

**NÉCROLOGIE.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. Léon Frédéricq, professeur émérite de physiologie à l'Université de Liège, doyen de l'Académie royale de médecine, membre titulaire de l'Académie royale des sciences, des lettres et des beaux-arts de Belgique, membre correspondant de l'Institut de France.

— Nous apprenons aussi la mort de MM. les docteurs Sénivac (de La Teste), H.-J. Raynaud (de Lyon), Guillaume Civel (de Brest), Albert Roudain (de Jarnages); Mouret, inspecteur honoraire des Enfants-Assistés du Rhône.

## LIVRES NOUVEAUX

**Traitement des fractures et luxations des membres (1),** par JACQUES LEVEUF, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital Bretonneau, et Ch. GIRODE, R.-Ch. MONOD, chirurgiens des hôpitaux de Paris. Préface du professeur Pierre Delbet.

La nouvelle édition de ce livre a été entièrement refondue, il a conservé son caractère essentiellement pratique, la longueur du texte est la même, mais l'illustration est plus abondante, ce qui facilite la description des opérations, celle des divers appareils et leur mise en place.

Le but essentiel des auteurs qui ont pratiqué ces méthodes de traitement et les ont enseignées dans des cours pratiques est de démontrer qu'avec un traitement orthopédique bien conduit on arrivera le plus souvent à d'excellents résultats dans le traitement des fractures. On trouvera donc dans ce manuel toutes les notions récentes de ce traitement orthopédique, y compris les principes les plus élémentaires qui ne sont pas toujours les moins utiles à consulter.

Le traitement doit dans certains cas céder le pas à l'intervention sanglante et la technique générale des divers procédés d'ostéosynthèse est alors exposée avec le plus grand soin, accompagnée de figures démonstratives.

Ces indications opératoires dont l'usage est devenu courant ont pris une place plus grande dans cette édition.

La première partie de ce livre est consacrée aux fractures. Elle débute par un important chapitre de généralités. 1° Sur le traitement orthopédique (Premiers secours, Immobilisation, Etapes du traitement, Surveillance du blessé en traitement); 2° Sur le traitement sanglant des fractures fermées (Anesthésie, voies d'abord, réduction avec ou sans ostéosynthèse, soins postopératoires). Toutes les indications utiles concernant l'outillage, les diverses méthodes et les techniques sont indiquées; puis pour chaque cas envisagé: épaule, coude, avant-bras, etc., etc., les auteurs indiquent le traitement d'urgence, le traitement définitif et le traitement sanglant.

Un chapitre est consacré au traitement des fractures ouvertes.

(1) In-8 de 442 pages avec 313 figures. — Prix : 50 fr. — Paris, Masson et C<sup>ie</sup>.

La deuxième partie traite des luxations. Les auteurs indiquent pour chaque cas particulier comment réduire, comment maintenir la réduction, comment rendre à l'articulation sa souplesse.

Ainsi peut-on se rendre compte de l'intérêt que présente la nouvelle édition de ce livre, dans lequel les auteurs ont réussi à adapter les derniers perfectionnements de la technique aux besoins de la pratique courante.

L. G.

**Le diagnostic des phlébites des membres (1),** par M. AUDIER, Chef de Clinique Médicale adjoint à la Faculté de Médecine de Marseille.

Les problèmes pathogéniques et cliniques que posent les phlébites des membres sont à l'ordre du jour. De nombreux travaux épars dans des communications et ouvrages récents prouvent l'intérêt que soulève la question des thromboses veineuses pour les chirurgiens, les accoucheurs et les médecins spécialisés ou non. L'auteur a voulu faire œuvre utile au praticien, comme au chercheur en groupant ces travaux et en les envisageant d'un même point de vue à la fois clinique et physiopathologique.

Il fait en effet une étude clinique minutieuse des phlébites des membres dans laquelle il insiste sur la façon pratique d'envisager leurs complications et leurs séquelles. Ce chapitre des séquelles est riche en données nouvelles et contient entre autres une description originale des séquelles artérielles dont les indications thérapeutiques sont essentielles.

Le diagnostic précoce des phlébites est le but vers lequel tendent accoucheurs et chirurgiens. L'auteur a longuement exposé les données actuelles de ce diagnostic en lui ajoutant le résultat de son expérience personnelle sur le Test d'Aldrich et Mac Clure.

Enfin dans un chapitre étiologique, les phlébites puerpérales, chirurgicales et médicales sont rapprochées dans un essai de synthèse des idées modernes sur ces affections. Des chapitres étiologiques nouveaux tels que les phlébites méliococciques et les phlébites boutonneuses portent la marque de l'orientation de l'Ecole marseillaise vers la pathologie méditerranéenne.

L'auteur s'est attaché à donner de chaque symptôme une explication physiopathologique en accord avec les idées modernes sur la pathologie vasculaire et en particulier sur le rôle du spasme veineux, notions dont le traitement des phlébites ne peut que bénéficier.

La fréquence des phlébites étant beaucoup plus grande depuis quelques années on conçoit l'intérêt de cette étude clinique détaillée en vue d'un diagnostic précoce et précis.

L. G.

(1) In-8 de 180 pages. — Prix : 25 fr. — Paris, G. Doin et C<sup>ie</sup>.

## RENSEIGNEMENTS

ANCIENNE CLIENTÈLE première ville thermale  
Est à céder. Urgence. — Ecrire : Thiollier,  
116, boulevard Raspail, Paris, qui transmettra.

**OUATAPLASME** du D<sup>r</sup> L'ANGLEBERT  
PANSEMENT COMPLET  
Phlegmasie, eczémas, brûlures, etc

Toux  
Oyspnée

**IODEINE MONTAGU**

Strop  
Granules

**CROSNIER**

Cure  
sulfureuse





LABORATOIRE NATIVELLE

27, Rue de la Procession, PARIS 15

# OUABAÏNE ARNAUD

Seul produit ayant servi aux essais cliniques et aux observations des Professeurs et Docteurs : VAQUEZ et LUTEMBACHER, CLERC, AUBERTIN, LIAN, LAUBRY et PEZZI, etc.

Seul produit dont les constantes physico-chimiques, les essais physiologiques et les toxicités ont été publiés, donnant ainsi au Corps Médical toute garantie d'action et de sécurité.

## INDICATIONS

Insuffisances cardiaques  
Asthénie du myocarde  
Arythmies - Tachycardies

## FORMES

Solution à Quatre pour mille  
Comprimés à Un milligramme  
Ampoules au 1/2 milligr. pour injections intramusculaires  
Ampoules au 1/4 de milligr. pour injections intraveineuses

DRAEGER

TRAVERSANT L'ESTOMAC SANS SE DÉCOMPOSER

# LUNOZAL

salicylate aluminique basique

**SE DÉDOUBLE**  
sous l'influence  
de l'alcalinité  
intestinale  
en

**ALUMINE  
GÉLATINEUSE**  
ASTRINGENT  
ABSORBANT

**SALICYLATE  
ALCALIN**  
ANTISEPTIQUE  
ANALGÉSIQUE

**DIARRHÉES SAISONNIÈRES**  
**DIARRHÉES DES NOURRISSONS**  
**DIARRHÉES DES TUBERCULEUX**

COMPRIMÉS à 0.50  
TUBE de 20

GRANULÉS à 25%  
FLACON de 90 grs

**SOCIÉTÉ PARISIENNE d'EXPANSION CHIMIQUE**  
— Specia —  
MARQUES DÉPOSÉES PAR P. QUILLET FRÈRES & "USINES DU RHONE"  
86, rue Vieille du Temple, PARIS, 3<sup>e</sup>

DAVILLÉ

## LABORATOIRES CARTERET

LIQUIDE  
et  
COMPRIMÉS

ANTISEPTIQUE GÉNÉRAL

*Sans odeur et non toxique*

# LUSOFORME

*Formol saponiné*

DÉSINFECTANT -- DÉSODORISANT

S'EMPLOIE EN SOLUTION AQUEUSE à 1/4 ou à p. 100 en GYNECOLOGIE, OBSTÉTRIQUE, CHIRURGIE

Échantillon et Littérature : 15, rue d'Argenteuil, PARIS



## XI<sup>e</sup> SESSION DE L'ASSOCIATION INTERNATIONALE POUR LA PROTECTION DE L'ENFANCE

*Bruxelles, 18-21 juillet 1935 (1).*

L'Association internationale pour la protection de l'enfance a tenu à Bruxelles sa onzième session dans le cadre séduisant de la belle Exposition internationale de Bruxelles, près du parc de Laeken. La capitale de la Belgique, siège de l'Association et de l'admirable Œuvre nationale de l'enfance, a vu ces réunions briller d'un très vif éclat, sous l'active impulsion de M. Maquet, directeur général de l'Œuvre nationale, professeur à l'Université de Liège et secrétaire général de l'Association.

Aux côtés de l'éminent Henri Jaspar, ministre d'Etat, président du Congrès, il en a été l'animateur et un succès incontestable a été le couronnement de leurs efforts.

La séance inaugurale fut honorée de la présence de S. M. la reine Astrid. Ce fut un des derniers congrès auquel assista l'infortunée souveraine. On sait avec quelle bonté elle s'intéressait aux œuvres de l'enfance. On entendit un remarquable discours du président Jaspar, une adresse d'une grande élévation de pensée, au nom des délégations étrangères, fut apportée par le président Pierre de Casabianca, ancien président à la Cour de cassation de France, et par M. Bus de Warnaffe, ministre de l'Intérieur de Belgique. Trente nations figuraient au Congrès. Vingt-cinq avaient envoyé des délégations officielles.

### 1<sup>re</sup> PARTIE : Questions à l'ordre du jour

#### 1<sup>re</sup> QUESTION

#### La protection de l'enfant à la campagne

Bornons-nous à signaler l'importante série de rapports préparatoires dus à la compétence et au talent de : Mme la comtesse Carton de Wiart (Belgique), D<sup>r</sup> Cruveilhier et Mlle d'Haussonville (France), D<sup>r</sup> G. Dufort (Bruxelles), D<sup>r</sup> V. Possemiers (Anvers), Gouverneur Bror. C. Hasselrot (Stockholm), D<sup>r</sup> José Lopes Dias (Portugal) et Fernando da Silva Correia (Portugal), J. Borre (Danemark), Professeur Guiseppe Caronia (Rome), D<sup>r</sup> Guiseppe Vidone (Gênes, Italie), D<sup>r</sup> G. Banu (Bucarest), le pasteur Algot Tornquist (Suède), D<sup>r</sup> Solon Veras (Athènes), Institut international américain de la protection de l'enfance, D<sup>r</sup> P.-W. Koppins, Groningue (Hollande).

A l'issue des séances consacrées aux exposés et discussions de ces rapports, les conclusions suivantes ont été adoptées :

Au point de vue médical. — a) Considérant les besoins de l'assistance hygiénique et médicale de l'enfant dans les campagnes, demande qu'en dehors des grandes organisations centrales, soient poursuivies :

1° La création obligatoire de postes d'infirmière-visiteuse dans tous les centres ruraux et, par suite, de fondation d'écoles pour la formation de ces infirmières ;

2° L'obligation pour le fonctionnaire du département de l'hygiène et pour le médecin communal, de suivre des cours de puériculture et de pédiatrie ;

3° L'installation dans les petits centres ruraux d'une salle d'accouchement à laquelle seraient annexés une goutte de lait et un local d'isolement ;

4° La formation, dans tous les petits centres ruraux, de

comités d'œuvres destinés à pourvoir aux moyens d'assistance de celles-ci et à leur contrôle ;

5° Le Congrès propose en outre que les frais de fonctionnement soient couverts spécialement par l'établissement d'un impôt sur les célibataires et ménages sans enfants.

Aux points de vue juridique et social. — 1° Dépister les anormaux dès la première enfance et, à cette fin, généraliser l'usage du carnet médical ;

2° Amender les lois existantes dans le sens d'une extension de la compétence du juge des enfants, jusqu'à l'âge de dix-huit ans ;

3° Généraliser et régler la tutelle de l'enfant naturel et de l'enfant moralement abandonné ;

4° Développer l'activité de délégués, hommes et femmes, pour la protection de l'enfance malheureuse ;

5° Autoriser le juge des enfants, à la demande des organismes publics et privés, à prendre des mesures de garde et d'éducation à l'égard de ces mineurs ;

6° Assurer par le juge des enfants une meilleure application du droit de garde des enfants en cas d'instance de divorce, de divorce ou de séparation des parents ;

7° Faciliter les formalités de l'adoption selon le projet de loi déposé par le ministère de la Justice en Belgique, en 1935 ;

8° Créer une police des enfants, conformément aux vœux rédigés par M. Mets, à la Journée des patronages du 29 juin 1935 ;

9° Au point de vue social, étant donné tout le bien que l'enfant peut retirer du fait d'habiter à la campagne, il est à souhaiter que le mouvement de retour vers la terre soit encouragé et soutenu.

10° Vœu de la Confédération nationale des Syndicats de sages-femmes de France « que la sage-femme ait sa place dans la protection maternelle et infantile comme collaboratrice du médecin dans les consultations prénatales et de nourrissons, pour l'éducation des mères. A la campagne, travaillant comme sage-femme et assistante sociale rurale de protection maternelle et infantile ».

#### 2<sup>e</sup> QUESTION

#### Effets de la crise économique et du chômage sur les enfants et les adolescents

La section s'occupant des effets de la crise économique et du chômage sur les enfants et les adolescents s'est réunie sous la présidence de Mme Woytowicz-Grabinska, rapporteur et déléguée du Gouvernement polonais.

Le point de vue médical a été d'abord discuté, sur la base des rapports présentés par M. le D<sup>r</sup> Timbal, directeur général à l'Administration de l'hygiène ; M. le D<sup>r</sup> Borremans-Ponthière, secrétaire du Comité médical de l'Œuvre nationale de l'enfance, chef du Service de médecine infantile à la clinique Saint-Jean et Elisabeth ; M. le D<sup>r</sup> O. Skjerbaek, inspecteur principal de la Santé publique à Copenhague ; M. le D<sup>r</sup> Eijkel, inspecteur principal de la Santé publique aux Pays-Bas.

La commission a nommé une sous-commission composée de trois rapporteurs, chargés de présenter un projet de résolution ayant trait à cette question.

M. Paolo Gaetano, procureur à la Cour de cassation de Rome, a ensuite pris la parole pour présenter son rapport sur les effets de la crise économique et du chômage sur les enfants et les adolescents.

D'importants rapports ont également été discutés : ceux du sénateur Leredu, ancien ministre (France), de M. A. Horsins, directeur des foyers d'enfants de Copenhague, et de M. Paul Wets, juge des enfants et président de l'Association internationale des juges des enfants.

(1) Association de la Presse médicale française.

Des discussions passionnées ont animé cette section ; à l'issue de ses travaux, elle a fait sanctionner par l'assemblée générale les conclusions suivantes :

Le Congrès international de la protection de l'enfance, après discussion des questions portées à l'ordre du jour de la section, a adopté le projet de résolution suivante :

**En ce qui concerne la santé physique des enfants.** — Grâce sans doute au développement qu'ont pris, depuis la guerre, les services d'hygiène, un accroissement de la mortalité ou une augmentation notable des maladies n'ont pas été constatés ; mais il est désirable d'établir des statistiques aussi complètes que possible et de perfectionner les moyens d'enquête afin de déterminer, de façon précise, les influences pernicieuses de la crise dans les régions industrielles et agricoles.

Dès à présent, il y aurait lieu de prendre des mesures de préservation et de sauvegarde :

a) En coordonnant, afin qu'elles agissent avec le maximum d'efficacité, les œuvres existantes (consultations prénatales avec surveillance de l'alimentation de la femme enceinte et de la mère nourrice, consultations de nourrissons, centres d'élevage, pouponnières, crèches), en organisant la surveillance de l'enfant pendant la période préscolaire, en généralisant et perfectionnant l'inspection médicale scolaire et post-scolaire, afin de la rendre plus efficiente, en multipliant les colonies d'enfants débiles, colonies de vacances, écoles de plein air, etc.

b) En veillant, dès l'école, et à tous les degrés de l'enseignement, à la formation professionnelle et ménagère des jeunes filles, en développant l'éducation ménagère de la mère, afin de lui apprendre, par l'institution de cours gratuits, la diffusion de tracts, etc., à choisir judicieusement des aliments sains, économiques et nourrissants et à les préparer d'une manière convenable.

Comme, dans de nombreux cas, par suite de l'insuffisance de ressources, les enfants sont sous-alimentés et insuffisamment vêtus, il serait souhaitable d'apporter aux familles une aide matérielle, directe ou indirecte, notamment sous la forme de repas scolaires, de dons de vêtements, etc.

**Au point de vue moral,** il ressort des matériaux recueillis que les effets psychologiques du chômage sont désastreux pour l'enfance. On a constaté que l'atmosphère familiale, tendue et déprimée, qui règne dans les foyers éprouvés par le chômage, détermine souvent une carence de l'autorité des parents et desserre les liens familiaux. A ce propos, il faut souligner l'importance, pour les enfants en âge scolaire, des centres de récréation et des salles de lecture, qui assurent une assistance morale, sans nuire à la vie familiale. En effet, ces œuvres, tout en s'efforçant de procurer aux enfants des soins matériels nécessaires, leur permettent, en même temps, d'échapper à l'atmosphère déprimante qui résulte souvent de la misère. On souligne que l'aide apportée aux enfants de chômeurs doit toujours être telle qu'elle sauvegarde l'intégrité et la solidité du foyer.

Il faut éviter aussi que les méthodes employées n'affaiblissent les sentiments de dignité personnelle de l'enfant. A cette fin, il convient de former des éducateurs spécialisés, à qui pourra être confiée la direction des œuvres parascolaires.

**En ce qui concerne les adolescents.** — On constate que l'influence de la crise économique et du chômage est pernicieuse au point de vue moral d'abord, social ensuite ; les jeunes gens souffrent de se sentir des oisifs forcés et des éléments sociaux inutiles.

Une aide efficace et directe s'impose. Parmi les mesures mentionnées pour parer à cette situation, l'on signale :

1° La suppression du travail des enfants ;

2° La prolongation de l'âge scolaire, en tenant compte des aptitudes individuelles ;

3° La formation professionnelle de l'adolescent par une orientation qui visera à l'adaptation des dispositions naturelles du sujet aux exigences de l'économie nouvelle issue de la crise ;

4° Pour certains pays, le service civil volontaire dans les centres de travail ;

5° Les organisations créées par les adolescents eux-mêmes ;

6° L'encouragement au retour à la terre ;

7° L'institution de salles de récréation, de foyers pour adolescents, de jardins ouvriers ;

8° L'aménagement des loisirs familiaux qui permettront à l'enfant et à l'adolescent de s'occuper rationnellement au foyer de leurs parents ;

9° La protection de la santé de l'enfant en âge post-scolaire par une extension intelligente des assurances sociales et une application judicieuse de méthodes de protection sociale, d'hygiène familiale et de médecine préventive ;

10° L'abaissement de l'âge de la mise à la retraite et la diminution des heures de travail qui permettront l'emploi des jeunes énergies ;

11° L'application automatique de l'assurance-chômage aux jeunes gens qui auront accepté la scolarité prolongée.

On ne peut négliger les conséquences désastreuses qui résultent des conditions dans lesquelles vivent les familles de chômeurs. La misère, la promiscuité des logements, le fléchissement de l'autorité paternelle, provoquent souvent l'abaissement du niveau moral chez les enfants et chez les adolescents, filles et garçons, et les font tomber dans la prostitution, le vagabondage et la criminalité. Aussi, tout en proclamant la nécessité urgente de l'aide matérielle à accorder aux familles de chômeurs, on insiste sur l'importance de l'aide morale et du relèvement qui doit en dériver pour les adolescents.

C'est pourquoi il convient de lutter contre :

La pornographie (images, journaux, affiches, livres obscènes, représentations théâtrales ou cinématographiques licencieuses) ;

L'alcoolisme, en réclamant l'application judicieuse des lois existantes.

L'assistance matérielle doit s'accompagner de : la compréhension de la psychologie de l'enfant et de l'adolescent et du respect de leur ambition ; il faut satisfaire le désir de travail de la jeunesse, veiller à son élévation, assurer la création de centres nationaux et régionaux, de dépistage pour les enfants en péril moral.

La crise actuelle n'est pas seulement économique, on n'y apportera de remèdes que si l'on assure à la jeunesse une solide formation morale.

## 2<sup>e</sup> PARTIE : Travaux des sections

**I. Section médicale.** — Un travail considérable a été accompli. Cette section n'a pas reçu moins de 29 rapports relatifs aux six sujets suivants.

**1<sup>er</sup> SUJET.** — Le statut actuel et les nécessités de la pédiatrie dans la formation professionnelle des médecins. — Rapports de M. Lesné et Mlle G. Dreyfus Sée (Paris), du Dr Borden S. Weeder (Saint-Louis, Missouri, U. S. A.), professeur Wieland (Bâle), Dr I.-H. Alautar (Istanbul, Turquie), professeur Cohen (Bruxelles). L'étude de ces importants rapports a abouti au vote des conclusions et vœux suivants :

Que le stage de pédiatrie obligatoire pour tous soit prolongé (matin et après-midi) et complété pour permettre aux étudiants de connaître toutes les parties de la physiologie,



de l'hygiène, de la pathologie externe et interne et de la médecine sociale infantiles ;

2° Que ce stage ait comme sanction un examen théorique et pratique de puériculture et de pédiatrie sur le modèle des cliniques médicales et chirurgicales ;

3° Que l'admission aux postes de médecins des organismes d'hygiène et de soins aux enfants soit réservée aux médecins titulaires d'un diplôme universitaire de puériculture et de pédiatrie obtenu à la fin des études, à la suite de cours et de stages spéciaux d'un an ou de deux ans ;

4° Les participants belges de la section médicale se proposent la division de la revue trimestrielle de l'œuvre nationale de l'enfance en deux revues paraissant chacune deux fois tous les deux mois, l'une réservée aux médecins, l'autre réservée aux infirmières.

2° SUJET. — **L'examen prénuptial et traitement obligatoire. Quelles sont les maladies qui doivent être traitées ? Règles à adopter.** — Rapports de M. le D<sup>r</sup> Schreiber (Paris), de M. le professeur Victor Fontès (Lisbonne), de M. le D<sup>r</sup> Saci Saïd Aydin (Turquie), D<sup>r</sup> Louis Vervaeck et D<sup>r</sup> Van Cauwenbergue (Belgique). Les conclusions de ces nombreux et importants travaux ont été les vœux suivants :

Les membres du Congrès international de la protection de l'enfance attirent à nouveau l'attention sur les dangers que présentent soit pour les conjoints, soit pour la descendance, les mariages célébrés sans contrôle médical.

Le Congrès estime en conséquence que l'examen médical prénuptial est nécessaire et qu'il doit être rendu obligatoire, quelles qu'en soient les modalités.

Même si l'examen médical prénuptial ne comporte ni veto médical, ni délivrance d'un certificat d'aptitude au mariage, il permet au médecin de donner les meilleurs conseils préventifs, eugéniques et thérapeutiques pour éviter, dans bien des cas, les contaminations conjugales et la naissance d'enfants tarés, débiles ou voués à des contagions ultérieures.

Le Congrès international de la protection de l'enfance considère que l'examen médical prénuptial obligatoire contribuera à écarter des foyers l'infirmité, la maladie, la mort prématurée et la misère.

3° SUJET. — **Les troubles de la motricité chez l'enfant normal et anormal. Leur traitement.** — Trois rapports : D<sup>r</sup> G. Vermeylen et M. Gérard Boon (de Bruxelles), D<sup>r</sup> S.-H. La Chapelle (d'Amsterdam) et D<sup>r</sup> G. Heuyer et Mlle le D<sup>r</sup> J. Roudinesco (de Paris) montrant le parallélisme entre le développement neurologique des deux premières années et le développement intellectuel ultérieur, insistant sur la débilité motrice des arriérés, d'où l'importance du travail manuel précoce dans les internats ou classes de perfectionnement, et chez les sujets d'intelligence normale, l'importance de l'étude de la motricité s'il existe des troubles localisés moteurs (tics, bégaiement, énurésie). De ces études découlent des indications thérapeutiques générales ou particulières à chaque cas.

4° SUJET. — **La mortalité infantile causée par la diarrhée.** — Rapporteurs : professeur J.-B. Allaria (Turin), M. M. Leclainche et Moine (Paris), professeur F. Rott (Berlin), D<sup>r</sup> Rouèche (Paris, au point de vue médico-social), D<sup>r</sup> Nico I. Spyropoulos (Athènes). Les rapporteurs ont insisté sur l'importance de l'hygiène laitière, qui est encore si imparfaite dans de nombreux pays et conduit à employer des laits industriellement modifiés. L'hygiène, les consultations de nourrissons, la lutte anti-infectieuse (Ribadeau-Dumas) ont été tour à tour évoquées dans la discussion et sous la présidence du D<sup>r</sup> Lust.

Les membres du Congrès, après avoir entendu les conclusions des rapporteurs, considèrent que dans la plupart des pays d'Europe, la mortalité infantile causée par gastro-entérite cholériforme a diminué dans de très notables proportions et tend même à disparaître complètement ; cette

diminution résulte de l'application de meilleures connaissances en diététique infantile, de la vulgarisation de la puériculture et surtout des consultations de nourrissons ainsi que de l'amélioration de l'industrie laitière.

Les membres estiment que, pour diminuer encore la mortalité infantile, la protection de l'enfance doit s'orienter dans de nouvelles voies.

5° SUJET. — **La prophylaxie immunitaire de la tuberculose.** — Rapporteurs : D<sup>r</sup> P.-F. Armand-Dejolle (Paris), professeur G. Caronia (Rome), professeur H. Kleinschmidt (Cologne), Mme R. Olbrechts-Tyteca et le D<sup>r</sup> Edgar Olbrechts (Bruxelles), enfin la Croix-Rouge hellénique d'une part, et le professeur T. Lampadariou et le D<sup>r</sup> Staoropoulos (d'Athènes) d'autre part. Ces auteurs ont abouti aux conclusions suivantes :

Les membres du Congrès international de la protection de l'enfance,

Considérant que le jeune enfant qui vit dans un milieu contaminé est exposé à contracter une infection tuberculeuse, à issue fatale dans une forte proportion, émettent les vœux suivants :

1° Que la prophylaxie immunitaire de la tuberculose par la vaccination soit préconisée dans la plus large mesure ;

2° Que cette vaccination ne soit pratiquée qu'en prenant les précautions nécessaires d'isolement de l'enfant, jusqu'à l'établissement de l'allergie qui est actuellement le seul témoin de l'absorption du vaccin ;

3° Qu'étant donné l'impossibilité actuelle de préciser le degré d'immunité ainsi conféré, il soit recommandé de prendre, pour les enfants vaccinés, les mesures nécessaires afin de les mettre à l'abri des contacts massifs, et d'éviter les surinfections ;

4° Qu'enfin, l'immunité soit renforcée par une hygiène bien appropriée et par des procédés scientifiques.

6° SUJET. — **L'éducation du nourrisson.** — Rapporteurs : professeur G. Cacace (Naples), président de la Société italienne de neurologie, D<sup>r</sup> Naci-Saïd Aydin (Turquie), D<sup>r</sup> V. Possemiers (Belgique), et D<sup>r</sup> J. Heernu (Belgique). Ces rapports ont traité de l'éducation des mères, de l'éducation au foyer familial et dans les organismes de placement des nourrissons. Les conclusions suivantes ont été adoptées :

L'éducation du nourrisson comporte deux parties :

L'une, qui pourrait s'appeler dressage ou élevage, vise à faire acquérir au jeune enfant des habitudes saines. Ces habitudes concernent non seulement le contrôle des fonctions physiologiques, mais aussi le comportement, les réactions vis-à-vis de l'enfance.

L'autre partie de l'éducation comprend les conditions du milieu qui favorisent la formation de la culture prise dans son sens général : développement des organes des sens et de l'intellect, développement du caractère ; enfin, on peut ajouter l'éducation physique.

Quelle que soit la forme de l'éducation envisagée, le rôle de la mère est capital. Les nombreuses fautes commises jusqu'à ce jour montrent la nécessité d'éduquer, avant tout, les parents. Ceux-ci, dans les maternités, les consultations et, en général, dans toute œuvre où l'on s'occupe des jeunes enfants, doivent recevoir les conseils propres à redresser leurs erreurs. Il serait souhaitable que soient diffusées largement, parmi les personnes s'occupant de l'enfance, les notions de physiologie et de psychologie du nourrisson qui concernent les diverses branches de son éducation.

Il y a lieu également, dans les crèches et pouponnières, de s'occuper du développement physique de l'enfant ; il faudrait, dans la mesure du possible, éviter de séparer trop tôt les enfants anormaux des enfants normaux.

Dans le cas de placement familial, il faudrait veiller à ce que les nourrisseurs possèdent les capacités éducatives suffisantes.

L'intérêt suscité par les communications montre qu'il y aurait lieu d'inscrire au prochain Congrès de la protection de l'enfance, la question si délicate de l'éducation du nourrisson.

**II. Section juridique.** — Quatre questions lui étaient soumises :

**A. La recherche de la paternité des enfants naturels** a suscité la publication de quatre rapports.

La séance est présidée par M. A. Caloyanni, juge à la Cour permanente de justice internationale ; secrétaire : Mme Crutzen, inspectrice principale de l'Œuvre nationale de l'Enfance.

En l'absence des rapporteurs, M. le Président donne des brefs, mais spirituels commentaires, sur les rapports présentés et prie M. le professeur Niko Gunzburg, de l'Université de Gand, de bien vouloir résumer les rapports de MM. Silbernagel (Suisse) et Daniche Somersan (Turquie). D'autre part, il fait appel à l'obligeance de Mlle Baetens, avocat à la Cour d'appel de Bruxelles, pour résumer ceux de MM. Seys-Inquart (Autriche) et Heinrich Webler (Allemagne). Tous deux acceptent volontiers cette mission délicate, malgré le court délai qui leur est dévolu pour étudier la question.

Après la lecture des résumés, une discussion animée s'engage entre plusieurs membres de la Section, démontrant combien la question est de brûlante actualité et combien juristes et femmes d'œuvres sont d'accord pour voir résoudre à bref délai le problème de la tutelle de l'enfant illégitime ainsi que sa situation juridique.

Mlle H. Burniaux, déléguée de la Société des Nations, insiste pour que la question de la tutelle officielle des enfants illégitimes soit remise à l'étude par la Société des Nations qui, pour 1935, ne l'a pas prévue dans le programme de ses travaux.

Mlle Van den Plas, secrétaire générale du Féminisme chrétien de Belgique, émet le vœu de voir mettre à l'étude la question si importante de la « preuve » de paternité par l'examen biologique du sang.

M. O. Ramos, directeur de la Maison d'observation de Lisbonne, souligne le caractère spécial imprimé à la législation au Portugal, tendant à protéger l'enfant naturel tout en évitant la dissolution de la famille. De nouvelles lois sont en élaboration.

Par la voix de la déléguée de l'Armée du Salut, il fait un appel pressant aux sentiments d'humanité qui doivent animer toutes les mesures protectrices de l'enfant naturel, en songeant tant à la mère, souvent plus victime que coupable, qu'à l'enfant, objet principal de notre sollicitude.

L'Armée du Salut met tout en œuvre pour favoriser les mariages lorsque ceux-ci sont souhaitables. Le côté moral plus que le côté juridique, dit-elle, doit retenir l'attention des femmes de cœur qui s'occupent du problème.

Mlle Baetens insiste pour que la tutelle soit obligatoire, parce que nombre de mères ont besoin d'être soutenues dans la tâche ingrate d'élever leur enfant sans le soutien du père, et dans leurs efforts de relèvement.

Mme le docteur Modigha, directrice de la Maison des Mères abandonnées, à Rome, fait remarquer qu'en Italie il n'existe pas encore de loi autorisant la recherche de la paternité, mais qu'un projet de loi vient d'être déposé conforme aux principes avancés et progressifs des autres pays. Elle ajoute que des œuvres multiples suppléent à l'absence de lois ; à Rome, notamment une Maison maternelle recueille des centaines de mères abandonnées, alors que, d'autre part, toute mère abandonnée a légalement droit à une assistance.

M. Halfans, président de l'Œuvre Saint-Vincent-de-Paul, évoque l'œuvre si méritante de Saint-François-Régis, qui régularise bien des unions tout en favorisant ainsi la légitimation des enfants naturels.

Mlle Carlier, assistante sociale, souhaite l'extension de la tutelle des enfants illégitimes jusqu'à vingt et un ans.

Après des échanges de vues fort intéressants, sur les termes dans lesquels les vœux seront émis, discussions qui ont soulevé de judicieuses critiques de la part de Mlles Baers, Van den Plas, Baetens, Brunswick, etc., les rapporteurs se sont mis d'accord avec M. le Président pour voir adopter le vœu suivant :

L'Association internationale pour la Protection de l'Enfance, réunie en sa XI<sup>e</sup> session à Bruxelles, estimant que la protection des enfants illégitimes, notamment en ce qui concerne :

1° L'établissement d'une tutelle obligatoire, matérielle et morale, des enfants illégitimes ;

2° Une définition de la situation juridique des enfants illégitimes, inspirée de l'intérêt de l'enfant ;

3° Les facilités d'exécution des décisions rendues en matière de pension alimentaire, notamment en faveur d'enfant illégitime et spécialement dans un pays autre que le pays du prononcé,

Ne pourra trouver de solution efficace que moyennant des accords internationaux, émet le vœu :

Que la Société des Nations poursuive ses études en vue de donner à l'enfant illégitime un statut qui puisse servir de base aux législations nationales et d'aboutir à une convention internationale.

**B. Le patronage des enfants étrangers.** — Rapporteurs : Mme Elie Chevalley (France), M. Seyss Inquart, conseiller du gouvernement d'Autriche, et M. Palu Weiss, juge des enfants en Belgique.

Les conclusions de l'étude des rapports après discussion ont été les suivantes :

Le Congrès international de la Protection de l'Enfance, après avoir souligné l'importance extraordinaire du problème, et la nécessité pour les gouvernements de prendre des mesures urgentes, propose :

D'inviter l'Assemblée générale à formuler le vœu que les législations particulières à chaque pays et des conventions internationales déterminent les conditions juridiques, sociales et économiques des mineurs étrangers, afin que ceux-ci soient traités comme les nationaux ;

Que la Société des Nations s'efforce dès à présent de dégager les règles juridiques qui peuvent être appliquées.

**C. Fonction sociale de la puissance paternelle et intervention éventuelle de l'Etat dans la délimitation des droits et obligations.** — Rapports de MM. Pierre de Casabianca, conseiller honoraire à la Cour de cassation (France), Coloman Csorna, président de la Chambre des tutelles (Budapest), et Dr Augusto D'Oliviera, président de l'Association internationale pour la Protection de l'Enfance (Lisbonne).

Les conclusions suivantes proposées par la section ont été adoptées :

Les membres du Congrès international de la Protection de l'Enfance estiment que l'autorité paternelle et maternelle important à la bonne organisation de la famille, première cellule sociale, doit être sanctionnée par la loi ; que dès lors, en cas de méconnaissance des obligations des père et mère, le législateur doit intervenir pour assurer la protection des enfants, supprimer ou restreindre les droits des parents et régler l'exercice de ces droits sous le contrôle du pouvoir judiciaire.

Le Congrès émet le vœu que ce contrôle soit, de préférence, confié au juge des enfants ou à une organisation spécialisée qui assureraient la tutelle, avec la collaboration éventuelle des institutions publiques ou privées d'assistance sociale.

**D. Les délinquants mineurs particulièrement difficiles à éduquer** doivent-ils être soumis à un traitement spécial pendant l'exécution des peines ? Dans l'affirmative, quels sont les principes à suivre en établissant ce traitement ? — Les



membres du Congrès international de la Protection de l'Enfance émettent le vœu que :

1° Les délinquants mineurs particulièrement difficiles à éduquer soient soumis à un traitement spécial pendant l'exécution des mesures ordonnées par les autorités compétentes ;

2° La nécessité de ce traitement et sa forme soient basées sur une observation préalable à la fois médicale, psychologique et biologique ; ceci implique la collaboration d'un éducateur, d'un psychologue et d'un médecin ;

3° Le traitement spécial soit individualisé ; il faudra donc veiller à la formation de groupes restreints de mineurs qui seront confiés au même maître et à l'utilisation de tous les moyens susceptibles de développer l'état physique et moral et de combattre toutes les tares morbides, y compris les troubles endocriniens ;

4° Le choix du personnel a une importance primordiale.

Ces vœux avaient été adoptés après l'étude et la discussion de cinq rapports, trois consacrés au sujet proposé dans son ensemble et dus à MM. le professeur Zépos, de l'Université d'Athènes, de M. Seyss-Inquart, conseiller du gouvernement d'Autriche, et de M. le Dr René Dellaert, psychiatre des hôpitaux et de la prison d'Anvers.

Deux autres importants travaux sont à mentionner : celui de Mme Maria Mulle, directrice de l'Ecole centrale du Service social de Bruxelles, qui traite de la prophylaxie de la délinquance par l'école, et celui de M. Charles L. Brown, président du tribunal municipal de Philadelphie, sur le traitement des jeunes délinquants.

**III. Section pédagogique.** — Deux questions étaient à l'étude.

**A. Education des adolescents et pré-adolescents en vue de l'exercice de leurs devoirs futurs comme chefs de famille.**

— Quatre rapporteurs : Dr Arnold Gesell, Yale (Etats-Unis), sur l'hygiène mentale des enfants ; de Mme Sophie Matsner Gruenberg, Université Columbia (Etats-Unis) ; de M. l'abbé Casimir Kowalski (Pologne) ; de M. l'abbé Jean Viollet (Paris).

Ces rapports concluent à la nécessité pour les éducateurs d'orienter dans le sens familial la formation sentimentale des adolescents, celle-ci devant se faire à la fois dans la famille et à l'école, entre lesquelles la liaison doit être étroite, ce qui, du reste, constitue l'objet de la question suivante.

**B. La famille et l'école. Leur collaboration.** — Méthodes et procédés avec six rapports émanant de MM. le Dr P. Gallais, président de la Fédération des Associations de parents d'élèves (lycées et collèges), Paris ; Mme Francon (Grèce) ; M. le professeur Ernesto Nelson (République argentine) ; M. le professeur R. Nihard, de l'Université de Liège ; M. le conseiller d'orientation professionnelle H. Stauber (Zurich) et Mme Wanda Szuman (Pologne).

Les importantes conclusions qui suivent ont été votées par l'assemblée générale sur proposition de la section :

Les membres du Congrès international de la Protection de l'Enfance émettent les vœux suivants :

Dans l'enseignement secondaire, l'Etat doit favoriser la création d'associations de parents ;

Dans l'enseignement primaire, les associations de parents sont moins faciles à réaliser. On pourrait envisager une représentation des familles dans les conseils d'écoles. Pour les associations de parents d'élèves des établissements d'enseignement secondaire (lycées), on préconise la création de bureaux d'orientation professionnelle à l'exemple de ce qui est réalisé dans l'enseignement primaire.

Ces associations réuniraient tous les documents concernant les diverses professions et aideraient ainsi les élèves à faire un choix judicieux. Par une entente avec les associations d'anciens élèves et le bureau de statistiques du ministère compétent, le placement des jeunes gens pourrait être facilité.

On exprime aussi le vœu :

1° Que là où la famille et l'école ne collaborent pas encore (car l'usage du journal de classe et du bulletin ne suffit pas à assurer cette collaboration), l'école travaille, en choisissant les moyens qui seront les mieux appropriés aux circonstances, à créer cette collaboration qui s'avère indispensable au succès de l'éducation ;

2° Que là où elle existe déjà, on veille à ne pas la laisser s'affaiblir, mais au contraire à la rendre plus intime ou plus parfaite ;

3° Parmi les méthodes et procédés signalés, on croit pouvoir recommander comme particulièrement propres à réaliser les fins à atteindre par cette collaboration :

Le bulletin hebdomadaire ou mensuel plus détaillé, plus suggestif ;

Les visites à domicile avec enquêtes sur le milieu familial afin d'adapter aux possibilités sociales les exigences du travail scolaire et d'essayer d'amender ce milieu ;

L'assistance aux leçons pour inspirer aux parents les sentiments qu'ils doivent témoigner au personnel enseignant et les encourager à aider celui-ci ;

Les conférences et causeries où seront traités des sujets de pédagogie familiale ;

Le journal avec la collaboration des élèves pour intéresser davantage les parents à la vie de l'école.

**IV. Section sociale.** — Président : Dr Julien Huber (Paris). Secrétaire : Mme Carmen de Huguenin (Barcelone, Espagne).

**A. Responsabilité de l'Etat dans l'organisation et l'inspection des Ecoles maternelles ou jardins d'enfants et autres institutions destinées aux enfants d'âge préscolaire.** — Trois rapports avaient été préalablement distribués. Deux des rapporteurs : Mme la doctoresse Erna Corte (Berlin) et M. le Dr Saroglou (d'Athènes) étant absents, leurs rapports sont résumés et exposés en séance.

I. — Mme la doctoresse Erna Corte insiste sur le rôle de prévention physique et moral du jardin d'enfants et sur la nécessité d'une sélection préalable des enfants qui y sont admis, sur le rôle de l'Etat qui doit donner à ces établissements toutes les garanties nécessaires. Une loi du Reich s'est substituée aux réglementations des divers Etats et utilise l'activité d'associations nationales socialistes d'assistance et d'œuvres auxiliaires (Mère et Enfant).

La formule des enfants s'est étendue aussi aux campagnes pour les femmes qui travaillent aux champs.

Les buts poursuivis sont : développement de l'enfant, son éducation dans le but de servir la communauté populaire et l'éducation des mères.

L'inspection médicale, l'assistance sociale sont envisagées dans le rapport qui se termine par un court résumé de l'activité d'un district de l'association nationale socialiste pour l'amélioration des jardins d'enfants, hygiène, assistance sociale, tares héréditaires, chant, gymnastique, collaboration avec les œuvres privées, législation, protection rurale, bibliographie récente, instruction des mères sur les tendances nationales socialistes.

Les jardins d'enfants sont regardés comme des cellules vitales favorisant le développement de la communauté populaire.

II. — M. le Dr Saroglou a fourni un important rapport montrant la place destinée à l'âge préscolaire dans le tableau général de la protection de l'enfance en Grèce. Il montre les difficultés vaincues déjà pour cette réalisation, les ressources sur lesquelles on peut compter, mais qui n'ont pas encore permis l'organisation complète d'un service social depuis la création des jardins d'enfants en Grèce (1922). Quatre jardins existent officiellement, d'autres sont en création ou dépendent d'œuvres privées. L'auteur termine ces considérations par un exposé de la question de

la propagande et de l'éducation du public par une exposition mobile de l'enfance.

III. — M. le D<sup>r</sup> Huber, dans son rapport, a traité de l'organisation des écoles maternelles qui a fait de grands progrès par l'incorporation à ses programmes des données qui ont assuré ailleurs le succès des jardins d'enfants. Dans l'enseignement secondaire et les œuvres privées, des jardins d'enfants fonctionnent normalement avec grand succès.

Il s'étend sur la question de l'inspection médicale qui attend en France son statut légal et demande qu'elle reste à cet âge, comme plus tard, l'apanage des médecins praticiens instruits en puériculture et non celui de médecins fonctionnaires.

Le service social, qu'il faudrait développer, donne les excellents résultats que l'on sait ; il convient que son rôle soit bien connu du personnel enseignant pour qu'il donne son plein rendement.

Des conclusions détaillées demandent que cet enseignement préscolaire soit facultatif, que l'inspection médicale et le service social soient organisés ainsi que l'éducation des mères, en union avec les associations de comités et de parents d'élèves, que les pouvoirs publics assurent une liaison étroite entre l'Education nationale et la Santé publique, notamment dans les organisations de l'âge préscolaire.

#### Discussion

Mme Albert Carnoy (Louvain) demande que les organisations d'enseignement de l'hygiène de l'enfance fonctionnent en dehors de toute influence étatiste ou politique. L'instruction, l'éducation et les soins d'hygiène donnés à l'enfant doivent avoir pour effet de lui permettre à l'âge d'homme de se faire une opinion personnelle sur les questions qu'il aura à envisager comme citoyen.

Mme Carmen de Huguenin (Barcelone) insiste sur le danger pour l'enfance de mêler cet âge aux questions politiques.

Mme Carnoy (Louvain) insiste sur l'intérêt qu'il y aurait de développer l'éducation des parents (père et mère). Ces « écoles de parents » représentent une formule intéressante.

Mlle Stilmant (Bruxelles) appuie ces manières de voir, et insiste sur l'intérêt d'un service social bien organisé.

Mlle Demoy-Coquelin (O. P. M. I., Paris) et Mlle Nérot (O. P. M. I. et assistante d'hygiène scolaire, Paris) appuient sur l'intérêt de l'utilisation du service social, sans qu'il soit détourné de ses importantes attributions. La nécessité d'un service rempli par des assistants compétents et entièrement adonnés à leur tâche s'impose de plus en plus.

Mme Albert Carnoy (Louvain), Mme C. de Huguenin (Barcelone) et M. le D<sup>r</sup> Huber (Paris) sont désireux de voir la part la plus grande rester à l'initiative privée, aidée de compétences professionnelles ; tous également restent partisans du caractère facultatif de la fréquentation des jardins d'enfants ou écoles à l'âge préscolaire.

#### Conclusions

A l'issue de la séance, les conclusions suivantes ont été adoptées :

I. — Le Congrès international de Protection de l'Enfance est d'avis que la fréquentation des établissements destinés à l'âge préscolaire doit rester facultative.

II. — Que l'Etat doit intervenir pour s'assurer que ces établissements disposent d'un personnel enseignant spécialisé pour les enfants de cet âge, d'une inspection médicale exercée par des médecins praticiens, cliniciens offrant en puériculture toutes les garanties nécessaires.

Qu'enfin, un service social soit assuré par des assistantes compétentes attachées à ces établissements qui assurent

la liaison avec les maîtres, les médecins, les familles, sans sortir du cadre de leurs occupations.

III. — Que les groupements de familles, d'associations de parents, soient tenus au courant de tout ce qui concerne leurs enfants, l'éducation des parents, des mères en particulier se trouvant bénéficier de ces prescriptions.

IV. — Que le carnet de santé de l'enfant soit établi de façon à réaliser une liaison avec les familles ou les organismes de protection des nourrissons, et plus tard, avec les organisations que les enfants à l'âge scolaire seront appelés à fréquenter.

**B. Projet de programme minimum pour les écoles de service social.** — Six rapports ou études importants ont été consacrés à cette question.

Celui qui émane de la Canadian Association of Social Workers traite surtout du point intéressant de la place que doit occuper le service social dans le plan et la hiérarchie universitaires.

L'importance et les résultats exceptionnels qu'a pris et fournis le service social au Canada expliquent le caractère dominant de cette préoccupation dans les milieux canadiens. Ce travail est l'objet d'un échange de vues intéressant entre les membres présents à la séance sur l'opportunité ou non, suivant les nations et le développement du service social, de le classer dans telle hiérarchie universitaire.

Le deuxième rapport, d'une grande élévation de pensée, a été inspiré à Mlle Baers, en sa qualité de secrétaire générale de l'Union catholique internationale du Service social (à Bruxelles). On y trouve, outre un aperçu sur les activités multiples des assistantes sociales compétentes, des données précises sur les programmes techniques et pratiques et, en conclusion, une belle étude sur la formation doctrinale et religieuse de ces jeunes filles qui pourrait être rapprochée des exhortations de saint Vincent de Paul aux premières filles de la Charité, ces premières assistantes sociales, a-t-on pu dire avec raison.

III. — Mme L. de Bray-Cordemans, qui a reçu en Belgique une remarquable formation, est l'actuelle directrice de l'école du Service social de Santiago du Chili. Le rapport qu'elle a envoyé et qu'elle ne peut malheureusement venir exposer elle-même, est un modèle du genre dont bien des pages seraient à citer. Réglementation, mais initiative à respecter dans la personnalité de chaque école, sélection bien étudiée des élèves, programmes théoriques, formation pratique des élèves, méthodes d'application de leurs progrès ; préparation aux recherches scientifiques ; enfin, formation morale des élèves magistralement étudiée. Ce travail conduit à d'excellentes conclusions dont la section s'inspirera au terme de ses travaux et qui visent notamment à « obtenir que les écoles de service social publient le résultat de leurs expériences au sujet des programmes et méthodes propres à former la personnalité de leurs élèves ».

IV. — L'intéressant rapport de Mlle Delagrangue et de M. Ch. Voigt (de Paris) nous fournit une solide étude sur les matières du programme théorique et pratique des écoles du service social ; mais ce qui, à notre sens, en accuse davantage la personnalité, c'est la liste très suggestive des sujets de mémoire, posés aux examens d'Etat en France dans ces dernières années, après deux ans d'études, à l'âge minimum de vingt et un ans révolus.

A l'occasion de ce très intéressant travail, une discussion s'engage sur la durée des études (dix-huit mois dans les propositions canadiennes, dont six mois de stage pratique ; deux ans en France et dans d'autres pays).

Mlles Demoy et Nérot (Paris, O. P. M. I. et A. H. S.) demandent que l'acquisition des fonctions polyvalentes ne soit obtenue qu'après un supplément correspondant au stage.



Mlle Gros (de Paris) demande que la durée et les charges matérielles correspondant aux études soient prises en considération.

Pour l'âge, une tendance se dessine à exiger un minimum d'âge de vingt-trois à vingt-cinq ans avant d'assumer seule les responsabilités d'un service social. Mlle B. de Lalieux de la Rocq défend cette manière de voir, mais accepte, sur la suggestion de M. Huber (Paris), que les données actuelles d'âge restent les mêmes ; les stages ultérieurs, les fonctions d'assistante adjointe permettront dans un avenir prochain que de trop jeunes filles n'assument pas de lourdes et précoces responsabilités. Mlle Stilmant (de Bruxelles) partage cette manière de voir.

Les membres présents sont également d'accord pour préconiser que l'enseignement du service social soit donné dans des écoles spécialisées et outillées en vue de cet établissement et non dans des annexes de fortune en marge d'écoles se proposant un but tout différent.

La section entreprend dans sa troisième séance l'étude des rapports de M. le Dr Alice Salomon et du Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse de Vienne (Autriche).

Mlle Maria Baers, directrice de l'école du Service social (Bruxelles), commente ensuite le très intéressant rapport qu'elle a fourni comme secrétaire générale de l'Union catholique internationale du Service social à Bruxelles.

L'échange de vues auquel procèdent les membres présents montre l'unité de conception sur l'utilité des écoles de service social et leur programme, tout en conservant à chaque tendance sa liberté d'action.

Des vœux dans ce sens sont adoptés.

Le Dr Rouèche (Paris) demande que les assistantes sociales apportent à l'enfant malade au foyer familial une aide comparable à celle qui est fournie dans les collectivités hospitalières ou infantiles, et précise l'intérêt de rapports avec le médecin de famille.

A la suggestion de Mme C. de Huguenin, la section demande que les gouvernements représentés soient mis au courant du travail et des conclusions de la section.

Les conclusions adoptées par l'Assemblée générale ont été les suivantes :

Le Congrès international de la Protection de l'Enfance émet les vœux suivants :

1° Que la préparation aux fonctions du service social soit effectuée dans des écoles spécialisées et outillées à cet effet ;

2° Que les responsabilités d'un travail effectif d'assistance sociale soient subordonnées à une période de stage comme auxiliaire ;

3° Que par des travaux appropriés, les assistantes sociales prouvent qu'elles se rendent compte de la grandeur du rôle qu'elles ont à remplir. Il serait désirable qu'un « concours général » fût institué entre assistantes sociales de diverses écoles et de divers pays. Ce concours aurait le double avantage de créer entre les assistantes une émulation et de faire ressortir la valeur respective des écoles ;

4° Qu'il y a lieu d'insister sur la valeur morale des assistantes et de souligner l'importance de leur influence dans les familles ;

5° Que l'ensemble du travail accompli soit, par les soins de l'Association internationale pour la Protection de l'Enfance, transmis aux différents gouvernements, pour inciter ceux-ci à encourager la création des écoles de service social.

#### Annexes

I. L'activité du Centre de sérum de convalescent de Strasbourg (en particulier pour rougeole, scarlatine et poliomyélite). Quelques chiffres pour les années 1930-35. — Dr E. LOEWENBERG (de Strasbourg).

Après avoir rappelé brièvement l'historique du stock de sérum de convalescent qu'il a créé en collaboration avec le

professeur Bowel à Strasbourg, l'auteur parle du recrutement et du choix des donneurs et de leur indemnisation.

L'augmentation des demandes de sérum est un indice net de la nécessité de pareilles organisations. Loewenberg indique la quantité de sérum distribué au cours des années 1930-35 et donne des résultats très intéressants des différents sérums, notamment une étude comparative entre l'action précocité et tardive du sérum antipoliomyélitique qui cadre avec les publications antérieures de A. Netter. Un questionnaire est joint à chaque envoi de sérum pour obtenir des précisions des médecins traitants.

II. Les Centres belges de puériculture (Association sans but lucratif sous le haut patronage de S. M. la reine Astrid).

Les Centres belges de puériculture ont fait construire, 65, rue Antoine-Gautier à Etterbeek, Bruxelles, une clinique infantile modèle.

Cette clinique infantile doit servir d'asile de passage pour le Centre de placement familial surveillé à ériger dans les environs de Bruxelles. Par suite de la crise économique, le Centre de placement familial n'a pu encore être créé.

La clinique fut inaugurée par S. M. la reine, alors duchesse de Brabant, en décembre 1933. Elle hospitalise les enfants âgés de moins de six ans bien portants, malades non contagieux ou débiles qui ne peuvent recevoir les soins de leur mère. Lorsque la mère est veuve ou abandonnée, l'œuvre recueille la mère et l'enfant.

Les enfants sont isolés dans de petites chambrettes séparées par des cloisons vitrées et donnant directement sur de larges terrasses couvertes. Chacune des chambrettes est pourvue d'un dispositif spécial permettant une aération permanente sans provoquer de courant d'air, d'un radiateur à tube lisse facilement lavable, d'une baignoire avec eau chaude et froide. Tout ce qui est nécessaire à l'enfant est réuni dans une petite armoire vitrée.

Chaque étage est en retrait du précédent de la largeur de la terrasse, afin qu'ils soient tous également éclairés.

Les régimes prescrits pour les enfants sont confectionnés par des diététiciennes dans une cuisine spéciale, composée de trois salles : la salle de stérilisation, la cuisine proprement dite et la chambre froide.

Cette cuisine communique directement avec les biberonniers d'étages par un monte-charge électrique.

Grâce à un service de pneumatique, les ordres de régime sont transmis par écrit sans déplacements.

Des chambres sont spécialement aménagées pour le traitement des prématurés débiles. Il y règne une température constante et une humidité normale vérifiées par des appareils enregistreurs. Cette installation remplace les couveuses, appareils désuets qui ne sont plus utilisés dans aucune clinique infantile moderne.

Un personnel spécialement éduqué est attaché au service des prématurés, qui dispose constamment de lait de femme. Une salle d'opération permet les petites interventions chirurgicales.

Un quartier spécial est réservé aux enfants suspects de maladies contagieuses et permet un isolement des plus stricts.

Au rez-de-chaussée se trouvent disposées de vastes salles d'attente et de consultations.

Outre les enfants indigents et ceux qui sont confiés par les OEuvres et les Commissions d'assistance publique, l'œuvre hospitalise les enfants de parents aisés. Les bénéfices réalisés sur le prix de la pension, pourtant modique, permettent de recueillir des petits malheureux, l'œuvre étant absolument sans but lucratif.

A la clinique infantile vient d'être adjointe une école ayant pour but l'enseignement théorique et pratique de la puériculture. Un diplôme de puériculture est délivré aux élèves, après examen de fin d'études.

Cet enseignement s'adresse aux jeunes filles possédant une instruction et une culture générale au moins égales à celles résultant des études moyennes complètes, ainsi qu'aux infirmières, accoucheuses et assistantes sociales qui désirent se perfectionner dans l'étude de la puériculture.

La durée des études est de quatre semestres ; elle est réduite à deux semestres pour les assistantes sociales, et à un semestre pour les élèves possédant le diplôme d'infirmière ou d'accoucheuse.

L'internat est obligatoire.

D<sup>r</sup> JULIEN HUBER.

## PRATIQUE MÉDICALE

### LA THÉRAPEUTIQUE PAR LES ACIDES AMINÉS (1)

Par le docteur E. ARON.

Revue générale excessivement importante sur les recherches modernes concernant les acides aminés, sur leurs rôles fonctionnels et leurs applications à la thérapeutique ; l'auteur rappelle les travaux si documentés de Fontès et Thivolle qui ont eu le mérite d'appliquer les premiers le tryptophane et l'histidine au traitement des anémies (hémostra) ; il cite également les intéressantes études d'Harrington et Kendall qui ont démontré la présence dans la glande thyroïde, à côté de la thyroxine, d'un autre élément iodé, la diiodotyrosine ; d'où l'application par « Roche » de la thyroxine et de la diiodotyrosine au traitement de l'obésité d'une part, et à la maladie de Basedow d'autre part.

Enfin l'auteur insiste longuement sur les expériences physiologiques et cliniques qui l'ont conduit, en collaboration avec Weiss, à appliquer l'histidine au traitement de la maladie ulcéreuse gastro-duodénale. Cette méthode thérapeutique par l'histidine (laristine) offre en effet des avantages incontestables sur lesquels déjà de nombreux auteurs ont insisté. L'action antalgique de l'injection de laristine est le fait dominant du traitement. Les douleurs cèdent régulièrement après la troisième ou la sixième piqûre. Les troubles associés (vomissements, nausées, brûlures gastriques) s'amendent rapidement et la grande tolérance de l'estomac permet une alimentation abondante et variée sans aucune médication adjuvante. L'action de l'histidine sur le métabolisme général ajoute son effet à cette amélioration locale. L'appétit devient exigeant et il s'ensuit une reprise de poids souvent considérable.

## REVUE DES THÈSES

### La séroréaction blennorragique (2), par Bertrand RÈME.

« La réaction de déviation du complément a été appliquée en 1906 par Müller et Oppenheim à la blennorragie.

La séroréaction blennorragique (S. R. B.) s'est heurtée au début à de grandes difficultés techniques qui en ont d'abord limité l'emploi et la valeur.

De ces difficultés, la plus sérieuse a été d'obtenir un antigène stable et sensible. Aujourd'hui encore, il existe de grandes différences entre les divers antigènes. On s'accorde toutefois à admettre qu'un antigène polyvalent est le mieux approprié.

La « standardisation » de l'antigène faciliterait la diffusion de la S. R. B., dont la valeur clinique et diagnostique ne se discute plus. L'introduction des méthodes de flocculation dans la sérologie blennorragique nous y conduira peut-être.

La S. R. B. est presque toujours négative en dehors de la blennorragie (individus sains, infections diverses non gonococciques). La S. R. B. n'est pas influencée par une sérologie syphilitique positive. On rencontre environ 5 à 10 p. 100 de réactions paradoxales et non spécifiques.

Dans la blennorragie récente, il existe une phase présérologique qui peut parfois s'étendre jusqu'au trentième jour.

La S. R. B. devient, en règle, positive dès que l'infection gonococcique gagne en surface ou en profondeur. Elle est presque constamment positive dans le sérum (96 à 100 p. 100) au cours des complications génitales ou articulaires.

On rencontre même, dans les blennorragies anciennes ou compliquées, une S. R. B. positive dans le liquide C. R.

La S. R. B. est tenace ; elle peut durer longtemps après la guérison clinique. Sa disparition constitue un bon signe de guérison, quand elle s'ajoute aux autres constatations cliniques et bactériologiques. Sa persistance, au contraire, en dehors de la vaccinothérapie, commande chez un blennorragien la prudence.

La S. R. B. permet souvent, chez la femme en particulier, de dépister la blennorragie latente (80 p. 100 des prostituées ont une sérologie blennorragique positive) et les porteurs de germes.

La S. R. B. chez la femme enceinte est appelée à rendre de grands services, car on sait aujourd'hui que la blennorragie peut se transmettre au fœtus.

Tous ces faits soulignent la valeur diagnostique, la valeur pronostique et la valeur prophylactique de la S. R. B. »

### Contribution à l'étude de l'appendicite chez les tuberculeux pulmonaires (1), par le docteur Jacques KANIEWSKI, de la Faculté de Médecine de Paris.

L'appendicite tuberculeuse est une complication fréquente de la tuberculose pulmonaire. Elle est souvent le premier stade d'une tuberculose intestinale.

Les formes anatomiques de l'appendicite tuberculeuse sont variées. Nous insistons sur la forme avec abcès endo-appendiculaire que nous avons observée personnellement. Elle est intéressante parce que :

a) Sa symptomatologie est longtemps absolument latente,

b) Elle est très longtemps limitée à l'appendice.

Cliniquement, l'appendicite tuberculeuse aiguë est très rare, l'appendicite tuberculeuse chronique est la règle.

Sa symptomatologie est très fruste, se manifestant essentiellement par des poussées diarrhéiques, souvent sans aucun autre signe pouvant attirer l'attention sur l'appendice.

L'appendicite tuberculeuse peut évoluer vers un syndrome d'appendicite aiguë, résultat d'une greffe d'infection aiguë banale sur l'appendice tuberculeux.

Le diagnostic précoce de l'appendicite tuberculeuse isolée au cours d'une tuberculose pulmonaire est d'une importance capitale. Il permettra un traitement chirurgical efficace.

A l'heure actuelle, les lésions pulmonaires ne semblent plus être une contre-indication formelle à l'intervention chirurgicale. L'anesthésie convenant le mieux à ces cas semble être l'anesthésie locale. L'éther est formellement contre-indiqué.

Toutes les observations que nous rapportons confirment qu'après l'ablation de l'appendice tuberculeux, les suites locales et générales sont en général excellentes et qu'une amélioration dans l'état pulmonaire semble être constante.

Il convient cependant d'être extrêmement prudent pour les indications opératoires et ne pas oublier les dangers d'une dissémination bacillaire si on n'opère pas sur une lésion strictement localisée.

(1) *Gaz. méd. de France*, Paris, n° 17, oct. 1934.

(2) Paris 1934, Masson et Cie.

(1) *Th. de Paris*, 1935 — Paris, Jouve et Cie.





traitement bromuré, intensif, dissimulé.

# sédobrol "roche"

tablettes d'extrait  
de bouillon concentré  
achloruré et bromuré  
1 à 3 par jour.

Produits F. HOFFMANN LA ROCHE & C<sup>ie</sup> 10, Rue Crillon, PARIS



## L'ASCOLÉINE RIVIER

renferme la **Vitamine A** et est à base du lipoïde phosphoré de la cellule hépatique  
(Seul principe actif de l'huile de foie de morue)

Infiniment plus active que l'huile de foie de morue qu'elle remplace dans tous les cas d'anémie, de lymphatisme, d'adénites, de tumeurs blanches, de pré tuberculose, **avitaminoses**, etc.

*Avantages* : Petit volume, concentration ; Injections indolores possibles ; Prescription par les plus fortes chaleurs.

*4 formes* : Solution huileuse, comprimés, granulés (véritable friandise pour les bébés et les enfants), ampoules injectables.

**H. RIVIER**, Ph<sup>ien</sup>, Succ<sup>r</sup> de LANCELOT & C<sup>ie</sup>, 26 et 28, Rue Saint-Claude -- PARIS

## IODONE ROBIN

Gouttes - Comprimés - Injectable

**ARTHRITISME, ARTÉRIO-SCLÉROSE, ASTHME  
GOUTTE, RHUMATISME, EMPHYSÈME**

R. G., 221.839  
Seine.

**LABORATOIRES ROBIN**, 13. Rue de Poissy, PARIS



## NOTES POUR L'INTERNAT

ENTORSES DU GENOU<sup>1</sup>

## SYMPTOMATOLOGIE

Les entorses du genou se présentent sous deux aspects, qu'il importe de bien différencier, en vue de sérier les indications thérapeutiques complexes que posent des lésions aussi variées :

*L'entorse banale* se traduisant en général par une hémarthrose, parfois par une hydarthrose simple.

*L'entorse grave*, qui présente, en plus, des signes cliniques et radiologiques indiscutables d'importantes lésions ligamentaires ou d'arrachements osseux. Mais toutes deux sont susceptibles de laisser des séquelles sérieuses, même lorsque le tableau primitif apparaît de gravité moyenne.

A. L'ENTORSE LÉGÈRE. — Elle réalise le tableau d'une hémarthrose traumatique isolée.

*Signes fonctionnels.* — A la suite de sa chute, le blessé accuse une *douleur très vive*, le plus souvent, il n'a pu se remettre debout, parfois il a pu marcher, mais avec une grande difficulté. Bientôt cette douleur s'apaise petit à petit ; mais cette accalmie est de courte durée et rapidement elle s'installe définitivement, *sourde, contusive*, accrue par tout essai de mobilisation.

Simultanément, s'installe un gonflement rapide de l'articulation maximum en une heure ou deux.

*Signes physiques.* — Le genou est globuleux, avec disparition des méplats.

La synoviale est très distendue, avec une rénitence et une fluctuation évidente.

La rotule est soulevée, sans qu'il y ait de choc rotulien net.

C'est la rapidité de la constitution de l'épanchement plus que la constatation très rare de la fine crépitation sanguine, qui fait affirmer l'existence d'une hémarthrose.

On recherche et on trouve des points douloureux très variables :

De part et d'autre de la jointure, au niveau de l'interligne ;

Sur le trajet du ligament latéral interne (Gangolphe) ;

Au-dessus et en arrière du tubercule de Gerdy (lésion de Segond).

Les mouvements passifs de faible amplitude sont possibles, mais bien vite limités par la douleur.

Enfin un examen systématique du squelette et de la mobilité fournit deux sortes de renseignements :

Absence clinique de lésions de la rotule, de l'appareil extenseur et de fractures des épiphyses ;

Absence de mobilité anormale de l'articulation aussi bien dans le sens latéral que dans le sens antéro-postérieur.

Ainsi se trouve affirmé :

Que cette hémarthrose ne répond pas à une fracture épiphysaire articulaire ;

Que l'entorse qui en est à l'origine ne s'accompagne pas de lésions importantes ligamentaires ou osseuses.

D'ailleurs une radio de contrôle vérifie l'absence de lésions graves.

Mais parfois, le tableau est plus atténué.

Le traumatisme initial a été peu important.

La douleur est très vive, très localisée avec une impotence marquée. Elle contraste avec l'état du genou qui est sec, sans épanchement. On ne trouve qu'un point douloureux sur un ligament latéral ou bien au niveau de l'interligne en dedans du ligament rotulien.

Mais dans la journée qui suit, on voit se constituer un épanchement qui atteint son maximum en deux à trois jours, et dont les caractères sont ceux d'une *hydarthrose* (constitution progressive, choc rotulien net). C'est la forme la plus bénigne de l'entorse, simple distorsion ligamentaire, dont les manifestations ne sont, comme l'a montré Leriche, que les conséquences réflexes du trouble fonctionnel de l'appareil sensitif que supportent les ligaments.

Et cependant, il ne faut pas méconnaître la signification de cette entorse à forme d'hydarthrose, si banale en apparence, car elle peut cacher une lésion méniscale que l'évolution ultérieure viendra révéler.

B. L'ENTORSE GRAVE. — Bien individualisée aujourd'hui, elle se distingue des cas précédents par la *constance* :

*D'arrachements osseux ;*

*De déchirures ligamentaires complètes.*

Un traumatisme violent est à l'origine de l'accident ; parfois un craquement a été perçu et dans certains cas, on peut faire préciser les conditions de la chute, importantes à connaître pour aider à faire le diagnostic des lésions.

*Signes physiques.* — Le genou est en légère flexion et rotation externe, considérablement augmenté de volume, et cette déformation traduit :

D'une part, l'hémarthrose facilement reconnue ;

D'autre part, une infiltration des parties molles prédominant sur une face latérale.

L'hyperthermie locale est manifeste.

La douleur est diffuse. Toutefois, une palpation douce et méthodique précise qu'elle prédomine :

Sur un ligament latéral, habituellement le ligament latéral interne, soit à son insertion supérieure, soit sur sa continuité avec parfois perception d'une dépression ;

Ou en dedans du tendon rotulien, au niveau de la corne antérieure du ménisque interne.

Les mouvements actifs sont impossibles, les mouvements passifs très douloureux et très limités.

Mais beaucoup plus que l'exagération et la grossièreté de tous les signes cliniques d'hémarthrose, ce qui individualise l'entorse grave, c'est l'existence de MOUVEMENTS ANORMAUX. Mobilisant successivement la jambe en rectitude dans le sens transversal et en flexion à 90° dans le sens antéro-postérieur, on mettra en évidence :

Des mouvements de latéralité, traduisant une lésion d'un ligament latéral ;

Des mouvements de tiroir qui sont classiquement attribués à des ruptures des ligaments croisés.

Que ces mouvements anormaux soient isolés ou associés, il est dès lors permis d'affirmer une déchirure ligamentaire importante avec ou sans lésion méniscale et très souvent un arrachement osseux. De toute façon, il y a là un facteur de gravité qui commande une discussion thérapeutique serrée.

Une radiographie est ici nécessaire, tant pour préciser les lésions que pour orienter le traitement. Trois clichés sont nécessaires : face en extension, profil, face en demi-flexion pour dégager l'échancre intercondylienne (position de Béchère). On recherchera ainsi :

Un arrachement osseux à l'insertion d'un ligament latéral ;

Une lésion du plateau tibial, tantôt fracture parcellaire nette, tantôt un simple contour nuageux, une perte de netteté de la silhouette d'une épine tibiale (Leriche).

(A suivre.)

J.-N. COURVOISIER.

Le Directeur-gérant : D<sup>r</sup> François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GEN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôp.*, 1935, n° 71, p. 1210.



---

OPOTHÉRAPIE CARDIAQUE

la

# **CRINOCARDINE LALEUF**

AMPOULES BUVALES  
A BASE D'EXTRAITS SPÉCIAUX CONCENTRÉS DE  
MYOCARDE . PANCRÉAS . FOIE . REIN  
MUSCLE STRIÉ

RÉALISE

SANS CONTRE-INDICATIONS

L'ORGANOTHÉRAPIE  
POLYVALENTE ET SYNERGIQUE

DES

**AFFECTIONS CARDIO-VASCULAIRES**

---

ÉCHANTILLONS . LITTÉRATURE  
LABORATOIRES LALEUF  
20, RUE DU LAOS . PARIS-15<sup>e</sup>

---

Nouvelle adresse : 51, rue Nicolo, PARIS (XVI<sup>e</sup>).

## Culture pure de Ferments lactiques bulgares sur milieu végétal

GASTRO-ENTÉRITES *des Nourrissons et de l'Adulte.*

DIARRHÉES, CONSTIPATIONS

INFECTIONS HÉPATIQUES *(d'origine intestinale)*

DERMATOSES, FURONCULOSES

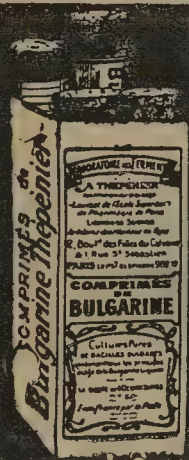
*Prophylaxie de la FIEVRE TYPHOÏDE et du CHOLÉRA*

RHINITES, OZENES

GRIPPES, ANGINES

PANSEMENTS DES PLAIES

GINGIVO-STOMATITES, PYORRHÉES



# BULGARINE THÉPÉNIER

**Aucer DEUX COMPRIMÉS de Bulgarine ou boire un verre à moitié de BOUILLON de Bulgarine une demi-heure avant le repas.**

*Saupoudrer ou insuffler la Poudre de Bulgarine 3 à 4 fois par jour.*

## Phosphates et diastases des Céréales germées

ENTÉRITES et DYSPEPSIES *salivaires et pancréatiques*

PALPITATIONS *d'origine digestive*

MATERNISATION *physiologique du LAIT*

*Préparation des BOUILLIES MALTEES*

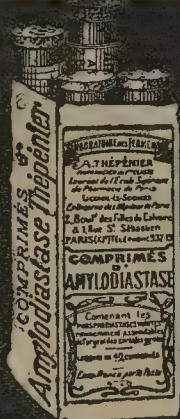
**DIGESTIF PUISSANT de tous les FÉCULENTS**

SURALIMENTATION

REPHOSPHATISATION

TUBERCULOSES, RACHITISMES

NEURASTHÉNIES, CONVALESCENCES



# Amylodiastase THÉPÉNIER

**Croquer DEUX COMPRIMÉS d'Amylodiastase ou prendre deux cuillerées à café de Sirop Amylodiastase après les repas.**

*Préparation des bouillies : délayer une cuillerée à café de Sirop Amylodiastase dans la bouillie très chaude mais non bouillante.*

Préparés par le « Laboratoire des Ferments » du Docteur THÉPÉNIER, 10 et 12, rue Clapeyron, PARIS

R. G., 150 854. Seine.



*La Lancette Française***GAZETTE DES HOPITAUX****CIVILS ET MILITAIRES****PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI****ADMINISTRATION ET RÉDACTION :****49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6<sup>e</sup>. Tél. : Danton 48-31.****PUBLICITE : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6<sup>e</sup>) - Téléph. : LITRÉ 54-93.****PRIX DE L'ABONNEMENT****FRANCE**

3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.

*Etudiants : 25 francs par an.*

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

**ETRANGER**

Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.

Tous les autres pays : 75 francs.

**SOMMAIRE****REVUE GÉNÉRALE***Contribution à l'étude des effets physiologiques des inhalations de carbogène utilisées dans le traitement des asphyxies aiguës par l'oxyde de carbone (fin), par MM. GUILLEMAN et PASQUIÉ.***NOTES DE MÉDECINE PRATIQUE***Le képhyr et le yogourth en médecine infantile, par M. L. BABON-NEIX.***CHRONIQUE***Les médecins de l'Université de Barcelone à Vichy.***REVUE DES THÈSES****LIVRES NOUVEAUX****INFORMATIONS****HÔPITAUX DE PROVINCE. — BREST. —** Deux places d'internes en médecine et une place d'interne en chirurgie seront vacantes le 1<sup>er</sup> novembre 1935.

Le concours aura lieu le 16 octobre 1935, à 9 h. du matin, aux hospices civils de Brest.

Adresser demandes de renseignements et se faire inscrire, avant le 1<sup>er</sup> octobre 1935, au secrétariat des hospices civils de Brest, 8 bis, rue Traverse.**LÉGION D'HONNEUR. — SANTÉ PUBLIQUE. —** *Est élevé à la dignité de grand officier.* — M. Jules Renault, médecin des hôpitaux de Paris.

Sont promus :

*Au grade d'officier.* — MM. Avierinos (de Marseille), Baudot (de Pontrioux), Delestre (de Paris), Delore (de Lyon), Dionis du Séjour (de Clermont-Ferrand), Ferrand, Foveau de Courmelles, Ledoux-Lebard, Surret et Villain (de Paris).

Sont nommés :

*Au grade de chevalier.* — MM. Baudet (de Gannat), Beuprez (de Paris), Bertrand (du Bénv-Bocage), Bonnet (de Larnagne), Bonvoisin (d'Elbeuf), Bouvissière (d'Albi), Bourgougnon (de Saint-Pourçain-sur-Sioule), Brandon (de Montreuil-sous-Bois), Brée (de Trévières), Butterlin (de Grenoble), Cayet (de Thionville), Cernea (de Paris), Courbon (de Vaucluse), Choussat (de Bordj-des-Beni-Indel, Alger), Deniau (de Paris), Derome (de Pontoise), Desfarges (de Busset), Dubois et Dueroquet (de Paris), Duparc (d'Annecy), Ferron (d'Argentré), Flaissier (de Nîmes), Gaudier (de Paris), Guil-laumot (de Wassy), Lebasteur (de Grasse), Lecat (de Billy-Montigny), de Libouton (de Paris), Marvillet (de Tucquegnieux), Mascarel (de Châtellerault), Michaux (de Paris), Myard (de Lyon), Nadal et M<sup>me</sup> Odie (de Paris), MM. Ollé (de Saint-Gaudens), Petit (de Decize), Pipet (d'Issoire), Rey (de Cannes), Ricard (de la Mure), Saurin (de Nice), Schmittbuhl (de Schirmeck), Stephan (de Mulhouse), Vabre (de Villefranche-de-Rouergue), Verdier (de Limoges), Vergez (de Lourdes), Vié (d'Asnières), Vincent (de Challes-les-Eaux).  
MM. Besnier (de Dinard) et Schwab (de Paris).**GUERRE. —** M. le médecin général Jude, disponible, a été placé, par anticipation, sur sa demande, à compter du 1<sup>er</sup> octobre 1935, dans la 2<sup>e</sup> section (réserve) du cadre du Corps de santé militaire.

— M. le médecin colonel Varatges, des troupes du Maroc, est affecté comme directeur du Service de santé de la division de Constantine.

**ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS. —** M. le docteur Clerc (P.), médecin chef de service à l'asile public d'aliénés de Stefansfeld (Bas-Rhin), est nommé médecin chef de service à l'asile public d'aliénés de Saint-Robert (Isère), en remplacement de M. le docteur Bouyer, décédé.

— Un poste de médecin chef de service est vacant à l'asile public d'aliénés de Stefansfeld (Bas-Rhin), par suite du départ de M. le docteur Clerc, appelé à un autre poste.

**SÉRUMS THÉRAPEUTIQUES. —** Le *Journal officiel* du 4 septembre publie le décret suivant :Art. 1<sup>er</sup>. — L'article 2 du décret n° 78 bis, en date du 15 juin 1934, ainsi conçu :

« La mention précédente exceptée, toute forme de publi-

Laboratoire Mialhe - 8 Rue Favart - Paris - 2<sup>e</sup>

La feuille de digitale se prescrit :

**Digi-LANATINE**Extrait total des glycosides  
du Digitalis Lanata

citée relative à l'autorisation est interdite sur les étiquettes, prospectus, annonces, en-têtes de lettres, factures, notices, etc., à moins d'être suivie de la réserve ci-après : « L'autorisation ne garantit pas l'efficacité du produit », est modifié de la façon suivante :

« La mention précédente exceptée, toute forme de publicité relative à l'autorisation est interdite sur les étiquettes, prospectus, annonces, en-têtes de lettres, factures, notices, etc. »

**CONGRÈS INTERNATIONAL DE CHIRURGIE DU CAIRE.** — La *Clinica chirurgica* de Milan organisé un voyage à l'occasion du prochain Congrès international de chirurgie du Caire. — Pour tous renseignements, s'adresser à la rédaction, 22, via Ausonio, à Milan.

**HÔPITAL BROUSSAIS** (96, rue Didot). — *Maladies du cœur et des vaisseaux* (service de M. le docteur Ch. Laubry). — Cours complémentaire du lundi 7 au samedi 19 octobre 1935. Objet du cours : Sémilogie fonctionnelle et physique. Questions à l'étude dans le service. — Les leçons seront faites par M. le docteur Ch. Laubry, chef du service, médecin de l'hôpital Broussais, avec le concours de M. le docteur Caussade, médecin honoraire des hôpitaux; de MM. les professeurs Pezzi (Milan), Doumer (Lille); de MM. les docteurs G. Marchal, médecin de l'hôpital Tenon; P. Soulié, médecin des hôpitaux; A. van Bogaert (Anvers) et V. Aïtoff (Paris); de MM. les docteurs D. Routier et J. Walser, assistants; de MM. les docteurs A. Jaubert, L. Deglaude et R. Heim de Balsac, chefs de laboratoire; de M. le docteur L. Samain, assistant étranger; de MM. les docteurs Th. Brosse, J. Louvel, Poumailloux, J. Cottet, et de MM. M. Leblanc et E. de Véricourt, anciens internes et internes du service.

Tous les jours, à 16 h., examen de malades dans les salles, sous la direction des internes du service.

Le prix de l'inscription est fixé à 150 fr.

On s'inscrit le jour de l'ouverture du cours. — S'adresser au docteur Leblanc, à l'hôpital Broussais.

Les auditeurs qui auront fait preuve d'assiduité pourront, sur leur demande, recevoir à la fin du cours un diplôme.

**COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.** — **CLINIQUE OBSTÉTRICALE BAUDELLOCUR.** (Professeur : M. A. Couvelaire.) — *Stage et cours de perfectionnement*, du 1<sup>er</sup> au 27 octobre, sous la direction du professeur Couvelaire, avec l'assistance de MM. Portes, Desnoyers, Ravina, Lacomme, Digonnet, Sureau, accoucheurs des hôpitaux; M. Auroseau, chirurgien des hôpitaux; M. Powilewicz et M<sup>me</sup> Anchel-Bach, anciens chefs de clinique; M<sup>me</sup> Fayot-Petit Maire, chef de clinique; M. François, chef de clinique adjoint; M. Lepage, ancien interne; MM. Coen, Grasset, Landrieu, Lauret, internes des hôpitaux; M. Mouchotte, aide de clinique.

Droit d'inscription : 250 fr.

S'inscrire au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 h.

**NÉCROLOGIE.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Eugène Ricklin (de Dannemarie), Troller (de Paris), Jean Leclerc (du Havre), Perdu père (d'Amiens), Emile Font (de Marseille), Jules-Etienne Chaplain (de Marseille), il était le père du docteur Henri Chaplain, auquel nous adressons nos sincères condoléances.

**Les migraines.** Etude pathogénique, clinique et thérapeutique, par MM. PASTEUR-VALLERY-RADOT et Jean HAMBURGER. In-8° de 232 pages avec 1 figure. — Prix : 45 fr. Paris, Masson et Cie.

Néuralgies  
Névrites

**BROMÉINE MONTAGU**

## CHRONIQUE

### UN GROUPE DE MÉDECINS DE BARCELONE VISITE LA STATION THERMALE DE VICHY

Accomplissant un voyage d'études à travers les stations thermales de l'Europe Centrale et de la France, un groupe de médecins de l'Université de Barcelone, ayant à sa tête le docteur Alexandre Ginesta i Pons, vient de visiter les installations thermales de Vichy.

Le Laboratoire de recherches hydrologiques, où le docteur Lescœur, directeur, les mit au courant de ses recherches et travaux, retint tout d'abord leur attention. Le grand établissement thermal, dont les différents services ont été considérablement développés et dotés des tout derniers perfectionnements, produisit sur eux une très forte impression. Leur admiration se manifesta, d'autre part, au cours de leur visite de l'établissement « Callou », et de la Centrale thermique, une belle et vaste usine moderne, merveilleuse réalisation de la Compagnie Fermière de Vichy. Les Ateliers d'embouteillage et d'expédition des eaux Vichy-Etat rallièrent tous leurs suffrages par leur machinisme moderne si remarquablement conçu, de façon à donner toutes les garanties désirables d'asepsie la plus complète. Ils apprécièrent, en outre, le laboratoire de bactériologie joint à ces ateliers et où, chaque jour, l'eau de rinçage des bouteilles est soumise à des réactions diverses et à un contrôle sévère.

Ils ont procédé également à la visite de toutes les sources du domaine de l'Etat et du Sporting Club de Vichy, un splendide domaine de 64 hectares, en bordure de la rivière l'Allier, dans lequel sont groupées de nombreuses installations sportives et un magnifique golf.

Au cours de leur séjour, ils ont entendu une conférence faite par M. le docteur Binet, président de la Société des sciences médicales, sur les indications de la cure de Vichy et assisté à un banquet qui leur fut offert par la Compagnie fermière dans un des salons du Casino, sous la présidence de M. Normand, Directeur des Services administratifs de la Compagnie fermière.

Au champagne, des discours furent prononcés par MM. Normand, le docteur Binet et le docteur Alexandre Ginesta i Pons.

Avant de quitter Vichy, les médecins catalans ont tenu à manifester à nouveau, à leurs hôtes, le profond intérêt qu'avait présenté leur séjour dans la capitale des stations thermales.

**Monographies oto-rhino-laryngologiques internationales**, par S. H. MYGIND et DIDA DEDERDING. *Les Syndromes méniériques.* — Prix : 40 fr. — Les Presses Universitaires de France, 49, boulevard Saint-Michel, Paris (5<sup>e</sup>).

ANÉMIES  
DYSPEPSIES  
ANTITOXIQUE



DOSE: 4 à 6  
TABLETTES  
PAR JOUR

**BIOXYDE DE MANGANESE COLLOÏDAL SELS MAGNÉSIENS**  
Laboratoire SCHMIT 71 Rue Sainte-Anne. PARIS. 2<sup>e</sup>



# Gravidostyl

**Sérum de jument gravide**

préparé par l'INSTITUT DE SÉROTHÉRAPIE

*du D<sup>r</sup> Roussel*

**VOMISSEMENTS DE LA GROSSESSE  
ENFANTS PRÉMATURÉS  
DÉFICIENCES HORMONALES**

Boîte de 6 FLACONS-AMPOULES de 10<sup>cc</sup> — PRIX : 25fr.

POSOLOGIE : 1 à 3 FLACONS-AMPOULES PAR JOUR  
*par voie buccale, rectale ou hypodermique*

*Echantillons :*

**LABORATOIRES DU D<sup>r</sup> ROUSSEL**  
**97, Rue de Vaugirard — PARIS (6<sup>e</sup>)**

# ULCÈRES, GASTRITES, COLITES BISMUTH TULASNE



Boîte : 10 paq. de 10 g.

Pansement gastro-intestinal au sous-nitrate de bismuth kaoliné, préparé suivant la méthode de A. Tulasne, ex-chef de laboratoire à la Pitié. Pouvoir sédatif et cicatrisant incomparable, innocuité absolue, facilité d'absorption, dosage rigoureux en paquets de 10 gr.

*Un paquet (ou deux) dans un verre d'eau le matin à jeun ou par prises fractionnées dans la journée.*

Autres indications :

DYSPEPSIES, AÉROPHAGIE  
VOMISSEMENTS, DIARRHÉES  
FERMENTATIONS, OXYUROSE

LABORATOIRES BOUILLET  
48, Bd des Batignolles, PARIS

## LE SPARTO-CAMP HRE LE SPARTOVAL

Deux nouveaux Sels de la SPARTÉINE en thérapeutique cardiovasculaire, nouveaux dérivés où les propriétés de la Spartéine sont potentialisées et renforcées :

le Camphre dans le

### SPARTO-CAMP HRE

CAMPHO-SULFONATES de SPARTÉINE et de SODIUM

TONICARDIAQUE

ET DIURÉTIQUE

Synergie médicamenteuse puissante possédant toutes les indications de l'huile camphrée et de la Spartéine.

#### FORMES :

Ampoules de 2 et 5 c. c.  
(médicament d'urgence)

Dragées (médicament d'entretien)

l'acide valérianique dans le

### SPARTOVAL

ISOVALÉRIANATE NEUTRE DE LA SPARTÉINE

CARDIO RÉGULATEUR

ET NEUROSÉDATIF

Médicament des algies et troubles fonctionnels cardiaques et cardio-vasculaires.

Traitement des arythmies.

Dragées dosées à 0 gr. 05.

Laboratoires CLIN. — COMAR & C<sup>ie</sup>, 20, rue des Fossés-Saint-Jacques, Paris.



## REVUE GÉNÉRALE

# CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES EFFETS PHYSIOLOGIQUES DES INHALATIONS DE CARBOGÈNE UTILISÉES DANS LE TRAITEMENT DES ASPHYXIES AIGUES PAR L'OXYDE DE CARBONE<sup>1</sup>

Par MM. GUILLEMAN et PASQUIÉ,

Médecins capitaines au régiment de sapeurs-pompiers de Paris.

En France, le Professeur Gaudier (Société de Chirurgie, décembre 1931), utilisa le premier la méthode entraînant à sa suite bon nombre de chirurgiens, qui ne tardèrent pas à en constater les bienfaits. Son élève Decoulx (11) en a fait une remarquable étude d'ensemble, montrant les avantages que le gaz carbonique procure pendant et après l'anesthésie. Il insiste sur le rôle préventif que peut jouer ce gaz vis-à-vis de l'atélectasie : « L'hyperventilation par CO<sup>2</sup> est le plus sûr moyen de l'éviter ».

A l'appui de cette affirmation, il cite la statistique de Cutler qui, « grâce à son emploi, ne constate que 2 cas d'atélectasie sur 2.000 opérations et, fait capital, aucune autre complication pulmonaire ».

Nous n'en dirons pas davantage, ces faits étant suffisamment éloquentes par eux-mêmes. L'observation impartiale montre de façon péremptoire que l'anhydride carbonique a une remarquable action préventive sur les accidents pulmonaires consécutifs à l'asphyxie. Mais ses propriétés ne se limitent pas là : il a sur ces syndromes un pouvoir curateur qu'il est facile de mettre en évidence.

N'avons-nous pas déjà noté, sous son influence, la disparition rapide des signes congestifs observés dans toutes les intoxications graves par l'oxyde de carbone ? Par ailleurs, Henderson et son école ont depuis longtemps montré les bons résultats qu'il pouvait donner dans le traitement de toutes les manifestations pulmonaires que Coryllos englobe sous le terme générique de « pneumonites ». Et Decoulx écrit que son efficacité est « souveraine » dans le traitement de l'atélectasie post-opératoire.

Nous avons eu, nous aussi, l'occasion d'utiliser le carbogène chez des sujets atteints d'affections pulmonaires graves : congestions pulmonaires, pneumonies ou broncho-pneumonies. Nous avons toujours observé, dans les minutes qui suivent l'inhalation, une diminution fort nette de la dyspnée ; le malade éprouve une sensation de soulagement, de bien-être, de calme, qui l'incite à réclamer à nouveau le masque quand on le lui a retiré. De plus, on voit peu à peu la cyanose et les troubles circulatoires diminuer et souvent disparaître, à la condition de prolonger l'action du médicament.

Parallèlement, on assiste, rapidement, à la régression nette des signes d'auscultation et des symptômes généraux.

Quel est le mécanisme de l'action du gaz carboni-

que ? Cette question a fait l'objet d'un grand nombre de discussions. Henderson (12) (13) (14) et ses élèves ont donné une explication de ces faits, qui paraît à priori séduisante. Expérimentant sur des chiens, ils ont montré qu'il fallait, pour assister au développement d'une infection pulmonaire, réaliser l'oblitération des voies aériennes, bronches et bronchioles. A la faveur de la diminution de l'amplitude respiratoire provoquée par l'asphyxie ou l'anesthésie, cette obstruction bronchique se produit. Elle est due, d'une part, à l'immobilisation partielle des tissus, et, d'autre part, à l'abondance des sécrétions visqueuses et épaisses de la muqueuse, qui vont venir boucher les conduits déjà rétrécis. Il se constitue, par suite, une cavité close où l'air ne pénétrera pas et où l'infection pourra se développer rapidement. Si, à ce moment, on fait respirer au malade du carbogène, l'amplitude respiratoire va rapidement augmenter ; les surfaces non aérées vont se distendre et l'oxygène arrivera à leur contact. On pourra ainsi favoriser le drainage de cette poche et l'évacuation du bouchon muqueux.

On comprend dès lors l'action préventive de l'inhalation de carbogène qui, en assurant une amplitude respiratoire suffisante et constante et, par suite, l'aération de tout le parenchyme, empêche la constitution de ce bloc d'atélectasie. On s'explique également le rôle adjuvant que joue une telle médication dans la thérapeutique des infections pulmonaires constituées, à la condition toutefois de la mettre en œuvre de façon suffisamment précoce et prolongée.

Ajoutons à ceci le pouvoir stimulant et bactéricide de ce gaz bien mis en évidence par Henderson (15). Il corrige de la plus heureuse façon l'action dépressive des narcotiques et des calmants et plus spécialement de la morphine si souvent utilisée dans le traitement des pneumopathies aiguës. De plus, Lord (16) a montré que le pneumocoque est très sensible aux modifications biologiques du milieu dans lequel il se développe. Le gaz carbonique, en augmentant l'acidité des sécrétions, processus de guérison, ainsi que l'auteur l'a prouvé expérimentalement, contribue à la destruction du germe et à la guérison de l'affection.

Tel est, dans ses grandes lignes, le rôle à la fois préventif et curatif qui doit revenir au carbogène dans la thérapeutique des complications pulmonaires de l'asphyxie et d'un grand nombre d'infections parenchymateuses. Les quelques notions qui viennent d'être rappelées prouvent que, loin de constituer un danger pour le poumon, il « favorise le courant aérien » (L. Binet et D. Bargeton), en raison de son pouvoir « broncho-dilatateur ». Il a, par suite, dans le traitement de ces affections broncho-pulmonaires, une action de tout premier ordre, qu'il importe de ne pas négliger.

Reste la question de l'acidose. On sait depuis longtemps que l'asphyxie augmente de façon considérable l'acidité du sang et en abaisse le pH. On s'est dès lors demandé, à juste titre, s'il n'était pas contre-indiqué de faire pénétrer dans l'organisme de tels malades une substance qui, du fait même de son acidité propre, viendrait augmenter l'intensité de ces phénomènes.

(4) Fin. — Voir *Gaz. des hôp.*, 1935, n° 72, p. 1217.

Cette opinion fut défendue par Reimann, Bloom et Reimann. Pour eux, l'abaissement du taux de l'alcali sanguin est dû à la formation d'acides. Ils pensent par suite que les inhalations de gaz carbonique sont contre-indiquées.

Or, dès 1918, Henderson et Haggard (*J. Biol. Chem.* 1918, 1919, 1920) déduisaient de leurs expériences que l'abaissement du pH est dû, en réalité, à la disparition des alcalis dissous dans le sang normal. Cet exode est provoqué par l'abaissement du taux de l'anhydride carbonique consécutif à l'affaiblissement des échanges gazeux. Il suffit, du reste, d'introduire à nouveau ce gaz dans l'organisme pour rétablir l'équilibre biochimique du sang.

Les auteurs américains ont fait de ces phénomènes une étude très approfondie (17). Ils ont montré expérimentalement que la réduction du taux de l'alcali sanguin pouvait s'effectuer par deux mécanismes distincts :

1° Elle peut être produite par l'introduction dans le sang d'acides qui seraient neutralisés plus ou moins complètement par les bases. Si, dans ces conditions, on faisait respirer à des animaux un mélange gazeux renfermant 6 ou 8 % de gaz carbonique, on verrait l'acidose augmenter ; les symptômes s'aggravaient, aboutissant à la mort. Or l'expérience montre qu'il n'en est rien. Du reste, si, chez des chiens asphyxiés, on prévient la formation d'acide lactique par une injection d'acide mono-iodo-acétique, on obtient les mêmes troubles respiratoires et la même baisse de la réserve alcaline que chez les chiens témoins (Henderson).

2° Il peut s'agir, au contraire, d'une élimination trop intense d'anhydride carbonique (respiration exagérée au début de l'asphyxie). Celle-ci se fait d'autant plus sentir que la production de ce gaz est elle-même diminuée par suite du ralentissement des échanges dans les tissus. L'alcali se trouvant en excès dans le sang quitte ce dernier. Si, à ce moment, on introduit dans l'organisme du gaz carbonique, un courant compensateur se produit, qui ramène l'alcali des tissus dans le sang et rétablit les proportions normales momentanément détruites.

Au fur et à mesure que la quantité d'anhydride carbonique augmente dans le sang (18), la respiration tend à reprendre son rythme habituel. Son amplitude devient même très considérable jusqu'au moment où l'équilibre entre l'acide carbonique et les bicarbonates du sang est rétabli. Pendant ce temps, le sujet respire comme s'il était « à une haute altitude ». Puis tout rentre dans l'ordre et les phénomènes biologiques reprennent leur cadence normale.

Ce problème étudié uniquement à la lumière des données expérimentales a été repris récemment en France par Cordier, Magne et Mayer (19) (20). Leurs investigations sur les grenouilles et les lapins montrent le faible rôle que joue l'acide lactique dans la production de l'acidose post-asphyxique. D'après eux, l'asphyxie « provoque un déséquilibre profond et durable de l'équilibre acide-base, indiquant l'existence d'une intoxication acide rapide et intense. L'irréversibilité et l'intensité du phénomène mettent hors de

cause l'acide lactique comme agent déterminant principal ».

Ils constatent, du reste, que chez le lapin l'intoxication carbonique pure amène une augmentation de la réserve alcaline, dont la valeur double en quelques minutes. Si on ramène alors l'animal à l'air libre, l'« équilibre humoral subit des variations inverses ; la réserve alcaline diminue ».

Leurs expériences leur permettent de conclure que : « à la suite de la diminution de tension de l'acide carbonique, les radicaux basiques devenus libres sont attirés immédiatement vers les tissus, pour y neutraliser les acides produits ».

Poursuivant l'étude de ces phénomènes, Cordier rapporte ultérieurement (21) le résultat d'importantes recherches effectuées sur des chiens : « Dans la première partie de l'asphyxie, écrit-il, soit par manque d'oxygène, soit par confinement, nous avons pu constater que les variations de l'acide lactique sont inverses, ce qui indique que l'acide lactique remplit un rôle physiologique de régulateur de l'équilibre acide-base... Dans la deuxième partie de l'asphyxie, soit par manque d'oxygène, soit par confinement, l'acide lactique augmente fortement. Cette augmentation n'est plus un phénomène de régulation acido-basique. Elle traduit le trouble de la cellule dont les oxydations sont profondément perturbées. L'acide a cette fois une origine et un rôle pathologiques. » Mais, ajoute l'auteur, il n'est pas seul responsable de l'acidose asphyxique. D'autres acides interviennent vraisemblablement, ajoutant leur action à la sienne, « pour troubler la réaction sanguine au cours de l'asphyxie ».

Cordier conclut en écrivant : « Dans l'asphyxie par manque d'oxygène, le taux de l'acide lactique augmente pendant toute la durée de l'asphyxie. Cette augmentation est d'abord très légère, puis devient très forte lorsque la mort approche.

« Dans l'asphyxie par confinement, le taux de l'acide lactique subit deux variations en sens inverses. Il diminue pendant la première partie de l'asphyxie, puis augmente assez fortement au moment de la mort, sans atteindre toutefois les valeurs observées dans l'asphyxie par manque d'oxygène. Les différences de variations entre les deux types d'asphyxie peuvent s'expliquer par l'action de l'acide carbonique sur la production de l'acide lactique. »

A peu près vers la même époque paraissait un nouveau travail de Henderson et Greenberg (22). Ces auteurs reprenant les études bio-chimiques sur l'acidose asphyxique de Walter, J. B. S. Haldane, Stadelmann, Araki, L. J. Henderson, Van Slyke, Eastmann, Thornton, etc..., et poursuivant eux-mêmes leurs recherches antérieures, ont tenté d'expliquer les modifications successives de l'équilibre acide-base du sang au cours de l'asphyxie.

Pour eux, des substances chimiques de nature indéterminée prendraient naissance, au cours de l'anoxémie, dans les muscles, au moment des contractions violentes de ceux-ci. Ces substances portées par la circulation sanguine au contact des centres nerveux provoqueraient une hyperventilation immédiate. Il en résulterait secondairement une élimination partielle du gaz carbonique et, par suite, une élévation du pH



sanguin. Celle-ci serait rapidement compensée au début par un abaissement du taux des bicarbonates dans le sang. Mais, si le processus asphyxique se poursuit et aboutit à l'anoxie intense, la sensibilité neuro-respiratoire diminue ; les phénomènes que nous venons de mentionner s'atténuent peu à peu et on assiste, par la suite, à un abaissement progressif du pH.

Ce mécanisme neuro-respiratoire serait donc directement influencé par les variations de la quantité d'oxygène dans l'organisme. Une diminution légère de celle-ci exagérerait la sensibilité du centre qui serait, au contraire, émoussée par un abaissement considérable du taux de ce gaz. Il serait donc indispensable, dans ce dernier cas, pour rétablir ces fonctions vitales, d'avoir à sa disposition un excitant puissant. C'est l'anhydride carbonique, agissant par l'intermédiaire des variations du pH, qui serait chargé de cette mission. Il faudrait, pour obtenir ce résultat, en utiliser une dose plus ou moins considérable, suivant les cas, dépendant uniquement de la sensibilité du centre à ce moment-là.

Si donc on en croit Henderson, le rôle de ce mécanisme neuro-respiratoire serait, en définitive, de contrôler l'équilibre acide-base du corps humain, au même titre, dit l'auteur, que les centres thermiques du système nerveux veillent au maintien de la chaleur animale. Un trouble du pH serait donc tout à fait analogue à une variation de température.

Ainsi s'expliqueraient les modifications de l'équilibre acide-base observées dans un même organisme au cours des diverses alternatives de santé ou de maladie. L'augmentation ou la diminution des éléments acides ou basiques du sang n'y joueraient qu'un rôle tout à fait accessoire.

Telle est, dans ses grandes lignes, la conception la plus récente susceptible d'expliquer dans une certaine mesure l'acidose post-asphyxique. Nous ne nous permettrons pas de juger la théorie d'Henderson et de Greenberg, que nous avons essayé de résumer. Quelle que soit sa valeur, elle comporte encore bien des points obscurs, que de nouvelles recherches devront préciser.

Il paraît, du reste, prématuré, dans l'état actuel de nos connaissances, de chercher à dégager de toutes ces études et des opinions souvent divergentes des auteurs qui s'y sont consacrés, des conclusions définitives. Il semble cependant qu'on soit en droit, tout au moins momentanément, de retenir de ces données et des travaux auxquels nous nous sommes reportés la notion suivante : pratiquement, tout paraît se passer comme s'il existait deux sortes d'acidoses (23) :

1° Une acidose vraie que l'inhalation de gaz carbonique augmente et aggrave ;

2° Une pseudo-acidose, l'acidose asphyxique, due, non pas comme la précédente uniquement à une augmentation des acides du sang, mais, en grande partie, à la disparition des bases, qui seraient immobilisées momentanément dans les tissus.

Les faits cliniques semblent, du reste, légitimer cette manière de voir et infirmer la théorie de l'asphyxie généralement admise jusqu'alors. Si cet état d'acidose était réellement dû à un poison acide, l'inhalation d'anhydride carbonique et, à plus forte raison,

son injection intra-veineuse récemment réalisée, devrait, comme nous l'avons déjà fait remarquer, augmenter l'acuité du syndrome. Or ce fait est contraire aux observations quotidiennes. Le gaz carbonique combiné à l'oxygène a fait ses preuves dans le traitement de l'asphyxie et paraît être le remède véritablement spécifique de l'acidose asphyxique.

\*\*

Que conclure de ce long exposé ? Si nous reprenons un par un les éléments essentiels de notre discussion, nous voyons successivement tomber les principales objections faites à la carbogénothérapie.

Les inhalations de gaz carbonique à 5 ou 7 % ont, à n'en pas douter, une influence hypotensive manifeste ; mais celle-ci est faible et passagère, puisque, même associées à la saignée, elles ne provoquent aucun accident circulaire.

D'autre part, le carbogène a une action remarquable à la fois préventive et curative sur les complications pulmonaires de l'asphyxie par l'oxyde de carbone et sur les infections parenchymateuses en général. Enfin loin d'augmenter l'acidose post-asphyxique, l'anhydride carbonique paraît être un puissant régulateur de l'équilibre acide-base.

Tels sont, brièvement résumés et établis à la lumière des données expérimentales et cliniques les plus récentes, les avantages que procure l'utilisation des inhalations de carbogène dans le traitement de l'asphyxie oxycarbonée. C'est là, nous ne cessons de le répéter, l'un des éléments essentiels de cette thérapeutique. Et les résultats obtenus dans la pratique, comme les statistiques antérieurement publiées au Régiment de Sapeurs-Pompiers, prouvent de façon aussi démonstrative que possible l'exactitude de nos déductions. Mais, pour réussir dans ce domaine, il faut utiliser le carbogène de façon progressive et suffisamment prolongée et ne pas avoir peur de recourir, s'il le faut, à des doses considérables. C'est le seul moyen de faire bénéficier les malades d'une médication dont les risques et les inconvénients sont bien minimes en comparaison des avantages immenses qu'ils peuvent en tirer.

#### RÉFÉRENCES (Suite)

- (11) Pierre DECOULX. Emploi des inhalations de gaz carbonique et d'oxygène (carbogène) en chirurgie, *Journ. de chir.*, n° 1, juillet 1932, p. 37.
- (12) Y. HENDERSON, HOWARD, W. HAGGARD, POL N. CORYLLOS, GEORGES L. BIRNBAUM. The treatment of pneumonia by inhalation of carbon dioxide, *Arch. of intern. med.*, January, 1930, vol. 45, pp. 72-91.
- (13) Y. HENDERSON. The physiology of atelectasis, *Journ. of the Amer. med. assoc.*, July 13, 1929, vol. 93, pp. 96-98.
- (14) Y. HENDERSON and HOWARD, W. HAGGARD. Hyperventilation of the lungs as a prophylactic measure for pneumonia, *Journ. of the Amer. med. assoc.*, feb. 9, 1929, vol. 92, pp. 434-436.
- (15) Y. HENDERSON. Reasons for the use of carbon dioxide with oxygen in the treatment of pneumonia, *New England Journ. of med.*, vol. 206, n° 4, pp. 151-155, janv. 28, 1931.
- (16) LORD F.-T. Pneumonia, Harvard health talks, Harvard University Press, 1929.

- (17) Y. HENDERSON, HOWARD, W. HAGGARD and RAYMOND, C. COBURN. The therapeutic use of carbon dioxid after anesthesia and operation, *Journ. of the Amer. med. assoc.*, march 20, 1920, vol. 74, pp. 783-786.
- (18) HOWARD, W. HAGGARD and Y. HENDERSON. The treatment of carbon monoxid poisoning, *Journ. of the Amer. med. assoc.*, oct. 1, 1921, vol. 77, pp. 1065-1067.
- (19) D. CORDIER, H. MAGNE et André MEYER. Sur le métabolisme au cours de l'asphyxie par manque d'oxygène, *Ann. de physiol. et de physicochimie biologique*, t. VI, n° 5, 1930, p. 615.
- (20) D. CORDIER, H. MAGNE et A. MEYER. Variations de l'équilibre acide-base au cours des asphyxies, *Ann. de phys. et de physicoch. biol.*, t. VI, n° 5, 1930, p. 635.
- (21) CORDIER. Modifications de l'équilibre acide-base au cours des asphyxies progressives, *Ann. de phys. et de physicoch. biol.*, t. X, n° 2, 1934, p. 301.
- (22) Y. HENDERSON and Léon GREENBERG. Acidosis : acid intoxication, or acardia, *Amer. Journ. of physiol.*, vol. 107, n° 1, january 1934.
- (23) Y. HENDERSON. Resuscitation, *Journ. of the Amer. med. assoc.*, september 8, 1934, vol. 103, pp. 750-754, and september 15, 1934, vol. 103, pp. 834-837.

## NOTES DE MÉDECINE PRATIQUE

### LE KÉPHYR ET LE YOGOURTH EN MÉDECINE INFANTILE

Par M. L. BABONNEIX

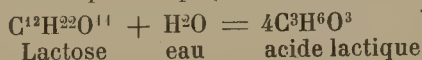
Médecin de l'hôpital Saint-Louis

Nous emprunterons les éléments de cet article au travail de Mlle Lyde Bytch, résumé par M. R. Mathieu (1).

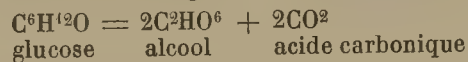
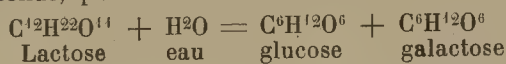
#### KEPHYR

**Définition.** — C'est un lait fermenté, la fermentation n'étant pas seulement lactique, comme dans le babeurre, mais aussi alcoolique.

La première est exprimée par la formule suivante :



et la seconde, par les deux formules :



Les agents de ces fermentations sont surtout représentés par le *Bacterium caucasium*.

**Préparation.** — Elle utilise exceptionnellement le lait d'ânesse (V. Hutinel), habituellement le lait de vache, qu'on commence par priver de la moitié de son beurre (*képhyр maigre*), et auquel on ajoute des grains de képhyр du Caucase, tels qu'on les trouve dans le commerce, non sans les avoir soigneusement nettoyés à l'eau bouillie tiède. Le tout est enfermé dans une bouteille à fermeture mécanique à une température de +15° à +20°. Au bout de 24 heures, la fermentation étant achevée, le képhyр *faible* (n° 1), légèrement laxatif, le plus employé chez le nourrisson devient, au bout de deux jours, le képhyр *moyen* (n° 2), indifférent.

(1) R. MATHIEU. La nutrition et les troubles digestifs. *Encyclopédie médico-chirurgicale*. Paris, 1934, in-4°, partie Pédiatrie, pp. 4051-4054.

**Composition chimique.** — D'après M. R. Mathieu, elle serait la suivante :

Peptone.....	0.46
Acide carbonique.....	2.2
Alcool.....	5
Acide lactique.....	7.3
Lactose.....	23.4
Caséine.....	27.7
Graisse.....	37

Sa valeur calorique est de 568 calories.

De cette analyse, on peut déduire que les principales particularités du képhyр sont :

- 1° Sa faible teneur en lactose;
- 2° Sa richesse en alcool et en acide carbonique;
- 3° La transformation en peptone d'une partie de l'albumine;
- 4° Son acidité, qui augmente avec le temps, à moins qu'on ne prenne soin d'arrêter la fermentation.

**Mode d'administration.** — Il peut être pris à la tétine, si les trous du biberon sont assez grands. On aura soin :

- 1° De l'administrer *froid et frais*, c'est-à-dire dans les 24 heures qui suivent sa préparation;
- 2° De l'alcaliniser, par addition d'un tiers d'eau de chaux;
- 3° De le sucrer à 3 %;
- 4° De le couper, chez des enfants de moins de trois mois, avec un tiers ou un quart d'eau bouillie;
- 5° De lui ajouter, à partir du sixième mois, un peu de farine;
- 6° De ne le donner que deux à trois semaines de suite, au plus;
- 7° De l'administrer aux mêmes doses que le babeurre.

**Indications.** — Ce sont, en général, celles du babeurre et, surtout :

- 1° Les troubles digestifs subaigus légers, dont l'amélioration ne se produit qu'au bout de quatre à cinq jours. Mais bientôt, le poids des enfants reste stationnaire, à moins qu'on ne remplace deux repas de képhyр par des bouillies de farine maltée;
- 2° Les états d'hypotrophie, survenant vers le quatrième mois, où la même association est recommandable;
- 3° Les vomissements répétés (P. Nobécourt, Péhu).

**Contre-indications.** — Ce sont celles du babeurre et, surtout, les entérites aiguës cholériformes.

**Résultats.** — Ils semblent satisfaisants, à condition que l'enfant veuille le prendre, et qu'il ne soit jamais considéré que comme un aliment de transition, analogue, quoique assurément inférieur, au babeurre.

#### YOGHOURT (OU YAOURT)

**Définition.** — C'est un lait dont on provoque la coagulation en lui ajoutant un ferment spécial, la maya bulgare, ou *Bacillus bulgaricus*. Ce bacille jouit de la propriété de produire, entre +40° et +45°, une grande quantité d'acide lactique aux dépens du lactose. Très résistant à la chaleur, puisqu'il n'est pas détruit par une température de +85° prolongée quelques minutes, il supporte mal la dessiccation. Il n'attaque que certains sucres, dont, surtout, le glucose, le galactose, le lactose (G. Bertrand).

Pour qu'il donne un produit d'arome agréable, il faut lui associer une autre variété de ferment lactique, qui se présente sous forme de cocci en chaînettes et qui agit surtout à la température de +45°.

Ces deux germes sont aérobies aussi bien qu'anaérobies facultatifs.



**Préparation.** — Prendre du lait de vache écrémé et qu'on réduit par une chaleur douce, mais prolongée, de manière à lui faire perdre un tiers de son volume primitif. Le verser ainsi concentré dans des vases à large ouverture, d'une contenance de 150 à 200 grammes. Laisser refroidir jusqu'à +45°. Ajouter alors au contenu de chaque bol une ampoule de yogourthogène, contenant, en culture pure, les deux bactéries indispensables, et dont la durée d'activité est d'environ deux semaines. Mélanger et porter le pot dans une étuve réglée à +45°. L'y laisser de 4 à 8 heures. Le retirer alors, pour que la fermentation s'achève à la température ordinaire. Consommer au bout de 10 à 12 heures.

Le pot qui sert à la préparation ne doit contenir aucune trace d'un yoghourt de la veille ou de l'avant-veille (R. Mathieu).

**Composition chimique.** — Elle serait la suivante, d'après Hohenedel :

Alcool.....	0.02 %
Acide lactique.....	0.80
Albumine.....	0.98
Cendres.....	1.30
Caséine.....	2.70
Albumoses et peptoses.....	3.75
Graisses.....	7.20
Sucre.....	9.40

Les particularités de ce produit sont donc :

- 1° Sa pauvreté en caséine, remplacée par des produits de désintégration;
- 2° Sa pauvreté en alcool;
- 3° Sa richesse en acide lactique, dont la quantité augmente avec le temps (Scholl);
- 4° Sa richesse en graisses.

**Mode d'administration.** — Le yoghourt doit :

- 1° Etre pris froid et frais ;
- 2° Etre consommé dans les 24 heures ;
- 3° Avoir son acidité masquée par addition de farineux : farines lactées, farines ordinaires, purées de légumes (carottes, pommes de terre) ou de fruits (bananes) données avec prudence, etc.

**Indications.** — Quatre principales :

- 1° Les dystrophies avec arrêt de croissance, celui-ci étant occasionné, soit par une infection légère, soit par un régime peu approprié, et dont le type est donné par la dyspepsie du lait de vache (R. Mathieu);
- 2° L'anorexie liée aux carences alimentaires;
- 3° Les entéro-colites avec putréfaction intestinale ;
- 4° Les dermatoses dites diathésiques: eczéma, strophulus.

**Contre-indications.** — Ce sont :

- 1° Le trop jeune âge (au-dessous de 7-8 mois);
- 2° Les gastro-entérites aiguës, cholériformes ou non.

**Résultats.** — Le yoghourt peut être mal toléré, surtout en cas d'entéro-colite, ou échouer, par exemple dans les dermatoses diathésiques. Bien manié, il a réussi dans les mains de M. E. Terrien, qui l'associe aux bouillies maltées. Avec M. le Prof. Marfan, nous le considérons comme très inférieur au babeurre, qui, presque toujours, peut et doit le remplacer.

**L'Arme chimique et ses Blessures. Etude générale sur les Gaz de guerre**, par le professeur Charles HEDERER, médecin en chef de la Marine, et Marc ISTIN, pharmacien-chimiste de la Marine. Ouvrage publié sous le patronage du Ministre de la Marine. — 1 vol. in-8° de 700 pages avec 110 figures. — Prix : 125 fr. — Paris, J.-B. Bailière et fils.

## REVUE DES THÈSES

**La tuberculose pulmonaire occulte à expectoration bacillifère. Contribution à l'étude du diagnostic de la tuberculose par l'examen bactériologique des crachats (1),** par André MEYER.

« Il est indiscutable que dans certains cas, d'ailleurs exceptionnels, on constate la présence de bacilles de Koch authentiques dans les crachats, alors que ni l'examen stéthacoustique, ni l'examen radiologique ne révèlent d'autre part un état anormal apparent du poumon.

Ces constatations vont à l'encontre de notre conception habituelle de la tuberculose qui tend à associer au crachat bacillifère l'existence d'altérations pulmonaires importantes.

Les conditions de l'examen nous ont montré que, s'il faut toujours, dans des cas de ce genre, penser à la supercherie ou à l'erreur, il en est cependant où celles-ci ne peuvent d'aucune façon être mises en cause et où il s'agit bien de « cracheurs de bacilles ».

L'analyse méthodique des observations révèle que dans quelques cas la découverte des bacilles dans l'expectoration peut surprendre et ne correspondre en rien aux données de la clinique. Ces faits sont rares puisque sur les trente observations que nous rapportons on ne peut en compter que cinq ou six de cet ordre. C'est à leur sujet surtout qu'il faut se garantir contre toutes les possibilités d'erreur et qu'il faut multiplier les recherches de contrôle.

D'autres fois la constatation de bacilles vient se surajouter à des éléments qui, s'ils ne suffisent pas à eux seuls à faire poser le diagnostic de tuberculose pulmonaire, mettent celui-ci en discussion.

Parmi ces éléments, un des plus importants est l'hémoptysie (sept observations).

Si considérer automatiquement tout crachement de sang comme de nature tuberculeuse serait de la mauvaise clinique, il n'en reste pas moins vrai qu'une hémoptysie certaine qui ne peut être attribuée ni à une dilatation des bronches, ni à une suppuration pulmonaire, ni à une tumeur du poumon, ni à une affection cardiaque, etc., a de grandes chances pour être d'origine bacillaire.

On ne compte pas les cas où une radiographie faite à l'occasion d'une hémoptysie ne révèle pas d'anomalie pulmonaire et où ce n'est souvent que plus tard, à la suite de nouvelles hémoptysies, que sera faite la preuve de la nature tuberculeuse de l'expectoration sanglante. On sait d'autre part combien il est fréquent de ne trouver aucun signe d'auscultation au moment ou à la suite de ce crachement de sang. Enfin beaucoup d'hémoptysies dans lesquelles on ne trouve pas de bacilles sont en réalité paucibacillifères comme en témoigne l'inoculation au cobaye.

Par conséquent non seulement quelques-uns des malades que nous avons observés sont venus à nous à l'occasion d'une hémoptysie, mais de plus il y a beaucoup de points communs entre cette manifestation isolée de tuberculose et le crachat bacillifère sans lésion apparente.

D'autres fois encore les conditions dans lesquelles nous avons examiné nos patients nous permettaient de les tenir pour tuberculeux même en l'absence de signes radiologiques. Telles sont les deux observations où les bacilles de Koch de l'expectoration furent trouvés au cours d'une péricutite tuberculeuse et celle où ce fut à l'occasion de l'examen d'un malade porteur d'une adénite tuberculeuse fistulisée. Nous signalons d'autre part la fréquence de cette constatation au cours des pleurésies séro-fibrineuses sans participation parenchymateuse apparente.

(1) Paris 1935, A. Legrand.



Enfin les antécédents de nos malades sont extrêmement intéressants. L'existence de tuberculose familiale a été notée dans la moitié de nos cas. Mais les antécédents personnels sont surtout évocateurs. Sur nos trente observations nous avons relevé douze cas où des antécédents pleuro-pulmonaires anciens pouvaient être considérés comme suspects de tuberculose. En outre cinq de nos malades avaient eu dans leur passé des manifestations de tuberculose extrapulmonaire (adénites, ostéo-arthrites, atteinte rénale). Ces faits qui semblent aller à l'encontre de la loi de Marfan sont bien comparables à ceux que Mme Frey-Ragu a décrits dans sa thèse. Si la tuberculose pulmonaire à grandes manifestations est sans doute rare chez ces anciens tuberculeux « externes », il n'en est pas de même des tuberculoses plus ou moins torpides, à pronostic relativement favorable, dont la pleurésie séro-fibrineuse est un type et auxquelles appartient certainement la forme occulte à expectoration bacillifère que nous étudions ici.

Les signes stéthacoustiques ont beaucoup moins d'intérêt : ce sont le plus souvent des signes de bronchite. Toutefois, associées à l'existence d'une expectoration, ces manifestations indiquent qu'il y a un trouble respiratoire et marquent bien qu'il ne s'agit pas d'individus sains. On ne peut s'empêcher de les rapprocher des asthmatiques avec bronchite chez lesquels on a trouvé par hasard des bacilles dans les crachats alors que cliniquement rien ne faisait penser à la tuberculose.

Pour toutes ces raisons nous croyons qu'on ne peut parler dans nos cas de « porteurs sains de bacilles de Koch », il s'agit d'une tuberculose pulmonaire *a minima*, siégeant très probablement dans le tissu interstitiel, dans la trame du poumon. La tuberculose pulmonaire occulte à expectoration bacillifère se rapproche ainsi de ce que MM. Bezançon et Braun ont décrit sous le nom de *tramite initiale*. Les facteurs fluxionnaires et congestifs seraient responsables de l'élimination de bacilles comme ils pourraient être la cause de l'hémoptysie et même de la pleurésie séro-fibrineuse.

Le but de notre travail n'est d'ailleurs que d'apporter des faits et de suggérer des hypothèses sur la nature des phénomènes constatés. L'avenir nous apprendra si ces hypothèses devront être retenues ou si elles devront être au contraire écartées.

Faut-il s'étonner qu'il puisse y avoir des cracheurs de bacilles sans signe radiologique appréciable ?

Nous ne le croyons pas car il est manifeste que des altérations pulmonaires peuvent passer inaperçues aux rayons X. C'est ainsi qu'au cours de certaines bronchites et de certaines pleurésies on sait depuis longtemps que, même sans signe radiologique, on peut constater l'existence d'une expectoration bacillifère. Il en est ainsi également du stade qui précède immédiatement l'apparition de la pleurésie ou l'éclatement d'une tuberculose pulmonaire à grosses manifestations. Il est bien certain qu'il y a déjà alors des altérations parenchymateuses et cependant si le hasard a permis de faire à cette époque une radiographie, celle-ci s'est montrée apparemment normale.

D'autre part on sait combien il est difficile d'établir une démarcation entre certaines radiographies normales et certaines radiographies pathologiques. En l'absence de grosses modifications, le problème est très délicat. Il y a toute une série d'images intermédiaires impossibles à classer.

Si l'on admet cependant que, dans certaines conditions, une radiographie puisse être tenue pour normale, si par ailleurs on s'est entouré de toutes les précautions qui permettent d'affirmer que les crachats renferment des bacilles de Koch authentiques, on pourra individualiser, comme nous l'avons fait dans trente cas, des observations de cracheurs de bacilles sans lésion apparente.

On peut en rapprocher dans une certaine mesure les cas assez fréquents où l'expectoration bacillifère apparaît au cours d'une pneumopathie non tuberculeuse.

L'évolution de cette forme de tuberculose pulmonaire est relativement favorable. Parmi nos trente malades, certains ont pris peu à peu le type des tuberculeux fibreux, un seul a fini par présenter une tuberculose pulmonaire radiologiquement perceptible. La grande majorité a guéri vite et complètement. Dans les observations que nous avons pu trouver dans la littérature médicale la proportion de guérisons est moins importante et quelques malades sont devenus des phthisiques. Le pronostic reste cependant très bon dans l'ensemble.

On conçoit tout l'intérêt de ces constatations pour le diagnostic de la tuberculose pulmonaire. Elles démontrent avec évidence qu'on ne peut se contenter, pour rejeter ce diagnostic, du simple examen radiologique des poumons. Inversement, le fait qu'une expectoration bacillifère peut être due à une lésion pulmonaire minime, peu évolutive et qui n'implique pas un pronostic fâcheux, a de grosses conséquences tant au point de vue des dispositions thérapeutiques à prendre, que des conclusions qu'on en doit tirer pour certaines questions d'intérêt social (réformes, pensions, admission dans les cadres de l'Administration).

Le traitement en effet ne doit pas assimiler ces tuberculeux valides à de grands malades incapables de se livrer à aucune activité. Il doit être adapté aux cas individuels et réaliser surtout une double prophylaxie : celle des accidents qui peuvent survenir secondairement chez le malade lui-même, et celle de la contamination de l'entourage, d'autant plus à craindre que le malade peut ignorer l'affection dont il est atteint et qu'il est en tout cas valide et actif.

Cette possibilité de contagion soulèvera souvent un problème extrêmement délicat et exigera une étude minutieuse de tous les éléments sur lesquels on pourra se fonder pour diriger la vie du malade. Il y aura des déterminations très différentes à prendre selon que le cracheur de bacilles sera ou ne sera pas, dans son foyer, en contact avec des enfants. La situation sociale, la profession entreront largement en ligne de compte. Il y aura lieu, par exemple, de prendre des mesures spéciales dans les cas où il s'agit d'instituteurs, ou d'infirmières. »

#### Le fonctionnement de l'estomac après gastrectomie (1), par Charles MARX.

« 1° La gastrectomie entraîne des modifications anatomopathologiques et physiologiques qui intéressent non seulement le moignon gastrique, mais également les segments sous-jacents du tractus digestif.

2° Les modifications fonctionnelles provoquent anatomiquement des lésions inflammatoires, réalisant soit une gastro-jéjunite, soit une gastro-duodénite ; celles-ci, sans être constantes, n'en sont pas moins très fréquentes, surtout pendant les premiers mois qui suivent l'intervention.

3° Les fonctions motrices de l'estomac réséqué ont été étudiées grâce à 135 examens radioscopiques concernant 87 malades, opérés suivant le procédé de Kocher et les techniques de Polya et de Finsterer. La motricité gastrique, après une phase d'atonie ou d'hypotonie des premiers jours, s'adapte assez rapidement à ses nouvelles fonctions. Le tonus musculaire des parois gastriques persiste et, malgré l'absence habituelle des mouvements péristaltiques, l'évacuation se fait en règle d'une façon rythmique, par bouchées intermittentes. Le fonctionnement de l'anastomose semble être réglé par l'intestin grêle (duodénum ou jéjunum) qui, par ailleurs, adapte sa motricité au régime évacuateur de l'estomac. Dans l'ensemble, l'estomac réséqué se vide beaucoup plus rapidement qu'un estomac normal (en moyenne 30 à 45 minutes). Les gastro-duodénostomies ont une durée d'évacuation plus longue que les gastro-jéjunostomies.

(1) Paris 1935, Louis Arnette.



4° Les troubles dyspeptiques post-opératoires, constituant le syndrome du « petit estomac », ne peuvent pas être rattachés d'une façon constante à des aspects radiologiques définis.

5° Les fonctions sécrétoires ont été étudiées par le chimisme gastrique de 17 opérés, tubés après injection d'histamine.

a) L'anachlorhydrie et l'abaissement de l'acidité totale doivent être considérés comme le résultat normal de la gastrectomie (70 à 80 p. 100 des cas). L'anacidité ou la subacidité est due en premier lieu à l'ablation de la région antro-pylorique qui entraîne la suppression de la deuxième phase (chimique) de la sécrétion gastrique ;

Dans 20 à 30 p. 100 des cas, on note cependant une acidité chlorhydrique plus ou moins marquée qui peut être en rapport avec la persistance ou la réapparition de la sécrétion gastrique. Ces anomalies, mis à part les cas de résection trop économique ou de récurrence ulcéreuse, seraient à rattacher soit à la topographie de l'ulcère, soit à une action acidogène à point de départ intestinal, soit à des métaplasies des muqueuses gastrique et jéjunale ;

b) L'activité peptique est nulle ou du moins extrêmement réduite ;

c) La présence, dans le suc gastrique prélevé par tubage, de bile et de suc pancréatique est habituelle ;

d) Les examens bactériologiques du suc gastrique ont révélé l'augmentation de la flore microbienne de l'estomac et du duodénum et leur envahissement par des colibacilles et d'autres germes habituels du côlon. Ces anomalies sont à rattacher à l'anachlorhydrie post-opératoire ;

e) L'excrétion de la bile et la sécrétion du suc pancréatique ne sont pas troublées, dans leur ensemble, après gastrectomie ;

f) Il est vraisemblable que l'intestin grêle s'adapte à ses nouvelles fonctions par une modification sécrétoire. Il peut être, d'un autre côté, le siège de processus de fermentations qui normalement se font plus en aval.

6° Grâce au ralentissement du transit intestinal et au décalage des processus d'absorption vers l'iléon, l'intestin grêle arrive à compenser le déficit de la digestion gastrique. Le métabolisme général diffère à peine de la normale. Parmi les éléments constitutifs des aliments, ce sont les graisses qui sont le plus mal utilisées. Le métabolisme des albuminoïdes et des hydrates de carbone n'est pas ou n'est que très peu troublé.

7° En ce qui concerne la technique opératoire, seule la gastrectomie large (8 à 12 centimètres de petite et 20 à 25 centimètres de grande courbure) permet de supprimer la région à fonction pylorique et de réaliser une anachlorhydrie.

Malgré un certain nombre de bons résultats éloignés, la valeur de la gastro-duodénostomie est inférieure à celle de la gastro-jéjunostomie ; ses indications sont limitées et le plus souvent elle n'est pas applicable aux gastrectomies étendues.

Les inconvénients qu'on a reprochés aux gastro-jéjunostomies (remplissage rétrograde du duodénum et évacuation en trombe) sont plus théoriques que réels : ils ne s'accomplissent en effet qu'exceptionnellement de troubles généraux et fonctionnels. La technique de Hofmeister-Finsterlin est celle qui donne les meilleurs résultats cliniques et fonctionnels.

8° Le régime post-opératoire doit ménager, pendant les premiers mois, les modifications physio-pathologiques dont le tractus gastro-intestinal est le siège. Il sera surtout à base d'hydrate de carbone, avec restriction des albuminoïdes et des graisses. Sa durée, variable avec chaque sujet, est en moyenne de 6 mois à un an.

9° La gastrectomie, intervention mutilante en ce sens qu'elle supprime le temps gastrique de la digestion, n'entraîne ni les troubles fonctionnels, ni les troubles généraux

(réserve faite pour l'anémie post-opératoire) auxquels on serait théoriquement en droit de s'attendre. L'adaptation remarquable des segments digestifs sous-jacents compense le déficit gastrique. C'est, d'autre part, la seule intervention gastrique qui permette d'abaisser ou d'annuler avec le maximum de chances l'acidité du suc stomacal, dont on sait les rapports avec la chronicité et la récurrence ulcéreuse. Elle constitue donc, à l'état actuel de nos connaissances, l'intervention la plus logique dans le traitement chirurgical des ulcères gastro-duodénaux. »

## PRATIQUE MÉDICALE

### TRAITEMENT DE L'ULCUS GASTRO-DUODÉNAL PAR L'HISTIDINE. RÉSULTATS DE DEUX ANNÉES D'EXPÉRIENCES CLINIQUES (1).

Par MM. les professeurs A. Stolz et A.-G. Weiss  
(de Strasbourg).

Les auteurs concluent : l'évolution capricieuse de l'ulcus gastro-duodéal incite à la prudence et rend extrêmement délicate l'appréciation de la valeur d'une thérapeutique. C'est la raison pour laquelle nous avons voulu attendre deux ans avant de venir vous présenter les résultats de nos recherches.

Il est cependant difficile d'admettre que l'ensemble des faits que nous venons d'énumérer résulte du simple hasard ou d'une série de coïncidences heureuses. Nous nous croyons donc légitimement autorisés à émettre les opinions suivantes :

1° L'histidine, en plus des effets immédiats qu'elle exerce d'une façon presque constante sur les poussées ulcéreuses, est capable d'influencer très heureusement le rythme des crises évolutives et leur intensité, à condition d'être administrée de façon suivie ;

2° L'histidine exerce sur la muqueuse digestive une action trophique, que nous comparerons volontiers à celle d'une hormone ou d'une vitamine. Elle semble favoriser la cicatrisation des ulcères, ainsi qu'en témoignent des faits expérimentaux indéniables et certaines observations précises faites en pathologie humaine ;

3° Nous ne prétendons nullement que le mode d'administration et la posologie utilisés par nous dans la presque totalité de nos cas constituent la méthode optimale. Il est fort possible que nous arrivions à renforcer et à perfectionner l'action de l'histidine par une meilleure répartition des doses administrées ou même par l'adjonction d'autres substances anti-ulcéreuses dont nous poursuivons la recherche. L'usage associé des médicaments anti-acides classiques ou des pansements gastriques est peut-être capable d'accélérer et d'activer l'action de l'histidine, qui constitue néanmoins actuellement à nos yeux le « traitement de base » toujours utile des diverses manifestations de la maladie ulcéreuse.

A la même séance d'ailleurs, le professeur Stolz a rappelé que lui, qui avait été un des premiers adeptes de la gastrectomie large, avait complètement modifié sa manière de faire depuis qu'il avait l'histidine, et d'autre part MM. Desplas, Lenormand et Fournial ont aussi remarqué qu'il s'agit d'un traitement dans lequel il faut persévérer, car il apporte certainement un état de repos remarquable à un estomac irrité et hyperexcité par une lésion ulcéreuse et que, par ailleurs, il peut être considéré comme une thérapeutique pré et post-opératoire qui n'est pas à négliger.

Ces conclusions si importantes viennent confirmer les multiples travaux parus jusqu'à ce jour sur l'emploi des acides aminés en thérapeutique, qui a été merveilleusement

(1) Soc. nat. de chir., Paris, 13 fév. 1935.



mis en lumière par l'article si documenté de M. le docteur G. Lyon, dans le *Bulletin médical* du 15 mai 1934. On sait que le tryptophane et l'histidine (hémostra) ont été utilisés surtout dans les anémies, alors que l'histidine (laristine) a été conseillée par MM. Weiss et Aron, surtout dans la maladie ulcéreuse gastro-duodénale, en injections intramusculaires (ampoules de 5 cc.) ; on peut d'ailleurs l'administrer également en injections intra-dermiques (ampoules de 1 cc.).

## LIVRES NOUVEAUX

La démence (1), par le docteur Raymond MALLET.

Tandis que, pour le législateur comme pour les profanes, le terme de démence peut être appliqué à tout trouble mental, il a pris, aujourd'hui, en psychiatrie, un sens limité, restrictif : il doit être réservé à un état morbide, caractérisé anatomiquement, par des lésions destructives et, cliniquement, par un affaiblissement définitif de l'activité psychique, dont il convient d'étudier la place qu'elle occupe en nosologie, les aspects symptomatiques et anatomiques, la pathogénie et, enfin, la thérapeutique.

Pour la bien situer, notons que tout se passe comme si elle était l'aboutissant d'un processus dont l'obsession marquerait le début, et le délire, une phase évolutive.

L'obsession, maladie de nature fonctionnelle, a été tour à tour attribuée au refoulement, dans l'inconscient, de « complexes sexuels » par les psychanalistes, à la perte de la notion du réel, par les psychologues, à une perturbation de l'équilibre vago-sympathique, par les médecins. Identique à la psychasthénie de Janet, elle est très voisine de l'hystérie, avec laquelle, cependant, il faut se garder de la confondre, celle-ci étant surtout imaginative, celle-là, surtout émotive. Les phénomènes cénestopathiques jouent un rôle de premier plan dans sa symptomatologie qui oppose à l'exaltation de phénomènes d'automatisme normalement soumis à l'auto-conduction, avec sentiment de dépersonnalisation, l'intégrité de la conscience, d'où maintien de l'unité du moi.

Dans le délire, au contraire, il y a rupture de cette unité, substitution, à la cohérence logique, d'une « unité extra-logique et manifestement affective » (Blondel), avec suppression des facultés de contrôle, apparition du syndrome d'automatisme décrit par de Clérambault, disparition progressive des apports sociaux qui contribuent à former la personnalité psychique (Durkheim), effacement des données collectives médiates en faveur des données immédiates de la conscience (Bergson), retour aux modes de penser mystique et prélogique, à l'archaïsme (Lévy-Valensi), tendance, pour le patient, à se confondre avec l'ambiance, confusion du rêve et de la réalité. Le délirant est vraiment un aliéné, au sens étymologique du mot.

Nous voilà à même, maintenant, de définir la démence, que caractérise l'effondrement global, irrémédiable, de l'activité psychique, à évolution lente, parfois coupée de rémissions plus ou moins longues. Son début est, le plus souvent, insidieux, quelquefois brusque, lorsque, par exemple, elle succède à un traumatisme crânien. Dans la démence précoce, il s'agit tantôt de catatonie (Kraepelin), syndrome d'inertie (Kahlbaum), associés à des troubles vaso-moteurs et organo-végétatifs (Claude et Baruk), avec catalepsie, ou conservation des attitudes, négativisme, ou résistance aux incitations, stéréotypies : mouvements répétés, sans coordination, sans but ; tantôt, d'hébéphrénie (Hecker), avec changement inexplicable de caractère, indifférence aux choses de

la famille ou du métier, désordre de la conduite, impulsions, fugues ; tantôt de démence paranoïde, dans laquelle prédominent les phénomènes délirants non systématisés ; tantôt, enfin, de forme mixte. De ces formes, l'hébéphrénie est celle où les rémissions sont les plus fréquentes : elle doit être différenciée de la schizophrénie (Bleuler), que spécifie la notion d'autisme, ou perte du contact vital avec la réalité en dehors de tout affaiblissement intellectuel, et qui, sous des influences mal déterminées, se développe chez certains prédisposés, dits schizoïdes par Kretschmer. La forme paranoïde est à distinguer du délire polymorphe des dégénérés (Magnan), qui, dans la plupart des cas, se termine par complète guérison.

A la démence précoce, dans laquelle, aussitôt après les accidents du début, apparaît une déchéance intellectuelle définitive, s'opposent d'autres variétés de démence : démence paralytique, avec ses signes neurologiques et ses réactions biologiques, démence épileptique, entrecoupée d'accidents convulsifs et accompagnée d'une lenteur presque pathognomonique de l'idéation (bradypsychie de Ducosté), démences toxiques ou infectieuses, démence consécutive à un délire chronique avec, comme lien de passage, l'explication délirante (Capgras, Beaudoin et Bréau), démence sénile, avec régression de la mémoire, selon la loi de Ribot, d'où raba-chage ; si l'imagination garde une certaine activité avec fabulation, on a affaire à la presbyophrénie de Wernicke, si les troubles agnosiques et apraxiques prédominent, on se trouve en présence de la maladie d'Alzheimer. Ces deux affections ne constituent, à vrai dire, qu'un mode de début de la démence sénile, comme certains phénomènes délirants avec méconnaissances systématiques (Halberstadt) ou fausses reconnaissances dues à une identification amnésique.

Une fois installée, la démence se reconnaît à un ensemble de symptômes, dont les principaux sont :

Les troubles de la mimique, qu'il s'agisse de la physiologie (masque démentiel de Chaslin), stupeur, de la tenue : négligence, erreurs, oublis vestimentaires, ou, au contraire, maniérisme ; de l'attitude : stéréotypies, échopraxie, persévération, phénomènes de barrage (Guiraud et Mlle Deschamps), puérilisme mental (Dupré), activité de jeu (Toulouse et Schiff) ;

Les troubles du langage : psittacisme, écho et palilalie, mutisme, syndrome de Ganser, fait de réponses à côté, tous propres à la démence précoce (schizophasie de Pfersndorff), paraphasie, jargonaphasie et incohérence, plus spéciales à la démence sénile ; anomalies des dessins qui portent le cachet de la discordance mentale, parfois du symbolisme délirant ; troubles de l'écriture (schizographie, Lévy-Valensi, Migault, Lecau), avec prédominance des automatismes graphiques, chers à l'Ecole surréaliste, où ils sont, d'ailleurs, voulus, modifications (G. Dumas) de la mimique vocale, etc. ;

Les réactions : impulsions, exhibitionnisme, vol, fugue, meurtre, automutilations, fréquentes dans la démence précoce, dont elles marquent souvent le début, qui surviennent sans le moindre mobile idéo-affectif et dont les éléments sont, d'une part, l'absurdité, de l'autre, l'implacabilité ;

L'altération du sens affectif : indifférence, apathie, parfois brusquement traversées par une décharge anxieuse, la sensibilité, détachée de l'intelligence, s'accrochant à une image parasite ;

Troubles d'ordre neurologique, variables avec la cause de la démence, et dont certains semblent spéciaux à la démence précoce : crampes (Kahlbaum), contractures aboutissant à des rétractions (Calleire, Kraepelin), cyphose (Mlle Pascal, Capgras et Vié), réactions vago-motrices, hypoexcitabilité vagale (Santenoise, Desruelles).

A la démence précoce s'oppose, jusqu'à un certain point, la démence de la paralysie générale, due à la syphilis et qui, dans bien des cas, débute par un délire inconsistant, mobile, absurde, qui ne masque que pour une courte pé-

(1) In-16 de 161 pages. — Collection Armand Colin.





**Anusol** *La*  
*médication la plus efficace des hémorroïdes*

**INDICATIONS:** Hémorroïdes, fissures anales, rhagades anales, prurit anal, proctite et abcès proctitiques, ténésme, défécations douloureuses de toute origine, y compris celles liées à des affections du rectum pendant les règles et la grossesse.

**RESULTATS:** Élévation de la pression sanguine dans les plexus veineux hémorroïdaires. Disparition rapide des paquets hémorroïdaires, des hémorragies et des troubles circulatoires. En un mot, amélioration immédiate des troubles subjectifs et des symptômes objectifs.

**MODE D'EMPLOI:** Un suppositoire Anusol matin et soir.  
 ECHANTILLONS ET LITTÉRATURE A LA DISPOSITION DE MM. LES MÉDECINS

LABORATOIRES SUBSTANTIA, M. GUÉROULT, Pharm., 13, Rue Pagès, SURESNES (Seine)



**Folliculine CHOAY**  
 Hormone sexuelle femelle

En ampoules stérilisées de 1<sup>cc</sup> et 2<sup>cc</sup>  
 titrées respectivement à 250 et 500 unités internationales

**CHOAY**

**LABORATOIRES CHOAY**, 48 rue Théophile Gautier, PARIS (XVI<sup>e</sup>)

riode le fléchissement intellectuel. Celui-ci peut aussi apparaître brusquement, ce qui comporte, pour la société, des dangers sur lesquels a justement insisté Pactet. L'examen neurologique et les recherches de laboratoire facilitent le diagnostic dans ces cas, comme dans ceux de paralysie générale, juvénile ou sénile.

Dans la syphilis cérébrale, plus précoce, aux troubles psychiques, d'allure confusionnelle, s'associent des signes en foyer, et les réactions de laboratoire y sont plus accusées.

Les pseudo-paralysies générales de Klippel se reconnaissent par l'enquête étiologique : antécédents d'alcoolisme, d'artériosclérose, d'épilepsie, par leur évolution plus lente, par le caractère négatif des réactions de laboratoire.

Si peu avancée que soit l'étude anatomique et pathogénique des démences, on sait que la démence précoce est due (Klippel et Lhermitte, R. Mallet) à des lésions limitées à la cellule nerveuse et à son prolongement, avec intégrité des vaisseaux et des méninges, dont le développement, favorisé par une vulnérabilité congénitale, est peut-être dû à la tuberculose ; que, dans les démences encéphalitiques de Marchand, aux lésions cellulaires s'adjoignent des réactions méningées et vasculaires, les unes et les autres d'origine infectieuse ; que, dans la paralysie générale, les lésions cérébrales sont à la fois macro et microscopiques ; que, dans toute démence terminale, les lésions destructives, diffuses, prédominent sur les lobes frontaux et consistent surtout en atrophie avec raréfaction des neurones corticaux. On sait aussi le rôle que les biologistes actuels font jouer à l'allergie dans le déterminisme de certaines démences : démences précoce et paralytique surtout.

Le rôle de la thérapeutique est d'intervenir avant que ces lésions soient installées, en s'attaquant à l'agent infectieux. Il est moins limité qu'on ne pourrait croire *a priori*, si l'on songe que, longtemps, il s'agit de troubles fonctionnels ou circulatoires sur lesquels le traitement peut avoir une certaine influence.

Quelques pages de conclusions résument cet ouvrage, que caractérisent essentiellement l'esprit critique, le sens de la mesure, la clarté toute française, et dont le style élégant rend la lecture des plus aisées.

L. BABONNEIX.

**Les colites chroniques. Etude clinique, traitement médical et chirurgical (1),** par M. CHIRAY, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin des hôpitaux ; G. LARDENNOIS, professeur agrégé à la Faculté de médecine, chirurgien des hôpitaux, et J. BAUMANN, médecin consultant à Châtelguyon. Avec un exposé de bactériothérapie colitique par M. Nicolas.

« Ce livre s'adresse autant aux médecins faisant de la médecine générale qu'aux spécialistes. Il a été écrit dans l'état d'esprit du thérapeute aux prises avec les difficultés de la pathologie intestinale et n'a d'autre prétention que d'établir un fil conducteur dans le dédale des phénomènes extrêmement complexes qu'elle comporte. »

C'est en ces termes qu'est présenté cet ouvrage et que les auteurs affirment leur volonté de rester sur le terrain clinique afin d'aboutir à une thérapeutique simple uniquement basée sur la filiation logique des faits.

Les connaissances nouvelles acquises au cours de ces dernières années n'ont guère dépassé le domaine de la spécialité. Le praticien n'en connaît que les grandes lignes et en ignore souvent les détails. Il semble donc nécessaire de coordonner tous ces faits nouveaux, de les grouper et d'en tirer d'utiles conclusions. C'est le but de cet ouvrage d'exposer l'histoire des colites suivant l'évolution des lésions

qui les constituent, de schématiser leurs différentes phases cliniques en rapportant à chacune d'elles les symptômes, les complications ainsi que les réactions de défense ou les répercussions organiques qui lui sont propres.

La partie clinique comporte trois chapitres principaux. Le premier est consacré aux colites endomuqueuses, lésions qui ne dépassent pas le plan muqueux, c'est-à-dire qui comportent seulement une irritation superficielle de la muqueuse avec les réactions de celle-ci vis-à-vis d'un contenu anormal. C'est en somme l'histoire du chimisme intestinal, des variations de la flore bactérienne et des réactions de compensation ou de défense mises en jeu pour maintenir l'équilibre de ce milieu.

Les colites pariéto-interstitielles forment le second groupe. Elles se concrétisent dans l'histoire de l'appendicite chronique, lésion minime à son début, qui peu à peu se propage à tous les tissus folliculaires du cæcum pour créer ces colites, ces typhocolites, syndrome typique de l'inflammation et de l'altération des couches profondes du colon. Colites plus graves que les précédentes parce qu'elles aboutissent soit à des dystrophies segmentaires, soit à la péri-colite.

Dans le troisième chapitre, les colites ulcéreuses sont envisagées d'abord sous l'aspect des colites ulcéreuses spécifiques représentées par l'amibiase, si fréquente dans nos régions depuis la guerre, et les diverses parasitoses qui sont souvent à l'origine de ces lésions graves. Puis vient l'étude des colites ulcéreuses d'origine indéterminée qui reste encore un des points les plus mystérieux de la pathologie colique.

Un important chapitre de thérapeutique termine ce livre. On y trouvera en particulier exposées les diverses ressources offertes au médecin dans ce domaine si complexe par la physiothérapie, la bactériothérapie et la pharmacothérapie des infections chroniques du gros intestin.

Les diverses possibilités de la thérapeutique chirurgicale des colites sont ensuite décrites avec leurs risques et leurs indications.

L. G.

**Nouveau Traité de Médecine**, publié sous la direction de G.-H. ROGER, Fernand WIDAL, P.-J. TEISSIER. Fascicule XX : *Pathologie du système nerveux, bulbe, nerfs craniens, méninges, moelle* (1).

L'édition du *Nouveau Traité de Médecine* vient d'être terminée. Le fascicule XX, qui paraît aujourd'hui, est le dernier.

Cet important ouvrage, qui comprend 25 volumes, a rencontré auprès du public médical français et étranger un accueil qui a justifié, pour la plupart des fascicules, des rééditions successives.

Ce traité, par le fait de ces rééditions, se trouve donc représenter, à l'heure actuelle, l'état de la science médicale sous une forme très complète.

Le dernier volume qui paraît aujourd'hui (fascicule XX) est consacré à la *Pathologie du système nerveux* (bulbe, nerfs craniens, méninges et moelle). Il formera, avec les fascicules XVIII, XIX et XXI, un ensemble de près de 4.000 pages, qui n'est pas loin de contenir la somme de nos connaissances neurologiques.

L. G.

(1) In-8 de 1.000 pages avec 182 figures et 11 planches dont 3 en couleurs — Prix : cartonné demi-toile, 130 fr. — Paris, Masson et C<sup>ie</sup>.

Le Directeur-gérant : D<sup>r</sup> François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

(4) In-8 de 430 pages avec 31 figures et 16 planches. — Prix : 65 fr. — Paris, Masson et C<sup>ie</sup>.



# LABORATOIRES CARTERET

Pas d'accoutumance • Agit vite • Pas d'accumulation

## DIURÈNE

"Extrait total" d'ADONIS VERNALIS

CARDIOPATHIES - ARTÉRIO-SCLÉROSE  
NÉPHRITES & CIRRHOSSES  
OEDÈMES &  
ASCITES

LIQUIDE

PILULES

Posologie : 2 à 6 cuillerées à café  
ou 4 à 12 pilules par jour.

CONTIENT TOUS LES PRINCIPES ACTIFS DE L'ADONIS VERNALIS

Echantillon et Littérature : 15, rue d'Argenteuil, PARIS

## ESTOMAC - INTESTIN

DYSPEPSIE

GASTRALGIE

ENTÉRITE

CHEZ L'ENFANT  
CHEZ L'ADULTE

## VALS-SAINT-JEAN

EAU de RÉGIME, FAIBLEMENT MINÉRALISÉE et GAZEUSE

Envoi gratuit d'Echantillons et de Notices à MM. les Docteurs sur demande adressée  
DIRECTION-VALS-GÉNÉRALE : 53, Boul' Haussmann, Paris (9<sup>e</sup>). Téléph. 227-70.

ANÉMIE PALUDEENNE. — Source Dominique  
VALS-LES-BAINS. — Saison du 1<sup>er</sup> juin au 1<sup>er</sup> octobre.

## RHIZOTANIN CHAPOTOT

Tanin de Fraiser - Sels de chaux et de magnésie

Tonique -- Reconstituant -- Recalcifiant

Anémies — Bronchites chroniques — Pré tuberculos.  
Amélioration rapide des Accidents Diarrhéiques  
et des Néphrites Albuminuriques.

Cachets pour adultes -- Poudre pour enfants  
Granulé pour adultes et enfants

Éch. Méd. grat. P. AUBRIOT, Ph. 56, bd Ornano, PARIS-18<sup>e</sup>

## OLÉTHYLE-BENZYLE

BENZOATE DE BENZYLE

## DÉSINFECTION — CHLORAMINE INTESTINALE — FREYSSINGE

1 à 3 pilules à chaque repas. - 6, Rue Abel, PARIS - Aucune contre-indication

LABORATOIRE CENTRAL DE PARIS  
122, rue du Faubourg Saint-Honoré

**CHARBON DE PEUPLIER** sous forme de **GRAINS ANISÉS** de **CHARBON TISSOT**  
Humectent, divisent, aseptisent, expulsent.  
DIVISION du **BOL ALIMENTAIRE** et conséquences : MAUVAISES DIGESTIONS, MIGRAINES, LOURDEURS de TÊTE  
**CONSTIPATION** HÉMORROIDES, etc. — Une cuillerée à café avalée comme des graines de lin, après chaque repas.  
Toutes Pharmacies. — Echantillons : PARIS 34, BOULEVARD DE GLICHY (Service 2)

LE DIURÉTIQUE RÉNAL PAR EXCELLENCE

# SANTHÉOSE

LE PLUS FIDÈLE, LE PLUS CONSTANT, LE PLUS INOFFENSIF DES DIURÉTIQUES

SES QUATRE FORMES

**PURE**

Le médicament régulateur par excellence, d'une efficacité sans égale dans l'artério-sclérose, la présclérose; l'albuminurie, l'hydropisie, l'urémie.

**PHOSPHATÉE**

L'adjuvant le plus sûr des cures de déchloruration et de désintoxication de l'organisme, dans la neurasthénie, l'anémie et les convalescences.

**CAFÉINÉE**

Le médicament de choix des cardiopathies, fait disparaître les œdèmes et la dyspnée, renforce la systole, régularise le cours du sang.

**LITHINÉE**

Le traitement rationnel de l'arthritisme et de ses manifestations; jugule les crises, enrayer la diathèse urique, solubilise les accidents urinaires.

DOSES: 2 à 4 Cachets par jour. — Ces cachets sont en **FORME DE CŒUR** et se présentent en boîtes de 24.

**PRODUIT FRANÇAIS**4, rue du Roi-de-Sicile  
— PARIS —**PRODUIT FRANÇAIS**

## LE TRAITEMENT NEURO-TONIQUE DES TROUBLES DYSPEPTIQUES

On sait que la plupart des troubles dyspeptiques sont purement fonctionnels, indépendants de toute lésion et liés simplement au fonctionnement défectueux du système nerveux vago-sympathique qui commande aux mouvements et aux sécrétions de l'estomac. Un traitement neuro-tonique susceptible de remettre en équilibre le système vago-sympathique donne des résultats rapides et remarquables.

Ce traitement, autrefois difficile à manier parce que les alcaloïdes pourvus d'une action sur le système vago-sympathique, l'ésérine et l'atropine, sont d'une grande toxicité, est devenu très simple et se poursuit toujours sans incident depuis la découverte des gènalcaloïdes de l'ésérine et de l'atropine, aussi efficaces mais infiniment moins toxiques.

Deux grands syndromes s'opposent qui possèdent maintenant leur médicament spécifique.

1<sup>o</sup> **DYSPEPSIE ATONIQUE ET HYPOACIDE.** — Le syndrome est caractérisé par du manque d'appétit et des digestions lentes et pénibles avec sensation de pesanteur et de ballonnement gastrique, lassitude, somnolence, vague malaise angoissant, bouffées de chaleur, palpitations parfois qui s'installent aussitôt la fin du repas.

L'examen clinique révèle un estomac légèrement ptosé qui clapote assez bas, des battements aortiques perceptibles à la palpation du creux épigastrique et la pression à ce niveau sur le plexus solaire est douloureuse. L'examen clinique montre de l'hypochlorhydrie.

Il s'agit d'insuffisance motrice et sécrétoire de l'estomac, manifestation d'hyperexcitabilité du sympathique gastrique.

LA **GENÉSÉRINE**, sédatif de l'hyperexcitabilité sympathique, réduit très rapidement l'ensemble des éléments de ce syndrome à la dose de 1 milligramme à 1 milligramme et demi, à chacun des trois repas, soit XX à XXX gouttes de la solution à 1,5 p. 1.000 ou deux à trois granules trois fois par jour.

2<sup>o</sup> **DYSPEPSIE HYPERSTHÉNIQUE ET HYPERCHLORHYDRIQUE.** — En revanche, d'autres sujets se plaignent de douleurs tardives qui surviennent une à trois heures après les repas et que calme momentanément l'ingestion des aliments. La douleur a les caractères des brûlures ou donne l'impression d'une crampe profonde. Elle est parfois transfixiante, irradiant dans le dos. Elle détermine des nausées, des renvois acides, parfois des vomissements. Ce syndrome trahit de l'hyperchlorhydrie et du spasme gastrique.

LA **GÉNATROPINE**, par son action paralysante sur le pneumogastrique, inhibe la sécrétion chlorhydrique et calme le spasme. Elle se prescrit à distance des repas, soit vers 10 heures du matin, 3 ou 4 heures de l'après-midi et 9 heures du soir, en principe au moment habituel des douleurs, à la dose moyenne de 1 milligramme, soit XX gouttes de la solution à 1,5 p. 1.000 ou deux granules deux ou trois fois par jour. Diminuer légèrement la dose si le médicament donne de la sécheresse accusée de la bouche.

La Génatropine est indiquée non seulement dans l'hyperchlorhydrie purement dyspeptique, mais encore lorsqu'elle est entretenue par un ulcère de l'estomac. Elle donne dans ce cas des résultats fonctionnels tout aussi nets et favorise la cicatrisation de l'ulcère mieux que n'importe quel autre traitement parce qu'elle le met à l'abri de l'action nocive des sécrétions acides de l'estomac.

3<sup>o</sup> **SYNDROMES COMPLEXES.** — Génésérine et Génatropine peuvent s'associer d'ailleurs lorsque se mêlent sur le même sujet certains des éléments de ces deux syndromes, ce qui n'est pas rare, lorsque s'associent par exemple des douleurs tardives au syndrome de la dyspepsie atonique, l'expérience montre que loin de s'annuler leurs bons effets s'ajoutent.

Il en est de même lorsque l'insuffisance gastrique des atoniques s'accompagne de troubles intestinaux tels que coliques, constipation d'origine spasmodique, signes d'entéro-colite, troubles contre lesquels de petites doses de Génatropine sont d'une efficacité remarquable.

**GÉNALCALOÏDES**  
POLONOVSKI ET NITZBERG

— ÉCHANTILLONS SUR DEMANDE

**LABORATOIRE DES PRODUITS "AMIDO"**

A. BEAUGONIN, Pharmacien, 4, Place des Vosges. — PARIS (4<sup>e</sup>)



*La Lancette Française***GAZETTE DES HOPITAUX****CIVILS ET MILITAIRES****PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI****ADMINISTRATION ET RÉDACTION :****49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6°. Tél. : Danton 48-81.****PUBLICITE : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6°) - Téléph. : Littré 54-93.****PRIX DE L'ABONNEMENT****FRANCE**3 mois : **12 fr. 50.** — 6 mois : **25 fr.** — 1 an : **45 fr.***Etudiants : 25 francs par an.**On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.***ETRANGER**Pays ayant accordé la réduction de port : **65 francs.**Tous les autres pays : **75 francs.****SOMMAIRE****ANALYSES ET INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES***Dermatologie et syphiligraphie* (sous la direction de M. P. GASTINEL). par M. R. PULVENIS.**RÉUNION DERMATOLOGIQUE DE STRASBOURG**

(Compte rendu, par M. P. LANZENBERG.)

**SOCIÉTÉS SAVANTES***Académie des sciences. — Société des sciences médicales et biologiques de Montpellier et du Languedoc méditerranéen.***INTÉRÊTS PROFESSIONNELS***Agrégation de médecine.***PRATIQUE MÉDICALE****NOTES POUR L'INTERNAT***Entorses du genou (suite).***INFORMATIONS****HÔPITAL CIVIL DE CONSTANTINE (ALGÉRIE).** — Une place d'interne dans le service de chirurgie est vacante.

Les postulants sont invités à adresser d'urgence au directeur leur demande accompagnée de leurs références.

Avantages : indemnité annuelle de 500 fr. portée à 800 fr. après six mois de présence avec rappel de la date de prise de service.

Logement, nourriture, chauffage et éclairage à titre gratuit.

Les frais de traversée France-Algérie et ceux de chemin de fer du port de débarquement à Constantine sont remboursés suivant le tarif de 2° classe après six mois de fonctions.

Après dix-huit mois de présence le voyage de retour est remboursé dans les mêmes conditions.

**LÉGION D'HONNEUR.** — Est nommé dans l'ordre de la Légion d'honneur :**AFFAIRES ÉTRANGÈRES.** — *Au grade de chevalier.* — M. le docteur Jacquerod (de Leyzin).**GUERRE.** — Sont promus :*Au grade de médecin général.* — M. le médecin colonel Stitelet, en remplacement de M. le médecin général Duchêne-Marullaz, placé dans la section de réserve.

M. le médecin colonel Potet, en remplacement de M. le

médecin général<sup>1</sup> Spire, placé, à compter du 24 septembre 1935, dans la section de réserve.

M. le médecin colonel Botreau-Roussel, des troupes coloniales, en remplacement de M. le médecin général Sorel, promu.

**— Affectations :**

M. le médecin général Stitelet, directeur du Service de santé de la 16° région, à Montpellier.

M. le médecin général Potet, directeur du Service de santé des troupes du Maroc.

M. le médecin général des troupes coloniales Botreau-Roussel, en Afrique occidentale française.

M. le médecin colonel Schickelé, chef de la section technique du Service de santé, est nommé, à compter du 24 septembre 1935, directeur par intérim du Service de santé de la 20° région, à Nancy, en remplacement de M. le médecin général Spire, placé, à la même date, dans la section de réserve.

**ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE.** — Le XLIV<sup>e</sup> Congrès français de chirurgie se réunira à Paris, dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine, le lundi 7 octobre 1935, à 14 h., sous la présidence de M. Gaston Michel (de Nancy). Le vice-président est M. Victor Pauchet (de Paris).

Après le discours inaugural de M. G. Michel et le compte rendu du secrétaire général, M. Grégoire, on abordera les questions à l'ordre du jour :

1° *Infarctus du mésentère.* — Rapporteurs : MM. A. Ame-line (Paris) et C. Lefebvre (Toulouse).2° *Les fractures du calcanéum.* — Rapporteurs : MM. F. Paitre et M. Boppe (Paris).3° *Technique et conséquences physiologiques des opérations portant sur le diaphragme (phrénicectomie exceptée).* — Rapporteurs : MM. H. Costantini (Alger) et G. Ménégaux (Paris).**OUABAÏNE ARNAUD****LABORATOIRE NATIVELLE, 27, Rue de la Procession, PARIS (XV°)**

**NÉCROLOGIE.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Vincent, maire de Sardent, conseiller général de la Creuse; J.-J. Debève, ancien député du Nord; Deyber (de Paris); le R. P. Joseph Loiselet, docteur en médecine.

## INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

### AGRÉGATION DE MÉDECINE

Le titre V (art. 39, 40 et 41) de l'arrêté du 31 juillet 1934 relatif à l'agrégation de médecine est annulé et remplacé par les articles ci-après :

#### TITRE V

*Mise en vigueur du nouveau régime et dispositions transitoires.*

Art. 39. — A titre de mesure transitoire, les dispositions prévues aux articles 10, 11, 12 et 15 du présent arrêté n'entreront en vigueur qu'au 1<sup>er</sup> janvier 1941. Jusqu'à cette date les concours d'agrégation de médecine seront subis suivant les modalités fixées par les articles ci-après :

Art. 40. — La première série comprend une seule épreuve. Cette épreuve consiste en une leçon orale de trois quarts d'heure, faite après quatre heures de préparation en un lieu clos, sous une surveillance organisée par le jury.

Le sujet de cette leçon est tiré au sort par le candidat entre un nombre de questions égal au double du nombre des candidats appelés à subir cette épreuve. Le candidat ne peut utiliser que les livres mis, sur sa demande, à sa disposition par le jury, à l'exclusion de tous documents, livres et notes personnels, et dans la limite des ressources de la bibliothèque de la Faculté de médecine de l'Université de Paris.

A l'issue de cette épreuve, le jury dresse la liste des candidats autorisés à subir les épreuves de la deuxième série.

Art. 41. — Sont dispensés d'office de l'épreuve de la première série et admis de droit à subir les épreuves de la deuxième série :

1° Les candidats ayant été déclarés admissibles à l'issue des concours du 1<sup>er</sup> degré de l'agrégation de médecine ouverts sous le régime de l'arrêté du 6 avril 1929 ;

2° Les candidats qui satisfont aux conditions prévues par les articles 3 et 4 de l'arrêté du 22 mai 1931 et par l'arrêté du 11 février 1932 ;

3° Les candidats inscrits sur la liste d'aptitude aux fonctions d'agrégé prévue par l'arrêté du 14 mars 1924 et qui n'ont pas été institués agrégés depuis cette date.

Art. 42. — Les candidats déclarés admissibles sous le régime de l'arrêté du 6 avril 1929 ne sont soumis aux dispositions de l'article ci-dessus que pour la ou les sections auxquelles conduit, conformément au tableau ci-après, la catégorie dans laquelle ils ont été déclarés admissibles.

Catégorie A. — Anatomie. — Section 1 : anatomie.

Catégorie B. — Histologie. — Section 2 : histologie. — Section 8 : médecine générale.

Catégorie C. — Histoire médicale et parasitologie. — Section 3 : histoire naturelle, médicale et parasitologie. — Section 8 : médecine générale.

Catégorie D. — Bactériologie. — Section 8 : médecine générale.

Catégorie E. — Anatomie pathologique. — Section 8 : médecine générale.

Catégorie F. — Physiologie. — Section 4 : physiologie. — Section 7 : pharmacologie et matière médicale. — Section 8 : médecine générale.

Catégorie G. — Chimie. — Section 4 : physiologie. — Section 5 : chimie médicale. — Section 7 : pharmacologie et matière médicale. — Section 15 : chimie générale, pharmaceutique et toxicologie.

Catégorie H. — Physique. — Section 4 : physiologie. — Section 6 : physique médicale.

Catégorie H bis. — Pharmacologie et matière médicale. — Section 7 : pharmacologie et matière médicale.

Catégorie I. — Médecine générale. — Section 8 : médecine générale. — Section 10 : ophtalmologie. — Section 11 : otorhinolaryngologie.

Catégorie I bis. — Médecine générale. — Section 8 : médecine générale.

Catégorie J. — Chirurgie. — Section 9 : chirurgie générale. — Section 10 : ophtalmologie. — Section 11 : otorhinolaryngologie.

Catégorie J bis. — Ophtalmologie. — Section 10 : ophtalmologie.

Catégorie J ter. — Otorhinolaryngologie. — Section 11 : otorhinolaryngologie.

Catégorie J quater. — Urologie. — Section 9 : chirurgie générale.

Catégorie K. — Obstétrique. — Section 12 : obstétrique.

Catégorie L. — Histoire naturelle pharmaceutique. — Section 7 : pharmacologie et matière médicale. — Section 13 : histoire naturelle pharmaceutique.

Catégorie M. — Pharmacie. — Section 7 : pharmacologie et matière médicale. — Section 14 : pharmacie. — Section 15 : chimie générale pharmaceutique et toxicologie.

Catégorie N. — Chimie générale pharmaceutique et toxicologie. — Section 14 : pharmacie. — Section 15 : chimie générale pharmaceutique et toxicologie.

Art. 43. — Les épreuves de la 2<sup>e</sup> série se subdivisent en deux parties : l'épreuve de titres et les épreuves définitives.

Art. 44. — L'épreuve de titres consiste en un exposé public fait par le candidat de ses travaux personnels. La durée de cet exposé ne doit pas dépasser une demi-heure.

Art. 45. — A l'issue de cette épreuve, le jury arrête, dans les conditions fixées par l'article 16, la liste des candidats autorisés à subir les épreuves définitives. Cette liste comprend, autant que possible, un nombre de noms égal au double plus un du nombre des places à pourvoir par section ou par faculté.

Art. 46. — Les épreuves définitives comprennent :

1° Une leçon d'une heure faite après vingt-quatre heures de préparation libre, sur un sujet tiré au sort par le candidat parmi un nombre de questions égal au double du nombre des candidats appelés à subir cette épreuve ;

2° Une épreuve pratique ou clinique dont la nature, la durée et les conditions sont déterminées par le jury à la fin de l'épreuve de titres.

Art. 47. — La liste d'admission est établie sur l'ensemble des trois épreuves des deux parties de la deuxième série. En vue de l'établissement de cette liste, il est accordé à l'exposé des titres et travaux une importance double de celle accordée à chacune des deux autres épreuves.

Art. 48. — Les dispositions de l'article 48 de l'arrêté du 6 avril 1929 relatif aux candidats inscrits sur la liste d'aptitude prévue par l'arrêté du 14 mars 1924 resteront en vigueur jusqu'au 31 décembre 1935.

Art. 49. — Toutes dispositions antérieures relatives aux concours de l'agrégation des Facultés de médecine sont abrogées.

Insomnies  
Ioua nerveuse.

**BROMÉINE MONTAGU**

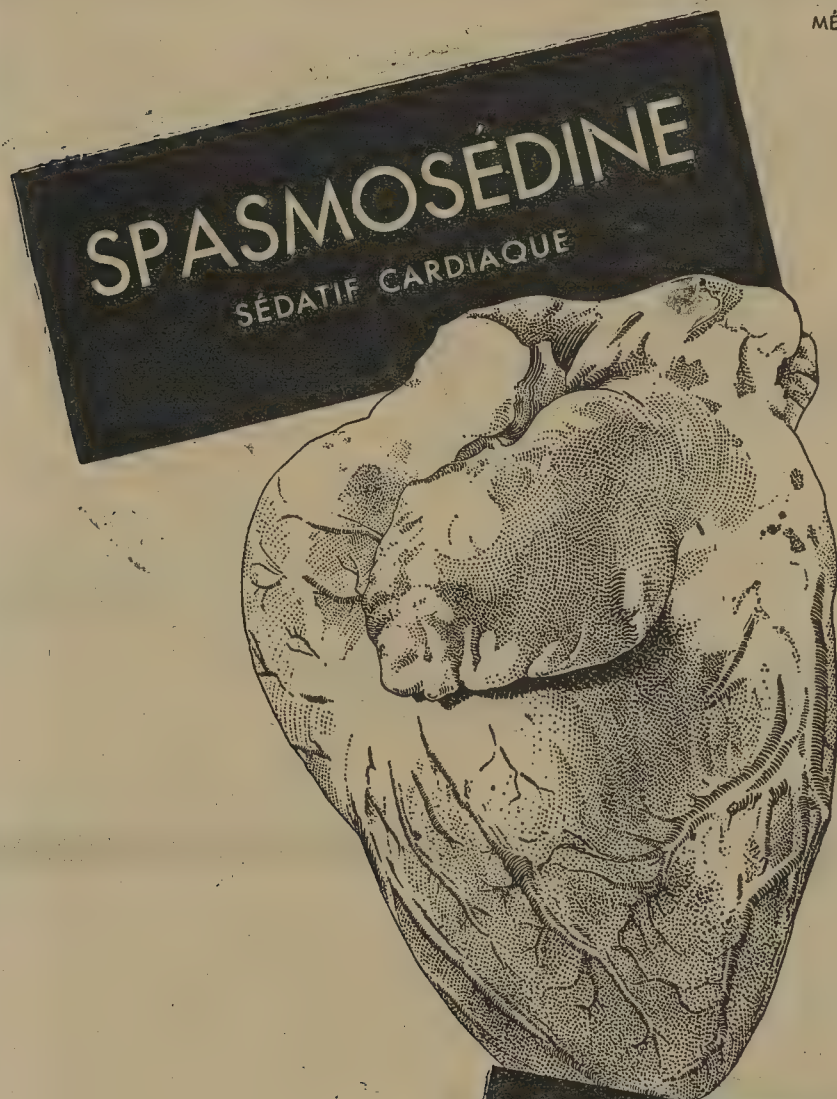
**OUATAPLASME**

de D<sup>r</sup> L'ANGLEBERT  
PANSEMENT COMPLET  
Phlegmasies, eczémas, brûlures, etc



LABORATOIRES DEGLAUDE ( )  
15, BOUL<sup>g</sup> PASTEUR, PARIS (XV<sup>e</sup>)

MÉDICAMENTS CARDIAQUES  
SPÉCIALISÉS



**SPASMOSEDINE**  
SÉDATIF CARDIAQUE

**DIGIBAÏNE**  
TONIQUE CARDIAQUE

*les 2 médicaments cardiaques essentiels*

# MALADIE VEINEUSE ET SES COMPLICATIONS

## VEINOTROPE

### VEINOTROPE M COMPRIMÉS (masculin)

POUDRE DE PARATHYROÏDE.....	0.001
POUDRE ORCHITIQUE.....	0.035
POUDRE DE SURRÉNALES.....	0.005
POUDRE D'HYPOPHYSE (lob. post.).....	0.001
POUDRE DE PANCRÉAS.....	0.10
POUDRE DE NOIX VOMIQUE.....	0.005
EXTRAIT DE MARRON D'INDE.....	0.005
EXTRAIT D'HAMAMELIS VIRGINICA.....	0.01
POUR 1 COMPRIMÉ ROUGE	

### VEINOTROPE F COMPRIMÉS (féminin)

POUDRE DE PARATHYROÏDE.....	0.001
POUDRE D'OVAIRES.....	0.035
POUDRE DE SURRÉNALES.....	0.005
POUDRE D'HYPOPHYSE (lob. post.).....	0.001
POUDRE DE PANCRÉAS.....	0.10
POUDRE DE NOIX VOMIQUE.....	0.005
EXTRAIT DE MARRON D'INDE.....	0.005
EXTRAITS D'HAMAMELIS VIRGINICA.....	0.01
POUR 1 COMPRIMÉ VIOLET	

FORMULES

COMPRIMÉS : 2 AU LEVER ET 2 AU COUCHER,  
OU SUIVANT PRESCRIPTION MÉDICALE.  
3 SEMAINES PAR MOIS.

### VEINOTROPE POUDRE

EXTRAIT EMBRYONNAIRE.....	1 gr.
PROTÉOSES HYPOTENSIVES DU PANCRÉAS.....	3 gr.
CALOMEL.....	4 gr.
TALC STÉRILE. Q. S. pour.....	100 gr.

### LABORATOIRES LOBICA

46, AVENUE DES TERNES - PARIS  
25, RUE JASMIN - PARIS (16<sup>e</sup>)

POUDRE : TRAITEMENT DES ULCÈRES SIMPLES  
ET VARIQUEUX, DES PLAIES EN GÉNÉRAL

POSOMÉTRIE ABSOLUMENT RIGOUREUSE

## CALOMEL VICARIO

### PETITS COMPRIMÉS

Un milligramme, quart et demi-centigramme  
un, deux et cinq centigrammes  
DÉSAGRÉGATION RAPIDE

NEURALGIES GRIPPE RHUMATISMES

## NOPIRINE VICARIO

ASPIRINE RENFORCÉE

Pharmacie VICARIO, 17, boul. Haussmann, PARIS



## ANALYSES ET INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

## DERMATOLOGIE ET SYPHILIGRAPHIE

Sous la direction de M. P. GASTINEL,

PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE,

Par R. PULVENIS,

EX-CHEF DE LABORATOIRE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE, MÉDECIN-CONSULTANT A LA ROCHE-POSAY.

## DERMATOLOGIE

## Clinique

**Tuberculose cutanée et Tuberculides.** (Professeurs NICOLAS et GATÉ, de la Fac. de Méd. de Lyon. In-8°, 484 p., 74 fig., Doin, édit., Paris.) — Aux nombreux et intéressants ouvrages parus dans la *Bibliothèque de la Tuberculose*, vient s'ajouter ce très beau travail qui fait honneur à la dermatologie française. Sa clarté, sa concision, et une iconographie soignée, seront particulièrement goûtées tant des spécialistes que des praticiens. L'ouvrage se divise en sept parties. C'est, tout d'abord, dans les premiers chapitres, l'étude des généralités, des caractères et des propriétés du bacille de Koch ; puis les auteurs abordent les formes anatomo-cliniques de la tuberculose cutanée : *ulcère, gommes tuberculeuses, manifestations verruqueuses et fongueuses, lupus tuberculeux*. Vient ensuite l'étude importante des *tuberculides* avec le gros chapitre très documenté des *lupus érythémateux*. Dans la quatrième partie, consacrée au groupe nombreux de dermatoses dont l'étiologie bacillaire a été souvent invoquée, les auteurs passent en revue les plus importantes : *granulome annulaire, angiokératome, pityriasis rubra et rubra pilaris, psoriasis, parapsoriasis, eczéma*, etc... et font l'exposé des faits qui ont autorisé un tel rapprochement. Ils envisagent également le complexe : *tuberculose cutanée et syphilis*.

Le diagnostic général, le pronostic, le traitement et les indications thérapeutiques, forment la matière des trois dernières parties, matière particulièrement riche en ce qui concerne le traitement, auquel les auteurs ont très heureusement donné l'importance qu'il méritait.

**A propos de l'acanthosis nigricans.** (MILIAN. Soc. méd. des Hôp., séance du 29 mars 1935.) — On sait que dans la moitié des cas d'*acanthosis nigricans*, il existe un cancer de la cavité abdominale. Des lésions du sympathique avaient été invoquées pour expliquer la pathogénie des accidents cutanés.

L'auteur montre que la structure des papillomes cutanés est identique à celle des condylomes vénériens qui, lorsqu'ils siègent dans des régions humides, prennent une coloration foncée semblable. Aussi, pour M., l'*acanthosis nigricans* ne représente que la confluence de papillomes analogues aux condylomes vénériens. Les relations avec le cancer sont loin d'être démontrées, et, dans un des deux cas présentés par l'auteur, la manifestation cutanée avait précédé l'apparition de la tumeur abdominale.

**Contribution à l'étiologie et à la clinique de l'acanthosis nigricans.** (Beitrag zur Aetiologie und Klinik der Acanthosis nigricans) (E. BODENSTEIN, *Dermatologische Wochenschrift*, 29 déc. 1934, t. 99, p. 1670.) — Femme de 38 ans

atteinte de cancer gastrique et présentant de l'*acanthosis nigricans*. Les recherches interférométriques montrent un trouble pathologique très marqué de la fonction surrénale, probablement lié à une compression de la glande ou à une métastase intraglandulaire. Perturbation moins forte de la fonction des glandes hypophyses et parathyroïdes (perturbation directe ou indirecte ?). Ces constatations confirment l'importance de la surrénale dans la pathologie de l'*acanthosis nigricans*.

**Le névrome de la lichénification circonscrite nodulaire chronique.** (Lichen ruber obtusus corné, prurigo nodularis) (PAUTRIER. *Ann. Derm. et Syph.*, octobre 1934, p. 897, 20 fig.) — Important mémoire accompagné de très belles photographies et planches anatomo-pathologiques.

L'auteur fait une description clinique des lésions et, séparant nettement cette affection du lichen plan, du strophulus et de l'urticaire, regrette les différentes appellations données, si sujettes à équivoque (*urticaria perstans, prurigo nodulaire*, etc...). Pour lui, le nom qui s'adapte le mieux est : lichénification circonscrite nodulaire chronique.

Ce qui est du plus haut intérêt dans l'importante étude anatomo-pathologique est qu'à côté de lésions histologiques épidermiques ne traduisant que des lésions traumatiques, mécaniques, provoquées par le grattage (*hyperacanthose, hyperkératose*), on trouve des lésions dermiques constituées par trois éléments : infiltrat cellulaire, lésions vasculaires et surtout une *hyperplasie colossale d'éléments nerveux qui accompagnent pas à pas l'infiltrat* et que l'auteur n'a retrouvée que dans la lichénification circonscrite nodulaire chronique. Il considère jusqu'ici ce véritable névrome comme spécifique de cette affection.

Il est à signaler que c'est la première fois que derrière le symptôme « prurit » qui restait jusqu'ici purement subjectif, on trouve une lésion nerveuse, et ce fait soulève toute une série de questions et de problèmes auxquels des études ultérieures permettront peut-être de répondre.

**Lichen plan d'origine aurique.** (MM. D'HOOR, P. DAVID et GIEERBRANDT. *Journal des Sciences médicales de Lille*, 6 mai 1934, p. 361.) — Les auteurs rapportent l'observation d'un tuberculeux pulmonaire cavitaire traité par des injections intra-veineuses de Crisalbine, et qui, au cours d'une troisième série de piqûres, présente un lichen plan typique de la muqueuse jugale et de la zone cutanéomuqueuse de la verge. La suspension du traitement fut suivie d'un amendement rapide des lésions. Après deux mois de repos, toutes lésions étant disparues, une nouvelle tentative de crysothérapie fut faite, et dès les premières injections le lichen réapparut.

Les auteurs pensent qu'il ne s'agit pas d'intolérance ni d'intoxication par les sels d'or, mais plutôt d'un phéno-

**LABORATOIRES CARTERET**LIQUIDE  
et  
COMPRIMES**ANTISEPTIQUE GÉNÉRAL***Sans odeur et non toxique***LUSOFORME***Formol saponiné***DÉSINFECTANT -- DÉSODORISANT**

S'EMPLOIE EN SOLUTION AQUEUSE à 1/4 ou 1/2 p. 100 en GYNECOLOGIE, OBSTÉTRIQUE, CHIRURGIE

Échantillon et Littérature : 15, rue d'Argenteuil, PARIS

**SIROP GUILLIERMOND**  
**IDO-TANNIQUE****AFFECTIONS CARDIO-VASCULAIRES, AFFECTIONS PULMONAIRES CHRONIQUES  
LYMPHATISME, GOITRE, DERMATOSES, ALBUMINURIE****DOSES : 2 à 4 cuillerées à bouche, à dessert ou à café suivant l'âge****PRESCRIRE :**  
**SIROP GUILLIERMOND, un flacon****BERTAUT-BLANCARD FRÈRES**  
64, Rue de La Rochefoucauld, PARIS (9<sup>e</sup>)**SULFARSENOL**  
**ARSENOS-SOLVANT**

ADOPTÉS PAR LES HOPITAUX

**EKTOPHANOL**

SELS DE LITHIUM DE L'ACIDE PHENYLQUINOLEINE CARBONIQUE

*Indications : Rhumatismes musculaires ou articulaires, aigus ou chroniques, Goutte, Sciatique, Lumbago, etc.*LABORATOIRES DE BIOCHIMIE MÉDICALE CH. DESGREZ, Dr en Ph<sup>e</sup>, 19-21, rue Van-Loo, PARIS XVI<sup>e</sup> — Tél. Auteuil 26-62



mène qu'on peut vraisemblablement rapporter au biotropisme de Milian.

Le traitement aurique n'est donc pas forcément contre-indiqué chez de tels malades, mais il doit être prudent.

**L'érythème polymorphe dans la maladie de Nicolas-Favre.** (ZAOUI. *Th. de Paris*, 1934.) — Depuis l'observation principes de Gaté et Michel et l'étude de Kitchevatz, en 1929, l'érythème polymorphe a été signalé une dizaine de fois dans la maladie de Nicolas-Favre. Il survient trois à quatre semaines après le début, souvent en coïncidence avec l'ouverture de l'adénite. Il s'accompagne de poussées thermiques pendant cinq à huit jours environ, avec courbature, douleurs articulaires, troubles digestifs légers. L'éruption dure trois à cinq semaines, avec ses signes d'élection habituels (dos des mains et poignets, face antérieure des jambes, nuque, front, etc...). L'intradermo-réaction de Frei atteint précisément son maximum au moment de la poussée éruptive, preuve d'une réelle maladie générale, s'il y a prédominance ganglionnaire.

On ne trouve aucun signe de tuberculose et l'inoculation au cobaye est négative. L'éruption polymorphe n'influe pas sur la maladie de Nicolas-Favre.

Le salicylate de soude agit favorablement sur l'une et l'autre.

**Herpès à bulles : herpès géant.** (H. GUGEROT, P. LORTAT-JACOB, M. ALBEAUX-FERNET. *Ann. des mal. ven.*, janvier 1934, p. 27, 1 fig.) — Intéressante observation d'herpès géant à bulles de 8 à 12 millimètres. D'abord on ne pensa pas à l'herpès. Pourtant l'inoculation à la cornée du lapin donna une kératite puis une paraplégie herpétique.

**Distinction nécessaire entre l'« érythème annulaire centrifuge » de Darier et l'« Erythema chronicum migrans » d'Azfelsius-Lipschütz.** (TOURAINE et SOLENTE. *Ann. derm. et Syph.*, avril 1934, p. 362.) — Très important travail complété d'une riche bibliographie. Les auteurs apportent de nombreux arguments pour différencier l'érythème annulaire de l'érythème migrans que la majorité des auteurs français confondent en une seule affection. Pour T. et S. le seul caractère commun est l'anneau érythémateux large de quelques millimètres, s'étendant par migrations périphériques. Pour tous les autres symptômes, ils se distinguent nettement l'un de l'autre.

Dans l'érythème annulaire centrifuge de Darier, les éléments papuleux du début sont toujours nombreux, se développant habituellement sur le tronc (ceinture pelvienne surtout). Ils se multiplient et essaient rapidement jusque sur le premier segment des membres qu'ils ne dépassent presque jamais. Après avoir atteint 3 à 5 cm. les anneaux se brisent et par leur rencontre avec leurs voisins forment des figures festonnées, polylobées. Ils disparaissent en 15 jours à 4 mois. Mais de nouvelles poussées font durer la maladie pendant des mois et des années. Parfois on observe une desquamation abondante, de la vésiculation et du prurit. La cause en serait générale, d'origine toxique ou toxi-infectieuse.

L'érythème migrans de Lipschütz, au contraire, est constitué par un seul anneau érythémateux (exceptionnellement 2 ou 3), dont l'extension excentrique est rapide, pouvant atteindre de grandes dimensions. Il n'y a qu'une seule poussée, d'un seul élément, et jamais on n'observe de desquamation, de vésiculation et de prurit. Durée : 6 à 18 mois. La cause en serait locale, toxi infectieuse : les piqûres de tique sont souvent incriminées (présence souvent de traces de piqûres là où se développe la lésion).

Les auteurs proposent d'appeler l'affection décrite par Darier : « érythème multi-annulaire centrifuge », et de

conserver le nom d'« érythème migrateur » à celle de Lipschütz.

**A propos des Staphylococcies cutanées.** (J. DU CASTEL. *Archives hospitalières*, 1934, p. 49.) — De son importante étude sur les lésions cutanées déterminées par les diverses races de staphylocoques, l'auteur tire les commentaires suivants :

Le problème de la sensibilisation ou de l'immunité dans les staphylococcies cutanées est à peine posé. Gougerot croit cependant qu'il peut exister une sensibilisation locale au staphylocoque et que cette sensibilisation produit l'acné nécrotique. Pour lui, cette lésion représente un phénomène de Koch en miniature. A l'appui de son opinion, il a publié deux observations ; dans l'une, au cours d'une vaccination antistaphylococcique, une onzième piqûre donna une réaction violente avec *reviviscence d'une piqûre antérieure* sans réaction de l'acné nécrotique ; dans l'autre, plus démonstrative peut-être, une deuxième et une troisième piqûres donnèrent une réaction typique d'acné nécrotique avec croûtes et cicatrices. Quant aux phénomènes d'immunité dans les staphylococcies cutanées, ils ne doivent pas être très marqués si l'on en juge par la ténacité des sycosis et les récurrences des furoncles ; en ce qui concerne les premiers, la localisation superficielle, à l'abri des sécrétions humorales, l'explique facilement ; d'ailleurs Sabouraud considère que les vaccins staphylococciques n'agissent pas dans les épidermites.

Le problème de la réceptivité au staphylocoque est d'ailleurs infiniment complexe ; on peut dire schématiquement que, en dehors de tout diabète, le staphylocoque se développe facilement sur les surnourris, tandis que le streptocoque préfère les lymphatiques. Nous savons aussi que des modifications humorales externes et passagères, telles que des injections d'arsénobenzol, peuvent déterminer des furoncles au cours d'une acné chéloïdienne (biotropisme de Milian).

**Contribution à l'étude des Poikilodermies.** A propos de trois cas de toxicodermie folliculaire et pigmentaire d'origine exogène. (NOGUER-MORÉ, en collaboration avec GRAU-BARBERA. *Ann. derm. et Syph.*, avril 1934, p. 379.) — Les auteurs rapportent trois cas de poikilodermie, caractérisés par une réaction folliculaire initiale à type hyperkératosique avec tendance marquée à la pigmentation, survenus chez des femmes, filandières de profession, sans aucune tare organique (en particulier pas d'insuffisance rénale), en contacts répétés avec des huiles impures de graissage.

Deux sortes de lésions élémentaires caractérisent ces cas : porofolliculite subaiguë ou chronique à type hyperkératosique et pigmentaire ; taches pigmentaires hyperhémiques, irrégulièrement disposées en amas ou en réseau, sans cependant présenter de véritables mailles comme dans la poikilodermie de Civatte. Dans ces réseaux, la peau est légèrement déprimée et pseudo-atrophique ; l'histologie montre d'ailleurs l'intégrité du tissu élastique.

Les auteurs pensent que ces réactions folliculaires sont le fait de l'irritant exogène (ici, huiles de graissage).

Noguer-Moré essaie d'établir ensuite la classification difficile des poikilodermies :

1° Celles initialement d'origine exogène, sans atrophie ou avec légère atrophie secondaire. Dans ce groupe, que l'auteur propose d'appeler : toxicodermie folliculaire et pigmentaire, l'auteur fait entrer les trois cas rapportés, les mélanoses dites « de guerre » et la mélanodermie toxique, lichénoïde de Kiehl et Hoffmann et Hobermann respectivement.

C'est le groupe frontière des acnés professionnelles.

2° Poikilodermies d'origine endogène (endocrinoneurotrophiques) avec atrophie cutanée primitive, musculaire ou

# céréossine

## Minéralisateur complet

*Parathyroïdine**Vitamines D*

## Reconstituant physiologique

*Phytosphosphine**Hémoglobine**Nucléïnes***CÉRÉOSSINE****Simple**

Cachets  
Granulés  
Poudre  
Comprimés

**Irradiée**

Cachets  
Granulés

**Méthylarsinée****Galacolée**

Cachets

**Présence de  
Vitamines  
biologiquement  
contrôlée**



**fixe le Calcium**

### POSOLOGIE

**Cachets, Poudre**  
(par cuill. à café)

Adultes, 2  
Enfants, 1

**Comprimés**

Adultes, 4  
Enfants, 2

**Granulés**  
(par cuill. à café)

Adultes, 4  
Enfants, 2  
Nourrissons, 1

Echantillons: Laboratoires DEHAUSSY, 66, Rue Nationale, 66 - Nord (LILLE).



mixte (cutanée et musculaire). Y sont inclus les P. du type Petges-Cléjat, à prédominance d'atrophie musculaire; du type Jacobi avec lésions généralisées et atrophie cutanée; du type Civatte avec lésions uniquement localisées à la face et au cou.

3° P. secondaires ou P. syndromes, consécutives à des lésions lichénoïdes parakératosiques, érythrodermiques, etc.; parapsoriasis (Gougerot et Burnier), érythrodermie salvasanique (Covisa et Bejarano), lupus érythémateux (Muller), Sclérodermie (Graham Little), mycosis fongoïde (Liebner), et tous ceux qui débutent par une papule lichénoïde, malgré la tendance de Gougerot et Nicolau à faire de cette papule la lésion élémentaire des Poikilodermies de Jacobi.

**Dermatoses professionnelles par la naphthaline et ses dérivés.** (A. TOURAINE et B. MÉNÉTRÉL. *Pratique Médicale Franç.*, mai 1934, p. 335.) — Cette importante étude d'ensemble mérite une particulière attention car nos Traités sont encore pratiquement muets sur ces dermatoses, cependant plus fréquentes et plus variées de nos jours où les dérivés du goudron trouvent sans cesse dans l'industrie des applications nouvelles ou plus étendues. On doit, pour leur description, s'en référer aux travaux allemands de Ullmann, Koelsch, O. Sachs, etc...

Après une étude de ces différents corps, les auteurs décrivent les dermatoses les plus répandues : érythème vésiculo-oedémateux et eczéma dans les cas aigus ; folliculites, acné comédon, kératose pilaire, et mélanodermie dans les intoxications chroniques. Elles se limitent aux régions découvertes, atteintes par les vapeurs toxiques. T. et M. envisagent le mécanisme d'action, les lésions histologiques et le traitement. Maladies professionnelles, ces toxicodermies présentent un intérêt médico-légal et nécessitent des mesures prophylactiques tant de la part de l'employeur que de l'employé. Une bibliographie assez fournie aidera dans leurs recherches ceux qui veulent approfondir la question.

**Sensibilité acquise aux plantes.** (Erworbenen Pflanzen-Uberempfindlichkeit) (A. KLETETSCHKA. *Dermatologische Wochenschrift*, 20 janv. 1934, p. 86.) — Une femme de 46 ans présente un eczéma dyshydrosiforme des mains, sans cause apparente. Six semaines après, récurrence violente avec extension à la face. On trouve dans la chambre de la malade des *Sparmania africana*, dont le tronc et les feuilles sont revêtus d'un fin duvet. L'épreuve épidermique avec une feuille provoque une réaction vive. Guérison après suppression des plantes. La substance sensibilisante est inconnue.

**Contribution à l'étude des bromides végétantes.** (L. SPILLMANN et J. WATRIN. *Ann. Derm. et Syph.*, sept. 1934, p. 833, 3 fig.) — A propos d'un cas de bromides végétantes apparues chez un nourrisson de 6 mois, allaité entièrement par sa mère qui, atteinte de crises comitiales, absorbait depuis 6 mois une « poudre épileptique de réclame » (presque exclusivement bromurée), les auteurs discutent la pathogénie des bromides en général. Parmi les hypothèses invoquées et qui sont vraisemblables pour un certain nombre de cas (biotropisme de Milian, effort éliminatoire ou élimination du médicament par la peau), ils pensent que la plus plausible est celle qui rapporte les bromodermides à une idiosyncrasie (preuves expérimentales), ce qui permet d'expliquer les bromides congénitales.

Le pronostic des bromides cutanées est en général bénin et il suffit de supprimer la cause pour voir disparaître les effets plus ou moins rapidement.

**Rôle du traumatisme antérieur et « mémoire cellulaire » dans le Psoriasis.** (A. KISSMEYER. *Ann. Derm. et Syph.*, déc. 1934, p. 1085, 1 fig.) — Très curieuse observation susceptible de contribuer à la connaissance de la nature des psoriasis.

Chez une jeune fille de 19 ans présentant une première atteinte de psoriasis en gouttes, entre autres éléments, quelques-uns dessinent nettement sur le dos de la main gauche les lettres E. A. Deux ans auparavant, le frère de la malade, « pour s'amuser », lui avait fait, avec une épingle, des égratignures superficielles formant ces lettres, initiales de son nom. Les éraflures ayant été pratiquées sans aucune addition de substances colorantes, toute trace était complètement disparue.

Ainsi donc la « mémoire » des cellules est assez marquée pour qu'elles puissent se « rappeler » des lésions si lointaines et si minimes et, l'occasion se présentant, donner lieu à une manifestation psoriasique.

**Prurit sénile et azotémie.** (A. SÉZARY et P. LEFEVRE. *Bull. et Mem. de la Soc. med. des Hôp.*, séance du 4 mai 1934.) — Les auteurs ont voulu vérifier l'opinion classique qui rattache le prurit sénile à une insuffisance rénale.

Du faible pourcentage (15 %) d'azotémiques relevés parmi 34 malades, ils concluent que, dans la règle, le prurit sénile n'est pas dû à une telle insuffisance.

**L'éosinophilie dans les prurits.** (E. RENAUD. *Th. de Paris*, 1934.) — L'éosinophilie et le prurit ont des causes semblables : antigénisme, hypervagotonie, agression des substances protéiniques. Mais il n'y a pas de rapports constants entre ces deux phénomènes.

Pour les dermatoses de cause interne (prurits sénile et infantile, dermites eczématisées, érythrodermies arsenicales), l'auteur trouve sur 20 cas, 16 d'éosinophilie nette et parfois forte (14, 16, 20 éosinophiles).

Sur 10 eczémas professionnels, 4 avaient une légère éosinophilie.

Enfin, sur 26 parasitoses, 8 avaient une éosinophilie faible, 6 une forte (8 à 14) et c'étaient des gales étendues.

Quant aux 5 cas de dermatoses sans prurit, aucun n'avait un excès d'éosinophiles.

**Cancers cutanés et soleil.** (Prof. ROFFO (de Buenos-Ayres), présenté par M. HARTMANN à l'Acad. de Méd., séance du 9 janvier 1934.) — On connaît depuis longtemps l'influence des rayons solaires sur le développement de certains cancers cutanés. A part quelques cancers développés sur des cicatrices de brûlures ou sur des naevi, R. n'en a rencontré que sur des parties de peau découvertes. A son dire, ces cancers sont précédés d'une hypercholestérinémie locale, établie par des analyses chimiques. Etudiant la question expérimentalement, R. a montré qu'on pouvait provoquer le développement de cancers sur le rat, en le soumettant à l'action des rayons ultra-violets, ces rayons ayant une influence beaucoup plus grande que les rayons lumineux ; les tumeurs malignes ainsi développées sont tantôt des sarcomes, tantôt des épithéliomes.

**A propos des cancers de la joue, quelques remarques et quelques résultats.** (DAN THEODORESCO et OTTO HOFER. *Presse Méd.*, 10 déc. 1934, p. 2040, 7 fig.) — Sur 700 cancers de la bouche, les auteurs ont observé 40 cas de cette tumeur maligne rare. Le siège primitif est habituellement sur la face muqueuse de la joue. L'évolution est rapide.

Le traitement chirurgical (dont ils donnent leur technique), a donné 48,6 % de cas sans récurrence après 30 mois d'observation. Quelques-uns des malades furent en même temps soumis à la radiothérapie.

**Lymphangiome de la face.** (M. AUVRAY. *Soc. de chir.*, séance du 25 avril 1934.) — L'auteur rapporte un cas de lymphangiome de la face traité par la curiethérapie en 1914. A la suite de la première application, se produisirent deux abcès. La tumeur persista sans augmenter. On fit en 1920, de nouvelles applications de radium sans résultat. Enfin, en 1924, on pratiqua une nouvelle application d'ai-

# sédormid "roche"

sédatif hypnogène  
doux



comprimés: 2 à 3 par jour

Produits F. HOFFMANN-LA ROCHE & C<sup>ie</sup>  
10, Rue Crillon - PARIS

le grand médicament  
des petits insomniaques  
et des petits anxieux.

# AGOCCHOLINE

(GRANULÉ SOLUBLE)



## CHOLECYSTITES CHRONIQUES CONGESTION DU FOIE

Lithiase biliaire - Ictère et Cholémie

Dyspepsies réflexes - Constipation  
Migraines, Vertiges, Eczéma, Prurit

d'origine  
hépatobiliaire

Posologie : 1 à 3 cuillerées à café le matin à jeun, dans  
un demi verre d'eau chaude.

LABORATOIRES DU D<sup>r</sup> ZIZINE  
24, 26, Rue de Fécamp - Paris (XII<sup>e</sup>)



guilles de radium introduites dans la muqueuse. Celle-ci amena la disparition complète de la tumeur. La guérison s'est entièrement maintenue depuis lors.

A l'occasion de cette communication, M. Proust estime que pour traiter les angiomes, il est préférable d'employer la radiumpuncture.

**Varicelle suivie de zona du maxillaire supérieur ; puis simultanément seconde varicelle et zona du glosso-pharyngien. Parenté des deux virus.** (GOUNELLE et WARTER. *Soc. Méd. du Bas-Rhin*, 30 juin 1934.) — Une femme de 61 ans, à la suite d'un contact unique et minime avec un varicelleux, présente quatre jours après un zona du maxillaire supérieur. Dans la même famille, au 18<sup>e</sup> et au 20<sup>e</sup> jour, éclosent presque simultanément un zona du glosso-pharyngien chez un homme de 31 ans et une varicelle chez un enfant de 8 ans.

**Zona dans le territoire du médian gauche, vingt-six jours après une légère piqure à l'extrémité du médius gauche, au cours d'une éviscération d'un globe oculaire atteint de fonte purulente de la cornée, suite d'un zona ophtalmique.** (A. NESSER et J. ERNOUL. *Bull. et Mém. Soc. méd. Hôp.*, 4 juin 1934, n° 18, p. 798.) — A la suite d'une piqure survenue au cours d'une intervention, pour zona ophtalmique, l'un des auteurs présente une éruption de zona. Mais, fait encore plus intéressant : vingt jours après l'apparition de ce zona, les deux enfants du sujet présentent une éruption de varicelle.

**Zona et varicelle.** (A. VAN LINT et L. JAVAUX. *Bruxelles Méd.*, 27 avril 1934.) — Chez un malade présentant un zona ophtalmique, apparaît une varicelle typique.

**Zona et arachnoïdite.** (PAULIAN, J.-B. DEMETRESCU et CORDAS (de Bucarest). *Soc. méd. des Hôp.*, séance du 9 février 1934.) — Les auteurs relatent un cas d'éruption de zona à début fébrile, associée à des phénomènes de compression médullaire par arachnoïdite spinale adhésive, démontrée par le lipiodol et par l'intervention chirurgicale.

**Nouvelles observations d'épidémies de varicelle survenues après des cas de zona.** (ARMAND-DELILLE, FOHANNO et GAVOIS. *Bull. Méd.*, 19 mai 1934, p. 313.) — A la suite d'un cas de zona survenu dans un préventorium de 70 lits, on observe 22 cas de varicelle.

A l'hôpital Herold, un cas de zona se déclare le 9 novembre ; survient un second le 21 novembre. Le 7 décembre apparaît un cas de varicelle. L'isolement ayant été pratiqué, l'épidémie ne s'est pas étendue.

**Une nouvelle intradermoréaction pour le diagnostic de la « Lymphogranulomatose inguinale ». Les propriétés antigéniques du sérum dans la maladie de Nicolas-Favre.** (REISS. *Ann. Derm. et Syph.*, déc. 1934, p. 1089; 1 fig.) — Les substances virulicides n'apparaissent dans le sérum des malades que dans la période allant du 3<sup>e</sup> au 6<sup>e</sup> mois de la convalescence. R. a pensé qu'avant doivent exister dans le sérum des corps antigéniques.

Chez des malades en pleine évolution de la maladie (2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> semaines), l'intradermo-réaction pratiquée avec un mélange antigène Frei-sérum de malade s'est montrée nettement plus marquée que celle faite avec l'antigène de Frei ; cette dernière réaction est comparable à celle obtenue avec le sérum seul des malades (propriété antigénique de ce sérum). Il y a là probablement un effet cumulatif.

### Traitement

**Sur le traitement de la pelade.** R. SABOURAUD. *Pratique Méd. de France*, mai 1934, pp. 323-332.) — On lira avec fruit cet article. L'auteur n'a pu évidemment, dans ces

quelques pages succinctes, envisager toute la question de la pelade, mais on y puisera des notions pratiques très intéressantes pour la conduite du traitement. C'est, en effet, le chapitre le plus longuement décrit, car nous ne connaissons pas les causes vraies et le mécanisme intime de la pelade. Sans préjuger de leur rôle exact, deux grandes causes lointaines se retrouvent fréquemment cependant : chez l'enfant, la syphilis congénitale, et chez l'adulte, toutes les causes de dépression nerveuse, lorsqu'elles se prolongent. On relève aussi des troubles endocriniens : pelade du goitre exophtalmique et de la ménopause.

Le traitement général combattra la syphilis quand il y a lieu, remontera le déprimé (PO<sup>4</sup>H<sup>3</sup>), ou tendra à équilibrer les fonctions glandulaires.

Le traitement local, à base d'huile de cade, devra s'étendre non seulement à la lésion, mais à tout le cuir chevelu.

Le pronostic est essentiellement variable, depuis la plus extrême bénignité jusqu'à une gravité définitive.

**Pour le traitement externe des eczémas.** (CARLE. *Bull. Méd.*, 17 mars 1934, p. 159.) — Sans être l'adversaire d'une thérapeutique générale, C. estime que, dans les eczémas, celle-ci doit céder le pas aux applications externes de topiques, dont l'action est rapide, calmant le prurit, empêchant le grattage qui entretient les lésions, tout en décongestionnant les zones atteintes, et permet même souvent d'obtenir la guérison. La médication interne pourra ensuite entrer en jeu pour essayer d'éviter une récurrence.

**Traitements modernes des sclérodermies.** (WEISSENBACH, G. BASCH et M. BASCH. *Pratique Méd. Franç.*, mai 1934, p. 347.) — Le traitement des sclérodermies se ressent à la fois des incertitudes qui entourent leur étiologie et leur pathogénie, et de la diversité probable de celles-ci. On peut dire qu'à l'heure actuelle, aucune des multiples médications employées n'a fait, dans tous les cas, la preuve de son efficacité.

Les auteurs font une intéressante revue des divers traitements utilisés dans les sclérodermies diffuses et les sclérodermies circonscrites, et envisagent plus particulièrement les thérapeutiques nouvelles qui semblent jusqu'à présent conduire à des résultats plus positifs : endocrinothérapie uniglandulaire ou associée, interventions chirurgicales portant sur les parathyroïdes, les artères thyro-parathyroïdiennes et le sympathique péri-artériel.

Trop souvent encore, cependant, ces affections demeurent au-dessus de la thérapeutique.

**Les traitements par le choc en dermatologie.** (A. SÉZARY. *Presse Méd.*, 25 juill. 1934, p. 1201.) — L'auteur donne les principales méthodes employées en dermatologie. Les substances protéiques ou non sont utilisées par voie digestive, sous-cutanée, intra-cutanée, intra-veineuse. Résultats inconstants et souvent passagers ; mais le changement de méthode et la conjugaison des traitements permettent d'obtenir plus de succès.

**Le traitement du xanthélasma.** (SÉZARY. *Presse Méd.*, 24 janv. 1934, p. 139.) — Ce traitement est décevant. Quand il y a hyperglycémie avec hypercholestérolémie, l'insuline peut agir. Il faut détruire la lésion : ablation aux ciseaux, suivie de suture, électro-coagulation, galvano-cautère. La cryothérapie et l'électrolyse sont inférieures à ces procédés.

**Les goudrons en thérapeutique cutanée.** (Georges LÉVY. *Pratique Méd. Franç.*, mai 1934, p. 355.) — Intéressant article sur les goudrons de houille et de bois, médicaments réducteurs actifs, dont l'usage est si fréquent en pratique dermatologique. Les premiers s'emploient dans les affections exosérotiques, en particulier dans les eczémas suintants subaigus ; les seconds donnent de très bons résultats dans les dermatoses rouges et squameuses, en particulier

TOUTES les Affections du **FOIE** et du **REIN** :

1 à 2 capsules à chacun des deux principaux repas de :

# CAPARLEM

HUILE DE HAARLEM (au Juniperus Oxycedrus)

QUALITÉ INCOMPARABLE ET ACTIVITÉ INSOUÇONNÉE

Laboratoire Lorrain de Produits Synthétiques purs — **ETAIN** (Meuse)

THÉRAPEUTIQUE IODORGANIQUE & RADIODIAGNOSTIC

**LIPIODOL**  
**LAFAY**

Huile Iodée à 40 %.

Pour combattre

Asthme  
Artériosclérose  
Lymphatisme  
Rhumatisme  
Algies diverses  
Scliatique  
Syphilis

Pour Explorer

Système Nerveux  
Voies respiratoires  
Utérus et trompes  
Voies urinaires  
Sinus nasaux  
Voies lacrymales  
Abscesses et fistules

Ampoules, Capsules, Emulsion, Comprimés

A. GUERBET & C<sup>o</sup>, Pharmacien, 22, Rue du Landy — S'-OÜEN, près Paris.

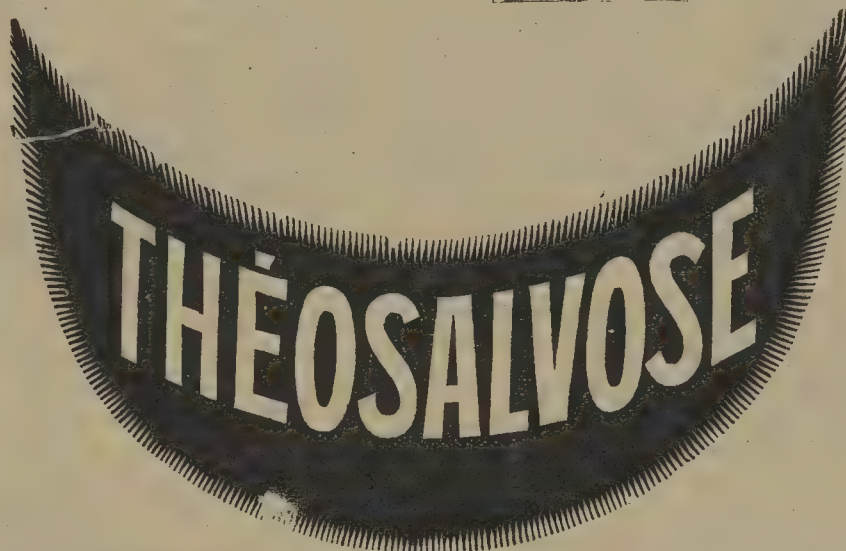
GÉNÉRAL-JEY-CARRÉ

**DIURÉTIQUE** { D'UN POUVOIR REMARQUABLE  
D'UNE FIDÉLITÉ CONSTANTE

Pure  
Digitalique  
Strophantique  
Spartéinée  
Scillitique  
Barbiturique

Phosphatée  
Lithinée  
Caféinée

Ne se délivrent  
qu'en cachets



Cachets dosés,

0 gramme 15

et à

0 gramme 50

de Théosalvose

DOSE MOYENNE :

1 à 2 grammes  
par jour.

**THÉOBROMINE FRANÇAISE** garantie chimiquement pure

Artériosclérose — Affections cardiaques et rénales — Albuminuries — Intoxications  
Urémie — Urémie — Goutte — Rhumatismes — Hydropisie — Maladies infectieuses

Laboratoires André GUILLAUMIN

PARIS — 18, rue du Cherche-Midi, 18 — PARIS

R. G., 2, 10, Seine.



dans les pityriasis du cuir chevelu, dans les psoriasis et les parakératoses psoriasiformes.

A côté des renseignements extrêmement pratiques (techniques d'application, etc...), on trouvera de nombreuses formules utiles à consulter.

**Application de l'histidine au traitement local de certaines lésions cutanées.** (CHAPS et ALECHINSKY. *Presse Méd.*, 24 déc. 1934, p. 2100.) — Action favorable de l'histidine en solution aqueuse au millième, appliquée une fois par jour en pansement sur les ulcères et ulcérations cutanées rebelles d'origines diverses.

**Traitement de l'hypertrichose féminine.** (M. DUCOURTIOUX. *Pratique Méd. Franç.*, mai 1934, p. 361.) — L'opothérapie s'est montrée assez décevante, tout au plus peut-elle retarder l'évolution du duvet en poils adultes ou, à la longue, enrayer les repousses ; elle n'en conserve pas moins toute sa valeur pour le traitement des divers syndromes endocriniens dont l'hypertrichose n'est, en somme, qu'un des éléments. Pour l'auteur, le traitement repose donc presque uniquement sur la physiothérapie, qui cependant, pour être efficace et donner des résultats définitifs, doit agir sur la *papille pileaire* et la détruire. Parmi les méthodes qui s'offrent, il faut rejeter la radiothérapie, dangereuse par les altérations graves et définitives de la peau qui peuvent survenir au cours d'un traitement quelque peu intense. L'électrolyse et l'électrocoagulation, par contre, sont inoffensives et donnent des résultats parfaits. D... penche pour la dernière, dont la faveur est méritée, car c'est une méthode plus rapide et moins douloureuse. La technique d'application est exposée.

L'acétate de thallium, bien appliqué selon la pratique de Sabouraud, se montre inoffensif et trouve son application dans le traitement des duvets composés de poils trop fins et trop nombreux pour être accessibles à l'électrolyse ou à la diathermo-coagulation.

**Action dépilatoire d'une pommade à la folliculine appliquée sur le visage d'une femme atteinte d'hypertrichose.** (MUSSO-FOURNIER, BERTOLINI, MORATO MARANO et BRUNO. *Acad. de Méd.*, séance du 12 mars 1935.) — Les auteurs, considérant que l'hypertrichose faciale chez la femme est un symptôme de masculinisation de la peau, ont voulu « reféminiser » cette peau par application locale de pommade à la folliculine. Ils ont obtenu un premier succès qu'ils rapportent et, après avoir passé en revue les explications possibles de ce fait, le considèrent comme une action hormonale.

**Contribution à l'étude du traitement du prurit ano-vulvaire.** (CHAPUIS. *Th. de Paris*, 1934.) — Montaigne, puis Wilner, ont montré, dès 1922, les bons résultats obtenus par l'injection dans le foyer prurigineux ano-vulvaire, d'une solution anesthésiante.

A. Tzanck, dans les prurits localisés avec eczéma circonscrits, combine l'infiltration anesthésiante avec l'auto-hémothérapie locale. On injecte superficiellement 5 à 10 cc. d'une solution de novocaïne à 5 p. 100 et une quantité égale de sang prélevé par ponction veineuse.

Il suffit habituellement de 4 à 5 injections à quelques jours d'intervalle, parfois de deux ou même d'une injection, pour calmer définitivement cette variété de prurit.

**La maladie de Nicolas-Favre et son traitement par le salicylate de soude.** (KLEINBERG. *Th. de Paris*, 1934.) — P. Chevallier, ayant eu à soigner une arthrite de la hanche chez un poradénique, a constaté que le traitement salicylé buccal agissait non seulement sur l'arthrite, mais aussi sur les douleurs et l'engorgement ganglionnaire.

Il a appliqué ensuite *largâ manu* le traitement intra-vei-

neux (0 gr. 50 en solution à 10 p. 100, glycosée également à 10 p. 100).

Ce sont les lésions fluxionnaires qui bénéficient le plus du traitement. La guérison a été obtenue dans un cas avec une dizaine d'injections.

Les phénomènes dégénératifs, gommes, abcès, sont plus bénins avec le traitement salicylé qui, par contre, n'agit pas sur les lésions fibreuses (syndromes ano-rectaux en particulier).

**Le traitement de la maladie de Nicolas-Favre.** (E. P. FARINAS. *Th. de Paris*, 1934.) — Dans les cas récents où la suppuration n'est pas encore établie, le traitement général peut suffire. La technique de Ravaut consiste à injecter par voie intra-veineuse, chaque jour ou tous les deux ou trois jours, une dose progressive (3 à 20 cm<sup>3</sup>) d'*hypo-lugol* (mélange préparé extemporanément d'une solution de Lugol à 10 p. 100 et d'hyposulfite à 20 p. 100 par parties égales).

L'électro-coagulation doit être appliquée aux adénopathies suppurées.

La rectite aiguë nécessite un traitement médical (local et général), avec rectoscopie et pansements. L'antigène simien donne quelquefois de très bons résultats. Dans les rectites sténosantes, il faudra faire appel à la chirurgie.

Enfin, la cellulite pelvienne avec adénopathie profonde semble relever du nouveau sérum de Levaditi.

**Traitement radiothérapique des épithéliomas cutanéo-muqueux par doses massives moyennement pénétrantes et à feu nu.** (Professeur L. DANIEL et docteur P. DAVID, *Journ. des Sc. méd. de Lille*, 6 mai 1934, pp. 350-361.) — Dans cet intéressant travail, les auteurs rappellent comment, depuis 10 ans déjà, la crainte du danger des doses répétées, génératrices de radiodermites plus ou moins tardives et rebelles, et de la radio-résistance possible d'éléments tissulaires ménagés lors d'une première irradiation insuffisante, les a amenés à appliquer au traitement des épithéliomas cutané-muqueux une technique consistant à faire absorber en une fois la dose maxima nécessaire à la destruction des cellules néoplasiques cutané-muqueuses, dose restant compatible avec l'intégrité des éléments importants à conserver.

Faisant l'historique de la question, D... et D... démontrent, en accord avec d'autres auteurs, que, contrairement à certaines opinions, il devenait ainsi constamment possible de stériliser un épithélioma, même de la variété spino-cellulaire, avec un rayonnement de moyenne pénétration et sans employer de rayons filtrés et durs [94 p. 100 de succès pour les deux grandes variétés habituelles de cancer cutané (les auteurs) ; 97 p. 100 de succès (M. Coste.)].

Cette méthode, à feu nu, en une seule séance, à dose massive, avec emploi de rayons de longueur d'onde moyenne, ne provoque pas de radiodermite sphacélique, ce qui n'est pas toujours réalisé par le rayonnement filtré et dur.

Les auteurs s'élèvent contre la conception qui attribue à la radiothérapie pénétrante le pouvoir de guérir dans des conditions de sécurité inconnues, aussi bien les lésions superficielles que profondes, conception qui peut même se révéler inefficace et dangereuse.

Après avoir exposé leur technique d'application, les auteurs rapportent 15 intéressantes observations parmi le grand nombre de malades traités et qu'ils ont pu retrouver avec un recul suffisant de temps, et rappellent quelques observations d'ordre pratique, concernant les régions à traiter, cutanées ou muqueuses.

## SYPHILIGRAPHIE

**Balanite spécifique (syphilitique)** (*Balanitis specifica luetica*). (J. FOLLMANN. *Dermatologische Wochenschrift*, 1<sup>er</sup> déc. 1934, t. 99, p. 1558.) — Observation intéressante



d'un malade présentant une balanite étendue au gland et à la face muqueuse du prépuce, avec adénopathie indolente de l'aîne. Aucune autre lésion, pas de chancre. Tréponèmes pâles dans la sérosité claire, abondante. W. positif. Histologie : infiltrat lympho-plasmocytaire péri-vasculaire, légère réaction fibro-blastique.

Il est intéressant de connaître l'existence d'une telle balanite, qui représente sans doute une lésion initiale.

**Syphilis pseudo-cryptogénétique** (Sifilis pseudo-cryptogenetica). (Ceferino AGUILERA MARURI. *Actas dermo-sifiligras*, nov. 1934, p. 232.) — Au cours d'un coït, survient une hémorragie abondante par blessure du frein. Celui-ci est enlevé au thermo-cautère. Guérison normale. Un mois après apparaissent des papules syphilitiques, des plaques muqueuses, de la céphalalgie, etc., accompagnées d'adénopathie inguinale indolore. L'auteur pense que la plaie du frein a permis une pénétration massive des tréponèmes dans le sang.

**Importance de la maladie de Basedow pour le dépistage des syphilis familiales.** (M. PINARD, Mlle CORBILLON et M. J. LEBEAU. *Soc. Méd. des Hôp.*, séance du 29 mai 1935.) — Les auteurs relatent un cas dans lequel la maladie de Basedow constitue la seule manifestation de la syphilis héréditaire, intercalée entre un tabès typique avec ascite chez le père de la basedowienne, et des stigmates certains d'hérédo-syphilis chez le fils de la malade. Et, du point de vue pratique, c'est la notion de cette fréquence de la syphilis héréditaire à l'origine de la maladie de Basedow qui a permis par l'interrogatoire de découvrir le début de cette syphilis familiale dans l'ascendance maternelle.

**Le traitement des ictères arséno-benzéniques des syphilitiques.** (A. SÉZARY. *Presse Méd.*, 24 janv. 1934, p. 140.) — Le plus souvent l'ictère est dû à l'action biotrope de l'arsenic sur le virus encore inconnu de l'ictère catarrhal ; plus rarement il s'agit d'une réaction toxique du foie, et exceptionnellement enfin, d'une influence toxique. Le trai-

tement vaincra suivant la cause. En présence du cas rare d'ictère toxique : suppression de l'arsenic, emploi du cyanure de mercure et si l'ictère se prolonge plus d'une semaine, recours au bismuth. Autrement, suspension de la médication antisiphilitique et traitement de l'ictère catarrhal. Reprise ensuite du traitement avec le cyanure puis le bismuth. Après deux ou trois mois ou plus, et si tout signe d'insuffisance hépatique a disparu, retour à l'arsénobenzol.

**Troubles nerveux consécutifs à une encéphalopathie arsénobenzolique.** (A. SÉZARY et A. DURUY. *Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôp.*, séance du 4 mai 1934.) — Observation d'une syphilitique de 32 ans qui, ayant guéri d'une encéphalopathie arsénobenzolique (apoplexie hémorragique) survenue au bout de deux ans d'un traitement qu'elle supportait mal, conserve des séquelles consistant en une dysarthrie très accusée, un état légèrement spasmodique des membres inférieurs avec signe de Babinski, et de l'incontinence d'urines.

Les auteurs, après avoir éliminé les diagnostics de sclérose en plaques et de méningite syphilitique, grâce aux données cliniques et biologiques, insistent sur la rareté de la guérison de cette redoutable complication du traitement arsenical, surtout avec séquelles.

**La métallo-prévention de la syphilis au moyen des dérivés de l'or hydrosolubles et liposolubles.** (LEVADITI, Mlle KRASSNOFF, VAISMAN et Mlle SCHON. *Acad. de Méd.*, séance du 13 févr. 1934.) — Levaditi et Girard ont démontré l'action thérapeutique des dérivés de l'or dans la syphilis expérimentale. Les auteurs, recherchant si les composés de l'or hydro et liposolubles avaient une efficacité préventive, ont pu la mettre en évidence et confirmer en même temps les conclusions qui se dégagèrent de leurs précédents travaux sur la telluro- et la bismutho-prévention.

L'efficacité et la durée de l'immunité médicamenteuse acquise sont en fonction du taux de l'imprégnation de l'organisme par l'élément en jeu. Le potentiel métallique (quantité de métal décelable dans un gramme de rein des-

**Avez-vous lu :**

LES APPLICATIONS CLINIQUES DE L'INSULINE EN DEHORS DU DIABÈTE

LA THÉRAPEUTIQUE DU DIABÈTE PAR L'INSULINE

LE LABORATOIRE ENDOPANCRIE est à votre disposition pour vous envoyer ces deux brochures

48, RUE DE LA PROCESSION — PARIS-15<sup>e</sup>

**Épilepsie!!**

dans l'état actuel de la Science, les

**Dragées Gelineau**

(Bromure de potassium arsenical et Picrotoxine) demeurent toujours

**le remède le plus actif, le plus puissant à combattre l'Épilepsie**

J. Mousnier, Sceaux (Seine) près Paris.

**USAGE ENFANTS DES DOCTEURS**

SUC D'ORANGE MANNITÉ INOFFENSIF — DÉLICIEUX

**NÉO-LAXATIF CHAPOTOT**

Echant. : 56, Boul. Ornano PARIS



séché) rénal est indice sinon absolu, du moins assez fidèle, de l'intensité de cette imprégnation. Il permet d'évaluer, avec une certaine approximation, le degré de la protection que l'élément actif confère à l'organisme réceptif. Le fait que le même principe se retrouve à la base de la métallopénétration par le bismuth, le tellure et l'or, semble indiquer qu'il s'agit, en l'espèce, d'une loi de portée générale.

**Mécanisme de l'action préventive exercée par le bismuth dans la syphilis expérimentale.** (C. LEVADITI, HORNUS, VAISMAN, MANIN. *Acad. de Méd.*, séance du 23 oct. 1934.) — Les composés liposolubles de Bi, employés à des doses réellement efficaces, ont des propriétés virulicides incontestables. Ils n'agissent pas seulement, comme on est tenté de le croire, par une inhibition du potentiel prolifératif du germe. L'ablation du foyer bismuthique n'est suivie d'aucune récurrence.

**L'immunité dans la syphilis expérimentale.** (P. GASTINEL et R. PULVENIS. *Bull. Méd.*, 28 avr. 1934, pp. 253-257.) — Exposé des notions actuelles sur le sujet et résumé de quelques recherches personnelles des auteurs.

Cf. — La syphilis expérimentale : études critiques et nouvelles recherches. (P. GASTINEL et R. PULVENIS. Masson, édit., 1934.) — Cet ouvrage a été antérieurement analysé dans la *Gazette des Hôpitaux*.

**A propos de quelques données biologiques sur la syphilis.** (P. GASTINEL. *Bull. Méd.*, 23 févr. 1935, p. 133.) — G... insiste tout spécialement dans cet article sur la notion des contaminations minimales, dont il a démontré avec Pulvenis la réalité dans la syphilis expérimentale. Au-dessous d'une certaine dose seuil, la quantité de virus inoculée ne détermine plus l'accident initial apparent et cependant l'animal est infecté d'une façon occulte, ainsi qu'en témoigne l'infectiosité des ganglions. On comprend toute la portée de cette constatation en syphilitique humaine.

**Transmission expérimentale de la syphilis à l'espèce bovine.** (A. BÉCLÈRE, *Ann. Inst. Past.*, 1<sup>er</sup> juill. 1934, p. 23, 7 fig.) — B... démontre que la syphilis humaine et la syphilis du lapin se transmettent à l'espèce bovine. La génisse se montre plus sensible au virus Truffi que le chimpanzé.

**Le traitement de la paralysie générale par le stovarsol sodique.** (SÉZARY, *Bull. Méd.*, 23 févr. 1935, p. 136.) — Dans cet intéressant article, l'auteur étudie le traitement de la P. G. par le stovarsol sodique, traitement qu'il applique depuis plusieurs années et qui mérite d'occuper une plus grande place à côté de la malariathérapie.

S... expose les nombreuses raisons qui militent en faveur de ce médicament, et en précise les indications, la conduite du traitement, les contre-indications, les incidents et les accidents possibles, ainsi que les résultats obtenus : neuro-psychiques, physiques, biologiques.

L'association de la thérapeutique par le stovarsol sodique avec la malariathérapie ou le bismuth est, de même, envisagée, l'auteur en étant partisan dans des cas qu'il définit.

Des recherches systématiques demandent encore cependant d'être poursuivies pour mieux comparer l'activité des différentes méthodes et le bénéfice que peuvent tirer les malades des diverses manières dont ces méthodes peuvent être combinées.

**A propos de la syphilis et du paludisme après transfusion.** (M. PINARD. *Bull. et Mém. Soc. Méd. des Hôp.*, 19 mars 1934, p. 416.) — L'addition de cyanure de mercure ne stérilise pas, ainsi qu'on le pouvait penser, le sang du donneur, qui peut ainsi transmettre la fièvre tierce et la syphilis.

**Les stomatites mercurielles et bismuthiques.** (L. GERSON. *Journ. de Méd. de Paris*, 29 mars 1934, p. 277.) — G... expose les signes précoces des stomatites médicamenteuses, qu'il est important de traiter à leur début. La trypaflavine en pastilles donne de très bons résultats, semblant agir par son pouvoir colorant vital.

## RÉUNION DERMATOLOGIQUE DE STRASBOURG

*Séance spéciale du 7 juillet 1935  
consacrée au système nerveux de la peau.*

**Les insuffisances de nos techniques et les lacunes de nos connaissances en matière du système nerveux de la peau.** — M. L.-M. PAUTRIER insiste sur l'insuffisance de nos techniques en matière du système nerveux de la peau. Si les colorations aux trichromes de P. Masson représentent un progrès considérable et sont indispensables pour suivre les trajets des nerfs et des fibres nerveuses, leur rôle cesse dès qu'il s'agit des terminaisons nerveuses. Il faut alors avoir recours aux méthodes d'imprégnations dont les résultats restent encore malheureusement trop souvent aléatoires. Cette insuffisance des méthodes explique peut-être le peu d'intérêt que les dermatologistes ont marqué jusqu'ici pour l'étude du système nerveux cutané. Il est frappant, en effet, de voir combien ce chapitre est rudimentaire et presque inexistant dans tous les traités de Dermatologie. C'est pour combler cette carence des dermatologistes qu'il a été fait appel aujourd'hui aux histologistes spécialisés en matière de système nerveux.

### TECHNIQUES DES COLORATIONS ET DES IMPREGNATIONS NERVEUSES

**Sur les techniques de Ramon Y Cajal pour l'imprégnation des terminaisons nerveuses de la peau.** — M. GAY-PRIETO (Grenade), expose les techniques de Cajal et Castro, des fixations dans les hypnotiques (hydrate de chloral, somnifène, véronal, etc...) suivies d'imprégnations dans une solution de nitrate d'argent à 1 1/2 % pendant une semaine ou plus à 37°. Après les pièces sont réduites dans un bain de formol : acide pyrogallique. Pour éviter la couleur verdâtre foncé de l'épiderme, due à l'acidité des fixateurs, il est utile de faire séjourner les pièces avant le bain de nitrate d'argent dans une solution d'alcool absolu ammoniacal.

**Modifications apportées à la technique d'imprégnation argentique de Bielschowsky, permettant son application certaine, et quelques faits nouveaux au sujet de l'innervation cutanée.** — M. J. SEEPSSENWOL (Genève) reproche l'inconstance de la technique de l'imprégnation argentique, due à une fixation défectueuse. Pour améliorer celle-ci, l'auteur préconise de prolonger considérablement la durée de fixation et d'imprégnation. Il insiste sur quelques phénomènes nouveaux concernant les corpuscules de Vater-Pacini, dont la fibre centrale émet tout de suite après sa pénétration une ou deux collatérales qui cheminent parallèlement au cylindre principal et qui se terminent à l'intérieur même de la capsule ou la franchissent pour se mettre en contact direct avec l'épiderme.

**Les expansions nerveuses de la peau pendant la dégénérescence et la régénérescence nerveuse.** — M. J. BOEKÉ (Utrecht) relate les expériences de Julius (Leyde 1926) sur la force exubérante régénératrice des fibres nerveuses en réponse à une excitation précédente. En second lieu, l'au-

leur signale la régénération des fibres nerveuses dans l'organe d'Einer du museau de la taupe. Il résulte de l'évolution de cet organe qu'il existe une dégénérescence des fibres nerveuses apparemment normales, suivie ultérieurement d'une formation de fibres nerveuses nouvelles, le tout se produisant au cours de l'évolution normale. Ensuite, M. Boeke parle sur ses investigations personnelles (en collaboration avec M. Heringa) concernant les expériences de Head. M. Heringa s'étant coupé, dans un accident, le nerf cubital, les zones d'anesthésie furent examinées consciencieusement et un morceau de la peau du centre de la zone paralysée fut prélevé, fixé, et imprégné. La coupe ne montra pas plus de fibres nerveuses sympathiques que dans la peau normale ; mais tous les organes sensitifs étaient en pleine voie de régénération. Les corpuscules de Meissner, présents en grande quantité, étaient encore dépourvus de fibres nerveuses. Les corpuscules de Ruffini, de Golgi Mazzonie, contenaient des fibres nerveuses ; les branches du nerf cubital étaient en pleine voie de régénération. Ces résultats ne sont pas en accord avec ceux de la théorie de Head.

La quatrième question que se pose l'auteur est de savoir si les corpuscules sensitifs compliqués de la peau peuvent se former de nouveau pendant la régénération ; cette question a été étudiée en employant la méthode de la régénération de la peau entière et celle de la (homo ou hétéro) transplantation. Les corpuscules tactiles, selon les expériences de l'auteur, se régénèrent en correspondance avec leur propre milieu et non selon la nature des fibres nerveuses y pénétrant (herkunftsgemäss).

M. Boeke étudie enfin par la méthode de l'ablation d'un morceau de la peau, la question si les corpuscules sensitifs peuvent se former de nouveau pendant la régénération chez l'homme et le singe. Au point de vue histologique, d'abord les crêtes du derme se régénèrent, puis dans les papilles du derme apparaissent les corpuscules de Meissner et ensuite des fibres nerveuses.

**La question des cellules de Langerhans.** — MM. G. MIESCHER et F. SCHAAF (Zurich) tirent d'un article très documenté la conclusion qu'on ne peut pas établir jusqu'ici avec certitude, une relation directe entre les cellules de Langerhans et les mélanoblastes, ni qu'ils sont de la même souche. Trop de facteurs s'opposent à une identification par voie morphologique. Le pouvoir réducteur considérable des cellules de Langerhans les rapproche du système nerveux.

**Sur les relations des mélanoblastes avec le réseau de Langerhans.** — M. MASSON (Strasbourg-Montréal), étudie mélanoblastes et cellules de Langerhans non seulement par les méthodes spécifiques (dopa et argent, d'une part, imprégnations à l'or, d'autre part), mais par les méthodes de coloration. Il conclut que ces éléments ne répondent pas à des espèces distinctes, mais sont des mélanoblastes à des stades différents de leur évolution. La cellule de Langerhans est un mélanoblaste en voie d'ascension passive vers la surface, en compagnie des cellules malpighiennes.

**Observations anatomiques sur l'innervation des vaisseaux sanguins.** — M. Ph. STÖHR Junior (de Bonn), étudie les relations du système nerveux végétatif avec la paroi vasculaire. Selon ses observations anatomiques, il admet que chaque cellule du système vasculaire est sous l'influence du système nerveux. La connexion inséparable entre les nerfs existant dans la paroi des vaisseaux avec le reste du syncytium nerveux végétatif destiné aux cellules de l'organe d'exécution ainsi que la possibilité d'une influence nerveuse et chimique s'exerçant simultanément sur la paroi vasculaire, rendent difficile l'interprétation de réactions vasculaires normales et pathologiques.

**Les glomus cutanés.** — M. MASSON présente une étude anatomique, pathologique et physiologique de ces curieux dispositifs connus sous le nom d'*anastomoses artério-veineuses de Sucquet-Hoyer*. A ce nom, il substitue celui de *Glomus cutanés*, parce que ces anastomoses ont une structure spéciale, une innervation riche et complexe et forment des organites homologues des glomus coccygiens.

A la fois autonomes et indépendants, ces organites jouent un rôle fondamental dans la circulation et la thermo-régulation des extrémités. Leurs lésions entraînent des troubles trophiques graves d'où résultent les gangrènes des extrémités. Leurs tumeurs — qui sont des hyperplasies organoïdes — permettent d'étudier leurs relations avec le sympathique et la sensibilité tactile.

**Note sur les éléments amyéliniques péri et intravasculaires du derme et de l'hypoderme.** — MM. WEISSENBACH, LÉVY-FRANCKEL et CAILLIAU concluent qu'il existe dans la paroi et autour de certains vaisseaux cutanés, des cellules de Schwann isolées ou réparties en syncytium émettant des expansions nerveuses courtes ou longues, entourant des neurites amyéliniques, et d'autres cellules nerveuses beaucoup plus rares et d'interprétation délicate.

Les cellules de Schwann s'anastomosent avec celles des troncs nerveux ambiants et le plexus qu'elles forment dans l'adventice émet des branches pénétrant dans la média des artérioles muscularisées.

**Les terminaisons nerveuses dans les tumeurs glomiques.** — M. GAY-PIRETO a eu l'occasion d'observer deux cas de tumeurs glomiques, dont il donne la description clinique et histologique. Il insiste surtout sur les résultats histologiques obtenus par la méthode d'argentation qu'il vient de décrire et qui lui permet d'étudier en détail les cellules « argen-tophiles », les plexus péri-vasculaires et les boutons terminaux.

**Le mélanoblaste dendritique des vertébrés et sa signification fonctionnelle.** — M. VILTER conclut, de l'étude comparée de la mélanisation cutanée chez les vertébrés, à l'unité morphologique du mélanocyte dendritique de l'épiderme. La cellule pigmentaire rameuse est seule capable d'élaborer le pigment mélanique ; la cellule malpighienne (élément ectodermique) est totalement étrangère à la mélanogénèse bio-chimique, elle est dépositaire du pigment mélanocyti-que.

Le réglage de la pigmentation mélanique est neurohormonal ; le sympathique inhibe la mélanogénèse alors que l'hypophyse l'active.

Chez les batraciens, etc., le mélanocyte dendritique de l'épiderme est d'origine dermique, naît par migration active du mélanocyte dermique. Le ralentissement de la migration pigmentaire crée un complexe pigmentaire vicariant. Puis l'auteur compare le mélanocyte dendritique de la peau des mammifères au mélanocyte rameux des vertébrés inférieurs. Ils sont identiques. L'auteur conclut de tous ces faits à l'origine dermique du mélanocyte dendritique de la peau humaine.

**Histologie de 100 cas de naevi pigmentaires d'après les méthodes de Masson.** — MM. G. MIESCHER et A. VON ALBERTINI, apportent une communication très documentée d'ordre statistique. Leurs recherches confirment pleinement celles de M. Masson sur l'origine neurogène des naevi.

Sur un cas de neuro-naevus avec métastase ganglionnaire de même caractère, M. von Albertini apporte l'observation d'un cas de neuro-naevus très grand du cuir chevelu chez un homme de 20 ans. Les formations neuroïdes y sont développées d'une façon excessive et bizarre. La paroi veineuse est infiltrée comme dans les mélanomes naeviques.



Il existe en plus une métastase ganglionnaire se propageant dans le système des sinus des ganglions par croissance expansive avec compressions du tissu lymphatique. Par endroits, il existe une infiltration du tissu lymphatique sous forme de bourgeons solides de cellules naeviques épithéliales.

**L'histogénèse des neuro-fibromatoses cutanées diffuses.** — Dans cette étude trop technique pour se prêter à un résumé, M. P. Masson montre que l'élément essentiel de la neuro-fibromatose cutanée diffuse est le syncytium de Schwann, privé de neurites et pourvu, de ce fait, de propriétés multiplicatrices et envahissantes (Nageotte). Le syncytium envahit les interstices des faisceaux collagènes dermiques, puis ces faisceaux eux-mêmes, dont la substance fondamentale s'adapte à son hôte schwannien. Les cellules conjonctives se multiplient et prennent le type endoneural. Très souvent le syncytium schwannien édifie des ébauches de corpuscules tactiles.

**Les fonctions sensitives et sensorielles cutanées. La métamérie de l'innervation cutanée. Les réflexes cutanés. Les réflexes « locaux ». Le mécanisme des sensations cutanées.** — M. COMEL (Milan) donne un brillant exposé sur les corrélations fonctionnelles cérébro-cutanées, l'innervation trophique de la peau (tonus neuro-cutané), sur les syndromes cutanés à déterminisme psychique, sur le phénomène électrique psycho-cutané, sur les phénomènes réflexes cutanés (réflexes sensoriels, cutanés, viscéraux...), les réflexes locaux (axoniques). Enfin il consacre un chapitre à la peau dans le rôle d'organe de relation. Les organes de sens cutanés sont ensuite étudiés, puis la sensation cutanée. L'auteur passe alors en revue les dispositifs récepteurs des sensibilités cutanées, la sensibilité tactile cutanée et ses caractères, les différentes qualités des sensations tactiles, les sensibilités homéothermes cutanées, les propriétés caractéristiques des sensations thermiques, leur mécanisme de production, enfin la sensibilité douloureuse de la peau, ses propriétés et ses qualités. Il étudie ensuite les phénomènes de la dénervation de la peau, les sensations épiceritiques et propathiques, la distribution métamérique de l'innervation cutanée, les relations entre dermatométrie et dermato-esthésie, les réflexes viscéro-cutanés et cutané-viscéraux, l'interprétation unitaire des phénomènes sensoriels cutanés. Il s'agit d'un article très documenté et bourré de faits que nous ne pouvons pas analyser en détail.

**Sur la cicatrisation des nerfs cutanés et sur les facteurs de différenciation des éléments terminaux tactiles chez le canard.** — M. KLEIN provoque la cicatrisation des nerfs cutanés tactiles au canard dans des territoires cutanés différents. Lorsque les fibres nerveuses se cicatrisent dans leur territoire d'innervation normal, elles donnent naissance à des cellules et à des corpuscules tactiles à partir du syncytium de Schwann. Lorsque les mêmes fibres nerveuses se cicatrisent dans des territoires cutanés étrangers, aucune différenciation d'éléments tactiles n'a lieu. Il en résulte que l'environnement des fibres nerveuses exerce une action morphogénétique sur la différenciation des éléments terminaux spécifiques de la fibre nerveuse.

**La lésion d'Arloing consécutive aux sections sympathiques et ses analogies.** — MM. HENRY et L. BORY rappellent l'observation d'Arloing sur le boeuf et le chien à la suite de la section du cordon vago-sympathique dans la région cervicale. Cette lésion expérimentale existe en clinique animale, développée spontanément sans qu'on connaisse la nature exacte du trouble sympathique dans ces cas. L'étude locale des terminaisons nerveuses dans la peau au niveau de ces lésions est à faire.

P. LANZENBERG.

## SOCIÉTÉS SAVANTES

### ACADEMIE DES SCIENCES

(SÉANCES DU 26 AOUT ET DU 2 SEPTEMBRE 1935)

**La chronaxie dans le mouvement volontaire et dans la douleur chez l'homme normal. Chronaxie statique et chronaxie dynamique.** — M. Georges BOURGUIGNON.

### SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET BIOLOGIQUES de Montpellier et du Languedoc méditerranéen

(SÉANCE DU 5 JUILLET 1935)

**La valeur de localisation des ulcérations de la paroi pharyngée postérieure.** — MM. TERRAGOL et J. BALMES.

**Laryngectomie totale. (Présentation de pièces.)** — MM. TERRAGOL, J. BALMES et M. GUENENT.

**Tuberculose de l'intestin grêle à forme sténosante. Sténoses multiples. Résection de 1 m. 50 de grêle et résection caecale. Iléosigmoïdostomie. Guérison.** — MM. V. RICHE, P. LONJON et R. JOYEUX.

**Volumineux chordome sacro-coccygien.** — MM. V. RICHE, P. LONJON, GUIBERT et QUET ont observé un très volumineux chordome sacro-coccygien qui, en l'espace de 13 ans, avait été opéré 3 fois, mais sans qu'une résection osseuse ait été pratiquée.

La tumeur récidivée, d'un volume considérable, avait pénétré dans les fosses ischio-rectales et envahi le pelvis.

Un nœuveau néoplasique s'était développé dans le triangle de Scarpa du côté droit.

Toute tentative d'extirpation étant impossible, on a fait en 1933 de la radiothérapie qui n'a amené qu'une amélioration passagère et la tumeur en 1935 avait doublé de volume.

(SÉANCE DU 19 JUILLET 1935)

**Deux observations de septicémies à *B. perfringens* avec anémie, endocardite et phlébites.** — MM. JANBON, J. CHAPTAL et Mlle LABRAQUE-BORDENAVE. — Chez une jeune fille de 22 ans se développe un état infectieux dont la première manifestation est une angine diphthéroïde avec trismus : fièvre à oscillations régulières, arthrite temporo-maxillaire, puis endocardite mitrale et aortique, anémie grave, enfin phlébites droite, puis gauche ; terminaison, après deux mois, par une embolie pulmonaire. Le point de départ de l'infection est un foyer septique dentaire développé sous une obturation.

Dans la deuxième observation, un enfant de 11 ans, opéré d'appendicite gangréneuse, commence au bout de 8 jours une poussée thermique, puis présente une phlébite gauche, un souffle mitral piaulant, une anémie prononcée, et meurt après 3 semaines, dans le collapsus cardio-vasculaire.

Dans les deux cas, l'hémoculture en bouillon fut stérile ; l'ensemencement en milieu de Boëz donna lieu à un développement exubérant de *B. perfringens*. Dans les deux observations, il existait un foyer septique localisé. Les auteurs font remarquer la similitude des tableaux symptomatiques (anémie, endocardite, phlébites) et admettent le rôle pathogène de *B. perfringens*.

**Septicémie subaiguë à *B. perfringens* avec anémie et endocardite.** — M. JANBON, Mlle LABRAQUE-BORDENAVE et M. GORDON-MARTINS. Un homme de 23 ans est atteint d'un état

septicémique : fièvre à grandes oscillations, souffles cardiaques orificiels, tachyarythmie, symptômes fonctionnels d'insuffisance cardiaque (dyspnée, précordialgies, lipothymies) et anémie (1.520.000 G. R. avec poikilocytose). L'évolution totale, terminée par collapsus cardiaque, dure deux mois. Deux hémocultures en boîte de Boëz donnent lieu à un abondant développement de *B. perfringens*, alors que les hémocultures en bouillon restent stériles.

Le début de l'infection a été très insidieux et la symptomatologie ne s'est marquée pendant un mois que par de la pâleur et de l'asthénie : l'état fébrile n'a été reconnu que tardivement. Aucun foyer infectieux localisé n'a pu être mis en évidence.

**Septicémie subaiguë à germe anaérobie non identifié, avec endocardite, anémie et syndrome hémogénique.** — MM. JANBON, GELLY (de Villeneuve-les-Maguelone) et Mlle LABRAQUE-BORDENAVE ont observé chez un cultivateur de 48 ans, après un début insidieux et progressif, le tableau symptomatique suivant : fièvre peu élevée à oscillations ; endocardite avec souffles multiples ; anémie (1.200.000 G. R.) avec leucopénie (2.500 G. B.) et mononucléose (41,5 %) ; syndrome hémogéno-hémophilique (épistaxis, hémorragies gingivales, temps de saignement de 15 minutes, temps de coagulation de 35 minutes). L'évolution s'est faite en 3 mois et s'est terminée dans le collapsus cardiaque.

Les hémocultures en milieux usuels restèrent stériles. A deux reprises, l'ensemencement sur boîte de Boëz permit d'obtenir de petites colonies d'un germe qui ne put être identifié.

**Neuronite typhique grave.** — MM. JANBON, MATHIEU et DENOYES ont vu s'installer chez une femme de 24 ans, au 85<sup>e</sup> jour d'une fièvre typhoïde de longue durée, une paralysie des membres inférieurs du type polynévritique, avec douleurs, amyotrophie et réaction de dégénérescence ; concurrentement existait une légère atteinte sensitivo-motrice des deux membres supérieurs, limitée au territoire du médian. Après trois mois de traitement, les troubles ne présentaient qu'une très minime tendance à la régression.

Les auteurs notent l'existence d'une discrète participation médullaire (signe de Babinski, parésie sphinctérienne) au moment de l'installation du syndrome ; ce dernier rentre donc dans le cadre de la « neuronite » selon la conception de Grasset. De tels faits ont été décrits au décours de la fièvre typhoïde par Rauzier et Roger, Raymond, Castan, Achard, de Lavergne.

De plus, l'apparition de la complication a coïncidé avec une reprise de la fièvre, et celle-ci a persisté, peu élevée, mais irrégulière (avec des poussées à 38°8) pendant toute son évolution. Cette constatation paraît être un argument en faveur de l'opinion de Lavergne et Kissel, qui voient dans la paralysie tardive le résultat non d'une imprégnation toxinique, mais de la survivance et de la reviviscence des gîtes microbiens dans le tissu nerveux et en particulier dans la moelle.

**Essais de traitement de la fièvre typhoïde par le novarsénobenzol.** — MM. JANBON, MATHIEU et DROUHET rapportant leur statistique hospitalière de fièvres typhoïdes, exposent les résultats obtenus dans des conditions comparables, chez 23 malades traités par le novarsénobenzol, parallèlement à ceux de 32 cas traités par d'autres méthodes.

Ils utilisent des doses faibles (0,30 pour un adulte, 0,07 à 0,20 pour les enfants) régulièrement répétées tous les trois jours, et s'abstiennent en cas de fonctionnement hépatique ou rénal défectueux ou de tendance hémorragique. Le traitement est interrompu s'il apparaît une éruption biotropique, seul incident constaté. Bien entendu l'hydrothérapie froide est toujours associée, avec sa technique habituelle.

Les résultats globaux montrent un abaissement du taux

de mortalité (13 % contre 21,8 %) et une action indéniable sur le symptôme « tuphos » qui est complètement absent, ou discret, ou s'atténue, s'il existait avant le début des injections.

Mais l'étude plus précise des observations met en outre en évidence une action remarquable du novarsénobenzol, dans certaines conditions de technique : instauration assez précoce (avant le 15<sup>e</sup> jour), absence de discontinuité des injections, poursuite des injections jusqu'à l'apyrexie confirmée. Pour les 10 cas ainsi traités, on note : absence de décès, raccourcissement notable de la durée moyenne, absence de complications, pas de rechute, convalescence rapide et dépourvue d'incidents.

Les observations où le traitement fut instauré tardivement, et surtout celles où les injections, quoique précocement instituées, furent prématurément interrompues, eurent une évolution de beaucoup moins favorable.

**Polynévrite post-typhoïdique.** — MM. VIRES, DESHONS, CADILLAC et BARNAY.

**Un cas de septicémie staphylococcique à évolution prolongée.** — MM. VIRES, DESHONS, BERT, BARNAY et LAFONT.

**Un nouveau cas d'hémorragie récidivante dans le vitre, amélioré par la vitamine C.** — M. VIALLEFONT.

## PRATIQUE MÉDICALE

### L'ANGOISSE ET L'ANXIÉTÉ AU COURS DE LA VIE ACTUELLE (1)

Par M. S. CAMREDON.

Il y a des petits insomniaques et des petits anxieux qui présentent à un léger degré des symptômes hypernerveux. Leur cas n'est pas grave en ce sens que chez eux le syndrome n'est pas sous la dépendance d'une lésion organique réelle, ni d'une atteinte véritable des centres nerveux. Leur insomnie et leur agitation sont le résultat d'un surmenage physique ou intellectuel prolongé. Seulement, chez ces sujets, par un regrettable cercle vicieux, le manque de sommeil exaspère l'anxiété, et l'énerverment aggrave l'insomnie. Si bien qu'en définitive leur cas n'est que le premier stade d'affections beaucoup plus graves.

Mais que prescrire en pareil cas ? L'hygiène diététique se révèle insuffisante ou incompatible avec le genre de vie du sujet, dont on ne peut pourtant pas paralyser l'activité. Et l'on ne peut pas non plus recourir sans motif grave à l'action trop puissante et trop brutale d'un barbiturique ou d'un narcotique.

Nous avons, avec le sédobrol, le sédormid et l'allonal une gamme de produits d'une efficacité sûre et constante, d'une pureté absolue et d'un dosage rigoureux, d'une toxicité négligeable aux doses thérapeutiques et répondant exactement aux divers degrés d'hyperexcitabilité nerveuse, que le praticien moderne rencontre autour de lui avec une fréquence sans cesse accrue au cours de la vie actuelle.

Il est évident que, selon les cas, selon l'intensité des symptômes, on donnera la préférence à l'un d'entre ces produits, réservant l'allonal aux algies et le sédobrol aux simples symptômes nerveux, si fréquents en pratique médicale. Et évidemment aux petits anxieux, aux petits insomniaques, on donnera surtout le sédormid, dont l'action est douce, progressive et sûre.

(1) Concours méd., Paris, 1934, n° 44.



## NOTES POUR L'INTERNAT

ENTORSES DU GENOU<sup>1</sup>

## PRONOSTIC ET EVOLUTION

Le pronostic des entorses du genou est dominé par de multiples facteurs réagissant les uns sur les autres, et qui, en général, aboutissent à des séquelles jamais négligeables.

*Troubles vaso-moteurs.* — A type de vaso-dilatation active, ils représentent d'après Leriche qui en a montré l'importance, les véritables séquelles de l'entorse. Ce sont eux qui conditionnent :

L'infiltration, le gonflement durable des parties molles ;

L'hyperthermie locale atteignant 2 à 3° ;

Les douleurs persistantes que n'explique pas une cause mécanique ;

Enfin, des lésions plus profondes ; atrophie musculaire, raréfaction osseuse et même synovite proliférante avec hydarthrose récidivante, dystrophie des cartilages.

*Atrophie du quadriceps.* — Elle est à elle seule un facteur de gravité qui mérite d'être mis en valeur. Elle apparaît très précocement et régresse très difficilement. A elle seule, elle suffit à changer la statique de la jointure, en relâchant la sangle articulaire que forment normalement le tendon, la rotule et le ligament rotulien.

*Labilité articulaire et « dérangements internes ».* — La caractéristique évolutive des déchirures ligamentaires graves (ligaments latéraux et croisés), des lésions méniscales est l'absence totale de cicatrisation.

Si des cas indiscutables de guérison de dislocation du genou ont pu être cités, en général, il persiste du fait de la non-cicatrisation des troubles graves de la statique et de la fonction du genou (mouvements de latéralité, de tiroir, blocage).

*Arthrite traumatique.* — Elle est l'aboutissant, à la fois : De l'hyperhémie persistante qui, selon Leriche, produit :

Une synovite subaiguë aseptique avec épaissement, œdème de la synoviale et exsudation hydarthrosique.

De l'ostéoporose pouvant atteindre la zone sous-chondrale, causant ainsi des troubles nutritifs du cartilage avec décollement et même ulcération ;

De lésions mécaniques, telles que corps étranger, fractures parcellaires, lésions méniscales.

Ces différents facteurs interviennent à des degrés divers pour commander l'évolution clinique et le pronostic fonctionnel des entorses du genou.

1° Dans l'entorse banale. — a) *Evolution et pronostic immédiat.* — L'hémarthrose augmente dans les deux à trois jours qui suivent le traumatisme du fait de l'irritation de la synoviale, puis devient stationnaire.

En même temps apparaissent :

Un peu d'empatement du cul-de-sac sous-quadricipital ;

Des ecchymoses limitées traduisant la rupture des capillaires des ligaments.

APRÈS ÉVACUATION, on voit souvent se reproduire un épanchement hydrohématique qui se résorbe, soit spontanément en 10 à 15 jours, soit après une nouvelle ponction.

Les séquelles sont réduites aux perturbations vaso-motrices à l'atrophie du quadriceps contre laquelle il faut lutter de façon active et très précoce.

La guérison est habituelle en trois semaines ou un mois dans ces formes banales de l'adulte jeune, sans laisser de troubles durables de la statique et de la fonction de l'articulation. Lorsque l'entorse se traduit uniquement par une hydarthrose, cette dernière se résorbe spontanément ou après

ponction, et la guérison survient dans les mêmes délais et les mêmes conditions.

ABANDONNÉE A ELLE-MÊME, l'hémarthrose de l'entorse est toujours très longue à se résorber. La convalescence est traînante. Des placards fibrineux se déposent sur la synoviale au niveau de ses replis, et ainsi se constitue un syndrome d'arthrite vraie avec hydarthrose chronique, épaissement de la synoviale, infiltration dure des tissus périarticulaires et limitation des mouvements.

b) *Pronostic éloigné.* — Des réserves toutefois doivent être faites dans certains cas pour le pronostic éloigné.

Après une entorse banale, souvent simple hydarthrose, on voit persister une douleur à la partie interne de l'articulation et surtout, l'entorse se reproduit à la suite de traumatismes minimes jusqu'au jour où, à l'occasion de l'un d'eux, apparaît un symptôme capital, le blocage : immobilisation brusque du genou qui se trouve tout à coup dans l'impossibilité de s'étendre complètement, tout en conservant sa liberté de flexion. Ainsi se trouve révélée tardivement une lésion méniscale et la filiation des faits serait la suivante : déchirure lors de l'accident initial, nouveaux pincements, enfin, le jour où est réalisée la grande fissure longitudinale, apparition des blocages (Tavernier).

2° Dans l'entorse grave. — Ce qui fait la gravité de leur pronostic, ce n'est pas l'évolution de l'hémarthrose elle-même, mais la persistance de troubles fonctionnels graves, où il est difficile de distinguer ce qui revient à chacun des facteurs que nous avons envisagés, et dont l'un d'eux domine souvent le tableau clinique.

La douleur persiste, souvent localisée à la partie antéro-interne de l'interligne.

Le genou est tuméfié, chaud ; il est le siège d'une hydarthrose chronique ou récidivante, avec épaissement de la synoviale. De chaque côté du ligament rotulien, une tuméfaction molle et sensible fait saillie, témoignant de l'hypertrrophie de la graisse sous-rotulienne (maladie de Hoffa). Parfois, on arrive à percevoir des corps étrangers articulaires mobiles.

La labilité articulaire et ligamentaire domine le tableau clinique, facilement reconnue à l'examen (mouvements de latéralité, de tiroir, exagération de la torsion normale en flexion), entraînant à chaque pas :

Une subluxation en genu varum ou valgum, qui désaxe le membre, cause la fatigue, des douleurs et contribue à entretenir l'hydarthrose par de petites entorses à répétition ;

Une sensation de faiblesse, d'insécurité dans la marche, de déroboement de la jambe, qui classiquement, est attribuée à l'insuffisance des ligaments croisés.

L'atrophie musculaire est manifeste. Alors que la tonicité musculaire peut suppléer à l'insuffisance ligamentaire, l'apparition de l'atrophie du quadriceps ferme un cercle vicieux :

Les entorses augmentent l'atrophie et l'atonie du muscle multiplie les faux-pas. On l'apprécie facilement en évaluant la force d'échappement de la rotule à la contraction brusque du muscle (Thooris).

L'évolution est souvent émaillée d'accidents de blocage qui peuvent relever : de lésions méniscales, de corps étrangers articulaires (fragments ostéo-cartilagineux libres ou appendus à l'extrémité d'un croisé, processus d'ostéochondrite). Toutefois, à côté de cette évolution grave qui force à prendre une décision thérapeutique active, il est des cas où cliniquement, les lésions primitives ont été très importantes et qui guérissent très simplement sans laisser de séquelles gênantes, c'est dire le rôle capital que joue la musculature, susceptible de suppléer les ligaments passifs de l'articulation.

(A suivre.)

J.-N. COURVOISIER.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôp.*, 1935, n° 71, p. 4210 ; n° 73, p. 4242.

**ESTOMAC****SEL DE HUNT****HYPERCHLORHYDRIE  
FERMENTATIONS ACIDES  
GASTRALGIES****LABORATOIRES ALPH. BRUNOT  
16, Rue de Boulainvilliers, PARIS***De Trouette-Perret**l'*  
**Aphloïne****Spécifique des Troubles  
de la Ménopause  
et du système veineux***la*  
**Nisaméline****(Guaco)  
Prurits - Eczémas - Prurigos  
Néuralgies***la*  
**Papaine****Gastro-Entérites  
Diarrhées - Vomissements  
Troubles Dyspeptiques****61, AVENUE PHILIPPE-AUGUSTE — PARIS****Granules de CATILLON**à 0,001 **Extrait Titré** de**STROPHANTUS**

C'est avec ces granules qu'ont été faites les observations discutées à l'Académie de Médecine en 1889.  
elles prouvent que 2 à 4 par jour donnent une **diurèse rapide**, relèvent vite le **cœur affaibli**, dissipent  
**ASYSTOLIE, DYSPNÉE, OPPRESSION, ŒDÈMES, Affections MITRALES, CARDIOPATHIES des ENFANTS et VIEILLARDS**

**Granules de CATILLON** 0,0001**STROPHANTINE**

CR.

**TONIQUE du CŒUR par EXCELLENCE — TOLÉRANCE INDÉFINIE***Prix de l'Académie de Médecine pour "Strophantus et Strophantine", Médaille d'Or Expos. Univ. 1900***PARIS, 3, Boulevard St-Martin. — R. C. Seine 48283**



*La Lancette Française*

# GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6°. Tél. : Danton 48-31.

PUBLICITE : M. A. THIOLLIER, 146, boulevard Raspail, PARIS (6°) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

## PRIX DE L'ABONNEMENT

## FRANCE

3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.

*Etudiants : 25 francs par an.*

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

## ETRANGER

Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.

Tous les autres pays : 75 francs.

## SOMMAIRE

VII<sup>e</sup> CONGRÈS INTERNATIONAL DES ACCIDENTS ET MALADIES DU TRAVAIL. (Compte rendu, par M. Henri DESOILLE.)

PREMIER CONGRÈS INTERNATIONAL DES MÉDECINS AMIS DU VIN. (Compte rendu, par M. le professeur DIEU-LAFÉ.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

*Société des sciences médicales et biologiques de Montpellier et du Languedoc méditerranéen.*

REVUE DES THÈSES

MÉDECINS, CHIRURGIENS ET SPÉCIALISTES PRÉSENTS A PARIS PENDANT LES VACANCES. (V. p. 1282.)

## INFORMATIONS

ÉCOLE DE MÉDECINE DE HANOI. — M. Gaillard, agrégé à la Faculté de médecine de Paris, a été nommé directeur de l'Ecole de médecine de Hanoi (Tonkin).

CÉRÉMONIES MÉDICALES. — La semaine dernière on a inauguré à Confolens une plaque placée sur la maison où naquit EMILE ROUX, le collaborateur et le continuateur de Pasteur.

— A Sainte-Foy-la-Grande, dans la Gironde, une manifestation populaire a eu lieu en l'honneur du professeur JEAN-LOUIS FAURE, membre de l'Institut et de l'Académie de médecine.

En présence du maître, une rue Jean-Louis Faure a été inaugurée. Un pavillon de chirurgie a également reçu son nom.

Rappelons que Sainte-Foy-la-Grande a vu aussi naître le grand Broca et le professeur Paul Reclus.

— On annonce que la Fédération gymnastique et sportive des patronages de France va élever, à Paris, un monument à la mémoire de son fondateur, le docteur Paul Michaux, chirurgien des hôpitaux de Paris.

AVIS DE CONCOURS. — 1° Un concours sur épreuves et sur titres pour la nomination d'un médecin spécialisé des dispensaires antituberculeux de l'Isère aura lieu à Grenoble, à l'hôpital civil, le mardi 29 octobre 1935, à 8 h.

2° Le concours est réservé aux médecins (hommes) pourvus du diplôme de docteur en médecine français (diplôme d'Etat).

3° Les candidats à cet emploi devront être Français ou naturalisés Français depuis dix ans au moins, conformément à la loi du 19 juillet 1934.

Ils devront avoir satisfait à la loi militaire, être âgés de 25 ans au moins et de 35 ans au plus à la date du 1<sup>er</sup> novembre 1935.

4° Les candidats auront à prendre l'engagement de se consacrer exclusivement à leurs fonctions, de renoncer à faire de la clientèle, de ne prétendre, en conséquence, à aucune autre fonction ou mandat public.

Ils devront prendre également l'engagement de rester en fonction dans le département pendant une durée de trois années et, en cas de démission après ce délai, de continuer à assurer leur service pendant une durée de trois mois au minimum et ne pas s'installer dans le département comme médecin praticien pendant une durée de cinq ans, à dater de la cessation de leurs fonctions.

5° Pour être admis à prendre part au concours les candidats devront adresser leur demande (sur papier timbré) avant le 20 octobre 1935, dernier délai, à M. le président du Comité départemental de lutte contre la tuberculose (préfecture de l'Isère).

Les demandes devront être accompagnées des pièces ci-après :

- L'adresse exacte du candidat ;
- Un extrait de son acte de naissance ;
- Un extrait de son casier judiciaire ayant moins de trois mois de date ;
- Toutes pièces établissant que le candidat est Français ou naturalisé Français depuis dix ans au moins ;

Laboratoire Mialhe - 8 Rue Favart - Paris - 2°

La feuille de digitale se prescrit :

**Digi-LANATINE**Extrait total des glycosides  
du Digitalis Lanata

e. Un certificat d'aptitude physique délivré par un médecin assermenté;

f. Un certificat établissant la situation du candidat au point de vue militaire;

g. Une copie certifiée conforme et légalisée de son diplôme de docteur en médecine délivré par une faculté française (diplôme d'Etat);

h. Une copie certifiée conforme et légalisée des divers diplômes et certificats dont le candidat serait possesseur ainsi que la justification des divers stages qu'il aura accomplis dans des services spécialisés;

i. Une note certifiée sincère et véritable, appuyée de références précises faisant connaître les titres et les travaux scientifiques, ainsi qu'un exemplaire de chacune de ses publications.

6° Le candidat ne pourra être définitivement agréé qu'après un stage d'un an si son service a donné satisfaction; dans le cas contraire, il sera licencié sans formalité ni indemnité.

7° Le traitement, les indemnités familiales et de résidence accordés au médecin sont ceux alloués aux médecins inspecteurs d'hygiène adjoints du département de l'Isère: 3<sup>e</sup> classe, 37.000 fr.; 2<sup>e</sup> classe, 40.000 fr.; 1<sup>re</sup> classe, 43.000 fr.

Le médecin recevra une indemnité forfaitaire de 18.000 fr. pour ses frais de déplacements.

8° Le lieu de résidence du médecin sera fixé ultérieurement par le Comité départemental de lutte contre la tuberculose.

9° Le détail des épreuves sera adressé à tout candidat qui en fera la demande.

**NÉCROLOGIE.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Edmond Lardy, ancien chirurgien chef de l'hôpital français de Stamboul, décédé à Bevaix, canton de Neuchâtel (Suisse); Amadis Gaunet (du Golfe Juan); Louis Teychené (de Marseille); Granjon et Rozet (de Lyon), Favier (d'Ambierle), Henri Ugel (de Cousance).

## MÉDECINS, CHIRURGIENS ET SPÉCIALISTES PRÉSENTS A PARIS PENDANT LES VACANCES

*Chirurgie générale.* — M. Henry Bellanger, 2, rue Pigalle, Paris, présent à Paris en septembre. — M. P.-A. Digéon, 25, avenue Mac-Mahon, chirurgien, présent à Paris à partir du 1<sup>er</sup> septembre.

*Chirurgie. Gynécologie. Obstétrique.* — M. Maurice Sureau, 11, rue Portalis (8<sup>e</sup>), sera présent pendant les vacances. — M. Raoul Palmer, chef des travaux de gynécologie, 77, boulevard Suchet, Jasmin 30-99, sera présent à partir du 13 août.

*Médecine générale.* — M. Lévy-Lang, 46, avenue de La Bourdonnais, est présent en septembre. — M. Miriel (phtisiologie, pneumothorax), 27, rue de Sèvres, à Clamart, est présent à partir du 15 septembre. — M. Maurice Lévy, ancien interne des hôpitaux de Paris, ancien chef de clinique à la Faculté, 1, rue du Général-Foy (8<sup>e</sup>), est à Paris en septembre. — M. Maurice Bariéty, médecin des hôpitaux, 77, rue de Monceau (8<sup>e</sup>), est présent à Paris en septembre. — M. Pierre Delafontaine, 9 bis, rue Pérignon, présent à Paris en septembre. — M. Marcel Perrault, chef de laboratoire à la Faculté, 12, rue des Beaux-Arts, Paris (6<sup>e</sup>), présent à Paris en septembre. — M. Emile Gilbrin, 38, rue Lacépède (5<sup>e</sup>), présent à Paris pendant les vacances. — M. Florent Coste, médecin des hôpitaux, 41, rue Cardinet (17<sup>e</sup>), présent à Paris en septembre.

*Médecine infantile.* — M. Alfred Cayla, 52, avenue de

Neuilly, absent du 25 août au 19 septembre; présent à Paris à partir du 20 septembre. — M. Paul Baize, chef de clinique à la Faculté, 26, rue Daubigny, est présent en septembre. — M. Maurice Kaplan, ancien chef de clinique infantile, 12, rue César-Franck (15<sup>e</sup>), est présent à Paris en septembre.

*Dermato-vénérologie.* — M. G. Belgodère, médecin adjoint de Saint-Lazare, 69, rue Rochecrouart, Paris, présent à Paris en septembre, ne s'absente jamais. — M. Galliot, 74, rue de Rome, présent à Paris en septembre.

*Oto-rhino-laryngologie.* — M. Alfred Juin, ancien interne des hôpitaux de Paris, 71, avenue de Wagram, est présent à Paris au mois de septembre. — M. Pasquier, 74, rue de Rennes, est de retour à Paris.

*Stomatologie.* — M. Herpin, 5, rue Anatole-de-la-Forge, présent en septembre.

*Phthysologie.* — M. Marcel Blanchy, ancien chef de clinique de la Faculté, médecin assistant à l'hôpital Laënnec, 36, rue Vaneau, présent à Paris en septembre.

*Maladies du foie.* — M. Albeaux-Fernet, 85, avenue Henri-Martin, présent pendant toute la durée des vacances.

*Laboratoire d'analyses médicales.* — M. Arthur Grimberg (analyses médicales, autovaccins, collo-vaccins), est à Paris tout l'été, 74, rue Blanche.

**Les Septicémies à bacille perfringens. Etude clinique, anatomique et expérimentale (1),** par le docteur Henri Pons, Chef de Clinique Médicale à la Faculté de Médecine de Toulouse.

Au cours de ce travail, l'auteur expose successivement l'histoire de la question; les données bactériologiques actuelles, l'étude du rôle pathogène du bacille perfringens, l'analyse critique des principales observations pouvant servir à une étude pathogénique, enfin il rapporte deux observations personnelles, l'exposé des recherches anatomo-pathologiques qui s'y rattachent et l'état actuel de ses recherches expérimentales. Dans un dernier chapitre, enfin, il essaie de faire une synthèse clinique et pathogénique des septicémies à bacille perfringens. L. G.

(1) Grand in-8 de 196 pages avec 12 figures. — Prix: 40 fr. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

## RENSEIGNEMENTS

**A LOUER** appart. d'angle très écl., 3 p. princ. Gr. couloir, cuis., s. de b., chauff. cent. ind. Conf. mod., loyer 5.500. Conv. aussi p. cabinet médical, 211, rue de la Croix-Nivert.

ANÉMIES  
DYSPEPSIES  
ANTITOXIQUE



DOSE: 4 à 6  
TABLETTES  
PAR JOUR

**BIOXYDE DE MANGANESE COLLOÏDAL SELS MAGNÉSIENS**  
Laboratoire SCHMIT, 71 Rue Sainte-Anne, PARIS. 2<sup>e</sup>

Extrait hépatique  
de Morue irradiée.

**MORUBIASE**  
PILULES ET GRANULÉS

Rachitisme,  
Lymphatisme

Toux  
Oysprée

**IODEINE MONTAGU**





## CRISES URICÉMIQUES AIGÜES

# ATOQUINOL

phénylcinchoninate d'allyle

mobilise et expulse l'acide urique  
**Goutte et Arthrites aiguës**  
**Sciatique rhumatismale, etc..**

CACHETS  
2 à 3 par jour

GRANULÉ  
2 à 3 cuillères à café par jour

## CURES D'ÉLIMINATION URATIQUE

# SANOQUINOL

complexe anti-arthritique à base d'Atoquinol  
et d'agents diurétiques et anti-infectieux.

**Traitement de fond, lytique et éliminateur**

le SANOQUINOL réalise le thermalisme à domicile  
après ou en l'absence du thermalisme à la Station  
(1 ou 2 cuillères à café par jour)

LABORATOIRES CIBA-ROLLAND, Pharmacien  
109-111-113, BOULEVARD DE LA PART-DIEU - LYON

# Traitement du Parasitisme intestinal

## par les Pyréthrinés (du Pyrèthre)

C. R. Acad. Sciences, p. 1847, 1923

C. R. Acad. Médecine, 24-4 1928

C. R. Soc. Thérapeutique, 9-5 1928

# CHRYSÉMINE

## Pyréthrinés Carteret

Sans contre-indications

Aucune toxicité

Dose quotidienne pour adultes :

**Ascaris, Oxyures, tous helminthes et protozoaires** = 5 Perles ou 150 Gouttes

Cure de 5 jours consécutifs à renouveler après 8 jours de repos (plusieurs dans le cas des oxyures).

**Trichocéphales et Tœnias** = 12 Perles ou 300 Gouttes

Cure de 2 jours consécutifs — diète préalable la veille du début de la cure.

Pour les enfants, abaisser ces doses suivant l'âge en commençant par 50 gouttes.

Perles glutinisées et gouttes — Prescrire

**CHRYSEMINE PERLES**  
**CHRYSEMINE GOUTTES**

Echantillons et Littérature :

Laboratoires CARTERET, 15, rue d'Argenteuil, PARIS (1<sup>er</sup>)



## VII<sup>e</sup> CONGRÈS INTERNATIONAL DES ACCIDENTS ET MALADIES DU TRAVAIL

Bruxelles, 22-26 juillet 1935 (1).

### SECTION DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

Première question : SUITES ÉLOIGNÉES  
DES TRAUMATISMES DU CRÂNE

#### 1<sup>o</sup> Etiologie et symptomatologie.

M. SYMONDS (Londres).

L'auteur fonde son rapport sur 99 observations de blessés civils. Il s'agissait dans tous les cas de lésions fermées. L'auteur distingue les cas qui donnaient lieu et ceux qui ne donnaient pas lieu à indemnité. Il existe une plus forte proportion de troubles subjectifs lorsqu'il y a indemnisation, cette dernière fixant les symptômes qui disparaîtraient autrement. D'autre part, les cas d'épilepsie ont été trouvés incomparablement plus nombreux chez les sujets non indemnisés, ce que Symonds explique par l'apparition tardive de l'épilepsie, qui ne se manifeste qu'après les délais d'indemnisation.

L'analyse de ces cas d'épilepsie traumatique montre que dans la majorité des cas une fracture du crâne a été mise en évidence par les rayons X. La durée moyenne de perte de conscience après l'accident, chez les blessés qui ont fait ensuite de l'épilepsie, a été anormalement longue (moyenne neuf jours et demi). Un coma prolongé est donc un indice d'augmentation du risque d'épilepsie. L'intervalle entre l'accident et la première attaque est en moyenne de deux ans et neuf mois. Dans la grande majorité des cas, les crises ont été généralisées et non jacksoniennes, avec généralement début par de petites attaques auxquelles en succédaient de grandes.

L'anosmie disparaît généralement dans un délai d'un an. Elle peut persister.

Symonds étudie ensuite les altérations des nerfs crâniens, la cataplexie, les troubles labyrinthiques.

#### 2<sup>o</sup> Etude anatomique et physio-pathologique.

MM. Marcel ARNAUD (Marseille) et Yves POURSIÈRES (Beyrouth).

1<sup>o</sup> Les lésions *contusives localisées* (à la voûte presque toujours) présentent des séquelles essentiellement déficitaires (monoplégies, hémiplegies, aphasie, etc.) ; des poussées évolutives avec perturbations vasomotrices peuvent parfois y ajouter des manifestations irritatives (troubles de la réflexivité, épilepsie, etc.).

Ceci est l'apanage essentiel des plaies cranio-cérébrales et de quelques fractures ouvertes de la voûte.

2<sup>o</sup> Les lésions *diffuses, contusions à foyers multiples* ayant une répercussion lésionnelle habituelle sur les centres de la base, déterminent dans les cas typiques des séquelles déficitaires de type infundibulo-tubérien (troubles du sommeil, asthénie, diabète, obésité, etc.). Dans quelques cas atypiques, des troubles irritatifs se surajoutent (épilepsie sous-corticale).

Ces faits concernent surtout les fractures de la base, la plupart des fractures de la voûte et certains traumatismes crâniens sans fracture.

3<sup>o</sup> Les lésions *commotionnelles* à réponse clinique diffuse se rencontrent rarement dans les plaies cranio-encéphaliques pures, mais leur fréquence et leur importance vont en augmentant des fractures de la voûte aux traumatismes sans fracture. Contrairement donc à ce qui pourrait être

escompté, ces traumatismes peuvent présenter plus de séquelles cliniques que tous les autres.

#### 3<sup>o</sup> Anatomie pathologique.

M. W. PENFIELD (Montréal).

La céphalée est une séquelle importante. L'auteur s'efforce de déterminer les bases anatomiques de la douleur intracérébrale. Les neuro-chirurgiens qui opèrent sans anesthésie générale savent que l'os, la dure-mère (sauf en certaines zones), la pie-mère, le cerveau ne sont pas douloureux. Penfield, au cours de ses opérations, a pu établir les notions suivantes :

Les sinus durs sont sensibles à la pression, à la traction, à la chaleur, à l'électrisation ; l'artère méningée moyenne est également sensible ; les vaisseaux cérébraux sont insensibles, sauf parfois une veine tributaire à son entrée dans un sinus à la scissure de Sylvius. Le crâne, la dure-mère, le cerveau sont insensibles à la section ou à l'excitation électrique. Le seul mode de sensation qui puisse être ressenti à l'intérieur du crâne est interprété comme une douleur ou une pression.

La céphalée est due aux adhérences, d'où traction ou pression sur la surface interne sensible de la dure-mère. Le trauma blesse la dure-mère, avec extravasation dans l'espace sous-dural d'une très mince couche d'exsudat et de sang. La fibrine entraîne l'adhérence.

#### 4<sup>o</sup> Diagnostic. Pronostic. Evaluation.

M. A. LIPPENS (Bruxelles).

Envisageant d'abord le diagnostic des manifestations locales, l'auteur montre que d'habitude la zone d'extension d'une paralysie dépasse toujours la perte anatomique à laquelle on a accoutumé, bien à tort, de l'assimiler. Une paralysie du membre inférieur s'accompagne souvent d'atteinte des muscles du tronc, de troubles des réservoirs.

Il est important de dépister les troubles moteurs minimes ou au début, ainsi que les lésions méconnues, soit du crâne (fractures, décalcification, hypercalcification, etc.), soit de l'encéphale (arachnoïdite, hématome sous-arachnoïdien, anévrysme, calcifications, etc.).

Le coma, comme d'aucuns l'exigent, n'est point obligé pour qu'il y ait dégât cranio-cérébral. Ce dernier existe chez 15 p. 100 des blessés qui n'ont pas présenté de perte de connaissance et parmi ceux-ci le tiers, soit 5 p. 100 de l'ensemble des cas, ont le crâne fracturé, présentent même de l'enfoncement.

Le diagnostic des manifestations tardives discrètes se confond en fait avec celui du syndrome commotionnel, à l'exclusion d'une lésion en foyer à laquelle il peut éventuellement s'ajouter. Ce syndrome commotionnel est d'ailleurs conditionné soit par des dégâts organiques du névraxe, et plus spécialement par des reliquats disséminés des micro-traumatismes vasculaires : traînées gliomateuses, foyers discrets de pachyméningite, etc., soit par des troubles du régime circulatoire.

Les crises de céphalée à allure migraineuse sont influencées par la position, les toxiques les plus légers, accompagnés de troubles circulatoires et vasomoteurs. Les manifestations d'hyper et d'hypo-excitabilité vestibulaires sont celle-ci tardive, celle-là précoce et caractéristique d'une lésion, si elle persiste ; tandis que l'hypoexcitabilité est surtout fonction de troubles circulatoires.

La mesure de la tension diastolique de l'artère centrale de la rétine est un élément important de diagnostic, mais il n'est pas pathognomonique. La pression et les modifications de composition du liquide céphalo-rachidien ne sont pas constantes, mais ont une valeur incontestable. Il faut d'ailleurs comparer les tensions artérielles et veineuses.

Les évaluations sont données dans un dernier chapitre qu'il est impossible de résumer.

(1) Association de la Presse médicale française.

### 5° Traitement des suites éloignées des traumatismes du crâne.

MM. A. OLLER (Madrid) et E. ESCARDO (Madrid).

Il est rare que le traitement chirurgical soit indiqué (certains cas d'épilepsie). On a beaucoup trop négligé l'importance de la *psychothérapie*. Cette dernière variera avec chaque sujet. Il faut assez rapidement ordonner un travail léger, donner confiance dans une proche et sûre rémission des symptômes, en mettant le blessé dans un milieu calme, et se rappeler que la seule communication à un blessé du diagnostic de commotion cérébrale ou de fracture crânienne peut avoir une influence hypocondriaque.

Dans les cas à syndrome commotionnel tardif, caractérisés par des vertiges, insomnies et céphalées, on a beaucoup parlé de la valeur de l'injection d'air dans les ventricules cérébraux, soit par voie directe — ventriculographie, — soit par voie lombaire et cisternale — encéphalographie, — en insistant non seulement sur sa valeur diagnostique, mais sur sa valeur thérapeutique. Les auteurs ne se décident pas à conseiller l'emploi thérapeutique en raison des malaises que l'on peut observer et du caractère passager de l'amélioration. Quant à l'indication diagnostique, elle doit être limitée, car l'encéphalographie a le grave défaut de réactiver et de fixer le syndrome psychogène.

### 6° Traitement.

M. Paul MARTIN (Bruxelles).

*Syndrome commotionnel tardif.* — On commencera par appliquer les moyens les plus simples : repos, isolement, sédatifs. On les complétera éventuellement par l'injection intraveineuse de sérum hypertonique ou d'eau distillée. Dans les cas plus graves, ne cédant pas aux thérapeutiques simples, on fera une insufflation d'air par voie lombaire. Lorsque l'encéphalographie démontre l'existence d'une cicatrice cérébrale importante, peut-être pourrait-on envisager son excision.

*Séquelles en foyer.* — Les lésions pariétales (crâne et méninges) résiduelles sont rares et peu importantes dans les traumatismes fermés du temps de paix. Les arachnoidites et les kystes arachnoïdiens seront traités chirurgicalement lorsque démontrés par l'encéphalographie.

L'hématome sous-dural chronique devra être traité chirurgicalement. L'auteur discute longuement la technique opératoire.

L'épilepsie sera d'abord combattue par un traitement médical : parmi les médicaments on préfère actuellement le gardénal, associé ou non aux bromures et aux sels de bore. Différents régimes (régime cétogène, régime de réduction des liquides, etc.) ont été proposés. Les ponctions lombaires, les injections de solutions hypo- ou hypertoniques rendront des services.

Si ce traitement médical échoue, il faudra essayer une intervention chirurgicale, sans trop tarder, car souvent l'épilepsie, au début jacksonienne, se généralise ensuite, le cerveau devenant de plus en plus irritable. On décidera seulement lors de l'opération elle-même, la ligne de conduite précise qu'il convient d'adopter. Si à l'ouverture du crâne on trouve une lésion pariétale, on se bornera à l'extirper ; de même si l'on trouve une collection localisée, un kyste cortical. S'il n'y a pas de lésion visible, on cherchera par la faradisation de l'écorce le centre épileptogène que l'on excisera. La seule limitation de ces opérations étant la zone motrice : on hésitera évidemment à déterminer une paralysie étendue si celle-ci n'existait pas avant l'opération.

Les paralysies sont surtout justiciables d'un traitement physiothérapique ou orthopédique ; les *contractures*, de la physiothérapie. Des opérations orthopédiques ou le port

d'un appareil seront parfois indiqués. Le traitement chirurgical des contractures ne paraît pas à l'auteur être encore mis au point.

### Deuxième question : TRAUMATISMES DE LA MAIN ET DES DOIGTS

#### 1° Traitement immédiat des plaies de la main et des doigts.

M. NEUMAN (Bruxelles).

Ce rapport est une monographie chirurgicale complète. Après avoir rappelé les voies de propagation (tissu cellulaire, gaines synoviales) de l'infection ainsi que la physiopathologie et la bactériologie des plaies, Neuman envisage le traitement de ces plaies.

Il précise les techniques des anesthésies régionales (médian, cubital) et distingue les plaies par piqure, par coupure, par morsure, etc. Tandis que les *corps étrangers* métalliques (fragments d'aiguille) sont en général bien tolérés, les échardes de bois sont généralement septiques ; les plaies par *crayon d'aniline* s'accompagnent de nécrose.

Les brûlures par les courants électriques sont indolentes et leur évolution toujours aseptique. Il suffit de faire un pansement gras.

Les plaies contuses, les plaies par écrasement méritent une description spéciale. Il faut inciser et vider les hématomes dorsaux superficiels qui donnent aux doigts un aspect boudiné. Les sutures primitives sont souvent à éviter.

Un long chapitre est réservé aux *plaies des tendons* : la section des tendons extenseurs sera traitée par la suture immédiate. Les tendons fléchisseurs seront suturés secondairement lorsque la section siège au niveau des doigts ; la suture immédiate pourra être tentée avec succès à la région palmaire supérieure.

Dans la zone des arcades, au niveau des articulations métacarpo-phalangiennes, il est préférable de s'abstenir et de recourir à la suture secondaire.

*Plaies articulaires.* — La prophylaxie des infections articulaires traumatiques consistera en premier lieu à libérer l'articulation de tous les éléments de souillure (corps étrangers, terre), à exciser les bords de la capsule effilochés et dévitalisés et en pratiquer la suture immédiate après lavage à l'éther. Lorsque la plaie date de plus de quarante-huit heures et qu'il existe des signes cliniques non douteux d'arthrite, il faudra se garder de fermer l'articulation, et la mise à plat sans suture sera la règle.

#### 2° Traitement immédiat des plaies de la main et des doigts. Parties osseuses.

M. BOHLER (Vienne).

Les fractures récentes ouvertes guérissent sans trouble quand on taille suffisamment la blessure et qu'on recoud la peau et seulement la peau. On obtient ainsi une fracture fermée que l'on traite et laisse au repos jusqu'à ce que les fragments se soient solidement soudés en bonne position. Pour éviter la fonte musculaire et l'ankylose articulaire, il faut dès le premier jour faire effectuer des mouvements complets des articulations non blessées en évitant les douleurs. On obtient ainsi une bonne irrigation sanguine et une guérison rapide.

Les fractures infectées doivent être mises au repos absolu sans interruption quand il n'y a pas de pus. Quand il y a du pus, les zones d'inflammation doivent être, sous garrot et anesthésie, soigneusement débridées ; ensuite le membre est mis au repos absolu. Le membre blessé doit être placé en position haute pour assurer une bonne irrigation.



### 3° Complications infectieuses.

M. YERSIN (Payerne).

Partout où les tissus ne sont pas fortement irrigués et pourvus d'un système conjonctivo-vasculaire abondant, l'évolution habituelle des infections est la nécrose et la séquestration. Le traitement à opposer à ces processus destructifs est purement chirurgical, mais les incisions et les excisions ne peuvent que rarement éviter des mutilations regrettables ou des cicatrices gênantes. Aussi le *traitement préventif* est-il le meilleur, consistant dans l'excision chirurgicale des plaies fraîches supposées infectées.

Cette thérapeutique active et chirurgicale domine de haut, grâce à son efficacité, la désinfection chimique par les antiseptiques, quelle que soit la vogue des substances employées et la réclame faite autour d'elles.

### 4° Complications infectieuses.

M. BUZELLO (Duisbourg).

L'infection la plus fréquente des doigts et de la main à la suite des lésions et accidents est le panaris dans ses diverses formes et le phlegmon des gaines tendineuses. C'est pourquoi ils sont traités en détail dans le rapport. On y parle aussi des autres infections aiguës de la main : l'ostéomyélite, l'érysipèle, le tétanos, la rage, la diphtérie, l'infection charbonneuse.

Le danger de l'infection d'une plaie de la main de l'ouvrier allant jusqu'à constituer un danger pour la vie est très fréquent. C'est pourquoi ce genre de blessure doit être pris très au sérieux.

Une plaie ou une lésion accidentelle de la main négligée ou pansée insuffisamment est suivie presque toujours de complications qui entraînent une incapacité de travail prolongée de la main.

### 5° Les traumatismes provoqués de la main et des doigts.

M. S. DIEZ (Rome).

L'auteur, après avoir exposé dans ses lignes générales le phénomène de la provocation volontaire des lésions dans les accidents du travail et en avoir indiqué les causes et les remèdes, passe en revue les auto-lésions les plus fréquentes des mains, insistant plus particulièrement sur les résections tendineuses et les fractures des phalanges et des métacarpiens.

Les sections tendineuses concernent presque toujours le long extenseur du pouce dans son trajet dans la tabatière anatomique. L'accident auquel la lésion est attribuée est, en général, le heurt de la main contre du verre ou la chute avec un récipient de verre à la main. L'auteur met en lumière tous les éléments cliniques qui peuvent conduire au diagnostic médico-légal d'auto-lésion et montre les cas qu'il a observés (36 comme expert médical).

Pour ce qui est des fractures provoquées, l'auteur met en relief la méthode qu'il a conseillée depuis 1927 pour mettre en évidence la mutilation frauduleuse et qu'il a utilisée dans de nombreuses expertises. Les nombreuses observations qu'il a faites depuis dix ans sur les fractures des doigts ont démontré l'existence de caractéristiques particulières du squelette ou des parties molles permettant, étant donné un type particulier de fracture, de déterminer le mécanisme traumatique qui l'a produite et de différencier un mécanisme producteur d'un autre. Ces caractères, par leur constance, peuvent être dits spécifiques de chaque mécanisme.

En conséquence, la méthode conseillée consiste à s'assurer que la fracture signalée comme relevant d'un accident peut ou non être retenue comme due à l'accident in-

criminé après avoir établi par quel mécanisme celui-ci peut provoquer une fracture des doigts.

Résumé synthétique de 4 cas de fractures provoquées frauduleusement.

### 6° Opérations réparatrices après les traumatismes de la main et des doigts.

MM. Ch. LENORMANT et M. ISELIN (Paris).

Du point de vue économique, l'emploi de la chirurgie réparatrice des mutilations anciennes ne peut être généralisé, car elle nécessite des soins prolongés et coûteux, des interventions le plus souvent multiples, une collaboration énergique et patiente du blessé, et cela pour un résultat toujours aléatoire et parfois incomplet. Elle est pourtant susceptible de donner des résultats fonctionnels très importants, surtout dans les professions nécessitant plus d'agilité et de précision que de force dans l'usage de la main.

Pour les *réparations tendineuses*, seules les interventions retardées après cicatrisation garantissent l'asepsie indispensable ; elles doivent donc être préférées. Les trois procédés de reconstitution du tendon — réinsertion, réintroduction et greffe — méritent d'être conservés, chacun trouvant ses indications suivant le siège et l'étendue de la perte de substance tendineuse. La réfection systématique de la deuxième poulie de réflexion des fléchisseurs au moyen d'une greffe aponévrotique est susceptible d'améliorer sensiblement les résultats.

Pour la *réparation des pertes de substance cutanée*, les greffes libres minces et les greffes en semis ne sont utilisables que pour des lésions très limitées dans une zone qui n'est pas soumise à des pressions habituelles. Dans toute perte de substance tant soit peu étendue, le chirurgien n'a le choix qu'entre la greffe libre de peau totale (Krause) ou les diverses autoplasties pédiculées. La première a l'avantage de s'exécuter en une seule séance, sous le couvert d'une asepsie stricte ; mais elle est souvent compromise par un sphacèle partiel du greffon. Les autoplasties nécessitent des séances opératoires multiples et s'accompagnent toujours d'un certain degré d'infection inévitable ; elles ont cependant leurs indications formelles, en particulier dans le cas où l'on prévoit la nécessité d'une réparation ultérieure des organes profonds (tendons) et aussi dans les pertes de substance de la face dorsale de la main.

Les procédés les plus recommandables de *réparation du pouce* paraissent être : a) l'autoplastie cutanée avec ou sans greffon osseux, si l'on cherche avant tout à obtenir un point d'appui suffisamment long et mobile ; b) la pollicisation de l'index avec son métacarpien, si l'on veut obtenir un pouce mobile et opposable aux autres doigts.

### 7° Les séquelles atrophiques et douloureuses des traumatismes de la main et des doigts.

MM. LÉRICHE et R. FONTAINE (Strasbourg).

1° Les troubles fonctionnels post-traumatiques de la main et des doigts réalisent des images cliniques différentes où tantôt dominant les phénomènes douloureux (algies diffuses ou causalgies), tantôt les contractures, les œdèmes durs sous-cutanés, l'ostéoporose, les troubles trophiques cutanés, les troubles vaso-moteurs.

2° L'*examen oscillométrique* montre qu'à la base de tous ces troubles se trouvent les modifications vaso-motrices engendrées par le traumatisme et plus tard entretenues par la cicatrice. En analysant bien les différents syndromes cliniques sus-mentionnés, on s'aperçoit qu'ils s'entremêlent le plus souvent. Il y a toujours un mélange de douleurs, d'œdème, de contractures, associés aux troubles vaso-moteurs cutanés, à la raréfaction osseuse.

3° L'*unité d'origine* des troubles fonctionnels conditionne l'unité thérapeutique.

Au début, les infiltrations locales autour des régions traumatisées, ou sous la cicatrice, plus rarement le long des nerfs collatéraux digitaux, procurent des améliorations souvent surprenantes. Il faut avoir le courage de poursuivre longtemps ces infiltrations si l'on veut enregistrer des succès définitifs.

Les anesthésies du ganglion étoilé peuvent compléter ou se substituer en cas d'échec aux infiltrations périphériques.

Si ces procédés non opératoires ne réussissent pas, il faut en arriver aux interventions.

4° Les opérations sympathiques constituent la thérapeutique de choix dans ces cas. La sympathectomie péri-humérale suffit le plus souvent. Les cas graves, anciens, à symptomatologie très diffuse, peuvent nécessiter une intervention plus importante : sympathectomie péri-sous-clavière, ramisection cervicale inférieure ou stellectomie.

5° Contre les phénomènes douloureux du type « névrite ascendante » ou « causalgie », les opérations sympathiques caténales valent mieux que les radicotomies postérieures et les cordotomies.

6° Il ne faut pas oublier non plus que les infiltrations à la novocaïne, faites dès le début, dès le premier soupçon de troubles trophiques et douloureux, et continuées aussi longtemps que nécessaire, sont susceptibles d'éviter l'éclosion de ces troubles qui, abandonnés à eux-mêmes, peuvent très bien conduire vers l'invalidité définitive des ouvriers victimes de menus accidents qui auraient dû être essentiellement bénins.

#### 8° Expertise des blessés de la main et des doigts.

M. L. IMBERT (Marseille).

Deux considérations dominent l'expertise :

1° Au membre supérieur, les doigts sont tout. L'infirmité d'une amputation des doigts est presque égale comme gravité à celle d'une amputation du bras. Au membre inférieur, au contraire, la gravité augmente progressivement avec le niveau de l'amputation ; et celle des orteils est fort minime.

2° Au membre supérieur la prothèse est à peu près inefficace ; elle est, sauf exception, inutilisable pour le travail ouvrier. La cinématisation des moignons elle-même n'a jamais donné que des succès fort relatifs. Au membre inférieur, au contraire, la prothèse, même la plus simple, est un élément essentiel de la reprise du travail.

Cette différence tient à ce fait que : au membre supérieur, c'est la mobilité qui compte ; au membre inférieur, la solidité est l'essentiel.

La mobilité étant la qualité essentielle des doigts, leur fixation en quelque position que ce soit, flexion ou extension, est toujours désastreuse au point de vue fonctionnel, et il est bien rare de voir un ouvrier utiliser couramment un doigt enraid.

L'auteur fait suivre ce début de considérations générales sur la hiérarchie des mains et sur celle des doigts en faisant remarquer que cette question est moins avantageuse qu'elle ne le paraît.

#### 9° Expertise des blessés de la main et des doigts.

M. Jean PAOLI (Marseille).

Il faut souligner l'extrême fréquence de ces plaies (30 à 50 p. 100 de la totalité des accidents de travail) qui, dans 20 à 30 p. 100 des cas, entraînent une infirmité définitive, préjudiciable à l'ouvrier, et onéreuse pour la compagnie d'assurance.

La consolidation est très souvent retardée par des fautes commises lors du traitement initial (absence de nettoyage chirurgical ou insuffisance d'exérèse) qui sont les responsables des complications infectieuses secondaires si fréquentes, et des complications tardives cicatricielles (cicatri-

ces vicieuses, atypie et conicité des moignons) ou trophiques.

L'auteur attire l'attention sur l'intérêt qu'il y a à reconnaître, au moment de la consolidation, certaines lésions (moignons douloureux, causalgies, ostéoporoses traumatiques), justiciables d'un traitement actif susceptible de réduire sensiblement le taux de l'I. P. P.

L'étude des taux d'invalidité fait apparaître qu'un doigt raide ankylosé en mauvaise position est souvent beaucoup plus gênant qu'un doigt absent. La conservation à outrance des doigts blessés aboutit à ce paradoxe de prolonger la durée des soins et de retarder la consolidation, tout en entraînant un pourcentage plus élevé qu'une amputation faite d'emblée.

Au moment de la revision, les aggravations sont rares : seuls certains troubles douloureux doivent être pris en considération et motivent en revision un relèvement de la rente. Les atténuations de l'infirmité, au contraire, sont la règle. La rente ne doit être diminuée que si l'amélioration est due à des modifications objectives des cicatrices. Par contre, la bonne adaptation ne saurait justifier la diminution, car il serait injuste de pénaliser les blessés qui ont fait preuve d'intelligence et de courage en tirant parti de leur mutilation.

### SECTION DES MALADIES DU TRAVAIL

#### Première question : LA LUTTE CONTRE LES POUSSIÈRES INDUSTRIELLES

##### 1° Comment capter et examiner les poussières en vue de leur mensuration et de leur numération.

M. MIDDLETON (Londres).

Une méthode de laboratoire a été décrite pour vérifier l'efficacité des instruments numérateurs des poussières industrielles, et trois appareils ont été ainsi vérifiés avec un nuage standard de poussières de silice contenant toute la gamme des tailles de particules de poussière rencontrées dans les conditions industrielles. Ces trois instruments sont l'appareil à adhésion de Greenberg Smith (Impinger), le konimètre circulaire et le konimètre à jet d'Owen. Ces appareils ont été brièvement décrits avec exposition de leurs avantages et inconvénients.

Un nouvel appareil, le précipitateur thermique, a été également décrit avec le mode d'emploi et discussion de son efficacité dans les déterminations de laboratoire et sur le champ du travail.

##### 2° Mesure et captation des poussières.

M. BORDAS (Paris).

L'auteur considère que dans la pratique, au point de vue sanitaire, il y a un plus grand intérêt à connaître le poids et la composition chimique des différentes matières en suspension dans l'atmosphère des grandes agglomérations industrielles plutôt que de rechercher le nombre de particules qui peuvent se trouver dans un volume d'air déterminé.

##### 3° Sur la valeur comparée des différents moyens de lutte contre les poussières industrielles en suspension dans l'air.

M. DELADRIÈRE (Bruxelles).

On lutte contre les poussières industrielles contenues dans l'air en faisant sortir les poussières du sein des gaz industriels au moment où ceux-ci sont versés dans l'atmosphère. Le dépoussiérage se fait en appliquant une force purement mécanique ou physique. Il existe trois méthodes de dépoussiérage :

Appareils secs (dépoussiéreurs par sacs, par gravité, par centrifugation) ;



Appareils par rideaux *humides* (ruissellement d'huile ou d'eau) ;

Appareils électriques (par ionisation).

#### 4° Valeur comparée des différents moyens de lutte.

MM. BOERMA, GROENEVELD et KRANENBURG (La Haye).

Dans la construction des filtres respiratoires pour les poussières fines, il faut préférer la respiration à sens unique.

Le contrôle des filtres à poussière ne doit par conséquent pas avoir lieu dans un courant continu, mais dans un courant oscillatoire.

On décrit un appareillage simple pour la préparation des poussières à respirer d'une composition à peu près constante, ainsi que pour l'épreuve de respiration à sens unique.

L'examen provisoire de deux filtres de modèles différents a montré que les nouveaux filtres de fumée et de brouillard constituent une protection considérable contre les poussières très fines de quartz, dans la mesure où l'on peut admettre que l'influence nocive de la poussière de quartz à particules extrêmement fines se trouve dans un rapport quelconque avec le poids de la poussière aspirée.

S'il était cependant prouvé que l'influence nocive, relativement indépendante du poids de la poussière, augmente avec la diminution des particules, toutes les recherches effectuées jusqu'ici sur la perméabilité aux poussières des divers filtres deviennent sans valeur du fait que les méthodes de détermination quantitative pour les poussières ultra- et amicroscopiques n'ont pas été utilisées.

#### 5° Quels sont les critères pour la sélection avant l'embauchage des sujets exposés aux poussières dangereuses ?

M. TELEKY (Vienne).

Nos connaissances sont minimales sur la nature de la « prédisposition » aux maladies et de la « sensibilité » vis-à-vis de certains dommages, et insuffisants aussi sont les moyens dont on dispose pour reconnaître une telle prédisposition.

Le travail exposant à des poussières *toxiques* doit être interdit à ceux qui présentent des maladies ou des troubles des voies excrétoires, à ceux chez qui une maladie antérieure ajouterait son action à celle du toxique ou ferait que l'organisme serait gravement atteint par une intoxication.

Dans le cas de maladies dues à des poussières à action *allergique*, il faut éloigner du travail tous ceux qui présentent déjà une hypersensibilité vis-à-vis des produits en cause ; toutefois nous ne sommes pas en état de reconnaître la tendance plus ou moins marquée à acquérir une hypersensibilité.

Le développement de la silicose dépend pour une part importante de la prédisposition personnelle. Pour le moment, on doit se contenter de ne prendre, sous contrôle radiographique, que les individus vigoureux, à poitrine large, à poumons et cœur sains, en éliminant les autres. Des examens périodiques des individus admis sont nécessaires.

#### 6° Critères de sélection avant l'embauchage.

M. PIERACCINI (Florence).

Le rapporteur a suivi la classification italienne des constitutions organiques dans ses trois groupements morphologiques : normolignes (homme moyen normal) ; longilignes (apparence phthisique) ; brévilignes (apparence apoplectique) auxquels il a ajouté les deux sous-types correspondant aux diathèses arthritique et lymphatique. Dans l'appréciation pour l'admission ou le refus des aspirants

aux travaux poussiéreux industriels, le rapporteur a conclu comme suit :

Acceptation des normolignes. Rejet en masse des longilignes asthéniques et à apparence phthisique ; acceptation des brévilignes solides et musclés ; rejet des brévilignes ronds, empâtés, flaccides et à apparence lymphatique ; rejet des adénoïdiens et de tous ceux qui présentent des phénomènes morbides, même légers, ou des séquelles de maladie de l'appareil respiratoire.

#### 7° Quels sont les premiers signes d'alarme indiquant une intolérance de l'occupation dangereuse ?

MM. POLICARD (Lyon) et Edme MARTIN (Saint-Etienne).

##### 1° Données tirées de l'examen de l'appareil respiratoire.

— Des signes d'alarme fort utiles peuvent être tirés de l'examen des fosses nasales (une insuffisance nasale réelle devant faire éliminer les ouvriers des travaux dans les poussières), des bronches (les bronchites favorisent la rétention des poussières), et de la radiographie (une image pulmonaire anormale devant faire éliminer le sujet).

2° Données tirées de la recherche d'une infection pulmonaire latente. — Il faut rechercher systématiquement la tuberculose et éliminer les tuberculeux. Le rôle de la syphilis n'est pas déterminé avec certitude et on doit réserver ce point jusqu'à plus ample informé.

Les affections cardio-vasculaires peuvent affecter la genèse et l'évolution des pneumocomioses en favorisant la congestion et la sclérose. Lorsque la cardiopathie est bien compensée, il ne faut pas retirer l'ouvrier du travail mais simplement le surveiller plus fréquemment.

Quant aux asthmatiques, ils doivent être éliminés d'office.

Les rapporteurs remarquent que la question sociale est très complexe, car, s'il est désirable d'éliminer du travail nocif les sujets prédisposés, il faut aussi prévoir ce que l'on fera d'eux. Il faudrait pouvoir leur fournir un autre travail, sans quoi ils deviendraient des chômeurs.

#### 8° Premiers signes d'alarme indiquant une intolérance.

M. DENET KRAVITZ (Obourg).

C'est par la radiographie que l'on obtiendra le maximum de renseignements. Encore s'en faut-il que le radio-diagnostic des pneumokonioses soit formel, les mêmes images pouvant être produites par des états totalement différents. Il faut employer une double anamnèse soignée : anamnèse du métier et anamnèse personnelle.

#### Deuxième question : L'ACTION PATHOLOGIQUE DES GAZ S'ÉCHAPPANT DES VEINES GRISOUTEUSES

##### 1° Quelle est la nature des gaz s'échappant des veines grisouteuses ?

M. BREYRE (Liège).

Dans un premier chapitre, l'auteur passe en revue les différents gaz qui peuvent se trouver dans les mines belges ; il envisage d'abord ceux qui se rencontrent accidentellement et indique sommairement l'essentiel concernant leur dépistage et leur prévention (hydrogène sulfuré, oxyde de carbone, anhydride carbonique, etc.). Mais le principal des gaz est le *grisou*, et c'est à lui que toute la suite du rapport est consacrée.

Le méthane est l'élément principal du grisou (de 93 à 99 %). Un seul autre hydrocarbure saturé ( $C^2 H^6$ ) s'y rencontre en quantité inférieure à 3 % ; l'azote ne dépasse jamais — et atteint exceptionnellement — 6 %, la moyenne étant de 1,47 % ; l'anhydride carbonique varie de 0 à 3 %. Quant à l'hydrogène, il n'existe — quand il y en a — qu'en traces ne pouvant modifier aucunement les caractéristiques du gaz.

Le chapitre II traite des *quantités* de grisou émises par les couches. Les quantités émises sont beaucoup plus importantes dans le Hainaut que dans les bassins de Liège et de Campine.

Le rapporteur étudie ensuite le *dépistage*. Le procédé de détection immédiate le plus simple, le plus usuel, est encore l'usage de la lampe de sûreté à flamme. D'autres appareils sont étudiés.

La *prévention* consiste essentiellement à assurer une ventilation telle que les quantités de gaz émises soient immédiatement diluées dans une telle proportion d'air pur qu'il n'y ait jamais formation de mélanges explosibles. Il faut donc organiser la ventilation d'après l'émission du grisou, et analyser soigneusement les divers courants ventilateurs au point de vue de la teneur en méthane.

## 2° Les gaz dégagés par les exploitations minérales.

M. LEPRINCE-RINGUET (Paris).

La houille dégage, dans les conditions ordinaires de son gisement, un gaz composé presque exclusivement de méthane. Il faut faire exception pour certains gisements qui dégagent de l'acide carbonique, souvent sous la forme de dégagements instantanés.

Les mines de potasse et de pétrole d'Alsace dégagent en plus forte proportion des carbures supérieurs.

L'allure du dégagement est importante à étudier. C'est plus au changement de régime du dégagement qu'à l'influence des vides existant dans les vieux travaux qu'il faut attribuer la relation très nette entre la pression de l'air et le dégagement.

L'acide carbonique suit de beaucoup plus près l'abatage que ne le fait le grisou.

Les feux donnent des gaz souvent nocifs par la présence d'oxyde de carbone.

## 3° Effets physiologiques et pathologiques de ces gaz.

M. SAYERS (Washington).

*Grisou.* — Le méthane est physiologiquement inactif, sauf par la diminution d'oxygène dans l'air qu'il provoque. L'éthane, le propane et le butane sont physiologiquement inactifs aux concentrations où ils existent dans le grisou des mines des Etats-Unis. Le principal risque est l'explosibilité. Signalons aussi les troubles dus au manque d'oxygène. L'anhydride carbonique a dans le grisou une concentration trop peu élevée pour provoquer des troubles.

## 4° Effets physiologiques et pathologiques de ces gaz.

M. FLURY (Würzburg).

Après avoir montré que l'action chronique des gaz du fond de la mine est mal connue, l'auteur soutient que les *narcotiques de la série méthane* sont plus toxiques qu'on ne l'admet généralement. Le problème du *nystagmus* des mineurs ne peut être résolu qu'en tenant compte des facteurs toxicologiques et aucunement par le simple examen ophtalmologique. L'explication la plus simple de l'origine du *nystagmus* doit être cherchée dans une action toxique sur les centres nerveux intéressés. L'auteur reconnaît d'ailleurs que la preuve exacte de cette action n'est pas encore donnée.

## 5° Effets physiologiques et pathologiques de ces gaz.

Yandell HENDERSON (New-Haven).

L'auteur rappelle les données physiologiques sur l'absorption de l'oxyde de carbone et sur l'importance du traitement par le carbogène : le mélange de 7 % d'anhydride carbonique à l'oxygène permet une réanimation plus rapide qu'avec l'oxygène pur.

## 6° Action physiologique et pathologique des grisous belges.

M. HAUTAIN (Fontaine-l'Évêque).

Dans la première partie de son rapport, l'auteur fournit les résultats des enquêtes qu'il a faites auprès d'ouvriers ayant passé leur vie dans des chantiers grisouteux sans avoir subi d'états asphyxiques, et auprès d'ouvriers ayant subi des asphyxies avec perte de connaissance. Chez aucun il n'a découvert d'altération anatomique ou de trouble physiologique pouvant être rapporté à l'action du  $\text{CH}_4$  à petite ou forte dose.

Dans la seconde partie, il décrit les expériences qu'il a pratiquées. Le rapport conclut à l'absence de toute action physiologique ou pathologique, les asphyxies devant être attribuées en totalité à l'absence ou à l'extrême rarefaction de l'oxygène dans l'air inspiré.

## SECTION MIXTE

### Première question : MANIFESTATIONS OBJECTIVES DE LA DOULEUR

#### 1° Les altérations pathologiques du sens de la douleur.

MM. CROUZON et CHRISTOPHE (Paris).

On peut distinguer trois ordres de faits dans l'étude de la douleur subjective :

1° *Les algies viscérales.* — La douleur n'apparaît que par l'effet d'une excitation pathologique provocatrice d'une qualité particulière. Propagée par le sympathique viscéral, la douleur se transmet aux voies de la sensibilité cérébro-spinale. Cette union du système autonome au système de la vie de relation a pour conséquence la projection de la douleur au niveau des correspondances métamériques des viscères, au niveau desquels on peut mettre en évidence toute une symptomatologie sensitive objective.

2° *Les lésions du système nerveux intéressant les voies sensitives* se traduisent par des syndromes variés :

Syndromes périphériques en rapport avec un traumatisme : compression, irritation, etc., syndrome douloureux sympathique des névrites ascendantes. Syndromes causalgiques. Névralgies tronculaires, plexulaires, etc.

Syndromes douloureux médullaires (syndrome de Brown-Sequard, syndrome des fibres radiculaires longues), formes douloureuses des compressions médullaires.

Syndromes douloureux encéphaliques : thalamiques, corticaux.

3° Parmi les douleurs psychopathiques, les douleurs hallucinatoires, les douleurs par interprétation délirante, les douleurs pithiatiques ne sauraient exister en dehors du trouble psychique qui leur donne naissance. A l'opposé, il convient de faire les plus expresses réserves sur la nature psychique réelle de certaines douleurs décrites comme coenesthopathies, et qu'il est impossible de ne pas rapprocher de certaines algies de nature sympathique avec lesquelles elles présentent des traits de ressemblance souvent frappants.

#### 2° Le diagnostif objectif de la douleur chez les traumatisés.

M. MAURICE DE LAET (Bruxelles).

Lorsque la douleur accompagne immédiatement une lésion anatomique, son diagnostic objectif est souvent aisé et son importance est généralement secondaire, puisque le dommage qu'elle constitue se confond avec l'impotence fonctionnelle.

Parfois la douleur est à elle seule une séquelle. Dès lors il importe d'en reconnaître l'existence et d'en apprécier l'importance. L'auteur passe en revue les signes dont dispose l'expert : examen clinique complet, dépistage des simulateurs, recherche de la dilatation pupillaire, de l'accélération du pouls, de l'élévation de la pression artérielle.



Il y ajoute le signe spécifique qu'il a personnellement mis en évidence : la chute du pH urinaire.

Il discute la valeur de chacun de ces tests et relate un certain nombre d'autres réactions douloureuses peu utilisables pour le moment (chronaxie, réflexe psychogalvanique, troubles sécrétoires, adrénalinémie, etc.).

#### Deuxième question : TROUBLES DUS A L'ÉLECTRICITÉ.

##### 1<sup>o</sup> Hygiène électrique.

M. S. JELLINEK (Vienne).

L'auteur étudie longuement l'électro-hygiène et montre que les mesures relatives à la protection, au choix du courant continu ou du courant alternatif, etc., doivent être revisées et que la création d'un centre international s'impose en vue d'unifier les prescriptions de sécurité et de réaliser le contrôle périodique des installations électriques.

##### 2<sup>o</sup> Anatomie pathologique.

M. WEGELIN (Berne).

L'accident électrique est d'habitude caractérisé par des modifications locales au lieu d'entrée et de sortie du courant ; à cela s'ajoutent parfois des modifications dans les organes éloignés.

Les modifications locales de la peau manquent rarement (marque du courant, combustion) ; en outre, les muscles striés présentent des altérations (spiraies musculaires, bandes hyalines, désagrégation en mottes, nécrose) ainsi que les os (nécrose, fonte du phosphate de chaux), les vaisseaux et les nerfs (désagrégation en mottes des gaines myéliniques).

Parmi les organes éloignés, il faut citer le cœur (dilatation, hémorragies, spiraies musculaires), le poumon (œdème, petites hémorragies), le sang (qui reste fluide), le système nerveux central (hémorragies, œdème, processus dégénératifs).

La mort par asphyxie avec arrêt primitif de la respiration semble plus fréquente que la mort cardiaque. La mort par suite d'une action directe sur le cerveau est rare. Il n'est pas établi que les maladies cardiaques préexistantes jouent, en cas d'électrocution, un rôle dans le sens d'une diminution de résistance. Cependant la constitution thymique joue un rôle important.

##### 3<sup>o</sup> Les traumatismes électriques.

M. STASSEN (Liège).

Ils sont de deux espèces :

a. Le courant peut déterminer des phénomènes généraux (choc électrique) qui constituent l'électrocution générale.

b. Les lésions locales, « blessures électriques », ont une physionomie bien particulière ; elles ne doivent pas être confondues avec les brûlures par le feu ou les agents chimiques.

L'auteur décrit la symptomatologie de ces phénomènes généraux et locaux. Du point de vue thérapeutique, tout électrocuté doit être traité comme un noyé. Le traitement des blessures électriques doit être conservateur, l'amputation

immédiate des membres carbonisés est peu indiquée. Il faut savoir temporiser, attendre que la nature ait tracé une démarcation nette entre tissus sains et carbonisés. La mobilisation doit être très précoce, pour conserver le plus de tonicité possible aux tissus que le courant a respectés et donner de la souplesse aux tissus cicatriciels.

HENRI DESOILLE.

## PREMIER CONGRÈS INTERNATIONAL DES MÉDECINS AMIS DU VIN<sup>1</sup>

Ce Congrès médical a tenu ses séances en même temps que le IV<sup>e</sup> Congrès de la Vigne et du Vin, au Palais Rumine à Lausanne, les 26, 27 et 28 août. Il a été présidé par le professeur Portmann (de Bordeaux) assisté du professeur Baglioni (de Rome), du professeur Dieulafoy (de Toulouse), du D<sup>r</sup> Eylaud et du D<sup>r</sup> Fagouet (de Bordeaux), et du D<sup>r</sup> Gay (de Lausanne).

M. le conseiller d'Etat D<sup>r</sup> Porchez et sa fille Mlle Porchez, ont apporté aux organisateurs du Congrès leur précieux et aimable concours.

Les rapports et communications ont été présentés dans l'ordre suivant :

Lundi matin, 26 août, M. le professeur Baglioni, directeur de l'Institut royal de physiologie de Rome, a présenté une étude sur *les vitamines du vin et du raisin*.

L'après-midi de lundi a été consacré à l'exposé du rapport du D<sup>r</sup> Weissenbach, médecin des hôpitaux de Paris, et des D<sup>rs</sup> Gilbert Dreyfus et Jacques Lièvre, chefs de clinique, sur *le vin dans la diététique des maladies de la nutrition*, et à la discussion de diverses communications de MM. les D<sup>rs</sup> Seriani sur *l'action de l'alcool et du vin sur la glycémie des maladies du diabète*, Rayan sur *le vin et la cirrhose du foie*, Perez sur *le vin dans la nutrition*.

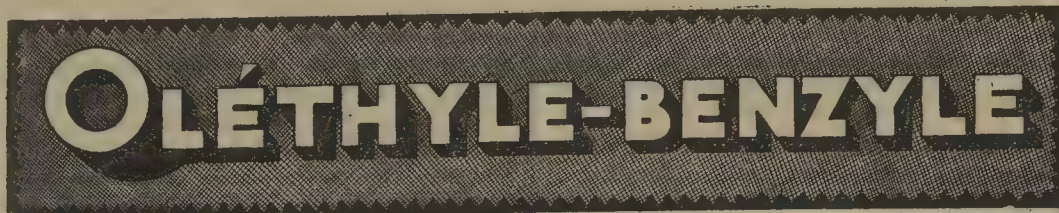
Le mardi matin, 27 août, a été présenté le rapport de M. le D<sup>r</sup> Anglade sur *le vin en psychiatrie*.

D'autres communications ont été exposées, le mardi après-midi et le mercredi matin, par le professeur Dontas sur *le vin contre l'alcoolisme*, par M. le D<sup>r</sup> Bérillon sur *le vin envisagé comme excitant psychologique*, par M. le professeur Maia de Loureiro (de Lisbonne) sur *la physiologie de l'aliment excitant*, D<sup>r</sup> Garino-Canina sur *l'influence de la glucose et des graisses dans la courbe alcoolique chez des individus normaux*, D<sup>r</sup> Dougnac sur *le vin au point de vue physiologique, hygiénique et thérapeutique*. MM. les D<sup>rs</sup> Deberdevith, Foveau de Courmelles, de Loureiro ont pris part à la discussion.

Puis M. Memery (de Talence) a continué à nous rendre compte de ses intéressants travaux sur *l'influence des radiations solaires sur la qualité des vins*.

La séance du mercredi 28 août, après-midi, a été consacrée aux communications de MM. les D<sup>rs</sup> Kostoff et Monolaff sur *le traitement des maladies infectieuses par le vin*, du D<sup>r</sup> Caspari sur *le vin et la colibacillose*, du D<sup>r</sup> Cadenaule sur *le vin dans l'alimentation de l'enfant*, du D<sup>r</sup> Guénard

(1) Association de la Presse médicale française.



sur l'utilisation du champagne dans les suites opératoires, du D<sup>r</sup> Fagouet sur le vin dans la blennorragie, du D<sup>r</sup> Eyraud sur le vin en gastronomie et en médecine, du D<sup>r</sup> Casale d'Asti) sur les enzymes du moût et du vin

Enfin, le professeur Dieulafé a insisté, à nouveau, sur les bienfaits du raisin et du jus de raisin, en présentant une étude sur l'organisation des cures uvo-thermales.

Ont pris part à ces discussions MM. les D<sup>rs</sup> Pantoni Vittorio, Weissenbach, Kahn, Dieulafé, Bonjean.

Le professeur Portmann a ouvert et clôturé ce Congrès en des allocutions toujours pleines de charme et d'éloquente énergie. Il a invité les congressistes à fixer la date et le lieu du prochain Congrès international. Le D<sup>r</sup> Maia de Loureiro ayant très amicalement offert l'hospitalité du Portugal, il a été décidé que le II<sup>e</sup> Congrès international aurait lieu à Lisbonne en 1938.

Notre Association prendra désormais pour titre : « Société médicale internationale pour l'étude scientifique du vin et du raisin ».

Les questions suivantes ont été choisies comme programme d'études de ce Congrès :

1° Le vin et le raisin dans les maladies aiguës.

2° Le rôle physiologique du raisin et du vin dans le métabolisme humain.

3° Le vin, le vinisme et l'alcoolisme.

Enfin, M. le professeur Portmann a présenté à l'assemblée un certain nombre de résolutions qui ont été adoptées à l'unanimité :

**Résolutions. — Pour les ministères de l'Education nationale.** — Que sur le plan éducatif dans les écoles moyennes et supérieures dans tous les pays, il soit institué une campagne d'éducation publique tendant à discriminer l'usage du vin et de l'alcool et que soient exposés les inconvénients du vinisme et de l'alcoolisme en accord avec le Comité médical international pour l'étude scientifique du vin et du raisin.

**Pour les ministères de la Santé publique.** — Qu'une campagne soit organisée avec le concours de la Société médicale internationale pour l'étude scientifique du vin et du raisin tendant à établir la valeur alimentaire et hygiénique de ces produits pour la santé et l'activité de toutes les classes des citoyens et du peuple, — dénoncer les effets du vinisme et de l'alcoolisme sur les maladies sociales : alcoolisme, tuberculose, maladies vénériennes, folie, paupérisme, etc.

**Pour les ministères de l'Agriculture.** — Que par l'influence des Instituts d'agronomie, écoles d'agriculture, syndicats viti-vinicoles, soit amorcée une campagne tendant à perfectionner la culture des raisins de table, l'utilisation médico-hygiénique des jus de raisin et, surtout, la vinification du jus de raisins frais fermenté spécialement sous la forme des vins typiques et d'origine pour qu'aucune place ne soit laissée à la fraude de quelque nature qu'elle soit, en accord avec le Comité médical international pour l'étude scientifique du vin et du raisin.

Au cours du Congrès, des réceptions ont eu lieu, le dimanche soir, sur invitation des organisateurs du Congrès, — le lundi, sur invitation de la Chambre de commerce de Lausanne ; — le mardi soir, une conférence a été faite par M. Albert Muret, sur le Procès du vin, sur invitation de M. Edouard Barthe, président de l'Office international du vin.

Un banquet a réuni tous les congressistes de la Vigne et du Vin et des médecins amis du vin à l'hôtel Beau-Rivage Palace. Il nous a été très agréable d'y saluer, en outre des congressistes, le professeur Roussy, doyen de la Faculté de médecine de Paris, et le professeur Corsy, de Marseille.

Cette intéressante séance a été l'occasion de discours qui ont tous mis en évidence la nécessité de secourir la viticul-

ture, et c'est ainsi que nous avons pu applaudir : M. M.-H. Obrecht, conseiller fédéral, chef du département de l'Economie publique ; M. P. Perret, président du Conseil d'Etat du canton de Vaud ; M. le D<sup>r</sup> Faes, président du Comité d'organisation du Congrès ; M. Prosper Gervais, secrétaire perpétuel de la Commission internationale permanente de viticulture ; M. le professeur Portmann, président du premier Congrès international des médecins amis du vin ; M. le D<sup>r</sup> E. Chuard, ancien président de la Confédération suisse ; M. N. Garcia de Los Salmones, président de la Commission internationale permanente de viticulture ; M. E. Barthe, président de l'Office international du vin ; S. E. le baron Acerbo, président de l'Institut international d'agriculture.

Les jours qui ont suivi ont été consacrés à la visite des vignobles vaudois et des diverses régions de la Suisse.

La conclusion très nette de ce Congrès est que le raisin et le vin doivent, délibérément, prendre une place toujours plus importante dans la diététique alimentaire et dans la thérapeutique.

Il n'est pas douteux que les congressistes venus nombreux de toutes les villes de Suisse, de toutes les villes de Faculté, et de toutes les régions de la France, de l'Autriche, de la Lettonie, de la Perse, du Portugal, du Maroc, de la Bulgarie, de l'Uruguay, de l'Espagne, de l'Italie, seront tous des fervents propagandistes du vin et du raisin.

P<sup>r</sup> DIEULAFÉ.

## SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET BIOLOGIQUES  
de Montpellier et du Languedoc méditerranéen

(SÉANCE DU 26 JUILLET 1935)

**Evolution des séquelles organiques et psychonévrosiques d'un traumatisme crânien grave. Exploration ventriculographique.** — MM. G. GIRAUD, J. RAVOIRE, GODLEWSKI (avec la collaboration de M. VIALLEFONT) ont présenté antérieurement devant la Société des Sciences médicales un blessé du travail qui, à la suite d'un traumatisme crânien grave, présentait des accidents d'aspect psychonévrosique (astisie-abasie, mutisme, tremblement, etc.) ; cette nature psychonévrosique a été confirmée par l'évolution et par l'action immédiatement heureuse de certaines manœuvres, mais ces accidents ne s'accompagnaient pas moins, en l'absence de tout symptôme en foyer, de stigmates importants d'une lésion résiduelle grave encéphalique, une hyperalbuminose qui s'est constamment maintenue entre 1 gr. 10 à 1 gr. 40, sans hypertension du liquide céphalo-rachidien, les papilles optiques étant simplement floues et non stasiques. En vue d'acquiescer, si possible, quelques précisions d'ordre topographique sur le siège de la lésion, une exploration ventriculaire a été faite par voie lombaire (injection de 30 cm<sup>3</sup> d'air). Les ventricules cérébraux se sont montrés perméables, le gauche plus que le droit. Cette exploration a été bien tolérée, mais n'a apporté aucune indication de nature à guider un chirurgien.

**Tuberculose pulmonaire consécutive à une fièvre ondulante. Etude parallèle des variations des réactions sérologiques et allergiques.** — MM. JANBON, RATIE et A. VEDEL observent un cas de tuberculose pulmonaire greffée sur une fièvre ondulante ; ils ont étudié parallèlement, pendant 8 mois, les résultats des réactions suivantes : séro-agglutination de Wright, intradermo-réaction de Burnet, réaction de Besredka, indice de Vernes à la résorcine et intradermo-réaction de Mantoux. La constatation la plus précise est la constance de la négativité de la tuberculino-réaction ; celle-



# ANGIOLYMPHE

= Principes Actifs d'Orchidées

**Tous ÉTATS DÉFICIENTS - PRÉTUBERCULEUX - TUBERCULOSE**

**AUCUNE TOXICITÉ — PAS DE CONTRE INDICATIONS**

Injections intra-musculaires indolores — 2 à 5 cc. par séries de 10 à 12 injections

# ARGYCUPROL

= Ag (10 %) + Cu (0,1 %)

Attaque le Gonocoque et les Associations microbiennes

**BLENNORRAGIE** aiguë (traitement abortif) ou Chronique et leurs Complications - **AFFECTIONS GYNÉCOLOGIQUES** : Métrites simples ou gonococciques, Vulvite, Vulvo-Vaginites, etc. - **OPHTALMOLOGIE - DERMATOLOGIE**

Injections urétrales, Vaginales, Grands lavages uréthro-vésicaux

**INDOLORE — NON CAUSTIQUE — NE PROVOQUE PAS DE RÉTRÉCISSEMENTS**

Echantillons et Littérature : **LABORATOIRES de l'ANGIOLYMPHE**, 4 bis, rue Hébert, COURBEVOIE

## ASSOCIATION PLURIGLANDULAIRE

# COLLOÏDINE LALEUF

DRAGÉES

# OBÉSITÉ

ET MALADIES PAR  
CARENCE DIASTASIQUE

DE 2 A 8 DRAGÉES PAR JOUR  
SUIVANT PRESCRIPTION MÉDICALE

ÉCHANTILLONS - LITTÉRATURE  
LABORATOIRES LALEUF  
20, RUE DU LAOS — PARIS - 15<sup>e</sup>

Nouvelle adresse : 51, rue Nicolo, PARIS (XVI<sup>e</sup>).

et ne devint très légèrement positive que très tardivement, alors que la réaction de Burnet, jusqu'alors franchement positive, devenait très faiblement positive.

**Mélitococcie aiguë. Chute totale et définitive de la température au 13<sup>e</sup> jour par une injection intradermique unique de mélitine.** — MM. JANBON et RATIE relatent l'observation d'une fièvre ondulante à début brusque et à température tendue, arrêtée brutalement dans son évolution par la recherche de l'intradermo-réaction de Burnet ; la guérison se maintient depuis plus de 9 mois. Des faits semblables ont déjà été signalés par Debré, Lemierre, Olmer, Cazalas, Cambessedès, etc...

Les auteurs mentionnent la particularité suivante : concurremment à l'injection de mélitine, fut pratiquée une intradermo-réaction de tuberculine ; la réaction de Burnet fut très rapidement et fortement positive ; la tuberculino-réaction ne devint positive qu'à la 60<sup>e</sup> heure, alors que s'éteignait la réaction cutanée à la mélitine ; elle atteint son maximum au 5<sup>e</sup> jour de l'injection, pour décroître progressivement en 4 jours.

Les auteurs, qui considèrent la fièvre ondulante comme une maladie anergisante vis-à-vis de la tuberculose, voient dans cette constatation la preuve que la guérison de la mélitococcie était, dans ce cas particulier, acquise dès le troisième jour.

**Résultats du traitement des porteurs de germes diphtériques par le sulfate neutre d'o-oxyquinoléine.** — MM. LISBONNE, JANBON et GAYRAUD. Utilisant chez les porteurs de bacilles de Löffler les pulvérisations de sulfate neutre d'o-oxyquinoléine, d'abord à 1 p. 100 (1 gr. pour 100 de carbonate de bismuth), puis à 2 p. 100, les auteurs ont observé des résultats sensiblement supérieurs à ceux fournis par d'autres méthodes : 81,1 % de cas très favorables (temps de stérilisation de 8 jours en moyenne), 16,2 % de résultats médiocres, 2,7 p. 100 d'échecs.

**Evolution successive d'une sciatique, d'une paralysie faciale droite et d'une paralysie faciale gauche. Névralgie probable.** — MM. JANBON, RATIE et P. BETOULIÈRES.

**Blastomycose généralisée.** — MM. JANBON, H. HARANT, SEIGNEURIN et A. VEDEL.

**Etude statistique des manifestations nerveuses et méningées dans la maladie ourlienne.** — M. JANBON. Dépouillant sa statistique hospitalière d'oreillons (248 cas) du point de vue des manifestations nerveuses et méningées, l'auteur relève leur existence dans 21 p. 100 des observations. Il s'agit presque toujours de réactions méningées discrètes. L'auteur signale la fréquence des réactions dissociées, tantôt purement cliniques, tantôt strictement humorales, et lorsqu'il y a des modifications du liquide céphalo-rachidien, la non-concordance de la lymphocytose et de l'albuminose, la dissociation pouvait se faire en faveur de l'une ou de l'autre.

**Carcinose secondaire camouflée à allure septicémique. Granulie pulmonaire carcinomateuse terminale.** — MM. G. GIRAUD et A. BALMES.

**Un nouveau cas de ramollissement protubérantiel avec crises toniques et contractures.** — MM. G. GIRAUD, J. RAVOIRE et J.-M. BERT et M. GODLEWSKI (avec le concours de M. L.-H. GUIBERT). Relation d'une nouvelle observation de ramollissement protubérantiel para-médian accompagné de contractures et de phénomènes convulsifs. Les auteurs ont rapporté antérieurement l'observation prolongée d'un malade qui réalisait des phénomènes de contracture permanente et des attaques toniques paroxystiques, et qui se trouvait porteur d'une lacune ancienne para-médiane protubérantielle antérieure. Il s'agit cette fois d'un ramollissement

aigu de la protubérance occupant un siège analogue. Cette observation apporte un argument de plus en faveur du passage de voies frénatrices du tonus à la fois sarcoplasmatique et myofibrillaire, dans la région immédiatement para-médiane de la protubérance annulaire, la destruction de ces voies libérant des centres réflexes tonigènes sous-jacents.

## REVUE DES THÈSES

**Le pneumothorax spontané chronique (1), par Maurice GAUTHERON.**

« I. Le pneumothorax spontané chronique est une variété assez rarement observée du pneumothorax bénin, se caractérisant par la persistance très longue, indéfinie même, de la poche gazeuse, et l'absence complète ou à peu près complète de tout épanchement liquidien.

Ce pneumothorax se maintient identique à lui-même pendant de longues années ; les sujets ne s'en trouvent nullement gênés, ils mènent une vie normale, et parfois même font un travail très pénible, et cela bien que le collapsus pulmonaire soit en général total et la déviation cardio-médiastinale parfois très prononcée.

II. L'étiologie et la pathogénie prêtent à discussion. Les rares autopsies qui ont été pratiquées ont montré l'absence de foyers tuberculeux typiques, mais la présence de vésicules apicales, atrophiées et dilatées, reposant ou non sur du tissu fibreux cicatriciel, et siégeant au voisinage d'adhérences pleurales. C'est la déchirure d'une de ces vésicules, sous l'influence de la traction exercée par l'adhérence voisine, qui provoque l'apparition du pneumothorax. Un effort violent, un traumatisme thoracique peuvent intervenir à titre de causes occasionnelles.

L'existence d'antécédents tuberculeux chez quelques malades, la constatation possible à l'écran d'images suspectes (travées de sclérose, calcifications intra-pulmonaires, séquelles de pleurésie du côté opposé, etc...) permettent de supposer que l'origine du pneumothorax spontané chronique doit être souvent cherchée dans une tuberculose latente ou cicatricielle. Mais le processus inflammatoire originel pourrait très bien, dans d'autres cas, reconnaître une étiologie différente.

Quant à la chronicité du pneumothorax, elle ne peut s'expliquer que par la persistance de la perforation pulmonaire, soit par suite de la traction persistante de l'adhérence voisine, soit par suite d'une déchirure trop large que le collapsus pulmonaire est insuffisant à combler. En tout cas, les mensurations répétées de la pression intra-pleurale, qui ont pu être prises chez notre malade, témoignent bien d'une persistance de la communication pleuro-pulmonaire.

III. Le pronostic est tout à fait favorable.

Au bout d'un temps souvent très long, on assiste à la disparition progressive et complète de la poche gazeuse, ou à sa transformation en pneumothorax partiel pouvant durer indéfiniment.

L'infection de la cavité pleurale n'a pu être observée à la longue qu'à titre exceptionnel.

Seule l'apparition d'une affection pulmonaire aiguë intercurrente du côté opposé peut venir parfois aggraver la situation, et c'est en raison d'une semblable éventualité, qu'une thérapeutique du pneumothorax spontané chronique devra parfois être instituée. »

(1) Lyon 1935, Bosc frères et M. et L. Riou.

Le Directeur-gérant : D<sup>r</sup> François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.





diarrhée verte  
dyspepsie  
athrepsie

# Farine MILO

de  
**NESTLÉ**

prototype de la bouillie maltée

aliment de régime énergétique  
sans lait presque sans graisse  
capable de soutenir, mieux que  
le bouillon de légumes, l'état  
général de malades chez qui  
le lait est contre-indiqué.

## GLYCÉROPHOSPHATE ROBIN

Granulé - Comprimés - Injectable

**RACHITISME - FAIBLESSE DES OS - CROISSANCE CHEZ LES ENFANTS**  
**ALLAITEMENT - GROSSESSE - SURMENAGE INTELLECTUEL, ETC.**

R. C., 221.839, S<sup>e</sup>.

**LABORATOIRES ROBIN, 13, Rue de Poissy, PARIS**

Tout Déprimé  
» Surmené

Tout Cérébral  
» Intellectuel

Tout Convalescent  
» Neurasthénique



est justiciable  
de la :

**NEVROSTHENINE FREYSSINGE**

6, Rue Abel  
PARIS (12<sup>e</sup>)

Gouttes de glycérophosphates alcalins (0.40 par XX gouttes).  
XV à XX gouttes à chaque repas. - **Ni sucre, ni alcool.**

### RHIZOTANIN CHAPOTOT

Tanin de Fraiser - Sels de chaux et de magnésie

**Tonique -- Reconstituant -- Recalcifiant**

Anémies — Bronchites chroniques — Prétubercules.  
Amélioration rapide des Accidents Diarrhéiques  
et des Néphrites Albuminuriques.

**Cachets pour adultes -- Poudre pour enfants**  
**Granulé pour adultes et enfants**

Éch. Méd. grat. P. AUERLOT, Ph. 56, bd Ornano, PARIS-18<sup>e</sup>

**CHARBON DE PEUPLIER** sous forme de **GRAINS ANISÉS** de **CHARBON TISSOT**  
Humectent, divisent, aseptisent, expulsent.  
et conséquences : MAUVAISES DIGESTIONS, MIGRAINES, LOURDEURS de TÊTE  
DIVISION du **BOL ALIMENTAIRE** HÉMORROIDES, etc. — Une cuillerée à café avalée comme des graines de lin, après chaque repas.  
**CONSTIPATION** Toutes Pharmacies. — Échantillons : PARIS-34, BOULEVARD DE CLICHY (Service A)

**ANTISEPTIQUE  
PULMONAIRE**

**calme  
la toux**

# Guéthural

ALLOPHANATE DE GUÉTHOL

**puissant modificateur des  
sécrétions bronchiques**

**GRANULÉ**

**POUVANT ÊTRE CROQUÉ  
OU PRIS DANS UN PEU  
D'EAU, DE TISANE**

**DOSES QUOTIDIENNES : 3 ou 4 cuillerées à café prises  
dans l'intervalle des repas.**

**Échantillons & Littérature sur demande à MM. les Docteurs**

**Laboratoires PÉPIN & LEBOUCC**  
**30, Rue Armand-Sylvestre COURBEVOIE (Seine)**



*La Lancette Française***GAZETTE DES HOPITAUX**

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6<sup>e</sup>. Tél. : Danton 48-31.PUBLICITÉ : M. A. THOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6<sup>e</sup>) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

## PRIX DE L'ABONNEMENT

## FRANCE

3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.

*Etudiants* : 25 francs par an.

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

## ETRANGER

Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.

Tous les autres pays : 75 francs.

**SOMMAIRE****TRAVAUX ORIGINAUX**

*Les troubles respiratoires au cours de la maladie de Heine-Médis;*  
 — *Un cas de poliomyélite aiguë à forme ataxique;* — *La rachialgie cervicale et son importance dans la poliomyélite aiguë,* par M. le professeur A. BERNARD (de Lille).

**CHRONIQUE***Un voyage suédois d'études médicales à Vichy.***REVUE DES THÈSES****LIVRES NOUVEAUX****NOTES POUR L'INTERNAT***Entorses du genou (suite).***INFORMATIONS**

**ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS.** — M. le docteur Dedieu-Anglade, médecin-chef de l'asile public d'aliénés de Breuty-la-Couronne (Charente), est nommé médecin chef de service à l'asile public d'aliénés de Villejuif (Seine).

— Un poste de médecin chef de service est vacant à l'asile public d'aliénés de Breuty-la-Couronne (Charente), par suite de la nomination de M. le docteur Dedieu-Anglade à l'asile public d'aliénés de Villejuif (Seine).

**MARINE.** — Un concours pour l'obtention du titre de professeur agrégé des écoles de médecine navale aura lieu à Brest dans le courant du mois de juin 1936 à une date qui sera fixée ultérieurement, en vue de la nomination d'un titulaire pour la ligne pharmaceutique, agrégation de chimie et sciences physiques et naturelles.

— Les médecins de 1<sup>re</sup> classe désignés ci-après sont autorisés à subir les épreuves du concours de prosecteur d'anatomie aux écoles annexes de médecine navale de Rochefort et Toulon (*Journal officiel* des 26 avril et 7 août 1935) qui doit avoir lieu à Toulon le 1<sup>er</sup> octobre 1935 :

MM. Badelon (à Toulon), Limousin (à Lorient), Hébraud (cuirassé Lorraine).

**AVIS DE VACANCE.** — La vacance du poste de directeur du bureau municipal d'hygiène d'Albi est déclarée ouverte,

Aux termes du décret du 3 juillet 1905, les directeurs des bureaux municipaux d'hygiène doivent être nommés par les maires parmi les personnes reconnues aptes, à raison de

leurs titres, par le Conseil supérieur d'hygiène publique de France.

Par application de cette disposition et de la circulaire ministérielle du 23 mars 1906, les candidats à ce poste ont un délai de vingt jours, à compter de la présente publication, pour adresser au ministère de la santé publique et de l'éducation physique (direction de l'hygiène et de l'assistance, 6<sup>e</sup> bureau), leur demande accompagnée de tous titres, justifications ou références permettant d'apprécier leurs connaissances scientifiques et administratives, ainsi que la notoriété acquise par eux dans des services analogues ou des fonctions antérieures.

Ils devront justifier de la qualité de Français et produire une copie certifiée conforme de leurs diplômes, en particulier du diplôme d'Etat de docteur en médecine, leur acte de naissance, ainsi qu'un extrait de leur casier judiciaire.

Le traitement alloué est fixé à 30.000 fr. par an avec interdiction pour le titulaire de faire de la clientèle civile. (*J. O.*, 20 sept. 1935.)

**AVIS DE CONCOURS.** — Un concours est ouvert à Châteauroux pour la nomination d'un médecin spécialisé des dispensaires antituberculeux (dispensaires d'Issoudun, La Châtre, Argenton, Le Blanc et ultérieurement Châteauroux).

Les candidats doivent être âgés de moins de 50 ans, pourvus du diplôme de docteur en médecine de l'Etat français et être dégagés des obligations militaires.

Ils devront justifier d'une préparation suffisante de la phthisiologie par des stages antérieurs.

Le candidat est astreint à un stage préliminaire de 6 mois, à l'expiration duquel il est titularisé dans ses fonctions.

Pendant la durée du stage et lors de sa titularisation dans les conditions précitées, les traitements du médecin spécialisé sont fixés au minimum à 38 000 fr. par an, avec aug-

**NATIBAÏNE**

ASSOCIATION DIGITALE NATIVELLE ET OUABAÏNE ARNAUD

LABORATOIRE NATIVELLE, 27, Rue de la Procession, PARIS (XV<sup>e</sup>)

mentation de 2.000 fr. tous les deux ans jusqu'à concurrence de 46.000 fr.

A titre transitoire, il sera tenu compte pour les médecins en fonctions de leur ancienneté de services.

Les frais de déplacement sont réglés avec avances provisionnelles, soit de préférence par un contrat forfaitaire, soit sur état mensuel détaillé selon un accord préalable.

Il est accordé, en outre, des indemnités pour charges de famille, égales à celles des fonctionnaires départementaux.

Ces traitements et indemnités sont toujours revisables et modifiables selon le coût de la vie.

Les dossiers devront être adressés, avant le 25 octobre, au Comité national de défense contre la tuberculose, 66, boulevard Saint-Michel, Paris (VI<sup>e</sup>).

**CONFÉRENCES DE PSYCHIATRIE.** — Le docteur Henri Ey, médecin des Asiles, ancien chef de clinique des maladies mentales, reprendra ses conférences tous les mercredis, à partir du 15 octobre. Les examens de malades auront lieu, à 16 h., à l'amphithéâtre de la clinique de M. le professeur Claude à l'asile Sainte-Anne. Le soir, à 21 h., à la bibliothèque médicale de l'Asile, se poursuivront les études de psychopathologie classique et de questions psychiatriques d'actualité. — Pour les inscriptions, s'adresser à M. Nodet, interne, Clinique du professeur Claude, 1, rue Cabanis, Paris (XIV<sup>e</sup>).

**NÉCROLOGIE.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le professeur Pierre Rhéaume, de l'Université de Montréal, décédé à l'âge de 58 ans.

**AVIS.** — Les médecins de La Malou rappellent à leurs confrères qu'en raison de sa situation géographique sur le versant méridional des Cévennes et de son climat méditerranéen ensoleillé, La Malou jouit d'une arrière-saison particulièrement appréciée de ses visiteurs. En conséquence, il est encore temps d'envoyer dans cette station, pour la saison d'Automne, les malades du système nerveux et les rhumatisants chroniques qui forment sa clientèle.

**XVII<sup>e</sup> réunion annuelle de la Société française d'Orthopédie** (Bruxelles, 4 et 5 octobre), sous la présidence de M. le professeur Le Fort. — Exceptionnellement, cette année, les séances de la Réunion annuelle de la Société française d'Orthopédie auront lieu à Bruxelles, les vendredi 4 octobre et (s'il y a lieu) samedi 5 octobre, avant la semaine du Congrès français de Chirurgie.

**Programme.** — *Vendredi 4 octobre* : 9 h. 30 du matin : réunion à la Faculté de Médecine de Bruxelles, 97, rue aux Laines.

*Ouverture de la réunion* : allocution de M. Dam, président de la Société belge d'Orthopédie.

Allocution de M. Le Fort, président de la Société française d'Orthopédie.

Présentation et discussion du rapport de M. Raph. Mas-sart (Paris) : *La Maladie de Volkmann, rétraction des fléchisseurs des doigts ; étude pathologique et thérapeutique.* — Communications particulières.

14 h. 30 : Réunion administrative.

Présentation et discussion du rapport de M. Meyer (Strasbourg) : *Les Mycoses osseuses.* — Suite des communications particulières.

*Samedi 5 octobre* : matin : visites dans les hôpitaux et les cliniques. Présentation de malades et séances opératoires.

*Après-midi* : visite de l'Exposition de Bruxelles et promenade guidée à l'Exposition d'Art ancien.

Des facilités de transport ont été accordées par les Compagnies des Chemins de fer du Nord et de l'Etat belge aux membres de la Société française d'Orthopédie. S'adresser à l'Agence Exprinter, 26, avenue de l'Opéra, Paris.

Le banquet par souscription aura lieu le vendredi 4 octobre, à 20 heures, à l'Hôtel Métropole (100 fr. belges). Prière de s'inscrire le plus tôt possible auprès du docteur Roederer, 10, rue de Pétrograd, à Paris (8<sup>e</sup>).

## CHRONIQUE

### UN VOYAGE SUÉDOIS D'ÉTUDES MÉDICALES A VICHY

Un groupe de médecins suédois, ayant à sa tête le professeur agrégé Grill, de l'Université d'Upsal, et conduit par M. André Babelon, directeur du Bureau commercial de la Chambre de Commerce française en Suède, a visité la station thermale de Vichy.

Le soir de leur arrivée, nos confrères assistaient, au Théâtre du Grand Casino, à un gala musical, donné sous la direction de M. Emile Cooper. Ce fut une splendide soirée, digne en tous points de la grande série des célèbres concerts de Vichy.

Au cours de leur séjour, les médecins suédois furent reçus à la Bibliothèque des Sciences médicales par le président, M. le docteur Binet, qui leur souhaita la bienvenue au nom du Corps médical de Vichy, et leur fit un exposé sur les indications de la cure de Vichy.

La visite des installations thermales produisit sur eux une très forte impression. Comme tous leurs prédécesseurs, ils manifestèrent une profonde admiration pour le machinisme entièrement automatique des ateliers d'embouteillage et d'expédition des eaux de Vichy-Etat, conçu de façon à donner toutes les garanties désirables d'asepsie la plus complète et répondant ainsi aux desiderata du Corps médical. Ils furent vivement intéressés, en outre, par le Laboratoire de Bactériologie existant dans ces ateliers, et où l'eau de rinçage des bouteilles est soumise, chaque jour, à des réactions diverses.

Leur admiration devait se poursuivre au Grand Etablissement, dont les installations si perfectionnées et considérablement développées depuis cette année réunirent tous leurs suffrages. Il en fut de même à l'établissement « Cal-lou », à la Centrale thermique, cette belle usine moderne, une merveilleuse réalisation de la Compagnie Fermière, et à la Pastillerie, dont ils apprécièrent les nouvelles fabrications de pastilles, surpastilles et sucre d'orge Vichy-Etat.

Au Laboratoire de recherches hydrologiques, ils suivirent avec le plus grand intérêt les explications que leur fournit le docteur Lescœur sur ses recherches et ses travaux.

Après avoir visité les sources du domaine de l'Etat, les médecins suédois furent reçus au Sporting Club de Vichy, où un thé leur fut offert à l'élégant Club-House.

Le soir, dans le salon du privé du Casino, la Compagnie Fermière recevait en un banquet ses visiteurs. M. Normand, directeur des Services administratifs de la Compagnie Fermière, présidait, ayant à ses côtés MM. le professeur agrégé Grill, le docteur Ekelund, le docteur Bruck, M. Babelon, des représentants du Corps médical et différentes personnalités de Vichy.

Au champagne, des discours furent prononcés par : M. Normand, le docteur Binet, le docteur Bruck au nom des médecins suédois, et M. Babelon.



**TROUBLES DU CYCLE OVARIEN**  
 Puberté  
 Ménopause

# OESTROBROL

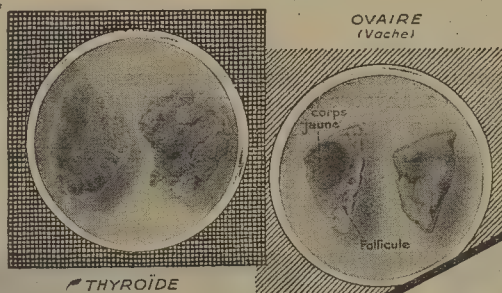
## "ROCHE"

(Sédobrol folliculiné)

Chaque Tablette contient: Na Br 1 Gr.  
 Folliculine 100. Unités

Calmant régulateur  
 des **dysovaries**

Produits **F. HOFFMANN - LA ROCHE & C<sup>ie</sup>** 10, Rue Crillon - PARIS (IV<sup>e</sup>)



**THYROÏDE**  
(Bœuf)

**OVAIRE**  
(Vache)

corpus jaune  
Follicule

### LA MÉDICATION OPOTHÉRAPIQUE



# CHOAY

**OPOTHÉRAPIE SIMPLE**  
**OPOTHÉRAPIE ASSOCIÉE: SYNCRINES**  
**EXTRAITS TOTAUX** | Cachets  
(Poudres d'Organes) | Comprimés  
**EXTRAITS INJECTABLES** | Ampoules stérilisées  
en solution aqueuse



**LABORATOIRES CHOAY** - 48, rue Théophile Gautier - PARIS (XVI<sup>e</sup>)

# BISMUTHOTHÉRAPIE DE LA **SYPHILIS** par voie intramusculaire

# NEO-CARDYL

SOLUTION HUILEUSE de butylthiolaurate de bismuth.

INJECTIONS INDOLORES  
ÉLIMINATION LENTE & CONTINUE

*La présence du soufre dans la molécule,  
par ses propriétés antitoxiques, favorise  
l'action thérapeutique.*

**NEO-CARDYL**

(pour Adultes)

Boîtes de 12 ampoules  
de 1 cc. 1/2 contenant  
0 gr. 075 de Bismuth  
métal

**NEO-CARDYL**

Infantile

Boîtes de 10 ampoules  
de 1 cc. contenant  
0 gr. 015 de Bismuth  
métal

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE

**SPECIA**

MAISON FONDÉE EN 1858 - USINES DU RHONE

21, Rue Jean-Goussier, 21 - PARIS (8)

**LABORATOIRES R. HUERRE & C<sup>ie</sup>**  
Successeurs de **VIGIER et HUERRE**, Docteur ès Sciences, Pharmaciens  
PARIS — 12, boulevard de Bonne-Nouvelle, 12 — PARIS

**Produits Organiques VIGIER**

Le mode de préparation des Capsules organiques VIGIER laisse à ces médicaments toute l'activité de la substance fraîche, sans qu'elle ait subi aucune modification chimique ou thermique susceptible de diminuer sa valeur

**CAPSULES OVARIQUES VIGIER**

à 0 gr. 20 de substance ovarienne pure

**Capsules de Corps thyroïde Vigier**

à 0 gr. 05, 0 gr. 10 et 0 gr. 20

**CAPSULES**

Orchitiques, surrénales, hépatiques, pancréatiques, de thymus, spléniques, prostatiques, mameliques eupeptiques (Muqueuse intestinale), rénales, galactogènes (Placenta), thyrovariennes, thyroorchitiques, polycrinandriques, polycrinogynes

ÉCHANTILLONS &amp; LITTÉRATURE SUR DEMANDE

**UROMIL**

ÉTHÉR PHÉNYL CINCHONIQUE — PIPÉRAZINE — HÉXAMÉTHYLÈNE TÉTRAMINE



MOBILISE — DISSOUT  
ÉLIMINE

**L'ACIDE URIQUE****ARTHRITISME**

DR L. BELIERES - 19, RUE DROUOT - PARIS



## LES TROUBLES RESPIRATOIRES AU COURS DE LA MALADIE DE HEINE-MÉDIN

Par M. A. BERNARD,

Professeur suppléant à l'Université libre de Lille.

La poliomyélite, ou maladie de Heine-Médin, se localise, dans certains cas, à la région bulbo-protubérantielle. Elle se traduit alors par des symptômes dépendant de l'atteinte des noyaux d'origine de cette région.

Parmi ces symptômes, nous retiendrons dans cette étude les troubles respiratoires. Nous verrons l'importance poignante que prennent parfois ces signes pathologiques de la respiration, dont le diagnostic étiologique doit être rapidement fait si l'on veut tenter avec chance de succès une thérapeutique active.

Dans l'évolution de la poliomyélite, on peut observer les troubles respiratoires dans deux circonstances différentes : soit au cours d'une forme extensive de la maladie, comme dans la paralysie ascendante de Landry ou dans les formes descendantes qui ont eu un début cérébral ou mésocéphalique ; les troubles respiratoires sont dans ces cas, en général, tardifs et terminaux — soit au début de la maladie : ils sont en quelque sorte primitifs ou presque et dominant en général le tableau symptomatique. Cette division est calquée sur celle qui permet l'étude des formes bulbo-protubérantielles de la poliomyélite : secondaires ou tardives, et primitives.

I. Les troubles respiratoires secondaires rencontrés à la fin d'une paralysie ascendante de Landry ou d'une forme descendante de la maladie sont toujours d'un fâcheux augure. Ils traduisent une atteinte du bulbe dans ses noyaux d'origine pneumogastrique. A vrai dire, parmi les sept malades répondant aux formes extensives de la maladie que nous avons observés, le premier centre touché a toujours été le centre circulatoire. Le pouls s'accélérait rapidement, atteignait 120-150 pulsations à la minute et le malade mourait subitement en 5 à 10 heures. Chez deux malades seulement, la polypnée et la cyanose s'étaient installées deux heures avant la mort.

Il n'en a pas été de même dans d'autres observations ; citons celles de Netter et Levaditi, de Harbitz et Sheel, de De Lavergne, Abel, Kissel et Lapoire, de Widal, Levaditi, Brodin et Mlle Léonéano. Chez ces différents malades, on note au cours de l'évolution de la maladie de la dyspnée, de la polypnée avec ou sans dysphagie, de la dysphonie, due à une paralysie d'une corde vocale ou de l'épiglotte.

II. Dans les formes bulbo-protubérantielles primitives, les troubles respiratoires sont plus fréquents. Chez certains malades, ils dominent la scène clinique et accaparent toute l'attention par leur intensité et leur gravité ; on peut alors parler de forme respiratoire ou forme asphyxique de la poliomyélite.

Avant de décrire les différents troubles respiratoires de la maladie de Heine-Médin, nous voudrions relater un exemple qui a été l'occasion de cette étude :

Jacques Gy... 4 ans 1/2, le 21 novembre 1930, se plaint

d'une légère céphalée avec rachialgie cervicale. Température 38°. Faible raideur de la nuque ; pas de Kernig. Somnolence ; pas de vomissements.

Le 22, température 37°5 et 38°. Même état.

Le 23, mêmes température et somnolence. Selles molles avec mucus et membranes. L'enfant parle, veut manger, mais avale difficilement les solides.

Le 24, température 36°8. Plus de raideur, ni de céphalée. L'enfant s'intéresse à tout et a bien dormi.

A midi, abattement subit avec 38°2. Pas de raideur, mais dysphagie importante.

Brusquement, sans geste, l'enfant pâlit, mollit dans les bras de sa mère et tombe dans le coma : Un confrère, appelé d'urgence, arrive un quart d'heure après le début des accidents, constate que l'enfant est immobile, cyanosé et ne respire plus, mais que son pouls reste perceptible ; il commence aussitôt la respiration artificielle et la continue pendant une demi-heure. Peu à peu la respiration redevient spontanément normale. L'enfant reste trois heures dans le coma, grince des dents, a les pupilles très dilatées et les yeux déviés à gauche. Puis il reprend connaissance. Les membres inférieurs sont parésés.

A 19 heures, ponction lombaire suivie d'une brusque asphyxie nouvelle : rétablissement des mouvements respiratoires par la respiration artificielle.

Le lendemain, à deux heures, nouveau coma brusque avec arrêt de la respiration, mais persistance du pouls. Pour la troisième fois, on recommence la respiration artificielle : asphyxie plus longue entrecoupée par des reprises de mouvements respiratoires spontanés, mais faibles. Au bout d'une heure de lutte, le pouls qui était toujours perceptible, n'est plus palpable ; les bruits cardiaques deviennent très faibles. Finalement le cœur s'arrête et l'on constate un relâchement du sphincter anal.

Dans le liquide rachidien, réaction méningée ; pleyocytose à formule panachée ; albumine 0 gr. 40. B. K. néant ; B. W. négatif.

Nous avons retrouvé dans la littérature un cas absolument semblable, dû à la plume de Dorris. Voici l'observation résumée :

Employé de bureau de 27 ans, se plaint de céphalée et de douleur dans l'hémithorax droit du 1<sup>er</sup> au 9 septembre 1921.

Aggravation le 9 septembre 1921 : frissons, agitation, céphalée, rachialgie cervicale, signe de Brudzinski.

L'examen montre une immobilité des espaces intercostaux droits pendant les mouvements respiratoires. Dans l'inspiration forcée, les scalènes seuls fonctionnent avec le diaphragme droit. Les ailes du nez se dilatent dans l'inspiration forcée comme dans une dyspnée intense. Au repos, la respiration est du type abdominal pur et le murmure vésiculaire est diminué.

Le 10 septembre, à 10 h. 30, la respiration devient courte ; la morphine n'apporte aucun soulagement.

Le lendemain dans la nuit, à 1 h. 45, le malade fait des efforts pour respirer ; à 2 heures, il est cyanosé, en état de mort apparente ; la respiration a cessé, mais le cœur continue à battre.

La respiration artificielle fait reprendre conscience au malade ; il peut boire du café au lait et de l'eau.

La respiration artificielle avec un tube conduisant l'oxygène dans les narines est continuée jusqu'à 13 h. 15, heure à laquelle le malade meurt par asphyxie.

Le liquide rachidien renfermait 240 leucocytes par mm., poly 66 %, lympho 34 %.

Voici une autre observation de Scott Brown (obs. 2). Il s'agissait d'un garçon de 12 ans qui à la suite d'une

angine présenta des lipothymies avec gêne respiratoire, toux, cyanose et crises d'étouffement (choking attacks) d'une durée de deux minutes. (*Lancet*, 12 décembre 1931, p. 1287) ; les voies respiratoires étaient libres.

Dans une statistique faite sur 170 malades poliomyélitiques en Roumanie, Manicatide, Bratescu et Rusescu comptent 19 p. 100 de cas atteints de troubles respiratoires. Et s'ils ne retiennent que les formes bulboprotubérantielles (41 cas), ils comptent 32 malades ayant présenté des modifications de la respiration, soit 78 p. 100.

Les lésions qui commandent ces troubles respiratoires atteignent les noyaux du pneumogastrique, du phrénique et des intercostaux, noyaux qui commandent la phonation et les mouvements respiratoires. On comprend que l'association de deux ou plusieurs de ces centres, d'un côté ou des deux côtés, pourra donner un tableau symptomatique très variable. Il pourra se compliquer de lésions des noyaux d'origine des nerfs de voisinage ; le spinal avec parésie ou paralysie et parfois douleur du trapèze ; lésions des nerfs glosso-pharyngien et hypoglosse qui provoquent des troubles de la déglutition. Bradhey et Levarshy, sur 123 poliomyélitiques, notent 87 malades qui ont présenté de la gêne de déglutition, allant de la simple régurgitation de courte durée à l'impossibilité complète d'avaler pendant 71 jours.

Les différents types de troubles respiratoires que l'on peut observer au cours de la poliomyélite sont les suivants, en allant des plus simples aux plus importants (quand nous disons simples, nous ne voulons pas dire bénins, car leur apparition indique toujours une atteinte soit bulbaire, soit voisine du bulbe et une mort brusque est toujours à craindre) :

1. Voix chuchotée, plaintive, traînante ;
2. Aphonie ;
3. Voix bitonale (paralysie d'une corde vocale) ;
4. Cornage laryngé avec ou sans tirage sus-sternal ;
5. Paralysie unilatérale des muscles respiratoires du thorax ;
6. Paralysie de l'hémithorax et de l'hémiabdomen du même côté, correspondant à ce que Schiff et son élève Girard (1891) ont appelé hémiplegie respiratoire, symptôme que ces auteurs ont réalisé par une hémisection de la moelle cervicale un peu en arrière du bec du calamus scriptorius ;
7. Paralysie bilatérale des muscles thoraciques avec respiration abdominale pure, et immobilité du thorax ; syndrome noté par Manicatide et que nous retrouvons au complet dans l'observation de Dorris.
8. Dans certains cas on observe associée une parésie ou une paralysie d'un ou des deux côtés du diaphragme ;
9. Crises d'étouffements (observation de Brown) ;
10. Arrêt brusque des mouvements respiratoires avec persistance des battements du cœur. Nous avons vu l'utilité, malheureusement temporaire, de la respiration artificielle. Il n'est pas irrationnel de penser que dans certains cas un traitement énergique, par une sérothérapie massive, pourrait arriver à temps pour enrayer l'évolution de la maladie.

Le diagnostic est relativement facile en période d'épidémie et lorsque des symptômes paralytiques signalent la cause de la maladie. Dans d'autres cas où les symptômes respiratoires sont primitifs, le diagnostic peut encore être fait si on est averti par d'autres cas de poliomyélite et si le malade présente la rachialgie cervicale sur l'importance de laquelle nous attirons l'attention d'autre part.

Si la dyspnée s'accompagne de gêne de la déglutition, il faut éliminer le diagnostic de paralysie diphthérique par l'étude du liquide rachidien, qui est normal dans la polynévrite diphthérique.

Chez les malades atteints de paralysie glottique on songe, chez l'enfant surtout, à la présence de corps étrangers dans les voies respiratoires ; et Ludo Van Bogaert signale que, chez certains malades, plusieurs bronchoscopies ont été négatives et que seule l'évolution a indiqué la véritable nature de l'affection.

#### BIBLIOGRAPHIE

- DORRIS. Un cas de poliomyélite de l'adulte avec paralysie respiratoire. *Missouri State Med. Assoc.*, 1922, XIX.
- BROWN. Une épidémie de forme bulbaire de poliomyélite, *Lancet*, 12 déc. 1931.
- BROCHARD. Un cas de maladie de Heine-Médis à localisation mésocéphalique chez l'adulte. Guérison. *Arch. Méd. d'Angers*, 1911, XV.
- LHERMITTE, PAGNIEZ et PLICHET. Forme respiratoire ou asphyxique de la maladie de Heine-Médis ; étude anatomoclinique. *Soc. Méd. Hôp. Paris*, 15 janv. 1932.
- ETIENNE. *Ann. de Méd.*, janv. 1933.
- MANICATIDE, BRATESCU et RUSCUCU. Les troubles respiratoires au cours de l'épidémie de poliomyélite en Roumanie. *Société Roumaine de biologie*, séance du 5 juillet 1928.
- G. ETIENNE et Mlle LAURENT. Deux cas de poliomyélite antérieure aiguë à forme bulbaire d'emblée à évolution foudroyante. *Revue Méd. de l'Est.*, 1<sup>er</sup> mai 1930.
- HADOT. Relation de l'épidémie de poliomyélite aiguë qui a sévi dans la région de Pouxoux (Vosges), de mai à octobre 1929. *Revue Méd. de l'Est.*, 1<sup>er</sup> mai 1930.
- PAULY. La maladie de Heine-Médis de l'adulte. *Thèse Bordeaux*, 1933.
- WIDAL, LEVADITI, BRODIN et Mlle LEONEANO. *Société Nouvelle des Hôpitaux de Paris*, 5 juillet 1912.
- DE LAVERGNE, ABEL, KISSEL et LAPOIRE. Maladie de Heine-Médis. Paralysie unilatérale du facial et du vago-spinal avec signe de Babinski alterne. *Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 20 juillet 1931.
- HARBITZ et SHEEL. *Pathologische anatomische Untersuchungen über akute Poliomyelitis und verwandte Krankheiten*, Christiana 1907, in thèse R. Morand, Paris 1909.
- NETTER et LEVADITI. Paralysie à marche très rapide accompagnée de troubles de la sensibilité, de rétention d'urine. Escharre précoce. Mort par paralysie des muscles respiratoires. *Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, séance du 27 mars 1914.
- B. BRADHEY et M. LEVARSHY. La gêne de la déglutition dans la poliomyélite aiguë épidémique. *Jour. of the Amer. Med. Assoc.*, t. CIII, N° 4, 28 juillet 1934.
- LUDO VAN BOGAERT. La poliomyélite aiguë en Belgique. *Bruxelles Méd.* 1<sup>er</sup> déc. 1929.
- Cf. — La Poliomyélite antérieure aiguë. (A. Pettit, P. Sée, Lhermitte, Babonneix, Laruelle, Lance, Delherm et Laquerrière). (*Gaz. hôp.*, N° 13, 14 février 1931.)



## UN CAS DE POLIOMYÉLITE AIGUE A FORME ATAXIQUE

Par M. A. BERNARD,

Professeur suppléant à l'Université libre de Lille.

L'ataxie aiguë de Leyden-Westphal est un syndrome caractérisé par des symptômes qui traduisent l'irritation des faisceaux blancs médullaires et du cervelet. Elle a été surtout étudiée par les auteurs russes, en particulier Davidenkoff, qui a publié deux rapports à ce sujet en 1910 et 1921.

En France, signalons la thèse de Decourt (Paris 1927), qui constitue une monographie complète de la question et une observation inédite très détaillée. Citons encore les observations de Babonneix (1927 et 1928) et celles de Ludo Van Bogaert (*Annales de Médecine*, 1931).

Malgré de nombreuses observations, il faut bien dire qu'il est difficile de donner un tableau clinique précis de l'affection, plus encore, d'en décrire l'étiologie et la pathogénie.

On peut cependant, avec Decourt, classer les ataxies aiguës en deux groupes :

- 1° Les ataxies aiguës symptomatiques ;
- 2° Les ataxies aiguës primitives, celles qui rentrent dans le groupe des ataxies vraies de Leyden.

Les ataxies symptomatiques peuvent s'observer à l'occasion :

- a) D'une infection : variolo, poliomyélite, varicelle, rougeole, typhoïde, diphtérie, scarlatine, grippe, pneumonie, dysenterie, coqueluche, érysipèle, tuberculose cérébrale, malaria, syphilis, typhus exanthématique, typhus récurrent (ces deux dernières maladies très fréquentes dans les pays slaves expliquent pourquoi l'ataxie aiguë a surtout été étudiée par les auteurs russes) ;
- b) D'une intoxication : alcool, poissons avariés, conserves alimentaires, gazoline, ricine ;
- c) D'un traumatisme cranio-cérébral.

Les ataxies aiguës primitives seraient dues à un virus neurotrope connu ou inconnu — ou à des perturbations vaso-motrices ou vasculaires (Van Bogaert).

Voici, chez un enfant, un exemple d'ataxie aiguë fébrile que nous croyons symptomatique d'une poliomyélite aiguë :

Fro... Krup.... 9 ans, est pris le 18 septembre 1930 de céphalée ; le soir, il a de la fièvre et présente de la gêne dans les mouvements.

Le vendredi 19, même état, la céphalée augmente et s'accompagne de vomissements.

Samedi 20 septembre, céphalée occipitale ; à 13 heures, vomissement, douleur à l'avant-bras droit ; à 16 h. 30, l'incoordination des mouvements s'accroît rapidement, dilatation pupillaire. Température 39° ; à 21 heures 39°5 ; à 24 heures, hoquet.

Dimanche 22 : température 39°2. Pouls 120 à 10 heures. Hoquet. Incoordination des mouvements des membres supérieurs et inférieurs. Démarche ébrieuse très accentuée, en écartant les jambes, et chute rapide. Signe de Romberg positif. Adiado-cocinésie, tremblement intentionnel. Epreuve positive de l'index.

Exagération des réflexes rotuliens, achilléens, tricipitaux, radiaux, Babinski en extension à droite ; en flexion à gauche ; ébauche de clonus de la rotule.

Pupilles normales ; pas de nystagmus.

Parole un peu scandée.

Quelques mouvements myocloniques dans les membres supérieurs.

Rachialgie cervicale avec raideur de la nuque et Kernig.

Pas de symptômes paralytiques.

Conservation des sens musculaire et tactile.

Intégrité du psychisme.

Pas de troubles auriculaires.

La ponction lombaire ramène un liquide clair renfermant :

Albumine : 0 gr. 32 ;

Glucose : 0 gr. 55 ;

Chlorures : 7 gr. 25 ;

11 leucocytes par mmC.

Formule : poly-neutro : 52 ;

Lympho : 32 ;

Cellules endo : 16.

On fait aussitôt une injection intramusculaire de 20 cc. de sérum antipoliomyélitique de Pettit à 10 h. 30. On donne 4 grammes de salicylate de soude.

15 heures. — Diminution de l'incoordination, parole plus facile. Tempér. 38°4. Suppression de la rachialgie cervicale et de la céphalée.

20 h. 30 : température 37°2. Pouls 80.

22 heures. Recrudescence du hoquet.

Lundi 22 septembre. — 3 heures, atténuation très marquée du hoquet, polyurie claire.

6 heures. Tempér. 37°, pas de paralysie, réflexes encore un peu exagérés. Babinski en flexion des deux côtés. Pupilles normales. L'incoordination est très diminuée ; l'enfant, encore un peu ébrieux, peut se tenir debout et marcher.

On injecte encore 10 cc. de sérum de Pettit, la seule dose qui reste.

14 heures. Température 37°2.

20 heures. Température 36°9. Pouls 80.

Mardi 23. Température 36°5. Pouls 88. Réflexes tendineux encore exagérés. Plus de Kernig ni de raideur de la nuque.

De temps en temps, quelques secousses de hoquet.

Jeudi 25. — Plus d'incoordination. La convalescence s'est opérée rapidement sans laisser aucune trace.

Actuellement, l'enfant est bien portant.

Nous avons donc assisté à une ataxie aiguë caractérisée par des phénomènes infectieux, un syndrome cérébelleux typique et une irritation des faisceaux pyramidaux (exagération des réflexes tendineux et Babinski).

S'agissait-il d'une sclérose en plaques aiguë, constituant un épisode aigu d'une sclérose en plaques évolutive ? Nous avons éliminé ce diagnostic par suite de l'absence de troubles oculaires (amblyopie) et de troubles sensitifs si fréquents dans la sclérose en plaques. D'ailleurs la guérison complète se maintient depuis quatre ans.

Signalons cependant l'hypothèse, impossible à vérifier, de Guillain qui considère l'ataxie aiguë comme une sclérose en plaques à poussée unique.

Nous n'avons guère retenu le diagnostic d'encéphalite épidémique à cause de l'absence de troubles oculaires, de somnolence ; en fait l'évolution n'a pas été non plus celle d'une névrite épidémique.

Nous croyons que notre petit malade a présenté une ataxie aiguë provoquée par le médullo-virus polio-

myélitique ayant atteint le système cérébelleux et les cordons latéraux médullaires ; atteinte disséminée, non systématisée. On pourrait objecter que la poliomyélite s'accompagne souvent de paralysie et que chez notre malade il n'y eut aucun symptôme paralytique.

Ce fait n'est pas une raison pour éliminer la maladie de Heine-Médis. La poliomyélite est une infection qui peut atteindre toutes les parties constituantes du névraxe, irritant les unes, détruisant les autres dans le plus grand désordre. Il existe même des cas où elle se traduit uniquement par des symptômes d'infection générale sans localisations nerveuses, comme nous en avons observé un cas et comme il est facile de s'en rendre compte en temps d'épidémie ; dans d'autres cas, on peut avoir une méningite aiguë sans paralysie. Rien d'étonnant qu'elle puisse infecter la substance blanche du névraxe et respecter, dans des cas exceptionnels, la substance grise (cornes antérieures, noyaux cérébraux).

De plus la guérison rapide de notre cas n'a pas permis à la maladie de produire des lésions destructrices indélébiles.

Enfin, l'action rapide du sérum de Pettit est un argument thérapeutique en faveur de la nature poliomyélitique de la maladie : en effet, douze heures après l'injection de sérum, la fièvre tombait définitivement et les symptômes nerveux s'amendaient rapidement.

Certains auteurs n'admettent pas que la poliomyélite puisse être la cause de certains cas d'ataxie aiguë. Fribourg-Blanc et Gauthier n'ont pas soulevé cette hypothèse à propos de leurs quatre observations. Jacques Decourt rejette nettement l'étiologie poliomyélitique de l'ataxie aiguë. Claude et Shaeffer, au contraire, l'admettent et Pages (Montpellier) en cite un exemple.

Il n'est pas illogique de penser que certains cas d'ataxie aiguë puissent être symptomatiques d'une maladie de Heine-Médis et notre observation nous semble en être un exemple par la brusquerie de son début, sa symptomatologie et sa guérison rapide par le sérum antipoliomyélitique de Pettit.

#### BIBLIOGRAPHIE

- J. DECOURT. *Les ataxies aiguës*. Doin et Cie, 1927.  
 KOJEVNIKOFF. *Zentralb. Neurol.*, 1926, 92-406.  
 KULKOFF. *Zentralb. Neur.*, 1928, 49-699.  
 FELDMANN. *Arch. f. Psych.*, 87-191, 1929.  
 BABONNEIX. *Gazette Hôpitaux*, 1927, 15-16 ; *Riforma Medica*, 1928, 44-694.  
 L. VAN BOGAERT. De l'ataxie aiguë de Leyden, *Ann. de méd.*, 1931, p. 69 ; — Ataxies aiguës tabétiques. *Journ. neur. et psych.*, 1929, N° 2.  
 PAULY. La maladie de Heine-Médis de l'adulte. *Th. de Paris*, 1933.  
 M. PAGES. Ataxie aiguë et poliomyélite. *Bull. Soc. Scien. méd. et biol. de Montpellier*, fasc. VI, séance du 17 juin 1927.  
 FRIBOURG-BLANC et GAUTHIER. Quatre cas d'ataxie cérébelleuse aiguë. *Paris médical*, 10 nov. 1934.  
 GARCIN. Rapport sur les ataxies. *Congrès de Rabat*, 1933.

## LA RACHIALGIE CERVICALE ET SON IMPORTANCE DANS LA POLIOMYÉLITE AIGUE

Par M. A. BERNARD,

Professeur suppléant à l'Université libre de Lille.

Une des manifestations cliniques les plus fréquentes de la poliomyélite est la douleur dorsale le long de la colonne vertébrale : la rachialgie. Ce symptôme traduit une atteinte radiculaire et méningée, une méningo-radiculite due au médullo-virus de la maladie de Heine-Médis.

Or la localisation cervicale de la méningo-radiculite présente une importance capitale, aisée à deviner à cause de la proximité du bulbe, avec ses centres dont l'intégrité est indispensable à la vie.

D'autre part, nous savons que le virus de la poliomyélite a une tendance très développée à s'étendre ; nous n'en voulons pour preuve que la paralysie ascendante de Landry, la forme descendante atteignant la partie haute de la moelle épinière après avoir débuté dans le mésocéphale ou dans la région bulbo-protubérantielle ; la « forme excentrique » que nous avons ainsi nommée à propos d'un malade, chez qui la maladie de Heine-Médis a commencé par une rachialgie dorsale supérieure avec paralysie des muscles de la racine des membres supérieurs et qui s'est étendue à la fois vers le bas pour donner de la paraplégie et vers le haut dans le bulbe où prirent naissance des troubles cardio-respiratoires qui ont entraîné la mort (A. Bernard, Sur les formes cliniques de la poliomyélite infectieuse aiguë. *Journ. des Sc. Méd. de Lille*, 2 mars 1930).

On comprend dès lors pourquoi l'infection poliomyélitique, infection extensive par excellence, peut être très dangereuse lorsqu'elle atteint la région cervicale primitivement ou secondairement.

Voici trois observations où la présence de ce symptôme nous avait fait émettre un pronostic sombre, réalisé dans deux cas sur trois.

OBS. I. — Mlle Lem..., 7 ans, a eu une otite moyenne droite traitée par paracentèse du tympan et guérie en 10 jours au mois de mai 1934.

Un mois après, la petite malade se plaint de douleur cervicale et dorsale supérieure. Température 38°2. L'otorhinolaryngologiste soupçonne une mastoïdite latente et conseille une opération. Celle-ci est refusée et finalement reconnue inutile après radiographies du crâne et examens répétés des oreilles.

L'état est stationnaire pendant 10 jours, lorsque le 21 juin, un confrère, frappé par la douleur cervicale et la céphalée, fait une ponction lombaire qui dénote une réaction méningée.

Leucocytes : 30 par mm.

Formule. Lympho. : 93 %.

Pôly : 7 %.

Albumine : 0 gr. 19.

Chlorures : 7 gr. 40.

Urée : 0 gr. 21.

Glucose : 0 gr. 67.

Pas de microbes. B. W. négatif.

Dans les jours suivants, la fièvre et la rachialgie cervicale persistent ; des crises de céphalée paroxystique sur-



viennent deux à trois fois par jour et durent 15 à 20 minutes sans s'accompagner de vomissements.

Nous voyons la petite malade le 28 juin 1934.

La *rachialgie cervicale* est toujours très nette et s'irradie sur la colonne vertébrale entre les deux omoplates. Il n'existe pas de raideur de la nuque.

Aux membres supérieurs, nous sommes frappés par une maladresse et une mollesse des mouvements des doigts et des poignets. La préhension est possible, mais sans force ; elle est surtout diminuée pour les mouvements d'opposition du pouce et de l'index. Les mouvements de flexion et de déduction des poignets sont lents et faibles.

Abolition des réflexes radiaux ; persistance des réflexes tricipitaux et pectoraux. Deltoïdes intacts.

Ces troubles sont aussi nets des deux côtés.

Par contre, aux membres inférieurs, aucun trouble moteur, ni sensitif ; pas de Kernig.

Du côté des nerfs craniens, on ne relève aucune lésion ; en particulier, pas de modification du facial, des réflexes oculaires ; pas de troubles dysphagiques.

Nouvelle ponction lombaire qui retire sous pression modérée, un liquide normal : 1,8 lymphocyte par mm<sup>3</sup> ; albumine, 0 gr. 25 ; glucose, 0 gr. 67 ; BR et BW négatifs.

Les jours suivants, la paralysie des mains et des poignets s'est accentuée ; la température oscillait autour de 37°5.

Pendant quatre jours, on fit 20 cc. de sérum de Pettit en injection intramusculaire.

Le cinquième jour, le pouls s'accélère à 150 et en une heure la malade meurt subitement dans une convulsion.

Obs. II. — M. Bui..., 32 ans, électricien, a présenté au début de mai 1935 des douleurs abdominales avec diarrhée, fièvre à 38-39° pendant cinq jours. Reprise du travail dix jours après.

Fin mai, asthénie, pas de fièvre.

Vendredi 31 mai, gêne des mouvements des lèvres, puis rachialgie cervicale continue avec paroxysmes de plusieurs heures. Peu de gêne dans les mouvements du cou ; pas de fièvre.

Progressivement, paralysie faciale bilatérale ; facies complètement immobile comme un masque, lèvres comprises. Signe de Charles Bell bilatéral. Ne peut prononcer les labiales. La salive tombe lorsque la tête est penchée en avant. Ne peut avaler lorsque les aliments sont en dehors des arcades dentaires ; peut avaler au contraire quand le bol alimentaire se trouve en dedans des arcades dentaires.

Langue et voile du palais normaux.

Pas d'anesthésie de la face.

Réflexes pupillaires et tendineux normaux.

Aucun antécédent.

Donc *rachialgie cervicale* avec double paralysie faciale totale (facial supérieur compris, car le malade ne peut froncer le front) : localisation bulbaire de la maladie de Heine-Mélin.

16-6-35. — Pendant cinq jours, le malade reçut une injection quotidienne de sérum de Pettit. La paralysie faciale gauche a rétrogradé. En huit jours, la rachialgie cervicale a disparu.

Le malade est guéri, mais conserve une parésie faciale gauche. Pendant l'évolution, il a fait une crise bulbaire (coma brusque, pâleur de la face, arrêt des mouvements respiratoires) qui a cédé à la respiration artificielle.

Obs. III. — C'est le cas de Jacques Gy..., 4 ans 1/2, dont nous rapportons l'histoire dans l'étude sur les troubles respiratoires de la poliomyélite. Cet enfant dont nous ne voulons pas résumer les symptômes ici, avait une rachialgie cervicale intense sans phénomènes paralytiques. Or, des accidents respiratoires subits emportèrent rapidement le malade.

Voilà donc trois observations dans lesquelles la rachialgie cervicale a coïncidé avec une évolution grave de la poliomyélite.

Dans la littérature médicale, il y en a de nombreuses. Il nous est impossible de les citer toutes : presque toutes les formes bulbo-protubérantielles de la maladie de Heine-Mélin s'accompagnent de rachialgie cervicale.

En voici quelques exemples :

Deux enfants (frère et sœur), 5 ans 1/2 et 3 ans 1/2, ayant présenté une poliomyélite antérieure aiguë à forme bulbaire d'emblée et à évolution foudroyante, avaient tous deux une rachialgie cervicale avec raideur de la nuque (Etienne et Mlle Laurent).

Harbitz et Sheel, Levaditi, Brodin et Mlle Léonéano, Ludo Van Bogaert, etc., citent des observations de localisations bulbo-protubérantielles de la poliomyélite et presque à chacune d'elles on voit revenir comme un leit-motiv, « douleur de la nuque », « rachialgie cervicale », avec ou sans raideur de la nuque.

La signification de ce signe réside, comme nous le disions, dans l'atteinte des racines postérieures ; radiculite qui s'accompagne toujours de réaction méningée ainsi que le montre l'analyse du liquide rachidien : donc de méningo-radiculite.

Le diagnostic est facile dans deux circonstances : en période d'épidémie ou lorsque le malade présente, en même temps que la rachialgie cervicale, une paralysie d'un nerf ou d'un membre traduisant une lésion nucléaire. Dans ces deux cas, la fièvre, la rachialgie, la réaction méningée aiguillent vers le diagnostic de poliomyélite.

Il faut éliminer la méningite aiguë, tuberculeuse ou syphilitique, ce qui est relativement facile par la mononucléose rachidienne, alors que dans la poliomyélite, la formule leucocytaire est toujours panachée et par l'étude sérologique et bactériologique du L. C. R.

Plus difficile à distinguer est la méningite cérébro-spinale qui présente en général une formule leucocytaire analogue à celle de la poliomyélite. Mais l'absence de microbes et l'apparition des paralysies tranchent bientôt le diagnostic.

Lorsqu'à la rachialgie s'ajoute de la dysphagie due à l'atteinte de l'hypoglosse ou du glosso-pharyngien, le diagnostic est à faire avec la polynévrite diphtérique ; mais dans celle-ci il n'y a pas de réaction méningée et l'apparition de paralysies nucléaires met sur la voie du diagnostic étiologique.

Enfin reste à éliminer le mal de Pott cervical, ce qui est facile par la lenteur de son évolution et les déformations radiologiques des vertèbres.

Le diagnostic est très difficile dans les cas sporadiques et quand la rachialgie cervicale est l'unique symptôme clinique. Si avec ce symptôme on trouve de la fièvre et une réaction méningée, il faut aussitôt penser à la poliomyélite à localisation bulbaire et mettre en œuvre le traitement sérothérapique. Car la *méningo-radiculite* que traduit ce syndrome (*rachialgie cervicale, fièvre et réaction méningée*) précède de quelques heures à quelques jours les lésions nucléaires bulbares qui peuvent être rapidement mortelles.

Le traitement que nous instituons d'emblée dans des

cas de ce genre, consiste dans l'injection intramusculaire de sérum antipoliomyélitique de Pettit ou de sérum de convalescent et dans les injections, intraveineuses si possible, de salicylate de soude.

Concluons : lorsque chez un malade, un enfant surtout, s'installe rapidement de la céphalée avec fièvre, rachialgie et raideur de la nuque, il faut pratiquer une ponction lombaire et se méfier d'une poliomyélite bulbo-protubérantielle ou bulbo-cervicale, qui est une menace de mort subite.

## REVUE DES THÈSES

Indications et contre-indications du transport par avion dans les affections chirurgicales de l'abdomen, du thorax et du crâne (1), par Jean LEDUC.

« Nous nous sommes placé uniquement au point de vue de la pratique civile, c'est-à-dire que nous supposons le malade ou le blessé vu dès le début par un médecin, qui peut continuer à surveiller le malade médicalement sur place, s'il n'y a pas lieu à intervention chirurgicale ; qui, dans le cas contraire, décide de l'évacuation — à moins qu'il n'y ait contre-indication — et qui, dans ce dernier cas, prévient le chirurgien qui prend ses responsabilités. C'est à ce chirurgien-ci et à ce médecin-là que nous dédions les deux paragraphes de ce chapitre.

### I. — AU MÉDECIN PRATICIEN

1. Dans tous les cas, la contre-indication du transport en avion peut être posée par :

Une maladie médicale, antérieure ou intercurrente (cardiopathie, etc.), cas sortant du cadre de ce travail ;

Ou par l'état général du blessé, qui doit faire rejeter l'emploi de l'avion, si le choc est vraiment trop grand.

2. Dans les affections chirurgicales de l'abdomen, le danger vient de la dilatation des gaz intestinaux, mais il ne faut pas en exagérer l'importance.

Règle générale. — Tous les malades atteints d'affections de l'abdomen nécessitant une intervention chirurgicale urgente doivent être transportés par avion dans le plus bref délai.

Pour tout ce qui est urgence de l'abdomen : le temps est tout ; l'altitude n'est rien.

Cas particuliers. — A. Il y a lieu de discuter du transport en avion des occlusions hautes du tube digestif, et surtout des étranglements herniaires. Il serait sans doute préférable que le chirurgien pût se déplacer. S'il ne peut le faire avec sérénité, on se résoudra à envoyer le malade, prescrivant au pilote la plus basse altitude possible, mais surtout arriver au plus tôt reste la règle essentielle.

B. Pour les contusions de l'abdomen, si l'on décide d'intervenir, on doit évacuer le plus tôt possible ; à moins que le blessé soit trop choqué, auquel cas il importe d'abord de le remonter (retard de quelques heures).

C. S'il y a indication de transporter un typhique ou un dysentérique, la crainte hypothétique d'une dilatation des gaz provoquant une perforation ne doit pas faire écarter l'avion. Mais s'il s'agit d'une complication chirurgicale de la typhoïde, il vaut mieux, à tout prendre, que le chirurgien se déplace.

D. Tous les cas chroniques nécessitant une intervention chirurgicale non urgente peuvent être transportés par avion, sauf :

Les obstructions intestinales de toutes natures, de peur de provoquer une crise d'occlusion aiguë ;

Les masses abdominales mobiles, de peur qu'elles ne se rompent ou ne se tordent (kyste hydatique, kyste de l'ovaire, etc.), à moins que l'air ne soit très calme.

3. Dans les affections chirurgicales du thorax, le danger est dans la diminution de l'hématose, à la fois par baisse de la tension de l'oxygène inhalé et par trouble mécanique (pneumothorax ou obstruction des voies respiratoires supérieures).

Il y a ici des contre-indications nettes :

A. On ne doit pas transporter :

Les plaies thoraciques compliquées d'emphysème médiastinal ou d'emphysème sous-cutané faisant craindre une extension au médiastin ;

Les plaies du thorax (à thorax fermé) sans complication ou avec hémithorax non infecté, qui ne nécessitent pas l'intervention du chirurgien.

B. On ne doit transporter qu'avec grande réserve :

Les plaies du cœur (sans grand espoir) ;

Les plaies thoraciques perforantes compliquées d'un pneumothorax sous pression.

C. Il faut transporter dans tous les autres cas où il y a lieu d'intervenir d'urgence :

Les plaies thoraciques pénétrantes compliquées d'hémorragie extérieure (intercostale) ou de fracture de côte (et en général, les « thorax ouverts »), mais moyennant de grandes précautions et à moins que le chirurgien puisse se déplacer ;

Les suppurations pleurales chirurgicales : hémithorax infecté, pleurésie putride, etc.

D. Il est toujours prudent de prendre certaines précautions :

Soutenir le cœur par les toni-cardiques habituels ;

Assurer l'hématose suffisante par l'inhalation d'oxygène (masque respiratoire utilisé dès le départ), et non par injection d'oxygène.

Ces précautions sont indispensables dans certains cas, tels que les thymectomies d'urgence et toutes les indications de trachéotomie.

E. Les affections chroniques du thorax, nécessitant une intervention chirurgicale non urgente, peuvent être transportées à la rigueur, sauf la réserve faite à propos de la hernie post-traumatique du poumon, et sauf les cas où l'hématose est trop déficiente.

4. Dans les affections chirurgicales du crâne, le danger semble, dans l'état actuel de nos connaissances, être dans l'hypertension céphalo-rachidienne.

Les règles sont beaucoup moins précises que dans les cas précédents. Il nous semble cependant qu'on puisse admettre provisoirement que :

A. Il est inutile de transporter :

Les gros éclatements crâniens ;

L'encéphalite primitive diffuse après plaie pénétrante cranio-cérébrale ;

L'hémorragie diffuse après fracture fermée de la voûte ;

Qui mourront quoi qu'on fasse ;

Les plaies du cuir chevelu sans lésion osseuse, qui peuvent être traitées par le médecin.

B. Il faut transporter d'urgence et avant toute intervention :

Les plaies du crâne, pénétrantes et non pénétrantes ;

Les fractures ouvertes de la voûte ;

Les fractures de la base et les fractures fermées de la voûte, accompagnées d'hémorragie ou d'hypertension intracranienne (c'est-à-dire nécessitant une trépanation) ; mais avec ponction lombaire possible ;

Les fractures du crâne du nouveau-né, qui doivent être opérées.

Les phénomènes de shock, coma, commotion ne constituent pas, en soi, une contre-indication absolue.

(1) Saint-Quentin 1934, Imprimerie moderne.



C. Il y a lieu de discuter le transport par avion :

Des fractures du crâne avec signes d'hypertension intracranienne, mais ponction lombaire impossible ;

Des hernies du cerveau constituées (et des abcès traumatiques cérébraux précoces) ;

Des agités (?) selon la cause de l'excitation corticale.

Il semble, *a priori*, que la dépression soit dangereuse dans ces cas ; mais, à vrai dire, nous n'en avons pas encore eu la preuve clinique certaine.

D. Quant aux affections chroniques du crâne, la contre-indication est posée également par la présence ou la possibilité d'une hypertension du liquide céphalo-rachidien, ce qui correspond finalement à la majorité des cas.

## II. — AU CHIRURGIEN

1. La question la plus importante est celle du déplacement du chirurgien ou même de l'équipe chirurgicale. Nous pensons que :

A. Le déplacement du chirurgien doit être tout à fait exceptionnel, mais il est nécessaire dans certains cas précités.

B. Le chirurgien ne doit emmener que le strict minimum :

Un anesthésiste ;

Le matériel stérilisé en rapport avec l'intervention prévue ;

Le matériel d'éclairage du champ opératoire.

C. Le médecin qui attend près du blessé peut, facilement, se préoccuper de préparer une salle d'opération.

2. Si le chirurgien opère un malade qui devra être ensuite transporté par air, il pourra, avec avantage, dans certains cas, modifier un peu sa technique, particulièrement pour ce qui est du drainage. Mais c'est une question de détail qui n'a pas une importance primordiale.

3. Seules des raisons impérieuses pourront légitimer le transport des opérés viscéraux récents. On devra se baser sur :

L'état de shock après l'intervention et le mode d'anesthésie employé : s'il y a eu anesthésie générale par inhalation, il ne faut pas transporter avant que la période de vomissements soit largement dépassée ;

La nature de l'intervention pratiquée : il est prudent d'attendre 2 ou 3 semaines pour les trépanés, et 10 ou 15 jours pour les opérés du thorax. Les laparotomisés pour-

raient l'être beaucoup plus tôt, mais il faut au moins attendre que le malade ait évacué les gaz péritonéaux (à moins qu'il n'y ait drainage).

Pour terminer, nous dirons deux mots, tout à fait à l'ordre du jour, de l'infirmier volant, accompagnant le malade à bord de l'avion.

L'intérêt de cette présence est à la fois :

D'ordre moral : les militaires n'ont pas à en tenir compte, mais dans la pratique civile, l'accompagnement est souhaitable ;

D'ordre médical : nous croyons l'accompagnement inutile dans la plupart des cas, mais indispensable dans d'autres, particulièrement lorsqu'on doute de l'état du cœur, ou lorsque le port d'un masque à oxygène est nécessaire.

Enfin, ce travail terminé, nous nous excusons de son inanité et de sa brièveté ; nous avons voulu seulement essayer de tracer une ligne de conduite dans les cas simples. Malheureusement, en médecine, chaque cas est compliqué, ou plutôt complexe, et particulièrement ici où la décision du médecin praticien dépend de tant de facteurs, d'importance très inégale, et dont les principaux proviennent :

Soit du malade (nature de la maladie, gravité de la maladie, état du cœur, des reins, etc.) ;

Soit du chirurgien (possibilité ou non de se déplacer sans compromettre le succès de l'intervention) ;

Soit du matériel (caractéristiques de l'avion : puissance, vitesse en l'air et au sol, portance, plafond, rayon d'action, stabilité) ;

Soit des circonstances géographiques (possibilité d'atterrir près du malade, altitude relative des points de départ et d'arrivée, altitude des obstacles à franchir) ;

Soit des circonstances météorologiques (vents, brume, nuages, saison, heure du jour, etc.).

C'est pourquoi nous n'avons jamais eu la prétention de donner une règle précise dans chaque cas, mais nous serions heureux si tous ceux qui peuvent avoir à utiliser l'avion sanitaire, instruits de ses avantages comme de ses dangers, n'hésitaient plus à prendre leurs responsabilités, connaissant toute la complexité du problème. »

Contribution à l'étude des états sclérodérmiques, par le Dr J.-R. BEN-NOUN. In-8 de 77 pages aux éditions Argenteratum, à Strasbourg. (Thèse.)

R. C., 225-781

A. GUERBET & C<sup>o</sup> PHARMACIENS

THERAPEUTIQUE & RADIOLOGIE

**LIPIODOL**  
**LAFAY**

Huile iodée à 40 %.

0. gr. 54 d'iode par cm. 3

22, Rue du Landy - St Ouen près Paris

**DÉSINFECTION = CHLORAMINE**  
**INTESTINALE = FREYSSINGE**

1 à 3 pilules à chaque repas. - 6, Rue Abel, PARIS - Aucune contraindication

INFECTIONS  
AIGUES  
FIÉBRILES

**SEPTICEMINE CORTIAL**

7, r. de l'Armorique  
PARIS (XV<sup>e</sup>)

## CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MEDITERRANÉE

Billets de fin de semaine Paris-Gap-Briançon réduits de 40 %. — Par les douces journées d'été de fin de semaine, vous allez rechercher le repos, l'oubli, le grand air à travers la Savoie, le Dauphiné, le Jura, le Morvan ; mais il est une autre région où désormais vous pouvez goûter également les délices du week-end, le Briançonnais, dont le cadre est favorable à une vie calme et délassante.

La gare de Paris P.-L.-M. délivre, jusqu'au 31 octobre, des billets d'aller et retour de fin de semaine avec réduction de 40 %, à destination des gares de la ligne de Gap à Briançon, valables du vendredi midi au mardi midi ; moitié prix pour les enfants de 3 à 7 ans.

## LIVRES NOUVEAUX

**Leçons de zoologie et biologie générales. IV : Les invertébrés. Arthropodes, mollusques et échinodermes (1),** par Georges BOHN.

Dans ce nouveau volume, comme dans les précédents, que de données intéressantes, non seulement la morphologie générale, mais aussi l'embryologie, la physiologie générale, la biologie, la médecine !

Données morphologiques, mises en valeur par de nombreux dessins, la plupart personnels, les autres, empruntés aux meilleurs auteurs ? Elles sont trop nombreuses pour être toutes signalées. Citons-en seulement quelques-unes : présence, chez les larves d'*Anopheles*, de stigmates sessiles, d'où l'emploi, pour tuer ces larves, du pétrole qui pénètre dans les trachées et les oblitère ; absence, chez les Insectes, d'artères et de veines, ce qui ne les a pas empêchés de « réussir » assez bien, puisqu'on en compte au moins 700.000 espèces ; chez les Mouches, yeux composés donnant un champ visuel considérable ; infiltration de la peau des Papillons par de l'acide urique leur valant leurs brillantes couleurs.

Détails concernant la physiologie générale. Notons, au hasard, l'existence, chez certains Crustacés, d'un revêtement protecteur, l'éphippium, qui leur permet de résister aux variations du milieu : tantôt gel et tantôt chaleur excessive ; les transformations régressives qu'entraîne, chez le Crabe, la présence d'un parasite, la Sacculine, et parmi elles, la castration avec inversion sexuelle ; la question de l'habillement des Crustacés, dont beaucoup excellent à se vêtir de toutes sortes d'objets sous lesquels ils se cachent, lorsqu'ils sont en pleine lumière ; celle de l'adaptation pagurienne, les Pagures se logeant, pour se protéger, dans des coquilles vides, sorte de « remorque » qu'ils entraînent partout et qu'ils partagent avec d'autres parasites, au plus grand bénéfice de chacun ; celle de la poecilogonie (Giard), ou particularité qu'offrent certains animaux appartenant à une même espèce de ne pas suivre le même développement ontogénique lorsqu'ils se trouvent dans des conditions ethnologiques différentes ; différences sexuelles observées, chez les Insectes, et dont l'étude conduit à la théorie chromosomienne de la détermination des sexes et possibilité, pour les œufs de certains d'entre eux, de dissocier expérimentalement soma et germe ; réalisation, chez les mêmes, de la forme définitive, grâce à une série de métamorphoses graduelles ou brusques, avec disparition de certains tissus (histolyse) et constitution d'autres (histogénèse), possibilité de réaliser des synthèses organiques en imitant les plantes et en se servant, à leur exemple, du magnésium comme catalyseur (Grignard) ; production, sur les plantes en voie de développement, de galles ou cécidies ; torsion chez les Gastéropodes, etc.

Données d'ordre médical. Elles ont trait aux Insectes parasites : Insectes buveurs de sang : Punaises, Poux, Puces, Moustiques, dont l'*Anopheles*, le *Culex*, le *Stegomyia*, Mouches piquantes : Stomoxys, Glossina. Diverses maladies sont transmises par les Crustacés : filariose et bilharziose, par les Cyclopes, distomatose pulmonaire ; d'autres, plus nombreuses, par les Insectes : paludisme, par certains moustiques : *Anopheles* ; fièvre jaune par le *Stegomyia* ; par les Mouches, dengue, par le *Phlebotome* ; lèpre, par la Simulie ; charbon, par le Stomox ; par les puces (du rat) : peste ; par les Punaises : Kala-azar, fièvre récurrente, par les Poux : typhus. On sait, d'autre part, le danger des Mouches, qui disséminent les germes de mainte infection. Il n'est pas jusqu'aux Arachnides qui ne puissent être des parasites pour l'homme : Rouget des foins, et lui inoculer de graves ma-

ladies : fièvre des Montagnes rocheuses, pour les Ixodes, fièvre récurrente, pour les Argas ; gale, pour les Sarcoptes scabiei.

Données d'ordre embryologique. Elles sont relatives au développement des Echinodermes, qui a été l'origine d'innombrables recherches expérimentales de mécanique embryonnaire, avec les métamorphoses de leurs larves et la fusion d'un être unique par fusion de deux ébauches primitivement indépendantes.

Données biologiques. La plus curieuse, sans doute, est celle qui concerne les instincts des Insectes, étudiés, il y a longtemps, par l'auteur. Ces instincts relèvent de mécanismes variés et fort complexes, où la « mémoire associative » joue un rôle important ; prédilection de certains Insectes pour des fleurs déterminées, nidification, qui « suppose des instincts élevés » (Bouvier), parasitisme des Coléoptères, qui confient leurs œufs à des nids étrangers, où leurs jeunes se développent, comme de vulgaires Coucous, au détriment de la descendance légitime, ce qui suppose de leur part, une certaine « astuce », tendances sociales, si souvent et si minutieusement étudiées chez les Abeilles, et qui ont été prises, par E.-L. Bouvier, comme un exemple de « communisme » chez les Insectes, chez les Fourmis, qui se livrent à l'élevage des Pucerons et à l'installation de « champignonnières », chez les Termites, qui vivent en vastes associations où l'intérêt individuel est inexorablement sacrifié à l'intérêt commun ; chez les Criquets, vol grégaire, etc...

Un chapitre sur l'évolution des Invertébrés et sur le parasitisme termine ce beau livre, dans lequel on retrouve les brillantes et solides qualités qui ont fait le succès des précédents et dont la lecture ne peut qu'être profitable à ceux qui gardent le culte des idées générales.

L. BABONNEIX.

**Éléments de chimie organique biologique. Introduction chimique à l'étude de la biologie générale (1),** par Michel POLONOVSKI, professeur à la Faculté de médecine et de pharmacie de Lille, et Albert LESPAGNOL, agrégé de pharmacie à la Faculté de médecine et de pharmacie de Lille. Préface du professeur DESGREZ.

Entre les traités élémentaires de chimie organique, qui ne font qu'effleurer la constitution des corps complexes que l'on trouve à la base de tous les organismes vivants, et les ouvrages de biochimie consacrés à l'étude du métabolisme, il manquait un précis d'allure nettement chimique, mais d'orientation biologique.

Passant en revue tous les groupes de composés qui intéressent le physiologiste, ce livre s'adresse à la fois au médecin, qui doit étudier les phénomènes biochimiques dont l'être humain est le siège, au pharmacien qui veut compléter ses notions de chimie organique, au chimiste lui-même.

Logiquement ordonné en trois parties : glucides, lipides et protides, il suit la synthèse organique naturelle depuis la formation chlorophyllienne de l'amidon jusqu'aux complexes azotés les plus différenciés.

On y trouvera les acquisitions les plus récentes sur la chimie des sucres et des glucosides, notamment des anthocyanosides, ces magnifiques matières colorantes des fleurs, sur les pigments caroténoïdes et la vitamine A, sur le chapitre des stérols entièrement renouvelé, et sur les pigments sanguins, biliaires et chlorophylliens, longuement exposés à la lumière de travaux à peine achevés.

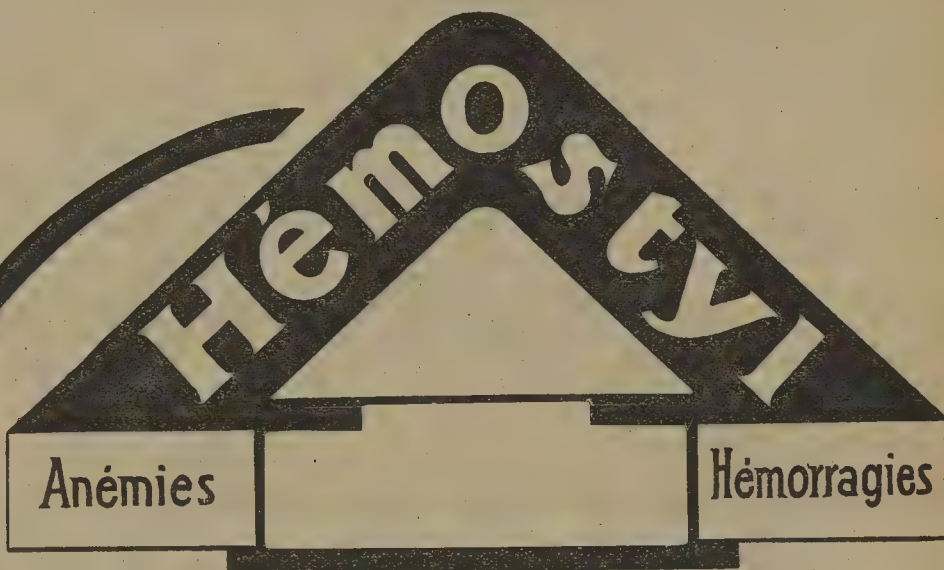
Les acides aminés, les matières protéiques et les alcaloïdes qui leur sont étroitement attachés, forment la troisième partie du traité.

La lecture de cet ouvrage très documenté est facilitée par l'usage de deux caractères d'impression, le petit texte étant

(1) In-8 de 132 pages. — Paris, Hermann.

(1) In-8 de 594 pages avec figures. — Prix : 100 fr. — Paris, Masson et C<sup>ie</sup>.





## SÉRUM HÉMOPOÏÉTIQUE FRAIS DE CHEVAL

**Flacons-ampoules**  
de 10<sup>cc</sup> de Sérum pur

A) *Sérothérapie spécifique*  
des **ANÉMIES** (Carnot)

B) *Tous autres emplois*  
*du Sérum de Cheval :*  
**HÉMORRAGIES** (P.E. Weill)  
**PANSEMENTS** (R. Petit)

**Sirop ou Comprimés**  
de sang hémopoïétique  
total

**ANÉMIES**  
**CONVALESCENCES**  
**TUBERCULOSE, etc.**

*Echantillons et Littérature*  
Laboratoires du D<sup>r</sup> ROUSSEL  
**97, r. de Vaugirard, PARIS-6<sup>e</sup>**  
TÉLÉPHONE : LITRÉ 68-24

destiné à rappeler au lecteur les notions chimiques d'ordre tout à fait général qui pourraient manquer au physiologiste.

Sous un volume relativement faible, il offre aux chercheurs une masse de connaissances considérable, et il doit devenir le guide de tous ceux qui veulent connaître les matériaux avec lesquels s'édifient les milieux animés.

L. G.

**Séméiologie élémentaire de l'appareil respiratoire** (1), par E. RUSR, médecin de l'hôpital Laënnec, membre de l'Académie de Médecine.

Le but de ce livre est d'apprendre à connaître la technique du diagnostic des affections de l'appareil respiratoire. L'auteur s'en est tenu aux principes dont, au cours d'une longue carrière, il a éprouvé la solidité ; ces principes résultent de l'interprétation scientifique de faits précis et contrôlables.

Dans une première partie, il expose les principaux symptômes des affections de l'appareil respiratoire. Dans la seconde, les principes fondamentaux des techniques d'exploration de cet appareil, autrement dit la recherche des signes. Une troisième a pour objet les syndromes répondant aux plus importantes modifications macroscopiques de l'état physique des organes. Dans la dernière, il montre comment on dissocie les syndromes en maladies pour aboutir au diagnostic nosologique.

L. G.

## NOTES POUR L'INTERNAT

# ENTORSES DU GENOU <sup>2</sup>

## FORMES CLINIQUES

**Chez l'enfant.** — L'entorse du genou est beaucoup plus rare que chez l'adulte, mais cependant, elle peut se rencontrer, sans aucun caractère spécial. Ollier a décrit sous le nom d'« entorse juxta-épiphysaire » une lésion qui n'a rien à voir avec une entorse et qui n'est qu'une variété de décollement épiphysaire (Ombrédanne).

**Suivant le terrain,** le pronostic d'une entorse la plus banale peut être aggravé par le terrain défavorable sur lequel elle survient (vieillards, variqueux, sujets atteints antérieurement d'arthrite chronique).

**Entorse du genou et tumeur blanche.** — Quelquefois, après une entorse du genou qui avait paru banale, on voit se développer une tumeur blanche. En général, l'entorse n'a pas eu un rôle localisateur ; elle a simplement démasqué une lésion latente qui diminue la souplesse de la jointure et altère la précision de ses mouvements (Forgue).

## DIAGNOSTIC

**A. DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL.** — Arriver au diagnostic d'entorse devant un traumatisme fermé du genou est en général facile.

**Fracture de la rotule.** — Elle s'accompagne aussi d'une hémarthrose, mais :

L'impotence est complète, avec impossibilité de décoller le talon du plan du lit.

On reconnaît à la face antérieure une dépression transversale avec, parfois, possibilité de mobiliser les fragments l'un sur l'autre.

(1) Collection des initiations médicales. In-8 de 190 pages avec 19 figures. — Prix : 22 fr. — Paris, Masson et C<sup>ie</sup>

(2) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1935, n° 71, p. 1240 ; n° 73, p. 1242 ; n° 75, p. 1279.

Le diagnostic peut être délicat si la fracture est incomplète, simple fissure sans déplacement ; on se basera sur :  
L'intégrité des ligaments latéraux ;  
La douleur localisée sur la rotule ;  
L'existence d'un hématome de la bourse séreuse pré-rotulienne.

**Rupture du tendon du quadriceps.** — On la reconnaît facilement par l'existence d'une dépression sus-rotulienne avec maximum douloureux à ce niveau.

**Rupture du ligament rotulien.** — La rotule apparaît anormalement remontée par comparaison avec le côté sain et au-dessous de la pointe de la rotule, on palpe une dépressibilité caractéristique.

**Arrachement de la tubérosité antérieure du tibia.** — Il est facile de rapporter à cette cause des symptômes localisés à la tubérosité antérieure avec :

Mobilité anormale et gonflement en croissant sous-rotulien, quand la fracture est complète ;

Douleur exquise et localisée, si la fracture est incomplète.

**Fractures des épiphyses.** — Pour l'extrémité inférieure du fémur, ce n'est pas tant avec les fractures sus et intercondyliennes que l'on peut faire l'erreur, mais avec la fracture intercondylienne (élargissement latéral, mouvements de latéralité avec crépitation), et surtout avec une fracture partielle, dont la radiographie est seule capable de faire le diagnostic.

Pour le plateau tibial, si on peut avoir l'attention attirée par une déformation permanente en léger valgum ou varum, par la douleur localisée, bien souvent, c'est la radiographie qui décele une fracture sans déplacement et surtout une fracture des épines tibiales qui peuvent se rencontrer en dehors de toute lésion des croisés.

En résumé, le diagnostic différentiel des entorses du genou est facile dans les cas habituels, notamment dans les entorses graves. Il est nécessaire, toutefois, de reconnaître la possibilité d'association d'entorses avec des lésions de l'appareil extenseur (ligament rotulien, tub. antérieure).

**B. DIAGNOSTIC DES LÉSIONS.** — Mais il est beaucoup plus difficile, et cependant nécessaire de faire le bilan des lésions d'une entorse grave pour guider la thérapeutique.

**Rupture d'un ligament latéral.** — La constatation d'un mouvement de latéralité suffit à l'affirmer sans rechercher (d'ailleurs inutilement) un choc entre les surfaces articulaires en ramenant la jambe en situation normale.

**Rupture des croisés.** — Pendant très longtemps, il a été hors de discussion qu'un mouvement de tiroir nettement constaté corresponde à la rupture d'un ou des deux croisés. Mais des constatations opératoires ont montré l'infidélité de ce signe. D'autre part, la réfection d'un ligament latéral interne déchiré a pu suffire à le faire disparaître, sans toucher au croisé rompu.

Aussi, après avoir pensé que, pour que le signe du tiroir soit net, il fallait, qu'en plus de la rupture des ligaments croisés, il y eût déchirure des ligaments latéraux, on en vient à croire que la large déchirure des ligaments latéraux suffit à le faire apparaître. Le signe du tiroir n'apparaît donc plus que comme un signe de présomption de rupture des ligaments croisés, dont le diagnostic clinique ferme est ainsi pratiquement impossible.

**Arrachements osseux.** — Si la reproduction rapide de l'épanchement après évacuation, si l'existence de blocages aux mouvements actifs ou passifs peut faire soupçonner un arrachement du plateau tibial, la radiographie, faite dans les conditions précisées plus haut, est seule capable de l'affirmer.

(A suivre.)

J.-N. COURVOISIER.

Le Directeur-gérant : D<sup>r</sup> François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.



---

# NÉVROSES INSOMNIES

---

# LOBÉLIANE LALEUF

ANTISPASMODIQUE PUISSANT  
EXCLUSIVEMENT VÉGÉTAL  
GOÛT ET ODEUR AGRÉABLES  
ATOXIQUE

---

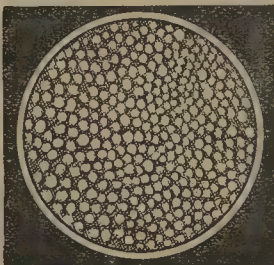
DOSE CALMANTE : 2 à 5 cuillerées à café par jour  
DOSE HYPNOTIQUE : 1 à 3 cuillerées à café le soir

---

ÉCHANTILLONS ET LITTÉRATURE  
LABORATOIRES LALEUF  
20, RUE DU LAOS — PARIS (XV<sup>e</sup>)

---

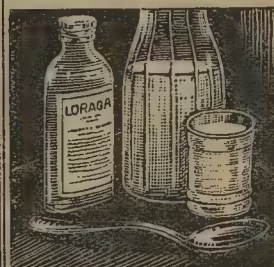
Nouvelle adresse : 51, rue Nicolo, PARIS (XVI<sup>e</sup>).



Goutte de Loraga dans laquelle on se rend compte de la ténuité et de la régularité des globules d'huile de paraffine, constituant une véritable émulsion très homogène.



Pour les malades aimant absorber leur médicament dans de l'eau : une cuillerée à soupe de Loraga dans un verre, ajouter de l'eau et boire le tout.



Pour les enfants qui répugnent, par principe, à prendre des médicaments : une ou deux cuillerées à café dans du lait.



"Une émulsion doit couler aisément", dit le bon pharmacien. Le Loraga satisfait à cette exigence sous tous les climats.



# LORAGA

Emulsion originale d'huile de paraffine et d'agar-agar avec phénolphthaleïne

## Régulateur physiologique de l'intestin

S'incorpore intimement au contenu intestinal. Donne au bol fécal la consistance et la plasticité normales. Stimule doucement le péristaltisme sans provoquer de spasmes.

**INDICATIONS :** Toutes formes de constipation et à tout âge. — Paresse intestinale au cours de la grossesse et pendant la période de lactation. — Atonie intestinale des vieillards.

**TOLÉRANCE PARFAITE - AUCUNE ACTION SECONDAIRE PAS D'ACCOUTUMANCE NI DE SUINTEMENT HUILEUX**

LITTÉRATURE ET ÉCHANTILLONS SUR DEMANDE A MM. LES MÉDECINS

## LABORATOIRES SUBSTANTIA

M. GUÉROULT, Pharmacien

13, Rue Pagès

SURESNES (Seine)





La Lancette Française

# GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6<sup>e</sup>. Tél. : Danton 48-31.PUBLICITE : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6<sup>e</sup>) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

## PRIX DE L'ABONNEMENT

### FRANCE

3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.

Etudiants : 25 francs par an.

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

### ETRANGER

Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.

Tous les autres pays : 75 francs.

## SOMMAIRE

### REVUE GÉNÉRALE

Les régimes sans lait dans la première enfance, par M. P. BAIZE.

### SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

### INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

La liberté de prescription, par M. A. HERPIN.

### PRATIQUE MÉDICALE

### REVUE DES THÈSES

### LIVRES NOUVEAUX

## INFORMATIONS

**GUERRE.** — Le médecin général inspecteur L'Herminier est placé dans la deuxième section (réserve) du cadre du Corps de santé militaire des troupes coloniales.

**COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.** — Chaire d'anatomie pathologique. (Professeur : M. G. ROUSSY.)

— Un cours de perfectionnement de diagnostic et de technique anatomo-pathologique, par M. Charles Oberling, agrégé, et M. Jacques Delarue, assistant, commencera le lundi 7 octobre, à 14 h., au laboratoire d'anatomie pathologique, 21, rue de l'Ecole-de-Médecine, et se poursuivra les jours suivants, de 13 h. 30 à 17 h., jusqu'au jeudi 31 octobre.

Le cours comprend :

1<sup>o</sup> 22 exposés théoriques avec projections sur des sujets d'anatomie pathologique médicale.

2<sup>o</sup> 22 séances de technique avec démonstrations au cours desquelles les auditeurs seront entraînés aux diagnostics histologiques tels qu'ils se présentent dans la pratique d'un laboratoire d'anatomie pathologique de clinique médicale. Les préparations effectuées par chaque auditeur resteront sa propriété; elles constitueront une base de collection dont les éléments auront été choisis parmi les cas les plus démonstratifs.

En plus de ces préparations, les auditeurs auront l'occasion d'étudier un grand nombre de coupes comportant la grande majorité des affections qui se présentent dans la pratique médicale.

3<sup>o</sup> 8 séances de démonstrations d'autopsie qui comporteront la présentation et la discussion de pièces macroscopiques avec examens histologiques immédiats par congéla-

tion. Ces séances auront lieu les lundis, mercredis et vendredis, de 10 h. à 12 h. 1/2, à l'Institut du cancer, 16 bis, avenue des Ecoles, à Villejuif (service spécial d'autocar à l'aller et au retour).

Ce cours est réservé exclusivement aux auditeurs régulièrement inscrits.

MM. les internes des hôpitaux qui désirent participer à ce cours sont priés de s'inscrire directement au laboratoire.

Seront admis les docteurs français et étrangers, les étudiants ayant terminé leur scolarité, immatriculés à la Faculté, sur présentation de la quittance de versement du droit. MM. les étudiants devront en outre produire leur carte d'immatriculation.

Le droit d'inscription est fixé à 250 fr.

S'inscrire au secrétariat de la Faculté.

**FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON.** — Clinique de la tuberculose. — Un cours de perfectionnement sur la tuberculose, sous la direction du professeur Paul Courmont, avec le concours du Comité national de défense contre la tuberculose, est organisé à Lyon, du mercredi 13 novembre au mercredi 11 décembre 1935 (quatre semaines).

Il comprendra, chaque jour, des conférences, des cliniques au lit du malade, des exercices pratiques de clinique (radiographie, pneumothorax, etc.), de laboratoire (bactériologie, sérologie).

Le cours sera donné à la Clinique de la tuberculose par le professeur P. Courmont et ses assistants, et dans différents services spécialisés avec la collaboration de professeurs de la Faculté de médecine, de médecins des hôpitaux, de chefs de laboratoire.

Les inscriptions sont reçues au secrétariat de la Faculté de médecine, avenue Rockefeller, n° 5, à Lyon.

Les droits à verser sont de 250 fr.

Le Comité national de défense contre la tuberculose met à

## OUABAÏNE ARNAUD

LABORATOIRE NATIVELLE, 27, Rue de la Procession, PARIS (XV<sup>e</sup>)

la disposition des médecins de dispensaires ou des candidats à ces postes un certain nombre de bourses.

S'adresser, pour les bourses, au professeur P. Courmont.

**NÉCROLOGIE.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Savolle (de Roanne); Charles Lebrun (à Lecumberry, Basses-Pyrénées).

## INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

### LA LIBERTÉ DE PRESCRIPTION

Que dirait-on si, un beau jour, au cours d'une bataille, le ministre de la Guerre transférait aux « riz-pain-sel » la direction des opérations ?

Il y aurait toute chance pour que, fût-il civil ou militaire, la carrière de ce ministre fût gravement compromise. Et cependant, c'est une idée du même ordre qui vient d'être émise, dans le projet de réforme des Assurances sociales, par le Ministère du Travail ! C'est au moins ce que nous apprennent les gazettes, qui abondent en détails sur la bonne entente de ce ministère avec les Caisses, et qui ne disent pas un mot de ce que peuvent penser les groupements médicaux qui, vraisemblablement, n'ont pas été consultés.

Ces Assurances sociales ont un but : l'amélioration de la santé publique ; pour sa réalisation administrative, elles ont un moyen, les Caisses. Mais il ne faudrait tout de même pas confondre le moyen et le but. D'autant que, si la loi française présente un progrès sensible au point de vue médical sur les législations étrangères, il n'en est pas de même au point de vue administratif, où les mêmes erreurs ont été commises.

Cela pourrait encore aller, si ces organismes administratifs voulaient bien se cantonner dans leur rôle normal ; mais ils ne pensent qu'à en sortir et à empiéter sur le domaine technique qui leur échappe par définition, car il est bien évident que la technique médicale ne peut que leur être étrangère.

Cette tendance va se trouver encouragée par le projet du Ministère du Travail, qui prétend leur donner un rôle dans la partie où précisément ils sont incompétents ; si bien qu'en favorisant ces empiètements, cette confusion entre le moyen et le but, au lieu d'être une amélioration, ce projet ne sera en réalité, sur ce point, qu'une régression.

La loi prévoit et prescrit le libre choix du médecin ; le corollaire en est l'entente directe, corollaire consacré par la jurisprudence ; mais, si le malade a le libre choix de son médecin, peut-on concevoir que ce dernier n'ait pas le libre choix des médicaments ?

Car, c'est bien ce que se propose d'édicter le Ministère du Travail : il y aura une liste des spécialités pharmaceutiques autorisées pour les Assurés sociaux.

Déjà, après avoir tant proclamé que l'Assuré social devait être soigné comme un malade ordinaire, cette proposition ouvre une première brèche dans cette conception hautement humanitaire. Désormais, si elle est adoptée, il y aura des médicaments pour les malades ordinaires, et des médicaments pour les Assurés sociaux, il y aura une thérapeutique pour les favorisés et une pour... les autres.

En outre, cette liste de spécialités autorisées doit être, si on en croit les informations parues sur ce sujet, établie par... les médecins contrôleurs des Caisses !

S'il en est ainsi, ce serait la première fois, croyons-nous que la loi, ou un décret-loi, consacrerait l'abandon de cet

axiome juridique qui décréait que la même personne ou la même personnalité ne pouvait être à la fois juge et partie.

Nous ne prétendons certes pas contester la bonne volonté des médecins contrôleurs des Caisses ; mais peut-être serait-il convenable de ne pas leur attribuer une autorité que la composition de la Commission prévue par la loi de 1930 (Doyen de la Faculté de Médecine, Doyen de la Faculté de Pharmacie, un membre de l'Académie de Médecine, un représentant de la Confédération des Syndicats médicaux) pourrait faire juger discutable. Puis, ils sont sous la dépendance directe des conseils d'administration des Caisses qui leur servent leur traitement et peuvent, suivant leur bon plaisir, les conserver ou les remercier. Il semble donc bien qu'en l'espèce, ils agiraient comme agents des Caisses, et qu'en définitive ce seraient ces dernières qui imposeraient leur volonté et qui seraient, comme nous disions plus haut, juges et parties.

Et, aussi bien juges que parties seraient également incompétents.

On s'engagerait ainsi dans une voie désastreuse : aujourd'hui, ce seraient les spécialités pharmaceutiques qui seraient contingentées ; demain ce seraient les produits magistraux, les procédés de laboratoire, les instruments de chirurgie ! Et un jour prochain, les médecins !

Et tout cela par le fait d'une erreur initiale : il s'agit de médecine, et ce sont des profanes qui donnent leur avis. Si l'auteur de la proposition voulait faire construire une maison, il lui faudrait peut-être s'adresser, comme moyen, à une banque pour se procurer les fonds nécessaires ; mais nous doutons qu'il confierait à un financier l'établissement des plans et la direction de la construction.

Chacun son métier... et Dieu sait s'il y a des choses qui, dans certaines Caisses, gagneraient à être mieux gardées.

A. HERPIN.

### RENSEIGNEMENTS

**A LOUER** appart. d'angle très écl., 3 p. princ. Gr. couloir, cuis., s. de b., chauff. cent. ind. Conf. mod., loyer 5.500. Conv. aussi p. cabinet médical, 211, rue de la Croix-Nivert.

**A VENDRE** soleil médical ultraviolet parfait état. — Ecrire : E. Dupuis, 60, avenue Champs-Élysées.

**VEUVE** b. éduc. sténo-dactylo, dem. emploi. Dirigerait intérieur Paris ou grand centre. — Ecrire n° 503.

ANÉMIES  
DYSPEPSIES  
ANTITOXIQUE



DOSE: 4 à 6  
TABLETTES  
PAR JOUR

**BIOXYDE DE MANGANESE COLLOÏDAL SELS MAGNÉSIENS**  
Laboratoire SCHMIT, 71 Rue Sainte-Anne, PARIS, 2<sup>e</sup>

Insomnies  
Tous nerveux.

**BROMÉINE MONTAGU**



# CONSTIPATION

AUCUNE ACCOUTUMANCE

ACTION RÉGULIÈRE  
ET CONSTANTE

1 à 6 comprimés par jour  
aux repas ou au coucher.  
Commencer par deux comprimés

LABORATOIRES LOBICA  
46, AVENUE DES TERNES - PARIS  
25, RUE JASMIN - PARIS (16<sup>e</sup>)



à base de :

- POUDRE DE MUQUEUSE INTESTINALE
- EXTRAIT BILIAIRE
- FERMENTS LACTIQUES
- AGAR-AGAR

# TAXOL

Granules de CATILLON

## STROPHANTUS

à 0,001 Extrait Titré de

C'est avec ces granules qu'ont été faites les observations discutées à l'Académie de Médecine en 1889, elles prouvent que 2 à 4 par jour donnent une **diurèse rapide**, relèvent vite le **cœur affaibli**, dissipent **ASYSTOLIE, DYSPNÉE, OPPRESSION, ŒDÈMES**, Affections **MITRALES, CARDIOPATHIES** des **ENFANTS** et **VIELLARDS**

Granules de CATILLON 0,0001

## STROPHANTINE

CR.

TONIQUE du CŒUR par EXCELLENCE — TOLÉRANCE INDÉFINIE

Prix de l'Académie de Médecine pour "Strophantus et Strophantine", Médaille d'Or Expos. Univ. 1900

PARIS, 3, Boulevard St-Martin. — R. C. Seine 48283

# PEPTONATE DE FER ROBIN

Gouttes - Vin - Élixir

## ANÉMIE-CHLOROSE-DÉBILITÉ

LABORATOIRES ROBIN, 13, Rue de Poissy PARIS

R. C., 211.839,  
Seine.

**LABORATOIRES CARTERET**

LIQUIDE  
et  
COMPRIMÉS

**ANTISEPTIQUE GÉNÉRAL***Sans odeur et non toxique***LUSOFORME***Formol saponiné***DÉSINFECTANT -- DÉSODORISANT**

S'EMPLOIE EN SOLUTION AQUEUSE à 1/4 ou 1/2 p. 100 en GYNECOLOGIE, OBSTÉTRIQUE, CHIRURGIE

Échantillon et Littérature : 15, rue d'Argenteuil, PARIS

**POSOMÉTRIE ABSOLUMENT RIGOUREUSE****CALOMEL  
VICARIO****PETITS COMPRIMÉS**

Un milligramme, quart et demi-centigramme  
un, deux et cinq centigrammes  
DÉSAGRÉGATION RAPIDE

**NEURALGIES -- GRIPPE -- RHUMATISMES****NOPIRINE  
VICARIO****ASPIRINE RENFORCÉE**

Pharmacie VICARIO, 17, boul. Haussmann, PARIS



REVUE GÉNÉRALE

## LES RÉGIMES SANS LAIT DANS LA PREMIÈRE ENFANCE

Par M. le docteur P. BAIZE  
Ancien chef de clinique infantile à la Faculté

Si, dans l'immense majorité des cas, le lait maternel ou à son défaut le lait de vache, le lait condensé, le lait sec, le babeurre, etc., bien maniés et donnés suivant leurs indications, suffisent à faire face aux exigences diététiques du premier âge et à permettre une croissance satisfaisante, il y a cependant des circonstances où le pédiatre est amené à *restreindre ou même à supprimer complètement le lait* dans l'alimentation du jeune enfant. Ce sont celles, rares à vrai dire, où le lait et ses dérivés se comportent vis-à-vis de l'organisme du nourrisson *comme de véritables poisons* (grande anaphylaxie au lait, eczéma avec idiosyncrasie lactée), ou sont tellement mal tolérés par les voies digestives que l'enfant finit par présenter un état à la fois dyspeptique et dystrophique qui l'achemine vers l'athrepsie (*hypotrophie* liée à la dyspepsie du lait de vache).

Dans ces cas, il devient nécessaire de *substituer*, au moins partiellement, au régime lacté un *régime de remplacement* qui apporte au nourrisson, en quantités et en proportions utiles, les éléments nécessaires à son entretien et à sa croissance : hydrates de carbone, protéines, graisses, eau, sels, vitamines, etc. Ces *régimes sans lait* (Milchlose) ou *pauvres en lait* (Milcharme) dont la composition n'est pas sans dérouter quelque peu le lecteur, ont fait depuis quelques années l'objet d'études nombreuses et importantes de la part des auteurs allemands (Czerny, Hamburger, Moll, Epstein surtout) et, en France, de la part de M. Ribadeau-Dumas, de M. Cathala et de leurs élèves (1).

Comme il arrive souvent quand apparaît une nouvelle méthode thérapeutique, leur emploi a tendu à se généraliser et on les a appliqués un peu à tort et à travers, dans une foule d'états où ils n'étaient nullement indiqués : tétanie, rachitisme, gastro-névrose émétisante, dyspepsies graves avec état toxique (= diarrée cholériforme ?), maladie coeliaque, anémies, etc. On ne saurait trop insister sur le caractère abusif d'une pareille extension : les régimes sans lait, de préparation longue et délicate, de tolérance aléatoire, non dénués d'inconvénients et de dangers (sur lesquels nous insisterons plus loin) ne peuvent et ne doivent être considérés que comme des régimes d'except-

tion, à n'instituer que lorsque la preuve est faite que l'enfant ne peut être nourri autrement. Ainsi limités à deux ou trois indications précises, ils rendent, en pédiatrie, dans nombre de cas épineux, d'indiscutables services.

\* \* \*

Le lait, quelle que soit son origine, renferme un certain nombre d'éléments nécessaires pour assurer l'équilibre vital et la croissance du nourrisson. De ces éléments, les uns sont *indispensables*, tels que les *substances albuminoïdes* (et en particulier certains amino-acides comme le tryptophane et la lysine) — *l'eau* — *certaines minéraux* (chlorure de sodium, calcium, fer, phosphore) ; — les autres sont *très utiles*, tels que les *graisses*, les *hydrates de carbone*. La multiplication intensive des cellules du jeune organisme exige encore, à côté des « matériaux de construction » des catalyseurs, des hormones qui « excitent et dirigent cette construction » : sels minéraux agissant à l'état de traces, vitamines et enzymes spécifiques dont l'action, pour être mal connue, n'en est pas moins certaine.

Un régime qui se propose de remplacer le lait doit donc à la fois être *complet*, c'est-à-dire renfermer toutes les substances précédentes, et *équilibré*, c'est-à-dire se rapprocher d'aussi près que possible de la composition du lait de femme pris pour type. Il ne suffit d'ailleurs pas de remplacer poids par poids les substances constitutives du lait, il faut encore faire entrer en ligne de compte la valeur qualitative, *biologique*, de chaque élément, valeur très variable suivant la provenance de celui-ci.

Les *hydrates de carbone* sont facilement trouvés dans l'emploi du saccharose, du lactose et surtout des diverses *farines*, et les *graisses* dans le *beurre* et dans certaines *huiles*, animales (foie de morue) ou végétales (olives ou arachides) ; on sait que ce sont principalement ces substances qui fournissent à l'organisme les calories dont il a besoin pour couvrir ses besoins énergétiques.

Le choix des *albumines*, nécessaires à l'édification cellulaire, est plus délicat. Elles doivent en effet représenter de 12 à 15 % de la ration calorique totale et contenir les amino-acides indispensables : tryptophane, lysine, cystine, arginine, histidine, etc. Suivant les cas, on les demande à certaines substances *animales* (viande, viscères, œuf) ou *végétales* (lait d'amandes, farine de soja ou de tournesol).

Les *sels minéraux* sont fournis par l'addition d'un mélange salin plus ou moins complexe ou plus simplement de chlorure de sodium.

La *quantité d'eau* introduite dans un tel régime est importante à préciser ; on sait, en effet, qu'une concentration exagérée des aliments peut donner naissance à des accidents : fièvre de lait sec, fièvre de sucre, fièvre de babeurre, etc. La concentration doit rester voisine de 700 calories par litre d'aliments, c'est-à-dire sensiblement égale à celle du lait de femme. Le nourrisson a besoin de 140 gr. d'eau environ par kilogramme de poids corporel et par jour.

Enfin, le régime doit être *largement additionné de vitamines* sous la forme de *jus de fruits* (citron,

(1) Comme études d'ensemble sur les régimes sans lait, voir : A.-B. MARFAN, *Traité de l'allaitement*, 4<sup>e</sup> édit. 1930, pp. 778 et 847. — J. CATHALA et M. VERMOREL, *Presse Médicale*, 15 décembre 1928. — M. VERMOREL, *Thèse de Paris*, 1930. — A. BOHN, *L'Hôpital*, XVII, n° 241, p. 458. — L. WILLEMIN-CLOG, *Revue française de Pédiatrie*, t. VI, n° 2, 1930. — Mlle A. CHAUVIRÉ, *Thèse de Lyon* 1929. — R. AULAGNIER et Mlle LAMBERT, *Journal de Méd. de Lyon*, 5 avril 1932, p. 223. — P. BAIZE, *Thèse de Paris*, 1931, t. 94 et seq. ; *Bulletin Médical*, 31 décembre 1932, p. 919. — A. MADER, *Med. Welt*, octobre 1933, p. 1534. — Voir aussi le récent numéro spécial du *Bulletin Médical* (27 juillet 1935).

orange, raisin) [vitamine C], de *jus de légumes frais* (épinards, laitue, carotte, tomate) [vitamines A et B], d'*huiles animales, de beurre, de foie, de jaune d'œuf* [vitamine A], de *malt* et de *levure de bière* [vitamine B], d'*huile de foie de morue* et de *stéroïdes irradiés* [vitamine D], etc.

On voit que l'établissement d'un régime sans lait complet, équilibré, suffisamment riche en amino-acides et en vitamines, est un problème difficile, d'autant plus que ces aliments doivent être présentés sous la forme liquide ou demi-liquide seule acceptée par le jeune enfant, être d'un goût agréable, et ne pas provoquer d'accidents d'intolérance digestive.

Au reste, quelle que soit la perfection avec laquelle ce problème a été résolu, notamment par les Allemands, un tel régime — et c'est là un point d'une importance capitale — ne peut prétendre à remplacer complètement l'alimentation lactée ; il est, en effet, incapable à lui seul d'assurer une croissance satisfaisante. Hamburger pensait pouvoir nourrir longtemps des enfants sans utiliser une goutte de lait ; mais la plupart des auteurs qui l'ont suivi dans cette voie estiment que ces régimes ne donnent de bons résultats qu'autant que l'on conserve une petite quantité de lait dans l'alimentation. Il semble qu'il existe, dans tous les laits, y compris le babeurre et le lait caillé, une propriété spéciale dont l'intervention permet seule un développement satisfaisant (Lereboullet, Ribadeau-Dumas). « Même dans les cas de dyspepsie du lait de vache », écrit Mlle Domela (2), « alors que cet aliment [le lait de vache] est toxique à haute dose, il semble qu'il existe une dose non toxique indispensable à la croissance. » Il est du reste exceptionnel qu'on ne puisse pas faire tolérer au nourrisson la minime quantité de lait nécessaire (10 % environ). En pratique, on aura donc beaucoup plus souvent à établir des régimes lactés restreints que des régimes sans lait proprement dits.

\*  
\*\*

On peut remarquer que la notion de régimes sans lait n'est pas nouvelle. Depuis longtemps, les pédiatres, en présence des graves accidents de l'anaphylaxie lactée ou chez les nourrissons eczémateux, prescrivait, à contre-cœur d'ailleurs, des farines, maltées ou non, préparées à l'eau ou au bouillon de légumes.

De tels régimes, pratiquement dépourvus de protéines et de graisses, manquant presque complètement de vitamines, entraînaient rapidement un état dystrophique grave. L'emploi, concurremment avec les farineux, de *potages aux légumes et au tapioca* préconisés par M. Röhmer, l'adjonction de *jus de légumes* et de *fruits frais* pour suppléer au manque de vitamines, l'utilisation d'*huile de foie de morue* (1 à 2 c. à café par jour, Ribadeau-Dumas et Lecoq) ou mieux de la *soupe au beurre* de Czerny et Kleinschmidt (3) compensent dans une certaine mesure ce que ces ré-

gimes ont de trop pauvre et de trop monomorphe ; mais, même ainsi enrichis ils restent *trop pauvres en albuminoïdes*. Comme l'écrit Willemin-Clog : « C'est la source d'azote qui distingue entre eux les régimes artificiels et fait leur originalité, c'est d'elle que dépend en grande partie leur succès. » Cet azote, les auteurs allemands sont allés le chercher dans divers aliments, les uns d'origine animale, les autres de nature végétale.

## A. — REGIMES A BASE DE PROTEINES ANIMALES

### 1<sup>o</sup> Régime de Hamburger

Le régime de Hamburger (4) où n'entre pas une goutte de lait, comporte l'administration quotidienne, répartie en cinq repas, de la préparation suivante : à une bouillie farineuse de *crème de riz* (de 6 à 8 %) préparée à l'eau, dont la quantité totale ne doit pas dépasser 800 gr. et qui représente à la fois la base de l'alimentation et l'apport en *hydrates de carbone*, on ajoute suivant les besoins, 10 à 30 gr. de *sucres* de betterave et 40 à 80 gr. de *foie de veau cuit* et finement broyé au mortier. Le foie est ici la source des protéines du régime : ses acides aminés paraissent très comparables à ceux du lait, et il contient en outre, unis à ses albumines, une forte proportion de fer de sels minéraux et d'hydrates de carbone ; il renferme enfin en abondance les vitamines A, B et C. — Hamburger complète son régime par l'emploi d'une *soupe butyro-farineuse* analogue à celle de Czerny-Kleinschmidt (mais où l'huile d'arachides remplace le beurre) aux doses de 100 à 300 gr. répartis sur l'ensemble des cinq repas, ce qui apporte des graisses et permet de diminuer d'autant la quantité de bouillie au foie. Enfin, pour être certain que ni vitamines, ni sels minéraux ne font défaut, Hamburger donne encore de 10 à 30 gr. de *jus de fruits* ou de *légumes frais*, de 5 à 10 gr. d'*huile de foie de morue* et 0 gr. 25 à 0 gr. 50 par litre d'aliments du mélange salin d'Osborne et Mendel.

Les nourrissons prendraient assez bien cette alimentation, sauf à faire quelques difficultés au début. Sur 14 observations rapportées par Hamburger, deux fois seulement on dut cesser le régime en raison des vomissements et de la chute de poids, après 13 jours et 22 jours d'alimentation sans lait. Tous les enfants étaient âgés de moins d'un an et 6 d'entre eux de moins de 6 mois ; la durée du régime fut de 1 mois à 11 mois. Hamburger ne semble pas attacher à la reprise de poids une valeur très grande pour juger de la valeur de son régime. Au début, le poids reste quelque temps stationnaire ou même fléchit légèrement ; plus tard, il croît assez régulièrement, tout en restant un peu inférieur à la normale. Les fonctions mo-

La composition du « lait au roux » est la suivante :

Eau .....	100 gr.
Farine d'orge .....	} à 5 à 7 gr.
Beurre roussi .....	
Sucre .....	

On peut le donner sans inconvénient dès les premiers mois, dans la proportion de 2/3 de soupe pour 1/3 de lait. Le roussissage débarrasse le beurre de ses acides gras volatils nocifs.

(4) R. HAMBURGER, *Jahr. f. Kinderh.*, t. CIII, 1923, p. 277.

(2) Mlle M. DOMELA, *Thèse de Paris*, 1930.

(3) CZERNY et KLEINSCHMIDT, *Jahr. f. Kinderh.*, t. LXXXVII, p. 1. — FOREST (de Strasbourg), *Le « lait au roux »*, *Le Nourrisson*, 1919, p. 217. — B. VARRON, *Thèse de Bordeaux*, 1926.



trice et statique, le développement psychique, l'état hématologique sont satisfaisants ; la résistance aux infections semble accrue. Il y a 2 à 4 selles par jour, brunes, d'odeur acide ou fade, peu homogènes, mais assez solides.

Röedel (5) qui a employé le régime de Hamburger chez 11 enfants, les uns sains et les autres eczémateux, en a obtenu de bons résultats 4 fois, des résultats nuls dans 4 cas, et a observé des accidents digestifs et une chute de poids dans 3 autres cas.

## 2° Régimes de Epstein

Hamburger avait prévu que l'on pourrait remplacer le foie par le *ris de veau*, la *cervelle*, les *rognons* ou même la *chair musculaire* ; ces idées ont été développées et mises en pratique par Epstein (de Prague) (6) et après lui par Stolte.

Dans une première série de recherches portant sur 173 enfants, Epstein avait d'abord employé le foie, le ris de veau et surtout la *cervelle* de veau ou de porc, de la manière suivante : la cervelle étant cuite, dans l'eau jusqu'à ramollissement complet et passée au tamis, on l'incorporait dans la proportion de 100 gr. de cette purée pour 50 gr. de liquide, dans du *bouillon de viande* ou de la *crème de riz* à 5 ou 10 %. La cervelle présente de nombreux avantages en raison de sa richesse en graisses, en protéines, en Hydrates de Carbone, et en vitamines A et B, richesse qui explique sa valeur calorique élevée (= 110 calories pour 100 gr. de viscère).

Remarquant que les préparations farineuses qui servent d'excipient au foie ou à la cervelle sont pauvres en calories et trop monomorphes, Epstein les remplaça ensuite par le *pudding-diät* de Moll et Stransky, auquel il ajoute, suivant les cas 80 gr. de foie réduit en bouillie, ou la même quantité de *ris de veau*, de *cervelle* ou de *rognon*, de sorte que :

100 gr. de pudding au foie représentent : 160 à 170 calories ;

100 gr. de pudding à la cervelle : 175 calories ;

100 gr. de pudding au rognon : 150 calories.

Pour l'emploi, le pudding est délayé dans du *thé léger*, dans la proportion de 1 à 1 ou de 2 à 1, et passé au tamis.

Les enfants ne sont d'ailleurs pas nourris exclusivement à l'aide de ces puddings ; par exemple, sur 5 repas, ils reçoivent 3 fois le pudding, 1 fois un potage aux légumes, 1 fois du lait. Ce régime a été appliqué par Epstein chez 35 enfants, presque tous âgés de moins d'un an, et 15 d'entre eux âgés de moins de 6 mois, avec un résultat très satisfaisant, pendant une durée de 2 à 7 mois, sans troubles digestifs ni répugnance de la part des patients.

Les régimes d'Epstein diffèrent donc de ceux d'Hamburger, non seulement par le choix d'une source différente de protéines, mais encore et surtout en ce qu'ils ne suppriment pas complètement le lait de l'alimentation, mais se contentent de le restreindre

considérablement. Stolte, avec des régimes assez analogues, mais où entrent, en outre, du beurre et de la chair à saucisse, aurait eu d'excellents résultats chez des enfants âgés de 4 à 8 mois.

## 3° Régimes à base d'œuf

D'autres régimes utilisent l'œuf comme source de protéines. Hindes (de Bakou) (7) alimente depuis 20 ans ses nourrissons pendant l'été avec des farines de gruau dextrinées, des purées de légumes, des compotes de fruits, du *jaune d'œuf* et de la moelle osseuse, ce qui lui permet, dit-il, « d'éviter les troubles digestifs graves de la saison chaude, avec une mortalité 2 fois et demie moindre chez les enfants ainsi nourris que chez ceux qui reçoivent du lait ». Nous avons vu précédemment qu'Epstein faisait entrer dans la composition de ses régimes le *pudding-diät* de Moll et Stransky (8). Le *pudding-diät* se prépare de la façon suivante : 80 gr. de farine (biscottes écrasées) et 1 gr. de sel sont mélangés à 200 gr. d'eau. On ajoute un *jaune d'œuf* avec 40 gr. de sucre, puis le blanc battu en neige. Le tout est cuit au bain-marie pendant une demi-heure dans un moule enduit de beurre et de farine, puis passé au tamis et brassé dans une quantité égale de thé ou de petit lait ; 1 litre de ce *pudding-diät* représente environ 750 calories. Moll et Stransky l'ont employé dans la dyspepsie du lait de vache, avec succès semble-t-il. Klinké (de Breslau) (9) a également utilisé l'œuf combiné à l'eau de riz à 10 % et à la farine, dans 52 cas, avec 9 fois des troubles digestifs (selles vertes) qui ont obligé à suspendre l'administration de ce mélange. Il faut noter encore que malgré sa richesse en calories ce régime aux œufs n'a presque jamais permis d'obtenir une augmentation de poids satisfaisante.

## B. — REGIMES A BASE DE PROTEINES VEGETALES

Les régimes sans lait à base de protéines animales sont souvent mal tolérés par l'enfant très jeune, parce que facilement putrescibles avec libération de produits hautement toxiques et enfin d'une préparation et d'une conservation difficiles. Pour ces raisons, on a cherché des albuminoïdes dans le *lait d'amandes* (Moll) et dans les *farines d'aleurone*, *soja* des auteurs américains, ou *tourne-sol* (Ribadeau-Dumas) qui sont particulièrement riches en protéines et de digestion aisée.

### Régime de Moll

Le régime de Moll (10) également appliqué par Dienst (11) comporte l'emploi parallèle du *pudding-diät*, de Moll et Stransky, et d'un *lait d'amandes* préparé en mélangeant à parties égales une émulsion d'amandes douces et du petit lait. Cette mixture est additionnée de 5 % de farine de riz et de 10 % de sucre ; elle représente de 650 à 680 calories par litre ;

(7) HINDES, Arch. f. Kinderh., t. LXXVIII, 1926, p. 9.

(8) MOLL et STRANSKY, Zeitschr. f. Kinderh., t. C, 1923, p. 3.

(9) KLINKE, Jahr. f. Kinderh., t. CXIV, 1926, p. 1.

(10) MOLL, Monatsschr. f. Kinderh., B. XXVI, 1923, p. 250 ;  
IBID., Bd XXXII, 1926, p. 428. — Zeitschr. f. Kinderh., XXII, 1919, p. 147. — Wiener Med. Woch., n° 41 et 43, 1927.

(11) DIENST, Revue Française de Pédiatrie, n° 4, t. IV, 1928.

(5) RÖEDEL (W.), Monatschr. f. Kinderh., t. XXXV, 1927, p. 103.

(6) B. EPSTEIN, Jahr. f. Kinderh., t. LXVII, oct. 1927, p. 281.  
— STOLTE, cité par Epstein.



a l'aspect du lait et un goût agréable. Elle est riche en matières minérales et presque dépourvue de caséine. Malheureusement, Popowa (12) a employé ce régime chez 22 enfants atteints de diathèse exsudative sans augmentation nette du poids. M. Maillat qui l'a essayé dans 11 cas à la Fondation Parquet y a renoncé en raison du peu de résultats obtenus et du danger de troubles gastro-intestinaux graves.

Plus maniables et plus intéressantes sont les farines d'aleurone, soja et tournesol (12 bis).

### Soja et Tournesol

Le soja dont la graine est utilisée en Extrême-Orient depuis une haute antiquité, a surtout été employé par les auteurs américains (J. Rurah, Sinclair, Osborne et Mendel, etc. (13) dans le traitement des diarrhées infantiles et des hypotrophies. La farine de soja, riche en protéines (elle en contient de 35 à 45 %) ne possède malheureusement qu'un pouvoir de croissance insuffisant, et il est nécessaire de lui adjoindre un certain nombre de substances complémentaires, telles que H.C., graisses, amino-acides, vitamines A, B et C, sels minéraux ; c'est ce mélange que réalise une spécialité préconisée outre-Atlantique, le « sobee », récemment étudié par L. Webb-Hill et H. Stuart (14). D'autre part, la saveur fade et désagréable du soja le font souvent mal accepter par les nourrissons.

La farine de tournesol, étudiée chimiquement par M. André (15) et appliquée en clinique à l'alimentation des nourrissons par M. Ribadeau-Dumas est passible d'objections de même nature : sa richesse en matières azotées est considérable (61 %), mais elle est très pauvre en graisses (moins de 3 %) et ne contient pas de chlorure de sodium. Enfin, Mme Randoin a montré que, si elle renfermait la vitamine B antinévritique elle était totalement dépourvue de la vitamine B<sup>2</sup> indispensable à la croissance. M. Ribadeau-Dumas l'emploie sous forme de bouillies à l'eau en l'associant à la crème de riz et en l'additionnant de sel (2 gr. 50 pour 100 gr.), de sucre (5 %) et d'extrait de malt (2 gr. 50 pour 100 gr.). On supplée à l'absence de vitamine A par l'adjonction au régime d'une cuillerée à café d'huile de foie de morue. Cette bouillie de tournesol, mieux acceptée que le soja par les nourrissons, est indiquée dans les dyspepsies du lait de vache ou des farineux et dans les hypotrophies d'origine alimentaire. Les résultats, quant à la courbe de poids et à l'état général sont bons, mais au bout de quelques semaines, la croissance se ralentit et il devient nécessaire, ici encore, de faire entrer dans la ration une certaine quantité de lait.

(12) POPOWA, *Monatsschr. f. Kinderh.*, t. XXXV, 1927, p. 426.

(12 bis) Voir comme études d'ensemble sur les farines d'aleurone : L. RIBADEAU-DUMAS, R. MATHIEU et L. WILLEMIN, *Le Nourrisson*, mars, mai et juillet 1930. — L. WILLEMIN-CLOG, *Thèse de Paris*, 1930. — H. SEEL, *Zeitschr. f. Fleisch. und Hyg.*, XL, 1930, p. 294. — J. LEVESQUE, *Bull. Médical*, 27 juillet 1935, p. 517.

(13) J. RURAH, *J. A. M. A.*, t. LIV, 21 mai 1910, p. 1654. — SINCLAIR, *New York State J. of Med.*, XVI, 1926, p. 83. — OSBORNE et MENDEL, *J. Biol. Chem.*, XXXVII, 1919, p. 157.

(14) L. WEBB-HILL et H. STUART, *J. A. M. A.*, sept. 1929, p. 983.

(15) ANDRÉ, *Bull. Acad. Agric.*, déc. 1928.

\*\*\*

Dans le service du Prof. Lereboullet avec J. Chabrun et dans notre clientèle privée, nous avons appliqué ces régimes de substitution — ou mieux de restriction lactée — chez un grand nombre de sujets, pour la plupart hypotrophiques atteints de dyspepsie du lait de vache. L'alimentation, pour l'âge de 6 mois, comprenait par exemple 2 biberons de lait (ordinaire ou modifié), 3 bouillies de farine de tournesol, et un pudding au foie de veau préparé suivant la technique d'Epstein avec quelques simplifications. On ajoutait à ce régime de l'huile de foie de morue, du jus de citron et de l'Ergorone (vitamine D).

La place nous manque pour reproduire ici toutes ces observations, dont quelques-unes sont rapportées dans notre thèse (n° IX, X, XI, LXI et LXII). Disons seulement que des régimes composés comme nous venons de le dire nous ont donné d'excellents résultats : après une phase d'adaptation de quelques jours, les selles s'amélioraient et la croissance reprenait dans la majorité des cas.

\*\*\*

Les régimes sans lait — ou pauvres en lait — ont été mis en œuvre chez des nourrissons normaux et chez des nourrissons malades.

Chez les premiers, l'expérience, d'intérêt surtout physiologique, a démontré que la suppression du lait pouvait être réalisée de bonne heure, maintenue longtemps sans dommage, et que, dans l'ensemble, les régimes de remplacement étaient bien supportés par les voies digestives et permettaient une croissance satisfaisante — pendant quelques semaines tout au moins. Nous n'insisterons pas sur la difficulté pratique de préparer pendant des périodes parfois fort longues une alimentation aussi complexe. Il se peut que le nourrisson normal la supporte ; comme le dit Mathieu à propos du lait de vache « la bonne santé qu'il conserve, malgré ce régime, est la preuve de sa force et de son endurance » (16).

Il en va tout autrement chez le nourrisson malade, où la tolérance digestive est plus réduite, l'équilibre vital plus précaire. Les substances dont l'association quelque peu insolite a pour but de remplacer le lait sont de provenance trop hétéroclite, de composition trop grossièrement approchée de celles que contient normalement le lait ; elles sont notamment dépourvues de ces hormones, de ces enzymes spécifiques dont l'action paraît indispensable à la croissance. Enfin les régimes qui empruntent leurs protéines à la viande, aux viscères ou aux œufs comportent une masse considérable de déchets éminemment putrescibles qui déclenchent facilement l'intolérance digestive, ou même de véritables phénomènes d'intoxication.

Pour ces raisons, les régimes sans lait sont des régimes exceptionnels, de pis-aller, à n'employer qu'au cas de nécessité impérieuse et pour une durée aussi courte que possible. Sous leur forme stricte, telle qu'elle est réalisée dans le régime de Hamburger, ils

(16) R. MATHIEU, *Journal des Praticiens*, n° 36, 1931.



n'ont guère qu'une seule indication : l'anaphylaxie au lait, rare, mais où quelques grammes de lait peuvent suffire à tuer un enfant, comme dans l'observation classique de Finkelstein. Sous la forme de restriction lactée, au contraire, ils sont susceptibles d'applications plus étendues, et leur emploi rejoint les notions de régimes de complément et d'alimentation variée (17) dont l'utilité est si grande passé le 6<sup>e</sup> mois de la vie ; comme le disent MM. Cathala et Vermorel « le pudding à la viande d'Hamburger, celui d'Epstein, permettent de compléter simplement un régime avec un ou deux repas qui apporteront tout à la fois les divers constituants alimentaires sous une forme variée, une importante ration de protéines, des vitamines en abondance et un appoint calorique important ».

Les indications des régimes sans lait, ou mieux pauvres en lait, peuvent donc être schématisées comme suit :

1<sup>o</sup> La suppression complète du lait s'impose dans les cas de grande anaphylaxie au lait. Il s'agit quelquefois d'enfants au sein, plus souvent d'enfants soumis à l'allaitement artificiel par le lait de vache, qui, à chaque prise de l'aliment pour eux toxique, présentent des accidents dramatiques et parfois mortels : pâleur livide, tendances syncopales, vomissements et diarrhée, fièvre à 39-40°, éruptions urticariennes et œdèmes. Le plus souvent, l'enfant guérit, les accidents disparaissent en quelques heures, mais ils recommencent à la moindre tentative pour donner à nouveau du lait de vache. Dans ces conditions, l'ablation s'impose comme une nécessité, et les « régimes sans lait » rendent alors d'inappréciables services.

2<sup>o</sup> La restriction lactée est formellement indiquée dans deux autres catégories de cas où le lait peut, d'une manière ou d'une autre, être tenu pour responsable des accidents observés ; nous voulons parler de l'eczéma et de certaines hypotrophies.

On sait que, dans l'eczéma, la restriction lactée et l'usage des laits modifiés sont préconisés depuis longtemps, et parfois suffisants ; mais trop souvent, l'emploi des farineux, préparés à l'eau ou au bouillon de légumes, s'il n'améliorait que peu l'eczéma, entravait sérieusement la croissance et conduisait l'enfant à l'hypotrophie. La praticien se trouvait en face d'un dilemme : ou bien laisser évoluer pendant des mois et des années ces eczémas étendus, suintants, croûteux et prurigineux qui font de la vie du nourrisson un véritable supplice, ou bien améliorer l'eczéma en portant un coup dangereux à la nutrition générale de l'enfant. Les régimes « pauvres en lait » ont permis de résoudre avec élégance cette difficulté ; réduit à une ou deux prises par 24 heures, le lait ne paraît plus nocif et les régimes d'Epstein ou de Moll permettent de compléter largement la ration alimentaire.

Toutes les hypotrophies ne sont pas justiciables des régimes de restriction lactée ; ceux-ci s'adressent essentiellement aux hypotrophies liées à cet ensemble de troubles à la fois dyspeptiques et dystrophiques que

M. Marfan a groupés sous le nom de « dyspepsie du lait de vache » et qui paraissent dus à l'absorption trop précoce, trop abondante et mal réglée de lait ordinaire. Cliniquement, il s'agit d'enfants nourris au lait de vache, qui, après une période d'embonpoint souvent anormal, cessent de croître, deviennent pâles, mous, un peu bouffis, anorexiques ; les selles sont caractéristiques : fermes, sèches, pâles, de l'aspect et de la consistance du mastic, d'odeur fétide, à la fois ammoniacale et putride, de réaction alcaline, très riches en savons alcalino-terreux et en produits de putréfaction comme l'ammoniaque. Si un régime approprié n'intervient pas, la courbe de poids fléchit, la diarrhée s'installe et l'enfant s'achemine vers l'athrepsie par les stades successifs de la dénutrition. Il est classique, en présence de la dyspepsie du lait de vache, de restreindre le lait, et d'ordonner les farineux ; on est ainsi conduit à des régimes trop pauvres, trop monomorphes, dont la prolongation finit par entraîner l'hypotrophie pour leur propre compte.

Dans ces conditions (c'est-à-dire dans les hypotrophies liées à la dyspepsie du lait de vache et dans celles qui sont la conséquence d'un régime lacto-farineux trop monomorphe et trop prolongé), les régimes pauvres en lait, mais riches en protéines, en graisses, en vitamines et produits frais de toute sorte, donnent des résultats excellents.

On peut, par exemple, pour un enfant de 6 mois, concevoir un « régime journalier pauvre en lait » de la façon suivante :

6 repas

- 2 biberons de 150 cm<sup>3</sup> de lait de vache sucré.
- 2 bouillies à la farine de Tournesol, à l'eau.
- 1 potage aux légumes écrasés et finement passés.
- 1 pudding type Hamburger ou type Epstein.

En plus, deux demi-cuillerées à café d'huile de foie de morue et 3 ou 4 cuillerées à café de jus de citron par 24 heures.

En résumé, les régimes sans lait, de préparation laborieuse et délicate et dont l'emploi n'est pas dépourvu d'inconvénients, doivent être considérés, dans leur application intégrale comme des modes d'alimentation tout à fait exceptionnels et réservés aux cas de nécessité impérieuse. Au contraire, à titre complémentaire, ils constituent un excellent appoint alimentaire dans l'eczéma et chez certains nourrissons hypotrophiques atteints de dyspepsie du lait de vache ou de maladie des farines. Comme tels, ils peuvent être appliqués, avec prudence avant le 6<sup>e</sup> mois, plus hardiment à l'époque du sevrage, à la condition de conserver dans l'alimentation une quantité minimale de lait dont la présence paraît indispensable à la croissance.

— Voir les notes pratiques de M. L. Babonneix parues dans la Gazette des hôpitaux en 1935, notamment N°s 53 (malt), 65 (soja), 68 (tournesol), et les Revues générales du même auteur sur les vitamines. Gaz. hôp. 1934-1935. N. D. L. R.

**Thérapeutique médicale. VIII. Système nerveux**, par M. LOEPER, avec la collaboration de MM. Th. ALAJOUANINE, R. GARCIN, P. MOLLARET, J. DECOURT, Ph. PAGNIEZ, A. LEMAIRE, R.-A. MARQUÉZY, T. DE MARTEL, J. HAGUENAU, PASTEUR VALLERY-RADOT, L. DELHERM, H. CODET, M. VILLARET. In-8 de 380 pages avec figures. — Prix : 50 fr. — Paris, Masson et Cie.

(17) Voir ABONNEAU, Thèse de Paris, 1927. — Mme CODET, Thèse de Paris, 1931.

## SOCIÉTÉS SAVANTES

### ACADEMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 9 SEPTEMBRE 1935)

Dégagement d'ammoniaque par le cerveau suivant l'état d'excitation naturelle. — M. Joseph KAHN et Mme LUBOV CHEKOUN apportent les résultats de recherches expérimentales faites sur le poisson.

## REVUE DES THÈSES

Scléroses et réactions tissulaires (1), par Marcel PLAUCHU.

« I. Il est difficile de donner actuellement une définition de la sclérose, ou plus précisément des scléroses, en raison de la variété de leurs causes et de la multiplicité des réactions qu'elles suscitent dans les tissus, et dont la complexité est beaucoup plus grande que ne le font entendre les définitions classiques.

Sur ce vaste sujet, nous nous sommes attaché à quelques points d'histologie, de physiopathologie, de clinique et d'évolution des scléroses qui ont fait particulièrement l'objet de recherches au Laboratoire d'Anatomie pathologique.

Il est superflu d'insister sur l'importance de la sclérose en pathologie ; elle se mesure à sa fréquence et à la gravité des altérations dont elle est le témoignage.

Etudiée tout d'abord du point de vue morphologique des modifications qu'elle apporte aux organes, elle a fait plus tard l'objet de nombreux travaux qui ont eu en particulier pour but de décrire les altérations histologiques qui la traduisent ; une telle étude, qui reste encore par bien des points incomplète, tant sont complexes les réactions tissulaires des scléroses, doit être poursuivie avec soin.

Toutefois, la sclérose ne relève plus exclusivement des sciences morphologiques et descriptives telles du moins qu'on les a parfois étroitement comprises ; son étude doit être désormais placée sur le plan biologique, des méthodes convergentes pouvant seules donner la solution des nombreux problèmes que soulève ce grand processus pathologique.

II. Les connaissances acquises sur le tissu conjonctif, sa constitution, la filiation de ses éléments, leurs rapports réciproques, leurs évolutions, et surtout leurs propriétés physiologiques ont grandement contribué à préciser nombre de points de l'histogénèse de la sclérose, qui n'est que le résultat de déviations de processus physiologiques et cytologiques normaux.

De particulière importance est la notion des rapports étroits qui unissent à l'état normal le tissu conjonctivo-vasculaire et les éléments épithéliaux dont il est la vie d'apport et d'échanges.

On ne saurait définir la sclérose par la simple augmentation du collagène, par la fibrose. Les modifications que l'on observe dans les milieux conjonctifs, dans ce que nous appellerions volontiers le stroma des scléroses, ne peuvent être exactement exprimées par une formule aussi sommaire. Dans les organes épithéliaux, la sclérose ne peut davantage être considérée comme la simple substitution du tissu conjonctif à l'élément épithélial. La destruction n'est pas l'unique sort des cellules épithéliales englobées dans la sclérose : il en est qui subsistent, se multiplient même en s'adaptant aux conditions nouvelles de vascularisation et

de nutrition qui leur sont faites, et en édifiant des formations épithéliales, différentes par leur structure et leur fonctionnement des dispositifs normaux. On a beaucoup parlé de la mort des éléments anatomiques par la sclérose, sans se préoccuper assez de la vie dans la sclérose.

III. Dans le domaine conjonctif, la variété de réaction des éléments mésenchymateux explique les différences d'aspects que présentent les scléroses et permet d'en distinguer des types histologiques.

Les réactions du tissu élastique, du tissu musculaire, des nerfs et des vaisseaux, ont retenu particulièrement notre attention.

a) Dans les scléroses dites élastigènes, il n'est jusqu'ici question que de multiplication et d'hyperplasie du tissu élastique. Il faut également décrire des dégénérescences sans doute complexes, collagènes et élastiques, déjà observées dans la peau, mais qui n'ont pas été signalées jusqu'ici dans les scléroses viscérales.

b) Les recherches systématiques, par des techniques appropriées, permettent d'affirmer qu'il existe de véritables scléroses myogènes relativement fréquentes, où s'observent souvent de curieux phénomènes de diffusion de la myosine, de myolyse, parallèlement à la multiplication de fibres musculaires lisses.

c) L'étude des formations nerveuses qui a, ces derniers temps, si justement retenu l'attention, prête à d'intéressantes considérations que justifient la variété et l'intensité de la réaction de ces éléments nerveux dans certaines scléroses et l'importance de leurs conséquences physiopathologiques.

d) Le rôle des vaisseaux nié par les uns, trop étendu par d'autres aux périodes où prévalaient les conceptions unicistes des scléroses, mérite une particulière attention.

A côté des oblitérations vasculaires, il faut faire une large part à la production de nouveaux vaisseaux. La substitution dans certains organes, d'une circulation purement nutritive à une circulation fonctionnelle et les conséquences qu'elle entraîne, doivent être particulièrement signalées.

Ces changements de vascularisation, de nutrition, de milieu intérieur, sont parmi les facteurs d'influence majeure qui interviennent dans l'histogénèse, le type et l'évolution des scléroses.

Les réactions des milieux conjonctifs sont donc très complexes, et l'on a pu parler de scléroses myogènes, neurogènes, angéiogènes.

IV. Dans le domaine épithélial, la comparaison indispensable des scléroses de divers organes permet de dégager des réactions générales des éléments épithéliaux et d'étudier leur survie et leurs adaptations au milieu conjonctivo-vasculaire modifié des scléroses.

Les éléments provenant de formations épithéliales désorganisées par la sclérose peuvent après leur libération, si les conditions de milieu le permettent, proliférer et former de nouveaux groupements épithéliaux (grains, kystes, tubes).

En ce qui concerne les dispositifs préformés subsistant dans la sclérose, la métaplasie, la différenciation des cellules sécrétrices en éléments du type excréteur et les bourgeonnements épithéliaux dans le tissu conjonctif sont parmi les réactions les plus communes. La transformation kystique des néoformations, tout aussi bien que des dispositifs épithéliaux préformés (canaux excréteurs), est très accusée dans certaines scléroses que l'on peut qualifier scléro-kystiques. Les maladies dites polykystiques ne sont que la plus remarquable expression d'inflammations sclérosantes cystogènes.

C'est enfin à l'inflammation que l'on doit rapporter nombre de lésions chroniques où s'associent des modifications conjonctives et épithéliales qui, sous le nom d'adé-

(1) Lyon 1933-1934, imprimerie A. Rey.



nomes, de fibro-adénomes, reçoivent encore l'interprétation dépourvue de toute signification de tumeurs bénignes.

V. Au point de vue *étiologique*, les scléroses résultent d'actions irritatives lentes et prolongées. On ne saurait faire de sclérose le synonyme d'inflammation microbienne ; bien d'autres causes interviennent que nous apprenons peu à peu à connaître : il en est ainsi de la notion récente de perturbation du milieu intérieur et d'actions hormonales.

Il est difficile de définir ce qu'est le terrain et la nature de son action dans la constitution des scléroses, toutefois leurs variations individuelles permettent d'affirmer que ce rôle est indiscutable.

Le point de fixation de l'agent irritant, ses affinités, la durée de son action créent des types divers de sclérose. On doit distinguer, en particulier, des scléroses qui résultent de l'atteinte prédominante des cellules épithéliales (cirrhose hépatique par exemple) et des scléroses qui résultent de l'atteinte prédominante des vaisseaux. Les scléroses d'origine vasculaire, parcellaires, insulaires, à lésions ischémiques fréquentes (infarctus, gommages), à remaniements vasculaires et épithéliaux parfois très étendus, atteignent souvent plusieurs organes (polyscléroses) dont elles n'entraînent d'ordinaire l'insuffisance qu'à la longue par la confluence de foyers distincts.

On ne doit pas élever des barrières trop hautes entre les différentes scléroses qui peuvent s'associer.

La sclérose doit être considérée comme un processus résultant du jeu d'interactions locales et générales, cellulaires et tissulaires d'une grande complexité.

Le foyer scléreux, une fois créé, tend à persister, à s'accroître même ; il peut être le point de départ de réflexes pathologiques, et le lieu de production de sécrétions anormales ; il devient à son tour une cause d'irritation.

VI. L'anatomie pathologique montre la très grande fréquence de scléroses encore en évolution malgré leur longue durée. Une telle notion doit avoir en pratique pour conséquence de traiter avec soin et souvent plus longtemps qu'on ne le fait d'ordinaire nombre d'inflammations subaiguës, pour en assurer la complète guérison et prévenir, avec leur passage à l'état chronique, les conséquences des actions lentes qui aboutissent à ces insuffisances viscérales dont l'asystolie inflammatoire de Bard est un remarquable exemple. »

## PRATIQUE MÉDICALE

### L'ÉTAT DE MAL ÉPILEPTIQUE : ACÉTYLCHOLINE OU SOMNIFÈNE ? (1)

Par MM. les docteurs LE BLAYE et HUET.

Alors que presque toujours l'acétylcholine a été pour ainsi dire inactive, dans trois observations, le somnifène s'est montré chaque fois un médicament fidèle, capable d'arrêter les accidents convulsifs en quelques minutes. C'est une notion maintenant banale, mais il n'est pas inutile de remarquer que cet effet sédatif sur les accidents convulsifs se manifeste non seulement dans l'épilepsie vraie, mais aussi dans les épilepsies jacksoniennes, les accidents éclamptiques (Laffont, Houel, Larribère, Blottière), le delirium tremens (Ramond, Laporte, Quénée, Pasgrimaud), le tétanos (Grognot, Devillers, Polonski, etc.). D'ailleurs, tout

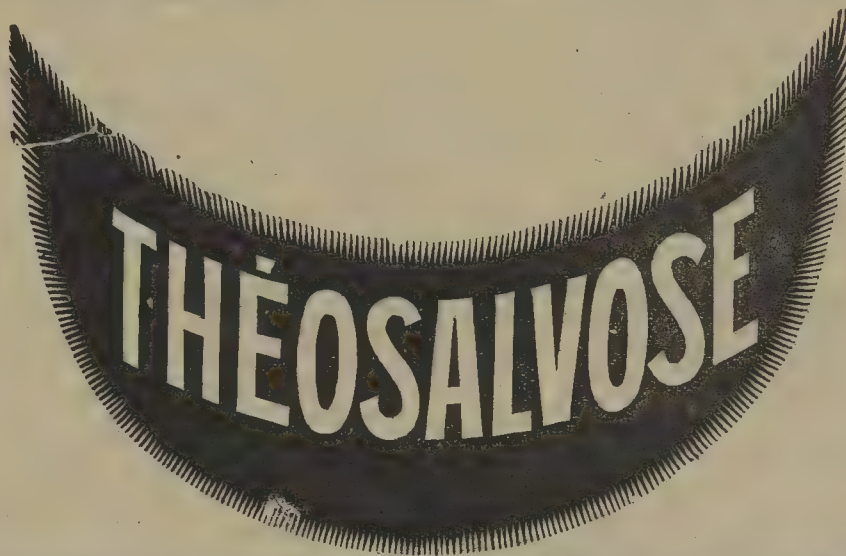
(1) *Revue méd. du Centre-Ouest*, janv. 1935, n° 1.

## DIURÉTIQUE { D'UN POUVOIR REMARQUABLE D'UNE FIDÉLITÉ CONSTANTE

Pure  
Digitalique  
Strophantique  
Sparléinée  
Scillitique  
Barbiturique

Phosphatée  
Lithinée  
Caféinée

Ne se délivrent  
qu'en sachets



{ Sachets dosés }

0 gramme 15

et à

0 gramme 50

de Théosalvose

DOSE MOYENNE :

1 à 2 grammes

par jour.

## THÉOBROMINE FRANÇAISE garantie chimiquement pure

Artériosclérose — Affections cardiaques et rénales — Albuminuries — Intoxications  
Urémie — Uricémie — Goutte — Rhumatismes — Hydropisie — Maladies infectieuses

Laboratoires André GUILLAUMIN

PARIS — 13, rue du Cherche-Midi, 13 — PARIS

R. G., 2.16. Seize.

récemment, les docteurs Deshayes et J. Tagnard, dans le *Centre médical*, de Clermont-Ferrand, de février 1935, n° 2, ont publié une observation excessivement intéressante où un cas grave de tétanos chez un enfant a été heureusement traité par le sérum et le somnifène. Cet enfant de 11 ans a supporté en plusieurs jours 14 cc. de somnifène intraveineux.

D'ailleurs, comme le font remarquer les auteurs, chez un adulte on peut injecter en un jour 4 à 6 cc. de somnifène intraveineux sans inconvénient, et il semble bien que ce médicament donne de meilleurs résultats que tous les autres barbituriques employés par voie veineuse, comme il donne toujours de très bons effets lorsqu'on l'emploie par voie buccale : le somnifène, qu'on a justement appelé le plus maniable des hypnotiques, calme admirablement et donne un sommeil paisible à la dose de trente à quarante gouttes par jour ; c'est un médicament désormais classique.

## LIVRES NOUVEAUX

**Autres scènes de la vie animale. Voyage en Amérique du Sud (1), par LÉON BINET.**

Nos lecteurs n'ont oublié ni les *Scènes de la vie animale* ni les *Nouvelles scènes de la vie animale*, que nous avons eu le plaisir de leur présenter. Voici maintenant les *Autres scènes de la vie animale*, où, invité par l'Institut de l'Université de Paris à Buenos-Aires et chargé de conférences en Argentine et en Uruguay, l'auteur nous communique les observations qu'il a eu l'occasion de faire au cours de son voyage.

L'ouvrage débute par une étude sur les poissons que l'on trouve dans les eaux du Rio de la Plata : pejerrey, à l'étoile d'argent, chanchito de agua, véritable caméléon marin qui change de couleur selon les conditions extérieures, vieja, chez laquelle l'excitation quotidienne des lobules optiques déclenche du vitiligo (Cl. Estable), *Jenynsia lineata*, dont la glande génitale a une structure mi-ovarienne, mi-hypophysaire, *Loricaria Anus* dont le mâle porte, fixée à la lèvre inférieure, une poche où il loge des œufs, et, enfin, *Tachysurus barbatus*, dont l'estomac, suivant les moments, digère les aliments qu'il a avalés ou « couve » les œufs que lui a confiés la femelle.

Du fleuve d'argent, passons au fleuve de lait qui alimente Buenos-Aires. Au milieu d'une grande plaine, M. le prof. Binet a vu un troupeau de 32.000 bovins, issus de reproducteurs sélectionnés et dont chacun produit au moins 11 litres 800 par jour. A l'estancia-usine de la Martone, le lait, après avoir été nettoyé, pasteurisé et refroidi, forme une magnifique cascade de 90.000 litres qui, recueillie dans des wagons-glacières, arrive chaque jour à la capitale en parfait état de conservation.

Les Argentins sont justement fiers de leur cheptel bovin. Le bœuf n'est-il pas une usine vivante qui transforme l'herbe de la Pampa en chair musculaire, dont l'absorption, à fortes doses, stimule la croissance ? N'a-t-on pas constaté que les enfants des familles européennes débarquées en Argentine deviennent plus grands que leurs parents, et n'est-ce point uniquement parce qu'ils mangent, de bonne heure, beaucoup plus de viande qu'eux ?

Notre voyageur a vu aussi de beaux oiseaux : condor, qui

... dort dans l'air glacé, les ailes toutes grandes,

flamants roses, chers à Chateaubriand, mais il s'est surtout extasié devant l'hornero, maçon ingénieux, qui sait se construire un nid « pourvu de tout le confort moderne », chan-

teur qui excelle aux duos d'amour, comme devant le cygne au corps d'ivoire et au cou d'ébène, alors que le cygne australien est tout noir, et que le cygne européen a pour lui « son blanc plumage » (Baudelaire).

Dans ce beau pays, le cheval est le moteur national, que tous aiment et auquel on rend unanimement justice. Ne possède-t-il pas une mémoire excellente ? Les associations d'idées ne lui sont-elles pas familières ? Ne pratique-t-il pas les réflexes conditionnels ? Ne témoigne-t-il pas à son maître une vive affection ? N'évoque-t-il pas celui qu'a chanté le poète ?

C'était le grand cheval de gloire  
Né de la mer comme Astarté.

.....  
L'alérion aux bonds sublimes  
Qui se cabre, immense, indompté,  
Plein du hennissement des cimes  
Dans la bleue immortalité.

Que de sujets de méditations dans l'étude des *Batraciens* ! Connaissiez-vous *Rhinoderma Darwini*, dont le mâle conserve les œufs dans la bouche jusqu'à la naissance des têtards, *Hyla faber*, qui, se servant de ses pattes comme d'une truelle, creuse dans les lagunes un bassin profond d'une dizaine de centimètres et qui, au sein de cette *Cité des eaux*, pond ses œufs, *Phyllomedusa*, qui édifie, au-dessus de la lagune, un nid où les larves vivent d'abord en milieu aérien ? Plus connus, mais aussi plus intéressants sont la Grenouille sud-américaine et le Crapaud. Le mâle de la Grenouille a des « bras » très musclés : n'est-ce pas pour étreindre plus énergiquement la femelle au moment où ils échangent de doux baisers ? Quant au Crapaud, qui a déjà servi tant de fois aux expérimentateurs, les recherches du Prof. B.-A. Houssay ont montré qu'il y a encore, à l'étudier, quelque chose à apprendre. Lui enlève-t-on l'hypophyse, il pâlit, ce phénomène étant dû à la rétraction des cellules pigmentaires contenues dans le derme, comme le prouve sa disparition si on implante à l'animal l'hypophyse d'un autre crapaud ou si on lui injecte de l'extrait hypophysaire et l'étalement des cellules antérieurement contractées. Implante-t-on maintenant à une femelle, trois mois après la ponte annuelle ordinaire, le lobe antérieur de l'hypophyse d'un autre crapaud, on obtient, en 48 heures, une nouvelle ponte. Enlève-t-on le pancréas à un crapaud, il devient diabétique ; lui extirpe-t-on en même temps l'hypophyse, le diabète s'atténue et disparaît. « Encore que les crapauds n'aient pas de dents » (A. Paré), ils savent mordre à leur façon. Si l'on en fixe un sur la peau, préalablement scarifiée, d'un chien, celui-ci ne tarde pas à succomber.

Au pays de la laine peuvent être poursuivies, non seulement de fructueuses opérations commerciales, mais aussi des recherches scientifiques du plus haut intérêt. Le pouvoir protecteur du pelage est de 2,66 pour la peau d'agneau, alors qu'il n'est que de 1,60 pour une couverture de laine ; il est diminué de 40 % par la pluie et le vent, qui sont à peu près dépourvus d'action sur le pouvoir protecteur du plumage. (J. Giaja et L. Markovic). Faits encore plus curieux : d'une part, la thyroïde exerce une influence indéniable sur la toison : la production de la laine n'est-elle pas diminuée chez la Brebis thyroïdectomisée ? De l'autre, les laines les plus fines renferment plus de soufre, sous la forme de cystine, que les laines grossières. N'y aurait-il pas moyen d'améliorer la qualité de la laine par l'administration d'une alimentation soufrée ? On sait, en effet, que si, chez l'animal, on diminue progressivement la quantité de cystine contenue dans l'alimentation, les poils tombent, et qu'inversement, l'hydrolysate de la corne, produit soufré, favorise la naissance du poil.

Approchons-nous maintenant des *Bêtes sauvages*. Voici le Puma, qui non seulement n'attaque pas l'homme, mais



# SPARTÉINE HOUDÉ

## FICHE

### DE THÉRAPEUTIQUE PRATIQUE

*Sulfate de Spartéine :  $C_{15}H_{26}N_2 \cdot SO_4H_2 + 5H_2O$ , sel cristallisé, chimiquement pur, préparé à partir de la Spartéine du genêt (Sarothamnus scoparius).*

*Action cardiaque démontrée par de nombreux essais physiologiques.*

### PHARMACODYNAMIE

la **Spartéine** : a) soustrait le cœur à toute action nerveuse extrinsèque (1) ;  
b) supprime les extrasystoles physiologiques et pathologiques (2) ;  
c) exerce une action cardio-tonique marquée (3).

### INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES

1° **Régulateur du cœur** : arythmies, palpitations, névroses cardiaques, etc.  
2° **Cardio-tonique** : maladies infectieuses, hyposystolie, asystolie.

Très peu toxique, très maniable, ne s'accumulant pas, la **Spartéine** est le **meilleur tonique cardiaque d'entretien**.

**DOSES** : 0 gr. 10 à 0 gr. 25 et même 0 gr. 40 *pro die* sous forme de **Granules de Spartéine HOUDÉ**, titrés à 0 gr. 02 de sulfate de spartéine par granule.

- 1) F. MERCIER et L. J. MERCIER C. R. Soc. Biol., 93 (1925), 339 et 1468.
- (2) DELAS et SOULA. Arch. Int. Physiol., 25 (1925), 1.
- (3) R. ROGER. Thèse. Doct. Médecine, Toulouse (1927)



VENTE EN GROS

**Laboratoires HOUDÉ, 9, rue Dieu, PARIS**

sait, à l'occasion, défendre les femmes, le Guanaco, qui crache littéralement son mépris sur son adversaire, le Viscache, dont le mâle porte une paire de moustaches impressionnantes, le Cuis, ou Cobaye gris, aux dents rouges, le Coypu, ou Ragondin, dont les petits savent, dès les premiers instants, marcher, nager, se nourrir de racines qu'ils déchiquètent à belles dents. Voici le Tatou, que caractérisent la « bassesse » de sa température, la pauvreté de ses échanges, sa polyembryonie.

Après nous être baignés dans le fleuve d'argent, puis dans le fleuve de lait, admirons le *fleuve doré*, fait de grains de maïs, qui se jette à Rosario, non dans la mer, mais dans la cale du bateau qui l'emmène en Europe, et rappelons-nous diverses données médicales. La matière albumineuse du maïs, ou zéine, ne contient ni tryptophane ni lysine : elle est donc incapable d'assurer le maintien du poids chez le Rat adulte, et la croissance chez le Raton. La vitamine A se trouve dans le maïs jaune et non dans le maïs blanc ; quant aux vitamines B, elles n'existent que dans le germe, et le son n'en contient que des traces. Enfin, on sait que l'alimentation exclusive par le maïs est la cause principale de la pellagre.

Le monde des Serpents n'est pas le Monde où l'on s'ennuie. Baudelaire n'a-t-il pas chanté

... Le serpent qui danse  
Au bout d'un bâton ?

Abel Bonnard n'a-t-il pas parlé de leur « orgueilleuse élégance » ? Les Serpents venimeux n'ont-ils pas eux-mêmes, parmi leurs congénères, des adversaires qui leur font une guerre acharnée ? Leurs venins ne contiennent-ils pas des substances variées, provoquant des actions toxiques, phosphatidiques, protéasiques, coagulantes ? Le Serpent, emblème de la prudence, n'est-il pas l'élément constitutif du caducée ?

Les poètes ont toujours aimé le bord des ruisseaux,

Comme un enfant bercé par un chant monotone,  
Mon âme s'assoupit au murmure des eaux.

Les physiologistes aussi. Ne trouve-t-on pas, en Uruguay, des Ampullaires qui possèdent une double respiration, pulmonaire et branchiale, des Crabes d'eau douce, souvent parasités par un Protozoaire spécial, le Lagenophrys aeglea, qui sécrète un peroydase utile à son hôte (S. Mouchet-Bernetti), des Sangsues, dont les humeurs contiennent une substance anticoagulante, l'hirudine et dont, dans certaines espèces, l'accouplement s'effectue par l'injection de sperme du fécondateur dans l'organe mâle du fécondé.

Des chapitres suivants, l'un est consacré au *Maté*, sorte de thé du Paraguay, dont l'absorption permet, dit-on, « de rester à cheval des journées entières sans prendre de nourriture », propriété due à son action excitante sur la circulation pulmonaire et à son rôle d'aliment antidépresseur, en rapport, elle-même, avec la richesse de la plante en caféine, dont on connaît l'action sur les centres respiratoires et sur le système nerveux. Un autre relate quelques observations faites, pendant la traversée, sur le moment où l'on regarde monter

Du fond de l'Océan des étoiles nouvelles

sur les Phoques et sur les Poissons volants, sur la phosphorescence des flots, le long des côtes du Brésil, comme si, « outre le scintillement du ciel et de la terre, la mer elle-même se faisait lumineuse ». L'avant-dernière, intitulée *Au pays du soleil*, fournit à l'auteur l'occasion de rappeler que, comme la langue d'Esope, les rayons solaires peuvent être utiles ou funestes. A doses convenables, ils exercent, sur la santé, la plus favorable influence. A fortes doses, ils provoquent des accidents de la plus haute gravité. Aiguë, l'insolation détermine, chez les Rongeurs, une

mort rapide (P. Remlinger et J. Bailly). Lente, elle déclenche, à la longue, des épithéliomas cutanés (W. Dubreuilh), dus à l'action des rayons ultra-violet. Dans le train qui le ramène de Marseille à Paris, il est assis au wagon-restaurant, non loin d'une jeune femme qui partage son repas avec son chien. L'imprudente ! Elle ne se doute pas des dangers que lui fait courir ce compagnon dont l'organisme révèle tant de germes virulents, depuis ceux de la rage et du kala-azar, de l'échinococcose, de la tuberculose, jusqu'à celui de la maladie du jeune âge. Mais comment, tout en prenant les précautions nécessaires, pourrait-on s'empêcher de caresser un ami si tendre, si riche de qualités, et dont la fidélité est justement proverbiale ?

Tel est, en quelques mots, le nouveau livre du prof. L. Binet. Félicitons de son effort ce grand laborieux qui ne sait se reposer du travail que par le travail. Remercions-le d'avoir complété les études jadis faites, aux Etats-Unis, par Audubon, l'*American Woodsman* et de mettre ainsi à la portée du profane, grâce à son style, qui, sans cesser d'être scientifique, reste toujours élégant, des notions si curieuses, si captivantes et si riches de conséquences.

L. BABONNEIX.

### Les peurs pathologiques. Genèse. Mécanisme. Signification. Principes de traitement (1), par le D<sup>r</sup> Henri ARTHUS.

En un langage clair et précis, accessible à tous et volontairement dépouillé de termes techniques, l'auteur aborde l'étude des peurs pathologiques, absurdes ou irraisonnées. Par une analyse minutieuse, il est montré au lecteur que l'absurdité ou l'illogisme des cas pathologiques n'est qu'une apparence : une fois de plus, il appert que le pathologique n'est qu'une exagération du normal.

L'étude des peurs pathologiques est, dans cet ouvrage, un moyen d'aborder des problèmes psychologiques d'une portée plus générale : l'auteur y oppose une psychologie essentiellement basée sur le dynamisme à la psychologie classique qui est avant tout statique. Une étude de l'inconscient, tel que nous pouvons le connaître par les méthodes nouvelles d'observation indirecte, et un chapitre consacré aux rapports de l'Etre et du Milieu, montrent comment la psychologie peut et doit rentrer dans le cadre de la biologie aux grandes lois de laquelle elle obéit.

L'exposé du mécanisme des peurs pathologiques et de leur genèse permet au lecteur, même non spécialisé, d'apprécier les services que peut rendre, en vue d'une compréhension plus parfaite des choses de l'esprit, l'application du principe uniciste dont l'auteur est un partisan convaincu : le « nerveux » et « l'organique » ne doivent plus être opposés, mais sont l'un et l'autre des manifestations de vie qui doivent être étudiées parallèlement.

Pensant qu'analyser seulement est une tâche ingrate, si l'on ne songe pas en même temps à guérir, l'auteur expose les principes directeurs d'une psychothérapie moderne et, songeant également à prévenir, ébauche les grandes lignes de la formation psychologique de l'enfant.

Pour conclure, l'auteur, prévoyant l'application des grandes règles de l'hygiène mentale, dans le cadre des faits sociaux, lance un appel en faveur de l'étude de la « psychologie collective » et ce n'est pas le chapitre le moins captivant de cet ouvrage auquel s'intéresseront tous ceux qui se plaignent de notre actuelle pénurie d'idées.

L. G.

(1) Grand in-8 (16×23,5) de 186 pages. — Prix : 28 fr. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Le Directeur-gérant : D<sup>r</sup> François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.



# PNEUMOGÉINE

**IODE**

ACTIVE LA VENTILATION  
PULMONAIRE  
DÉCONGESTIONNE  
LES BRONCHES

**CAFÉINE**

SOUTIENT LE CŒUR

**THÉOBROMINE**

AUGMENTE LA DIURÈSE

**EMPHYSÈME**  
**DYSPNÉES, CARDIAQUES**  
**BRONCHITES CHRONIQUES**

**ACTION SURE ET RAPIDE**

EN DEHORS DES CRISES 2 à 4 CUILLERÉES À CAFÉ DANS UN PEU D'EAU BIEN SUCRÉE  
PENDANT LES CRISES 4 à 8 CUILLERÉES À CAFÉ DANS UN PEU D'EAU BIEN SUCRÉE

**LABORATOIRES RENARD 142 Avenue de Clichy PARIS**



LE DIURÉTIQUE RÉNAL PAR EXCELLENCE

# SANTHÉOSE

LE PLUS FIDÈLE, LE PLUS CONSTANT, LE PLUS INOFFENSIF DES DIURÉTIQUES

SES QUATRE FORMES

**PURE**

Le médicament régulateur par excellence, d'une efficacité sans égale dans l'artério-sclérose, la pré-sclérose; l'albuminurie, l'hydropisie, l'urémie.

**PHOSPHATÉE**

L'adjuvant le plus sûr des cures de déchloruration et de désintoxication de l'organisme, dans la neurasthénie, l'anémie et les convalescences.

**CAFÉINÉE**

Le médicament de choix des cardiopathies, fait disparaître les œdèmes et la dyspnée, renforce la systole, régularise le cours du sang.

**LITHINÉE**

Le traitement rationnel de l'arthritisme et de ses manifestations; juggle les crises, enraye la diathèse urique, solubilise les accidents urinaires.

DOSES : 2 à 4 Cachets par jour. — Ces cachets sont en **FORME DE CŒUR** et se présentent en boîtes de 24.

PRODUIT FRANÇAIS

4, rue du Roi-de-Sicile  
— PARIS —

PRODUIT FRANÇAIS

## OLÉTHYLE-BENZYLE

**ESTOMAC — INTESTIN****DYSPEPSIE****ENTÉRITE****GASTRALGIE****CHEZ L'ENFANT  
CHEZ L'ADULTE**

### VALS-SAINT-JEAN

**EAU de RÉGIME, FAIBLEMENT MINÉRALISÉE et GAZEUSE**

Envoi gratuit d'Echantillons et de Notices à MM. les Docteurs sur demande adressée

DIRECTION-VALS-GÉNÉRALE : 53, Boul' Haussmann, Paris (9<sup>e</sup>). Téléph. 217-76**ANÉMIE PALUDEENNE. — Source Dominique****VALS-LES-BAINS. — Saison du 1<sup>er</sup> juin au 1<sup>er</sup> octobre.****DÉSINFECTION — CHLORAMINE  
INTESTINALE — FREYSSINGE**

1 à 3 pilules à chaque repas. - 6, Rue Abel, PARIS - Aucune contre-indication

**CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MEDITERRANÉE***Horaires des trains (hiver 1935-1936)*

Le service d'hiver entrera en vigueur le 6 octobre 1935. Dans son ensemble et pour répondre au désir du public, ce service est identique dans ses grandes lignes au service d'été. Voici quelques-unes des améliorations apportées à plusieurs des principaux parcours :

*Paris-Marseille-Côte d'Azur*

Le rapide de toutes classes Paris-Marseille-Toulon quittera désormais Paris à 20 h. 50 au lieu de 21 heures et arrivera à Marseille à 7 h. 40 au lieu de 8 h. 10, soit 30 minutes plus tôt.

Le rapide Paris-Vintimille (1<sup>re</sup> et 2<sup>e</sup> classe) quittera Paris à 21 heures au lieu de 20 h. 50 et, malgré ce départ retardé, arrivera comme actuellement à Nice à 11 h. 15, à Menton à 12 h. 09, à Vintimille à 12 h. 22.

*Train paquebot*

Le train paquebot Marseille-Joliette-Paris, destiné aux passagers en provenance de l'Afrique du Nord, arrivera à Lyon à 15 h. 41, à Dijon à 18 h. 24 et à Paris à 22 h. 30, au lieu de 23 heures précédemment.

INFECTIONS  
CHRONIQUES

## IODASEPTINE CORTIAL

7, r. de l'Armorique  
PARIS (XV<sup>e</sup>)



*La Lancette Française***GAZETTE DES HOPITAUX**

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6<sup>e</sup>. Tél. : Danton 48-31.PUBLICITE : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6<sup>e</sup>) - Téléph. : LITRÉ 54-93.

## PRIX DE L'ABONNEMENT

## FRANCE

3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.

*Etudiants* : 25 francs par an.

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

## ETRANGER

Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.

Tous les autres pays : 75 francs.

## SOMMAIRE

## TRAVAUX ORIGINAUX

*L'insulino-résistance*, par M. P. RIMBAUD (de Montpellier).

## ACTUALITÉS

*L'histidine*, par M. R. LEVENT.

## REVUE DES THÈSES

## PRATIQUE MÉDICALE

## LIVRES NOUVEAUX

## PRODUITS NOUVEAUX

## NOTES POUR L'INTERNAT

*Entorses du genou* (fin).

## INFORMATIONS

**HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. —** Le jury est composé de MM. Lamy, Fèvre, Renard, le professeur Lemierre, Camus, Pagniez, Crouzon, Lion, Papillon, Grégoire, Leveuf, Auvray, Sauvé, Desplas, Portes.

**FACULTÉS DE MÉDECINE. — PARIS. — Concours pour le cliniciat. —** Un concours pour un emploi vacant de chef de clinique, sans indemnité, s'ouvrira à la Faculté de médecine de Paris le samedi 26 octobre 1935, à 9 h. du matin, pour le cliniciat d'oto-rhino-laryngologie.

**Conditions du concours. —** Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de la Faculté, tous les jours, de 14 à 16 h., jusqu'au vendredi 18 octobre inclusivement. Ils auront à produire leur acte de naissance et leur diplôme de docteur.

Sont admis à concourir : tous les docteurs en médecine de nationalité française. Il n'y a pas de limite d'âge.

Les fonctions de chef de clinique sont incompatibles avec celles d'agrégé en exercice, de médecin, chirurgien ou accoucheur des hôpitaux.

Pour tous autres renseignements, s'adresser au secrétariat de la Faculté.

**MARINE. —** Liste des étudiants en médecine nommés élèves du Service de santé de la marine :

MM. Collin, Perruchio, Martin, Castel, Ardisson, Philibert, Tessier, Haulon, Nicolas, Bérard, Gérard, Perret, Braichotte, Joncour, Lahitte, Rondet, Souquière, Deletraz, Allin, Connaud, Vergez, Poitevin, Lebreuil, Auffret, Guérin,

Camain, Houel, Bederede, Denis, Le Guénédal, Jacques, Bois, Malaspina, Rigollet, Prud'homme, Boidard, Boulesteix, Rual, Rouan, Bermond, Le Barillec, Le Poncin, Hautin, Choumara, Brunet, Broche.

**A L'OCCASION DU CONGRÈS DE CHIRURGIE.** M. Calot (de Berck) fera le vendredi 11 octobre, de 9 h. 1/2 à 11 h. 1/2, dans sa clinique de Paris, 69, quai d'Orsay, une séance de démonstration avec présentation de sujets en traitement et de sujets guéris.

1<sup>o</sup> Le traitement de choix des luxations et subluxations congénitales de la hanche.

2<sup>o</sup> La preuve faite que les hanches que l'on avait étiquetées « arthrite sèche déformante, rhumatisme local, morbus senilis, ostéochondrite ou coxa plana » sont en réalité des subluxations congénitales que l'on avait méconnues.

3<sup>o</sup> Dans les tuberculoses « externes » (adénites, abcès froids, fistules, mal de Pott, coxalgie, tumeurs blanches, orchépididymites, etc.), le traitement conservateur (avec injections modificatrices et ponctions) donne indiscutablement des guérisons beaucoup plus nombreuses et plus belles que les opérations sanglantes des « néointerventionnistes » qui, dans ce domaine particulier de la tuberculose, aggravent souvent et mutilent toujours.

4<sup>o</sup> Autres affections orthopédiques : pieds bots, coxa vara, torticolis, etc.

Moyens d'accès : Autobus 14 et BU ; descendre à l'arrêt « rue Jean Nicot » entre le pont des Invalides et le pont de l'Alma.

**FÉDÉRATION THERMALE DU SUD-EST. —** Il vient de se constituer à Vals une Fédération thermique du Sud-Est dans laquelle seront représentées les stations suivantes : Aix-en-Provence, Bagnols, Balaruc, Berthemont, Camonis, Digne,

Laboratoire Mialhe - 8 Rue Favart - Paris - 2<sup>e</sup>

La feuille de digitale se prescrit :

**Digi-LANATINE**Extrait total des glycosides  
du *Digitalis Lanata*

La Malou, Les Fumades, Le Pestrin, Neyrac, Roucas-Blanc, Saint-Laurent-les-Bains, Vals, Vergèze.

Un comité d'honneur a été constitué et placé sous la présidence de M. de Ramel, député et conseiller général du Gard.

Le bureau provisoire est présidé par M. Dalverny, assisté du docteur Uzan, secrétaire général.

Une prochaine réunion doit avoir lieu à Aix.

**NÉCROLOGIE.** — Nous apprenons la mort de M. François Leydier, directeur de l'Union syndicale des maîtres imprimeurs de France.

Notre regretté confrère, qui était licencié en droit et licencié ès lettres, avait été, de 1896 à 1898, chef du cabinet de M. Rambaud, ministre de l'Instruction publique, dans le ministère Méline.

Après la démission de celui-ci, M. Leydier est entré à l'Union syndicale des maîtres imprimeurs de France où, pendant trente-six ans, il a pu faire apprécier ses qualités de travail, de bonne humeur et de courtoisie qui lui avaient acquis la sympathie générale — on peut même dire une sincère amitié — de la part des nombreux adhérents qui avaient recours à sa compétence pour les renseignements si variés et si complets qu'ils venaient demander au siège de cet organisme.

**III<sup>e</sup> Congrès de l'Association pour la documentation photographique et cinématographique dans les Sciences**, du 4 au 11 octobre 1935, au Musée Pédagogique de l'Etat, 29, rue d'Ulm, à Paris.

**PROGRAMME PROVISOIRE.** — *Psychologie.* — M. Prudhommeau (Paris), Enfants arriérés (9 mm. 5, muet). — M. Puchstein (Berlin), Vive la vie ! Psychologie de la première enfance, 35 mm., sonore).

*Technique.* — M. Gaspar (Londres) ou Major Klein (Londres), le procédé du cinéma en couleur Gasparcolor. — M. Fichinger Berlin), Cercles (35 mm., sonore, en couleur). — U.F.A. (Berlin), Les étoffes, film en couleur (35 mm., sonore). — U.F.A. (Berlin), Fantaisie en bleu, film en couleur (35 mm., sonore). — M. Blanc-Gatti (Paris), Son et couleur. — M. Bür (Sélestat), Procédé de cinéma en couleur Francita (35 mm., sonore). — M. Servanne (Paris), Possibilités actuelles du 16 mm. — M. Fred Jeannot (Paris), Viseur parallactique. — MM. Cl. Le Prieur, Jean Painlevé, P. Sicard (Paris), De la prise de vue subaquatique (projections de 35 mm., 16 mm. et 8 mm.).

*Radiologie.* — MM. Devoix et Fischgold (Paris) : 1° Les courants progressifs dans l'électro-diagnostic (35 mm., muet) ; 2° Electro-physiologie de la moelle épinière et du système végétatif (35 mm., muet). — M. Djian (Paris), Radioscopie cinématographique courante (35 mm. muet).

*Médecine et Chirurgie.* — M. Ernst Preisecker (Vienne) : 1° Opération de plastique pulmonaire dans un cas de tuberculose pulmonaire ; 2° Extirpation d'une tumeur de l'œsophage par le professeur W. Denk (16 mm.). — M. Burian (Prague) : 1° Opération réparatrice dans un cas de mutilation consécutive à des brûlures ; 2° Résultat éloigné d'une transplantation du grand orteil ; 3° Cicatrices et contractions, suite de brûlures étendues ; 4° Plastique du nez ; 5° Réparation de mutilations du palais et du menton (35 mm., muets). — M. San Venero Rosselli (Milan), Plastique faciale dans les grandes brûlures (en couleur, 16 mm., muet). — M. Bür (Sélestat), Sympathectomie périartérielle par le docteur Leriche (35 mm., en couleur). — M. Rivière (Bordeaux) : 1° Mécanisme de la délivrance ; 2° Mécanisme de l'accouchement en présentation de la face, variété postérieure (16 mm., muets). — M. Claoué (Paris) : 1° Comment faut-il concevoir le cinéma au service de la chirurgie (avec

projection de film) ; 2° Correction de l'ectropion des paupières par greffes libres (35 mm., muet). — M. Vigne (Marseille) : 1° Syphilis cutanée (16 mm., muet) ; 2° Réaction de floculation de Vernes (16 mm., muet). — M. Fourcade (Marmande), Quelques aspects de l'acrodynamie infantile (8 mm., sonorisé).

*Biologie et Physiologie.* — MM. Comandon et de Fonbrune (Paris), Etudes sur la biologie d'une amibe (35 mm., muet). — MM. Comandon, de Fonbrune et J. Joly (Paris), La caryocinèse d'une cellule (35 mm., muet). — Institut de Cinématographie scientifique (Paris), Transformations et fonctions « in vitro » de l'entoblaste vitellin chez le poulet, par le docteur J. André Thomas (35 mm., muet). — Deutsche Gesellschaft für Wissenschaftliche Filme M.B.H. (Berlin), Le développement de Brachydanio rerio depuis la fécondation de l'œuf jusqu'aux premières contractions des muscles de l'embryon, par le docteur E. Roosen (35 mm., muet). — M. Hans Elias (Zurich), Premiers stades de développement d'un vertébré (35 mm., muet). — Atlantic-Film (Paris), Le mécanisme de la voix (35 mm., sonore). — U. F.A. (Berlin) : 1° La force des plantes (35 mm., sonore) ; 2° L'état des fourmis (35 mm., sonore).

*Historique.* — M. Weyl (Paris), Les premiers films chirurgicaux : l'œuvre scientifique du docteur Doyen (35 mm., muets).

*Pédagogie.* — *Architecture et dessin.* — Ciné-Vitolia (Paris), Enseignement de la perspective par M. Cochin (9 mm. 5, muet).

*Astronomie.* — Institut de Cinématographie scientifique (Paris), Voyage dans le Ciel, par M. A. Dufour (35 mm., muet).

*Ethnographie.* — M. J.-C. Bernard (Paris), Pays kabyle (35 mm., sonore). — Titayna (Paris) : 1° Mexique (35 mm., sonore) ; 2° Chine (35 mm., sonore). — MM. Servanne et J. Jacoupy (Paris), La transhumance (16 mm., muet).

*Histoire et Géographie.* — Atlantic-Film (Paris), L'Arabie et l'Islam (35 mm., sonore). — Ciné-Vitolia (Paris), La lutte de la France contre la Maison d'Autriche (9 mm. 5, muet). — M. J. Benoît-Lévy (Paris), La montagne de Mlle Vergez-Tricom (35 mm., muet). — Office Cinématographique (Nîmes), Le Causse (35 mm., muet).

*Physique.* — Ponchon (Paris), Mouvements vibratoires (35 mm., muet). — Cantagrel (Paris) : 1° Frein à air comprimé (35 mm., muet). — 2° Le gyroscope (35 mm., muet). — Kodak (Paris), Les objectifs (16 mm., muet).

*Technique.* — Cantagrel (Paris), Organisation rationnelle du travail dans une usine ne travaillant pas en série (35 mm., muet). — Atlantic-Film (Paris), Trois minutes en avion. — J.-C. Bernard (Paris), Villes flottantes (35 mm., sonore). — Gile-Nicaud (Paris), La fabrication du verre (35 mm., sonore).

**Hors Congrès.** — Samedi 5 octobre après-midi. Visite des laboratoires de développement et de tirage d'une grande usine cinématographique. — Soir. Dîner du Congrès.

Dimanche 6 octobre, 10 h. 30. Visite de l'Aquarium du Musée des Colonies. — 15 h. Séance documentaire publique gratuite avec les films d'Atlantic-Film, J.-C. Bernard, Jean Painlevé, U.F.A., etc. (Le nombre des places étant limité, se faire inscrire au Secrétariat du Congrès.)

Pendant la durée du Congrès, l'exposition de documents photographiques et d'appareillage est ouverte au public, de 14 heures à 19 heures, dimanche excepté.

A la demande des membres du Congrès, une discussion pourra être ouverte après chaque exposé ou projection.

Les communications et interventions ne seront publiées au compte rendu que si elles sont déposées par écrit au Secrétariat du Congrès.

Toux  
Oxygène

**IODEINE MONTAGU**

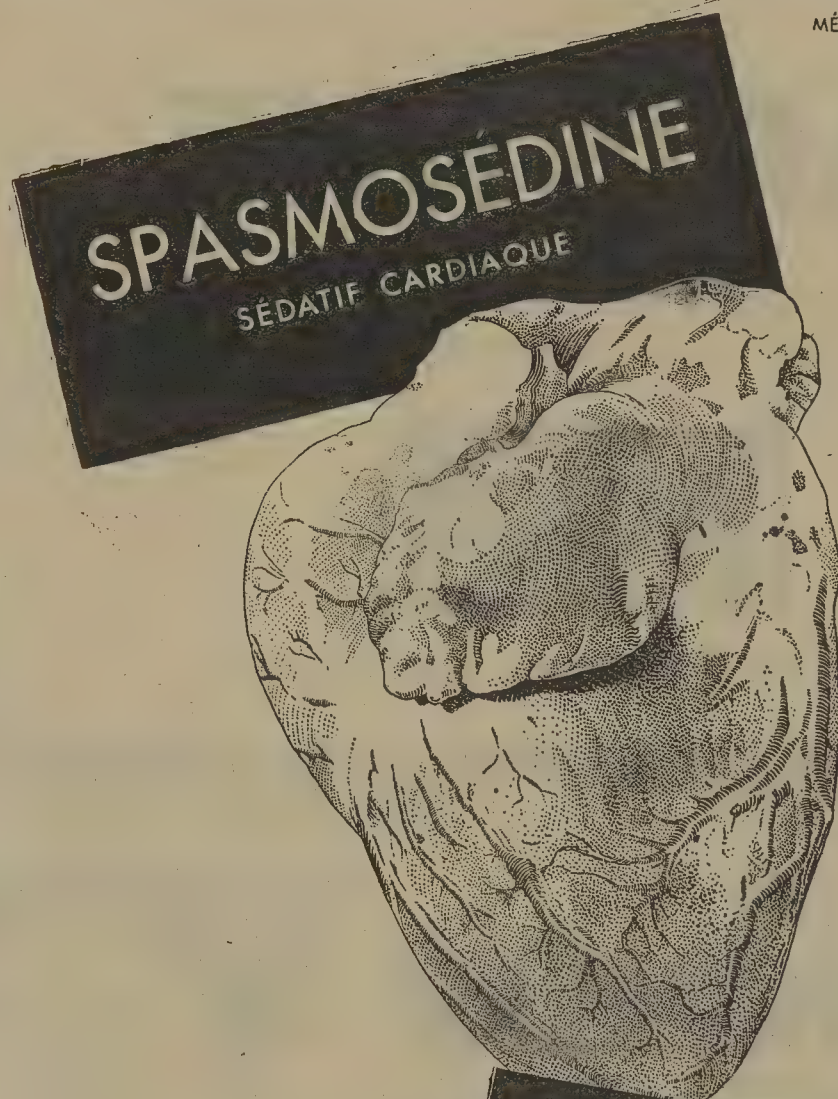
**QUATAPLASME**

du **D<sup>r</sup> LAVOLEBERT**  
PANSEMENT COMPLET  
Phlegmasie, eczémas, brûlures, etc



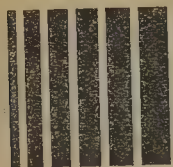
LABORATOIRES DEGLAUDE  
15, BOUL<sup>g</sup> PASTEUR, PARIS (XV<sup>e</sup>)

MÉDICAMENTS CARDIAQUES  
SPÉCIALISÉS

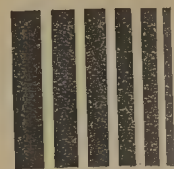


*les 2 médicaments cardiaques essentiels*





**TRAITEMENT BIOCHIMIQUE  
DES  
ULCÈRES GASTRO-DUODÉNAUX**



# LARISTINE

## ROCHE

Solution à 4%  
Chlorhydrate HISTIDINE  
en Ampoules de 5<sup>cc</sup>

**SÉDATION  
RAPIDE  
DE LA  
DOULEUR**

Injection indolore  
intramusculaire ou sous-cutanée  
35 F<sup>rs</sup> la boîte de 6 Amp.

**AUCUNE CONTRE-INDICATION**

Produits F. HOFFMANN - LA ROCHE & C<sup>ie</sup> 10, Rue Crillon, PARIS (IV<sup>e</sup>)

# QUINBY

QUINIO BISMUTH "formule AUBRY"

et

# SYPHILIS

# QUINBY SOLUBLE

INDOLORE - INCOLORE PROPRE - INJECTION FACILE

Adopté par :

L'Assistance-  
Publique —  
Les Ministères  
de l'Hygiène et  
des Colonies.

LABORATOIRES  
**AUBRY**

62, rue Erlanger  
PARIS 16<sup>e</sup>

Téléphone : JASMIN 33 44

**QUINBY** EST ÉGALEMENT EFFICACE

CONTRE LA **TYPHOÏDE**

**QUINBY** EST ENCORE INDIQUÉ CONTRE

LA FIÈVRE DE **MALTE**



## L'INSULINO-RÉSISTANCE

Par M. P. RIMBAUD,

Chef de clinique à la Faculté de médecine de Montpellier.

Si la découverte de l'insuline a transformé le pronostic et la thérapeutique du diabète, il serait une erreur de considérer le problème comme résolu. Les données théoriques paraissent en effet relativement simples : chaque unité d'insuline permet d'assimiler 1 gr. 50 à 2 gr. de glucose environ ; connaissant exactement la teneur en hydrates de carbone du régime d'un diabétique il est donc facile de le rendre aglycosurique.

Mais rapidement on se rendit compte que des barrières biologiques séparaient ces données théoriques de leur application pratique et que l'on ne devait pas identifier l'animal en expérience et l'homme malade. La tolérance de ce dernier aux hydrates de carbone peut augmenter momentanément et l'écart entre les doses d'insuline utilisées et l'effet produit sur la glycémie est anormalement important. De plus on dut reconnaître que certains sujets régulièrement suivis et surveillés voyaient leur diabète s'aggraver malgré l'augmentation des doses médicamenteuses.

La notion d'insulino-résistance, sur laquelle Mauriac et Aubertin insistèrent les premiers, fut assez rapidement admise aussi bien en France qu'à l'étranger, et si M. Labbé en fit à plusieurs reprises une critique serrée, il semble que ses objections portent moins sur les faits que sur leurs limites.

L'existence de l'insulino-résistance a retenu l'attention des cliniciens autant que celle des physiologistes. Elle rappelle aux uns la nécessité d'un contrôle humoral régulier et éveille la crainte d'une aggravation subite en dénonçant l'échec d'une thérapeutique sur laquelle on croyait compter. Elle apporte aux autres des arguments précieux à verser dans la discussion toujours ouverte sur le rôle de la glande pancréatique dans la pathogénie du diabète.

**Les limites de l'insulino-résistance.** — Aucun traitement n'est plus difficile à établir et à surveiller que celui d'un diabétique. Aussi bien souvent l'insulino-résistance n'est-elle qu'apparente et ne résulte-t-elle que de certaines erreurs faciles à éviter.

I) L'insuline a été utilisée à des doses *insuffisantes* : prescription incorrecte du médecin ou restriction volontaire du malade sous l'influence de préoccupations budgétaires souvent justifiées. On ne saurait trop insister de plus sur la nécessité de *diviser* les doses quotidiennes en 2 ou 3 injections.

2) Le régime prescrit est mal suivi : c'est là une des causes fréquentes de ces fausses insulino-résistances, pratiquement la seule pour M. Labbé qui, cependant, n'est pas suivie par la majorité des auteurs français.

Ces causes d'erreur éliminées, les cas d'insulino-résistance peuvent se diviser en deux groupes : l'insulino-résistance totale ; l'insulino-résistance partielle ou relative.

**L'insulino-résistance totale.** — On peut parler d'insulino-résistance totale lorsque les doses d'insuline

utilisées sont supérieures à celles qui seraient nécessaires à maintenir en équilibre hydro-carboné un sujet privé de pancréas.

Les chiffres que nous proposent les physiologistes ont été établis en prenant comme base ceux utilisés pour le chien dépancraté : 300 unités par 24 heures pour un homme de corpulence moyenne, soumis à un régime normal.

Donc tout malade qui ne peut être équilibré par des doses semblables présente un diabète insulino-résistant, à l'origine duquel le pancréas seul ne saurait être incriminé.

Bien que de telles éventualités soient relativement rares, il est des observations qui demeurent classiques.

Le malade de Joslin reçut en septembre 1927 : 525 unités par jour ; dans les premiers jours d'octobre : 840 ; le 27 octobre : 1.600 ; il mourut dans le coma le 30 octobre ayant reçu la veille 1.680 unités.

Un malade d'Allan et Constan recevait quotidiennement plusieurs centaines d'unités et en un jour la dose de 1.000 unités fut atteinte.

Citons encore les cas de Tannauser et Fuld : 350 puis 1.060 ; de Lawrence : 1.400 ; de Tausig : 1.100 ; de Laugley : 1.170.

En France, Mauriac et Aubertin, Rathery et Sigwald, Labbé et Boulou, donnent des chiffres moins importants mais qui cependant atteignent 720 unités.

Il est juste de reconnaître que les doses les plus élevées ont été utilisées au cours du coma, dans lequel entrent en jeu des facteurs autres que l'hyperglycémie et que l'insuline ne saurait combattre.

**L'insulino-résistance relative.** — Les cas que nous allons envisager sont considérés par M. Labbé comme des « diabètes aggravés », par Mauriac comme des « diabètes insulino-résistants », chacun de ces auteurs tenant particulièrement à sa terminologie.

Retenons simplement les faits (non discutés d'ailleurs) qui ont été ainsi groupés par Rathery.

I) Les doses d'insuline et le régime demeurant identiques la glycémie ne cesse de s'élever. Il en est de même de la glycosurie et des corps acétoniques urinaires et sanguins.

II) La dose d'insuline doit être élevée progressivement pour obtenir un résultat identique à celui du début, le régime demeurant le même.

III) On augmente la dose d'insuline, la maladie ne cesse de s'aggraver.

IV) Enfin, la dose d'insuline ne peut être élevée par suite des phénomènes d'intolérance souvent sérieux. Certains diabétiques sont à ce point sensibles à l'insuline que la plus légère augmentation de dose provoque des accidents d'hypoglycémie.

Cet état peut être permanent mais souvent aussi il n'est que passager et l'on voit des malades traverser des phases d'insulino-résistance auxquelles font suite à nouveau des phases d'insulino-sensibilité.

Il est enfin possible de préciser rigoureusement la sensibilité à l'insuline de tout diabétique en étudiant l'hypoglycémie provoquée par l'injection d'une dose déterminée de cette hormone. La meilleure technique est celle de Norgaard et Thaysen, adoptée par M. Labbé, Boulou et leurs collaborateurs.

Le sujet, à jeun depuis douze heures, reçoit 12 uni-

tés d'insuline par voie intraveineuse. Le dosage de la glycémie est effectué avant l'injection, puis à plusieurs reprises pendant les deux ou trois heures qui la suivent. La sensibilité à l'insuline est normale lorsque l'abaissement du sucre sanguin atteint 50 pour cent du taux initial. On peut parler de « moindre sensibilité » à l'insuline et par suite « d'insulino-résistance » au-dessous de 40 %. Les chiffres observés chez le sujet normal oscillent entre 40 et 60 %, avec une moyenne de 53 ; chez les diabétiques de 27 à 81 avec une moyenne de 49 %.

**Les facteurs étiologiques de l'insulino-résistance.** — Les constatations anatomiques fournissent des éléments essentiellement contradictoires en ce qui concerne les lésions pancréatiques.

Certains auteurs (Mac Claland) n'auraient constaté aucune altération de la glande, alors que Warren signale souvent la sclérose, l'hématochromatose et même le cancer. Inversement notre maître et ami le Pr Puech a trouvé un pancréas absolument normal chez un diabétique qui réagissait parfaitement à l'insuline.

Plus intéressantes sont sans doute les lésions hépatiques qui ont été signalées dans des cas d'insulino-résistance totale (Joslin, Allan et Constam), surtout l'hématochromatose, et Warren insiste sur le trouble que ces lésions apportent à la fonction glycogénique. Cependant Even ne pense pas que le diabète bronzé présente une résistance particulière à la thérapeutique endocrinienne.

Cliniquement on a pu invoquer l'existence d'hyperfonctionnement des glandes endocrines antagonistes du pancréas : hyperfonctionnement hypophysaire (Ulrich, Falta, Mahler et Pastherny), thyroïdien (Pollak, Labbé et Dreyfus, Serio), surrénal (Munk, Falta). Le cas le plus démonstratif est celui de Serio qui signale la disparition de l'insulino-résistance par un traitement antithyroïdien.

Le rôle de l'infection est connu depuis fort longtemps ; « les infections aggravent le diabète », disaient les anciens auteurs ; elles « provoquent ou augmentent l'insulino-résistance », dit-on aujourd'hui sans pouvoir toutefois fournir une explication pathogénique satisfaisante.

Confirmant les premières expériences de Rabinovitch, Labbé et Boulin ont montré que les résultats de l'épreuve de l'hyperglycémie insulinique (pratiquée chez des individus sains et des diabétiques) variaient essentiellement selon que les sujets étaient atteints ou non d'une affection fébrile. Dans le premier cas l'abaissement du taux de la glycémie après l'injection de 10 unités par voie intraveineuse est de 20 % seulement alors que chez le sujet non infecté elle est de 50 %. Après la guérison de l'infection ce dernier chiffre est à nouveau retrouvé.

Récemment Renaud et Thésée ont insisté sur la nécessité d'attaquer l'infection des diabétiques surtout par la thérapeutique anti-infectieuse et non par l'augmentation des doses d'insuline. En réduisant et jugeant l'infection on arrête l'aggravation du diabète devenu momentanément insulino-résistant.

Enfin il est classique de rapporter à l'intoxication l'insulino-résistance constatée souvent au cours du coma. Dans ce cas si l'insuline parvient à faire baisser

la glycémie, elle est souvent sans effet sur une acidose aggravée et entretenue par l'insuffisance rénale et hépatique.

Aussi ne peut-on suivre Joslin qui déclarait en 1923, quelque temps après la découverte de l'insuline : « Si les malades meurent actuellement de coma c'est une honte pour la profession médicale ».

**Déductions pathogéniques.** — Il est indiscutable, qu'attirant notre attention sur le rôle possible des facteurs extrapancréatiques, l'insulino-résistance a, selon l'expression de E. May, « élargi notre vision du diabète ».

Avec le professeur Puech nous avons insisté précédemment (1) sur l'absence de rapport entre ce qu'on désigne habituellement sous le nom de « sensibilité » ou de « résistance » à l'insuline et l'état anatomique du pancréas. L'insulino-résistance, au moins relative, peut se voir dans des diabètes anatomiquement pancréatiques, et inversement un diabétique peut présenter une sensibilité parfaite à l'injection d'insuline, chez qui l'examen anatomique indiquera une intégrité apparemment complète de l'organe.

Il n'est donc pas possible de décrire à l'heure actuelle deux variétés de diabète : l'un le diabète pancréatique insulino-sensible ; l'autre le diabète extrapancréatique insulino-résistant.

Toutefois on doit reconnaître que certains cas d'insulino-résistance plaident indiscutablement en faveur de la neutralisation ou de l'inactivation de cette hormone dans l'organisme.

Il est classique de décrire trois groupes de facteurs « anti-insuliniques ».

1) L'un est représenté par la sécrétion externe du pancréas et en particulier par la trypsine. Celle-ci neutraliserait l'insuline au sein même du pancréas par communication anormale entre les cellules endocrines et exocrines (hypothèse d'Epstein).

2) Le deuxième groupe comprend les éléments figurés du sang. Les travaux désormais classiques de Mauriac et Aubertin, confirmés par Kurelitz, Cohen et Lender, ont montré que l'insuline mise en contact avec des globules rouges perd environ 30 % de son activité. Les auteurs bordelais estiment que le facteur anti-insulinien est contenu dans les hématies d'où il peut diffuser lorsqu'une production excessive de l'hormone pancréatique nécessite la mise en jeu d'un mécanisme glycorégulateur.

D'autre part, E. May signale le rôle possible des ferments protéolytiques contenus dans les globules blancs polynucléaires. Cette hypothèse expliquerait l'existence de l'insulino-résistance au cours des infections qui s'accompagnent de polynucléose et surtout au cours des diverses suppurations que peut présenter un diabétique.

3) Enfin le dernier groupe de facteurs réside dans l'hyperfonctionnement du système endocrinien antagoniste du pancréas, représenté surtout par l'hypophyse, les surrénales, la thyroïde, qui, sous la dépendance du sympathique, hâteraient, au niveau du foie, la transformation du glycogène en glucose.

(1) A. PUECH et P. RIMBAUD. Les pancréatites chroniques avec troubles de la sécrétion interne. Rapport au XXIII<sup>e</sup> Congrès français de Médecine, Québec, août 1934.



« Quoi qu'il en soit de ces hypothèses, un fait doit être retenu : c'est que l'insuffisance du pancréas endocrine ne résume pas nécessairement toute la pathogénie du diabète. Il faut s'habituer à compter dans certains cas avec des facteurs extra-pancréatiques — ferments ou hormones — dont l'action est antagoniste de celle de l'insuline. Quand ces facteurs interviennent, le traitement insulinié voit son activité diminuer dans des proportions qui peuvent être importantes. Et ainsi les diabètes insulino-résistants posent à la sagacité des cliniciens un problème de physiologie pathologique qui peut aller loin. »

Telles sont les conclusions émises il y a 4 ans déjà par E. May et auxquelles nous ne saurions apporter, aujourd'hui, le moindre correctif.

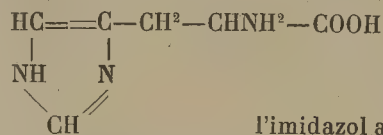
## ACTUALITÉS

### L'HISTIDINE

Les acides aminés sont un des groupes les plus importants de la chimie des organismes, et particulièrement des organismes animaux. Ils représentent à la fois le point d'aboutissement le plus important des processus de dédoublement de la plupart des substances protéiniques et le point de départ de la plupart des réédifications moléculaires que chaque organisme exécute pour son propre compte et à sa propre image. Leur formule chimique schématique répond au type :  $R-CHNH^2-COOH$ , quelle que soit la série chimique à laquelle ils appartiennent.

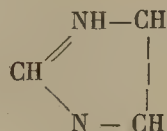
Dans la nature, ils sont produits par divers mécanismes dont les plus habituels sont l'action des diastases, diastases digestives ou au cours des putréfactions diastases microbiennes. On peut aussi en reproduire certains de façon artificielle par action de la vapeur d'eau surchauffée, des alcalis caustiques, des acides minéraux bouillants qui agissent, eux aussi, par dédoublement hydrolytique des protéines.

L'histidine est un acide aminé hétérocyclique, que l'on peut considérer comme résultant de la juxtaposition d'un groupement carboazoté au radical imidazol. C'est l'imidazolamine ou acide  $\beta$ -imidazolyl- $\alpha$ -aminopropionique gauche, de formule

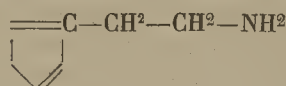


l'imidazol ayant pour

formule



L'histidine présente donc une certaine parenté avec les purines qui sont également des dérivés de l'imidazol. Elle est très proche également de l'histamine



dont elle ne diffère que par la perte de  $CO^2$ .

Elle est très commune tant dans le règne animal que dans le végétal et existe par conséquent en abondance dans l'ensemble des substances alimentaires, et notamment dans la chair musculaire des animaux, dans la gélatine, la lactalbumine, la caséine ; dans la globine de l'hémoglobine elle représente environ 10 %.

Elle se présente cristallisée sous forme de tablettes hexagonales, étroites et allongées, solubles, assez faiblement d'ailleurs (1 pour 20 à chaud dans l'eau et donnant une solution lévogyre ( $-39^{\circ}74$ ), solution légèrement sucrée et de réaction alcaline. La solution dans l'eau salée est au contraire dextrogyre, de même que les solutions de ses sels. Elle est peu soluble dans l'alcool et insoluble dans l'éther. Point de fusion des cristaux :  $287^{\circ}-288^{\circ}$ .

Au point de vue chimique, l'histidine se rapproche des substances protéiques : en solution aqueuse elle donne une réaction du biuret et une diazoreaction positives. Elle précipite par l'acide phosphotungstique, précipité soluble dans un excès de réactif.

Les principes généraux de sa préparation chimique par hydrolyse de l'albumine ont été établis par Kossel dès 1896 ; on traite le sang défibriné par l'acide chlorhydrique à chaud et sous pression pendant plusieurs heures.

Il est important de noter que les animaux supérieurs dont le sang est cependant riche en histidine ne peuvent en aucune façon en réaliser la synthèse par leurs propres moyens, faute de pouvoir, à partir de leurs réserves, édifier un noyau imidazol. Il en est de même à l'égard d'autres acides aminés (cystine, lysine, tryptophane). Les animaux doivent donc l'emprunter toute faite au milieu extérieur, au règne végétal en particulier, mieux doué à cet égard que le règne animal. Pour Blanchetière cependant cette synthèse serait possible mais ne se ferait que très lentement.

\*\*

**Propriétés physiologiques.** — Elles sont encore mal précisées. Pour Aron, Fontès et Thivolle, l'histidine pénètre dans l'organisme au cours de la digestion lorsque sont absorbés les produits de clivage des substances albuminoïdes, conjointement avec le tryptophane et d'autres acides aminés.

Elle parviendrait ainsi au niveau du foie où elle serait emmagasinée ; pour certains auteurs elle pourrait y être désaminée par l'action de l'histidinase et transformée en ammoniacque (Edlbacher, Mislowitz, Kauffmann, Kraus).

Sa destinée au sein de l'organisme est encore très peu connue. Pour certains auteurs sa présence conditionnerait la teneur de l'urine en créatine (Shapiro, Zwarenstein) et en allantoin (Sherwin et Harrow). Blanchetière la considère comme un corps céto-gène augmentant la glycosurie de l'animal diabétique. Pour Meyer et Gottlieb, elle se transformerait dans l'organisme en histamine par hydrolyse ; pour Ellinger les rayons ultraviolets ne seraient pas étrangers à cette transformation. Pour Haurowitz l'histidine serait la substance-mère des bases puriques.

Si les phases de transformation nous demeurent encore inconnues, nous ne sommes pas mieux fixés sur son rôle général. Pour Fontès et Thivolle, l'histidine n'a aucune influence sur le métabolisme général, puisqu'un chien privé d'histidine ne perd pas de poids et que son rapport C/N ne change pas. Harrow et Sherwin sont, il est vrai, d'avis opposé.

Quant à sa voie d'élimination, elle semble être urinaire ; soit sous forme de bases puriques apparentées (créatine, allantoïne), soit en nature, ceci contesté par Aron. On observe en effet une histidinurie notable au cours de la grossesse et au cours de certaines affections (tuberculose osseuse ou pulmonaire, anémie pernicieuse, cancer).

*Le seul point qui semble assuré est que sa présence dans l'organisme est indispensable à la formation de l'hémoglobine, certitude qui découle tant de la teneur en histidine de l'hémoglobine que des constatations cliniques et expérimentales.*

\*  
\*\*

Frommel, Herschberg et Trottet, pour déterminer l'action de l'histidine sur l'organisme, ont injecté au cobaye 1/2 à 1 cmc. par voie intrapéritonéale et n'ont observé aucune modification appréciable du péritoine, du foie ni du pancréas.

L'injection intracérébrale a provoqué une hémorragie locale.

L'action sur les capillaires est notable ; appliquée sur le mésentère du crapaud et sur la membrane interdigitale de la grenouille, l'histidine provoque une forte vasodilatation. L'injection intradermique chez le cobaye n'amène en revanche qu'un peu de vasodilatation locale transitoire ; sur la conjonctive elle ne donne qu'un peu de rougeur locale sans aucun effet sur l'œil ni sur la tension artérielle générale.

Les effets sur la circulation générale sont diversement appréciés. Lebeau et Courtois comparent les effets de l'histidine à ceux de l'adrénaline. Au contraire, Ellinger chez le chat, Horoda chez le lapin n'ont observé aucune action notable. Frommel, Herschberg et Trottet, employant chez le lapin un mélange tryptophane-histidine (Hémostra) n'ont observé non plus aucune modification ni de la tension artérielle ni du tracé électrocardiographique, quelle que soit la dose et l'injection fût-elle intraveineuse.

Chez l'homme, Halbron, Lenormand et Dartigue ont employé avec des résultats entre eux comparables soit l'histidine pure en solution à 4 p. 100, soit un mélange à parties égales de cette solution avec une solution de tryptophane à 2 p. 100 en injections intradermiques.

Ils ont observé de la vasodilatation cutanée, une exagération du dermatographisme et de l'érythème *in situ*. Le pouls a été tantôt accéléré, tantôt ralenti ; la tension artérielle s'est abaissée de 3 à 4 cm. de mercure, donc des résultats assez différents de ce que Frommel et ses collaborateurs ont observé chez le cobaye.

Quoi qu'il en soit, les effets sont très différents de

ceux que donne l'histamine, malgré la parenté chimique de ces deux substances.

Chez l'homme, la réaction locale aux injections sous-cutanées ne paraît ni intense ni durable. Il en est autrement de la voie intraveineuse ; Aron cite un cas où, par erreur, les injections d'histidine ont été 7 fois de suite pratiquées intraveineuses chez l'homme ; comme on pouvait s'y attendre, elles ont été régulièrement suivies d'accidents de choc. Cette voie d'administration n'a donc rien à voir avec la thérapeutique.

*L'histidine et l'appareil digestif.* — L'action de l'histidine sur le fonctionnement gastrique a fait en ces dernières années l'objet de nombreux travaux, en particulier en France ceux de Weiss, Aron, Hoffmann, Lenormand.

On sait que l'opération de Mann (dérivation du duodénum dans le jéjunum terminal) provoque chez le chien une cachexie rapide accompagnée par une anémie profonde. La mort survient en général du fait d'une péritonite par perforation qu'expliquent des ulcérations au milieu de lésions de duodéno-jéjunite hémorragique. Ces ulcérations sont comparables morphologiquement et cliniquement à celles de la maladie de Cruveilhier chez l'homme. Quant à l'anémie elle ne relève nullement d'hémorragies. Fontès et Thivolle considèrent qu'elle est due à l'insuffisance digestive. Les processus de transformation ne dépasseraient pas le stade des polypeptides ; il y aurait donc carence en acides aminés au niveau du tube digestif avec ralentissement sanguin.

L'histidine aurait, entre tous les acides aminés, le rôle principal. Elle est considérée par Aron comme élément indispensable à la synthèse des substances puriques et nucléiniques, entre autres des nucléoprotéides nécessaires à la muqueuse gastrique en perpétuel état de régénérescence. Elle aiderait aussi la muqueuse à se défendre contre l'acidité gastrique. Son absence laisserait toute liberté aux processus ulcératifs.

Certains auteurs pensent aussi qu'elle serait un précurseur de la carnosine, qui influencerait sur la sécrétion gastrique, et peut-être de l'histamine qui serait un stimulant gastrique.

Weiss et Aron injectant quotidiennement des acides aminés (mélange histidine-tryptophane) ont constaté que la muqueuse digestive résistait aux troubles dus à l'opération de Mann. Les résultats ont été assez constants pour permettre, comme nous le verrons, des essais thérapeutiques.

*Action sur le sang.* — Pour Kapeller Adler, la carence en histidine et tryptophane provoque, en même temps que la chute de poids, de l'anémie.

L'administration de ces acides aminés a donné, entre les mains de Fontès et Thivolle, l'augmentation du nombre des hématies au cours de l'anémie pernicieuse et celle du taux de l'hémoglobine. Quoique moins accentués quand on donne l'histidine seule, ces effets se maintiennent cependant puisqu'en trois semaines l'augmentation est de 4 p. 100 chez le chien et en une semaine de 13 p. 100 chez le lapin.

Fontès et Thivolle considèrent que l'anémie pernicieuse est due à une carence prolongée en acides ami-



nés provoquée par des lésions étendues du tube digestif. C'est à ces acides aminés qu'il faudrait attribuer l'action des extraits hépatiques, très riches de ces substances et dont l'efficacité serait proportionnée à leur richesse en histidine et en tryptophane, proportionnalité qui se retrouve avec les autres extraits organiques qui ont donné des résultats (rein, estomac).

*Action antitoxique.* — Figari et Sivori ont enfin constaté que les amino-acides auraient un rôle antitoxique vis-à-vis de l'ovalbumine, vis-à-vis de la toxine diphtérique, vis-à-vis aussi des produits toxiques d'origine cancéreuse.

\*\*

*Applications et effets. — Affections gastriques.* — L'histidinothérapie dans les affections gastriques se base selon les auteurs soit sur une extension de la peptonothérapie des ulcères, soit sur l'application des travaux expérimentaux cités plus haut.

Pour parer à la carence en acides aminés, Weiss, Aron et leurs imitateurs à l'étranger ont employé depuis 1933 l'histidine en injections intramusculaires ou sous-cutanées quotidiennes dans les ulcères gastroduodénaux, les ulcères pyloriques récidivant après intervention, les ulcères peptiques. Dès la 4<sup>e</sup>-6<sup>e</sup> injection, les hémorragies et les douleurs disparaissent ; en 20 injections environ la reprise de poids s'affirme, les signes cliniques et radiologiques disparaissent, la sécrétion gastrique reprend ses caractères normaux.

D'autres auteurs après Weiss et Aron ont employé cette méthode. Sur 52 cas d'ulcère peptique, Bulmer a obtenu 58 p. 100 de nettoyages radiologiques avec guérison clinique, 19 p. 100 d'améliorations cliniques sans changement radiologique, 23 p. 100 inchangés. Hessel a obtenu des résultats analogues.

Il semble que le traitement soit d'autant plus efficace que l'ulcère est plus récent ; l'ulcère calleux même sans transformation cancéreuse paraît peu influençable. L'ulcus gastrique est plus sensible à l'histidine que l'ulcère duodénal. Après avoir employé le mélange histidine-tryptophane, Weiss et Aron s'en tiennent à l'histidine seule avec d'aussi bons résultats ; le mélange semble donc superflu en thérapeutique gastrique.

Dans 60 cas d'ulcérations digestives de sièges divers — même jéjunal — ces auteurs ont eu une amélioration suffisante entre la 5<sup>e</sup> et la 10<sup>e</sup> injection pour faire ensuite un traitement ambulatoire complété seulement d'un régime dyspeptique. En 4 semaines l'augmentation de poids a varié entre 2 et 8 kgr. Dans quelques cas, le hasard d'une intervention ultérieure a permis de constater la cicatrisation de l'ulcère. Stoly et Weiss (1935) publient des résultats analogues.

Aucun effet au contraire sur la gastrite accompagnant l'ulcère ; il y a seulement disparition des symptômes réflexes quand disparaît l'excitation génératrice.

Aucun effet sur les dyspepsies non ulcéreuses.

Lenormand s'est inspiré des effets obtenus avec les acides aminés dans le rhume des foins, et dans l'ulcère s'en est servi comme on se servait des peptones,

en injections intradermiques, mais avec une plus grande facilité et une plus grande précision de dosage. Malgré la différence de posologie les résultats semblent comparables à ceux de Weiss et Aron avec parfois sédation des douleurs dès le premier jour, sans doute par action sur le système nerveux végétatif. Aussi a-t-on proposé d'étendre le bénéfice de cette méthode aux dyspepsies non ulcéreuses, d'origine vésiculaire, colitique appendiculaire, dyspepsies réflexes d'origine génitale chez la femme, dyspepsies par déséquilibre vago-sympathique, tous terrains encore mal connus en ce qui concerne l'effet de l'histidine.

*Anémie.* — Leurs expériences ont montré à Fontès et Thivolle les effets sur le sang de l'animal de la carence en histidine et la possibilité d'y parer.

Les essais chez l'homme leur ont donné des résultats comparables, mais il semble, à l'opposé de ce qui se passe en thérapeutique digestive, que les effets d'une association avec un autre acide aminé soient ici supérieurs à ceux de l'histidine seule.

Chez des biermériers, Fontès et Thivolle donnant chaque jour 100 milligr. de tryptophane et 200 milligr. d'histidine ont obtenu des effets rapides et durables : augmentation de poids ; élévation du nombre des hématies, de leur richesse en hémoglobine, de la valeur globulaire. Les malades améliorés ont pu rester six mois sans traitement. Dans les cas d'insuccès les auteurs pensent qu'une autre carence peut être en cause, ou un défaut d'excrétion des hématies, ou une lyse excessive. D'autres auteurs ont obtenu des effets comparables : Langeron, Paget et Mlle Senellart dans des anémies graves hypoplastiques et aplastiques ; Sassard également dans la maladie de Biermer, dans des anémies posthémorragiques, dans des anémies des cancéreux ou des tuberculeux.

Dans les anémies brightiques, les leucémies, les anémies splénomégaliqes, au contraire, les résultats ont été très discutables. D'autre part Benesch a amélioré par le mélange histidine-tryptophane des déficiences organiques diverses : amaigrissement rapide, états d'asthénie, convalescences traînantes. L'indication de l'histidine dépasserait donc le domaine de l'anémie proprement dite.

Lenormand a également employé l'histidine-tryptophane en injections intradermiques désensibilisantes à la place de la peptone dans l'asthme, la fièvre des foins, les douleurs solaires, la migraine. Il a eu des succès même dans des cas où d'autres thérapeutiques générales ou locales avaient été inefficaces. Sur 29 cas il y a eu 14 guérisons complètes, 8 améliorations considérables, 5 améliorations sensibles et seulement 2 échecs au cours du traitement. Il semble malheureusement que les guérisons persistant plus d'un an soient limitées à 4. L'hyrorrhée nasale et les crises d'éternuement semblent les éléments les plus influencés ; l'asthme saisonnier, les migraines, les sensibilités alimentaires ou thérapeutiques semblent résister au traitement.

Halbron, Lenormand et Dartigue ont aussi traité avec de bons résultats par injections intradermiques quelques cas d'angor, sans considération pour la forme

clinique, la cause déclenchante ou l'étiologie. Les injections répétées paraissent agir très vite sur la crise d'effort, agir aussi sur la répétition et l'intensité des crises. L'effet cependant paraît surtout antialgique. Les cures d'entretien semblent nécessaires mais n'entraînent pas d'accoutumance. Les auteurs ont parfois observé de l'hypotension durable et de la régularisation cardiaque.

On a fait enfin d'autres essais avec des résultats divers : spasmes vasculaires, artérites diverses en particulier maladie de Raynaud ; pansements externes sur des plaies torpides (Craps et Alechinsky), tous essais sur lesquels la documentation fragmentaire ne permet encore aucune conclusion.

Citons aussi la recherche de l'histidinurie pour le diagnostic de la grossesse comme reflet de la présence de prolane (Kapeller Adler). Brandsch après 300 essais, et aussi Frankl, Lohrigmacher, Alders, Louros, Weiss lui dénie tout intérêt pratique. L'ensemble des résultats montrant au début de la grossesse 19 p. 100 d'erreurs, 9 p. 100 par la suite et 10 p. 100 d'erreurs chez les non gravides.

\*  
\*  
\*

**Mode d'action. Posologie.** — Employée seule selon les indications de Weiss et Aron, de Bulmer contre les ulcérations gastriques, l'histidine est injectée par voie sous-cutanée ou intramusculaire à raison de 5 cmc. de solution à 4 p. 100 (1) chaque jour pendant 18 à 21 jours ; séries analogues pour les cures d'entretien, avec des repos de 8 à 10 jours.

Contre l'anémie, cures associées de tryptophane et d'histidine (sol. à parties égales de tryptophane à 2 p. 100 et d'histidine à 4 p. 100) (2) 1 à 5 centimètres cubes par injection soit 50 milligr. de tryptophane et 100 milligr. d'histidine. Fontès et Thivolle ont donné avec succès à des biarmériens des doses doubles.

La méthode de Lenormand, dans ses diverses indications, comporte des doses plus faibles : 2 à 3 dixièmes de cmc. de la même solution d'histidine-tryptophane injectés quotidiennement par voie intradermique. Série de 20 injections reprises, si nécessaire, après repos.

Citons enfin que les pansements à l'histidine de Craps et Alechinsky sont faits avec une solution à 1 millièrme.

Quel que soit l'avenir en pratique de l'histidine, elle semble ouvrir des horizons nouveaux en thérapeutique. Son mode d'action nous est inconnu. S'agit-il d'obvier à une carence comme le cherchent Fontès et Thivolle, Weiss et Aron ? d'agir sur les abondantes ramifications du sympathique dans le derme comme le cherchent Halbron, Dartigues, Lenormand et de provoquer par réflexe soit une sécrétion abondante de mucus protecteur sur la muqueuse gastrique ou la muqueuse nasale, soit une action sédative, hypotensive ou vasodilatatrice ? Nous n'avons encore aucune certitude. Il n'en reste pas moins qu'on a pu avec une efficacité égale employer par des voies diverses des doses très dis-

semblables contre une même affection et obtenir des succès dans des affections très dissemblables aussi. Or il s'agit ici d'une substance beaucoup plus proche peut-être qu'aucune de celles jusqu'ici employées, fussent-elles organothérapiques, des substances qui circulent dans l'organisme normal et sont un des matériaux constitutifs employés à l'édification de certaines cellules.

Sans doute y a-t-il ici une indication que ne négligeront pas les pharmacologistes.

R. LEVENT.

## REVUE DES THÈSES

**Essai sur le pneumothorax controlatéral (1), par Jean SALMON.**

« 1° Une pratique déjà longue du pneumothorax artificiel en a fait peu à peu élargir les indications. En particulier, la constatation fréquente d'améliorations du côté opposé au pneumothorax unilatéral, a permis d'appliquer la méthode aux formes bilatérales. Elle a motivé, même, dans certains cas, la recherche volontaire d'une action de détente sur le côté opposé ; c'est ainsi qu'elle a légitimé l'emploi du pneumothorax controlatéral.

2° *Comment se produisent les améliorations du côté opposé ?*

a) On est à peu près d'accord sur le mode d'action homolatéral du pneumothorax homolatéral :

Il détache le poumon de la paroi ;

Il permet son affaissement par mise en jeu de la rétraction élastique normale et de la rétractilité lésionnelle plus forte ;

Il diminue l'amplitude de la distension inspiratoire, en compensant partiellement l'action de la pression atmosphérique qui ne s'exerce plus que sur une surface alvéolaire moindre.

b) Le mécanisme de l'action controlatérale est encore fort discuté :

Cependant les théories mécaniques concordent avec les faits cliniques cités dans nos observations. Aussi nous semble-t-il logique d'admettre que le système élastique, constitué par l'ensemble des deux poumons, forme un bloc indissociable et que c'est dans sa totalité qu'il subit, inégalement toutefois, l'action de détente du pneumothorax. Les déplacements médiastinaux dépendent exclusivement de l'élasticité pulmonaire et de la rétractilité des lésions : ils n'ont qu'une valeur de témoins et se produisent vers le poumon dont le potentiel rétractile est alors le plus élevé.

3° *Quand peut-on théoriquement espérer une amélioration controlatérale ?*

Lorsque des signes radiologiques (déviations trachéales, attraction médiastinale) mettent en évidence une tendance rétractile nette d'un poumon ; lorsque des essais infructueux de pneumothorax sur ce même poumon ont montré la présence d'une symphyse pleurale étendue ; lorsque le poumon opposé n'est le siège que de lésions minimales, on est en droit d'espérer une action controlatérale, en agissant sur ce poumon le moins atteint.

Mais seule l'observation radiologique, après création du pneumothorax, peut préciser les résultats acquis et dicter la conduite à tenir.

4° *Dans quelles conditions, en pratique, peut-on espérer une action controlatérale utile ?*

(1) Laristine Roche.

(2) Hémostra Roche.

(1) Lyon 1935, Bosc frères et M. et L. Riou.



a) En présence de lésions bilatérales, si la forme anatomoclinique est telle qu'on soit en droit d'envisager une collapsothérapie, et s'il est indiqué de recourir au pneumothorax artificiel, il faut, autant que possible, agir tout d'abord et directement sur les lésions les plus évolutives. Ces lésions ne sont pas nécessairement les plus étendues.

Un pneumothorax créé du côté le plus évolutif peut produire une action de détente sur le côté opposé et faciliter ainsi la stabilisation ou la régression de lésions controlatérales. C'est un fait de constatation courante.

b) Mais, dans certains cas, il peut être difficile de préciser de quel côté se trouvent les lésions les plus évolutives. Il faut alors essayer d'agir tout d'abord et directement sur les lésions qui paraissent, anatomo-radiologiquement, les plus étendues, et, cliniquement, les plus redoutables.

Un pneumothorax créé dans des conditions aussi peu favorables, du côté le plus menacé, donnera parfois un bon résultat immédiat, mais le plus souvent, un résultat local incomplet. Il sera presque toujours nécessaire de réaliser et d'entretenir un pneumothorax bilatéral, ou, en cas de symphyse opposée, de recourir à une méthode chirurgicale associée.

c) Dans d'autres cas, les lésions les plus évolutives, les plus étendues, les plus menaçantes, siègent dans un poumon symphysé ; le pneumothorax est de ce côté irréalisable. On peut être amené ainsi, à faire un pneumothorax du côté le moins atteint ou le moins évolutif, pour rechercher, si possible, une action controlatérale utile.

Nos observations, cependant, montrent que, dans ces cas, malgré un bénéfice immédiat à peu près certain, il est souvent nécessaire de recourir par la suite à une méthode chirurgicale pour collaber les lésions du côté opposé, du côté le plus atteint. La collapsothérapie doit être alors bilatérale, et ne peut être réalisée que par l'association des méthodes médicales et chirurgicales les mieux adaptées à chaque cas particulier. Elle ne peut être complétée qu'à la longue, par étapes successives.

d) Enfin, en présence de lésions unilatérales siégeant dans un poumon symphysé, si la collapsothérapie est formellement indiquée, il est des cas où il nous semble justifié de recourir, au moins à titre d'essai, au pneumothorax controlatéral, avant de faire appel à des méthodes chirurgicales ; celles-ci ont en effet l'inconvénient d'être définitives, et elles comportent parfois, lorsqu'elles sont indirectes, comme peut l'être la phrénicectomie, des sacrifices de champ respiratoire ultérieurement regrettables.

5° Dans quelles conditions de technique cette action controlatérale peut-elle être recherchée ?

Deux précautions essentielles sont à prendre :

a) Entretenir le pneumothorax en basse pression ; ne jamais recourir à des pressions positives, tant à l'inspiration qu'à l'expiration, le malade étant couché en position dorsale.

b) Subordonner le traitement à une cure hygiénodétéctique stricte et à une surveillance clinique et radiologique attentive.

6° Mais il faut reconnaître que la méthode comporte des causes d'échec et des risques, dont le plus redoutable est la perforation pulmonaire. Bénigne souvent, latente parfois, lorsque le poumon opposé est à peu près indemne, elle est toujours dramatique lorsque le champ respiratoire restant est diminué par d'importantes lésions. Bien qu'on ne soit pas désarmé contre elle, elle limite l'utilisation du pneumothorax controlatéral et en fait une méthode d'exception, utilisable seulement au sanatorium ou en clinique spécialisée.

7° Le traitement des lésions tuberculeuses pulmonaires bilatérales étendues et ulcérées, dont la cure sanatoriale stricte reste la base essentielle, comporte, on ne doit jamais l'oublier, de très longues étapes successives. On peut

avoir intérêt, au cours de celles-ci, à établir, ne fût-ce que provisoirement, un pneumothorax en vue d'un effet controlatéral utile. On doit pouvoir dans certains cas obtenir ainsi des succès définitifs.

Mais nous voyons là surtout une méthode de temporisation, qui permet d'intervenir ultérieurement, par d'autres moyens, notamment par des procédés chirurgicaux, sur des cas momentanément situés au delà des ressources de la collapsothérapie. »

## PRATIQUE MÉDICALE

### A PROPOS DE LA MÉDICATION BROMURÉE (1)

Par le docteur J. PEYRUS.

Il est essentiel d'avoir à sa disposition une médication bromurée dissimulée comme le sédobrol qui, on le sait, est toujours admirablement supporté, même par les malades les plus délicats et les enfants ; le sédobrol présente une action tout à fait spéciale sur le système nerveux, aussi bien en pathologie générale, qu'en urologie, gynécologie, gastro-entérologie, en pédiatrie, en cardiologie et surtout en stomatologie où l'administration d'une à plusieurs tablettes de sédobrol, dans une tasse d'eau très chaude, permet de calmer l'hyperexcitabilité si fréquente chez tous ceux qui éprouvent une certaine appréhension à aller se faire soigner : le sédobrol permet d'examiner dans le calme, comme l'allonal donne la possibilité de supprimer la douleur.

## LIVRES NOUVEAUX

Traitement de la syphilis acquise (2), par le professeur H. GOUGEROT, professeur de clinique des maladies cutanées et syphilitiques à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Saint-Louis.

Le professeur Gougerot résume dans cet ouvrage les directives actuelles du traitement de la syphilis acquise ; traitement qui est une tâche difficile, car on se heurte à quatre difficultés au moins :

— Divergences entre les meilleurs spécialistes français et étrangers.

— Absence de critères de guérison absolue de la syphilis ne permettant pas de juger rapidement les résultats des méthodes thérapeutiques.

— D'où la nécessité actuelle, pour juger de l'efficacité réelle, c'est-à-dire lointaine, d'une méthode thérapeutique, de ne pas se contenter de fiches trop récentes de quelques mois, mais d'exiger des observations de longues années.

— Enfin impossibilité de proposer un traitement unique s'appliquant à tous les syphilitiques, et au contraire nécessité de varier le traitement suivant le « terrain » de chaque malade.

Ce travail de mise au point est cependant utile afin de préciser l'état actuel de cette question capitale du traitement de la syphilis, de guider le praticien et d'éviter les fautes thérapeutiques que l'on rencontre souvent : traitements tardifs à doses insuffisantes, avec des arsenicaux peu actifs, arrêts trop longs entre les cures.

L. G.

(1) *Courrier méd.*, Paris, n° 13, mars 1935.

(2) Collection « Les Thérapeutiques nouvelles ». Grand in-8 (15,5 × 23,5) de 70 pages. — Prix : 40 fr. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

**Endoscopie et pleurolyse. Méthodes d'applications et techniques (1),** par O. MISTAL, médecin-directeur de l'établissement Clovelly (Montana). Préface du professeur JACOBÆUS.

Les avantages du pneumothorax artificiel sont universellement reconnus, il constitue une arme efficace contre la tuberculose, mais la présence d'adhérences est un facteur qui réduit considérablement le nombre des guérisons au cours de ce traitement ; situées surtout au-dessus des régions malades, cavernes et foyers d'infiltration, elles empêchent d'obtenir un collapsus là où il serait le plus nécessaire et entravent la guérison.

Cet ouvrage basé sur des observations personnelles, a été écrit afin de permettre aux spécialistes de la tuberculose pulmonaire ne s'adonnant pas aux interventions endothoraciques de s'initier à ces méthodes. Il est donc destiné à la pratique, en effet toutes les techniques ainsi que les instruments connus jusqu'à ce jour y sont décrits.

Le premier chapitre expose le rôle que jouent les adhérences dans le traitement de la tuberculose pulmonaire par le pneumothorax. L'auteur développe l'histo-pathologie des adhérences et illustre son exposé de nombreuses figures instructives. Il donne un aperçu général instructif des modifications apportées au cours des années à l'instrumentation.

La partie la plus importante de ce travail est celle où il étudie l'intervention elle-même et son procédé opératoire ainsi que l'exposé des complications qui peuvent se produire.

Les règles que le Dr Mistal expose en quelques points concis sont précieuses non seulement pour les débutants dans ce domaine chirurgical, mais encore pour les praticiens qui recourent depuis longtemps à cette opération.

Ce travail permet enfin de suivre les résultats opératoires non seulement pendant les années qui suivent immédiatement l'intervention, mais encore à distance.

L'auteur a étendu lui-même considérablement le domaine des opérations intra-thoraciques en développant la pleuroscopie qui permet une sorte d'examen anatomo-pathologique sur le vivant, ainsi que de nouvelles applications diagnostiques et thérapeutiques. Il a réalisé ainsi de nouveaux et intéressants progrès.

L. G.

**Syndromes météoropathologiques et inadaptés urbains (2),** par J. MOURIQUAND, professeur à la Faculté de médecine, médecin des hôpitaux de Lyon, et P. JOSSERAND, ancien interne des hôpitaux de Lyon, médecin des hôpitaux de Saint-Etienne.

Le « milieu » modifie non seulement les germes, mais aussi l'organisme dans ses capacités de résistance, de réceptivité et, d'une façon plus générale, dans son équilibre végétatif. L'importance du « terrain » reprend actuellement une place importante en médecine ; et parallèlement la climatologie et la météoropathologie connaissent un succès grandissant. Ce petit livre constitue donc bien une monographie sur un sujet d'actualité.

Les travaux des auteurs, leurs observations leur ont permis de rattacher des manifestations cliniques précises à des phénomènes météorologiques simples ou complexes, mais toujours bien déterminés, ce qui leur a permis de fixer ici les éléments de cette « science ». Ils n'ont pas voulu aborder toutes les questions que soulève la météorologie médicale ; ils n'ont retenu que les plus actuelles et les plus importantes pour le clinicien.

L. G.

(1) Bibliothèque de phtisiologie. Un volume de 436 pages avec 184 figures. — Prix : 55 fr. — Paris, Masson et C<sup>ie</sup>.

(2) Collection Médecine et Chirurgie pratiques. In-8 de 126 pages. — Prix : 16 fr. — Paris, Masson et C<sup>ie</sup>.

## PRODUITS NOUVEAUX

**ARKHEBIOS** (Solution polyphosphatée). — Indications : Dépressions morales et physiques, Reminéralisant, Récalcifiant.

**BALSEPTOL** (A base d'extrait embryonnaire et d'un complexe d'Essences balsamiques pures). — Indications : Inflammations de la peau.

**BENZURYL** (Bleu de méthylène, rénine urotropine, Benz. soude, Chl. ammonium, P. de scille, Nit. potasse). — Indications : Traitement des voies urinaires.

**BOLDOCRÉSINE** (Acide acétyl-crésotinique ortho, P. de Boldo). — Indications : Douleurs, Rhumatismes.

**CACHETS BRET** (Méthyl. soude, Nucl. mang. P. Badiane, de Kola, Ph. tricalcique). — Indications : Affaiblissement.

**CALCIUM CORBIERE** (Gluconate de calcium soluble). — Indications : Rachitisme, Rhumatisme, Tuberculose pulmonaire et extra-pulmonaire, Hémoptysies, etc...

**CRESCODOL** (Stovaïne, Safran, Chl. Cocaïne). — Indications : Facilite la dentition des enfants.

**ELIXIR C. KOI** (Hysopsus Artemisia, Gentiana, Ethanol, etc.). — Indications : Estomac, Foie, Intestin.

**ERYNIL** (Codéine, Bromoforme, Extr. Marrube, Erysimum, Ac. Benzoïque, Terpene, etc.). — Indications : Sédatif de la toux.

**EUNÉRYL** (Phényléthylmalonylurée, Hypos. magnésium, Adonis vernalis, Diéthylénédiamine). — Indications : Anxiété, Dystonies neuro-végétatives, etc.

**FELISÉDINE** (Cratægeus, Chl. Papavérine, Phényléthylmalonylurée, Brom. Quinine, etc.). — Indications : Régulateur du système nerveux.

**FIXOPHOS** (Arrhénal, Végéphos, Ph. tricalcique, Carb. calcium, Glyc. calcium, Ph. magnésie, Carb. manganèse, Prot. fer, Quinquina, Rate, Parathyroïde, Noix vomique). — Indications : Reminéralisation, Récalcification.

**GENALYPTOL** (B. du Pérou, Menthol, Teint. Aconit, Benjoin, Eucalyptus, El. Parégorique, E. Laurier-cerise, Essence Géranium rosat., Thym, Serpôlet, Niaouli, Citron). — Indications : Affections du nez, de la gorge et des voies respiratoires.

### ENCARTAGES DE PUBLICITÉ DANS LA GAZETTE DES HOPITAUX

A la requête de nos lecteurs et pour faciliter leur documentation, notre service de publicité (A. Thiollier, 116, boulevard Raspail, Paris VI<sup>e</sup>) est à leur disposition pour recevoir, par envois groupés sous une seule enveloppe, les demandes d'**ÉCHANTILLONS** (joindre une demande par produit) ou de renseignements et les répartir entre les différents laboratoires intéressés.



<b>AÉROCID</b> AIR TUE	nouveau traitement DE L'AÉROPHAGIE PAR L'OPOTHÉRAPIE	un cachet ou deux comprimés au lever et au coucher
	LABORATOIRE DE L'AÉROCID, 71, RUE SAINTE-ANNE, PARIS	

## TANIN PHYSIOLOGIQUE VIVANT RHIZOTANIN CHAPOTOT

**Tolérance stomacale absolue**  
**Neutralisation des Toxines**  
*Amélioration rapide des accidents diarrhéiques*

2 FORMES : Cachets pour Adultes, 2 à 6 par jour.  
Poudre pour Enfants, 2 à 4 mesures par jour.  
**Avoir soin de bien spécifier.**

Echantillon médical gratuit  
**AUBRIOT**  
56, Boulevard Ornano — PARIS  
R. C. Seine, 20.019

## SIROP DU D<sup>R</sup> REINVILLIER

(Lauréat de l'Académie de Médecine de Paris)

**au Phosphate de Chaux hydraté**  
**TUBERCULOSES - RACHITISME - MALADIES DES OS & DU SYSTÈME NERVEUX**  
**DENTITION DIFFICILE**

**DOSES : 2 à 4 cuillerées à bouche, à dessert ou à café suivant l'âge**

**ASSIMILATION  
COMPLÈTE**

**PRESCRIRE : BERTAUT-BLANCARD FRÈRES**  
**SIROP REINVILLIER, un flacon 64, Rue de La Rochefoucauld, PARIS (9<sup>e</sup>)**

**PAS D'ACIDE  
LIBRE**

# S U L F A R S E N O L

## ARSENOS-SOLVANT

ADOPTÉS PAR LES HOPITAUX

## EKTOPHANOL

SELS DE LITHIUM DE L'ACIDE PHENYLQUINOLEINE CARBONIQUE

**Indications :** Rhumatismes musculaires ou articulaires, aigus ou chroniques, Goutte, Sciatique, Lumbago, etc.

LABORATOIRES DE BIOCHIMIE MÉDICALE CH. DESGREZ, D<sup>r</sup> en Ph<sup>e</sup>, 19-21, rue Van-Looy, PARIS XVI<sup>e</sup> — Tél. Auteuil 26-62

**CHARBON DE PEUPLIER** sous forme de **GRAINS ANISÉS** de **CHARBON TISSOT**  
Humectant, divisent, aseptisent, expulsent.  
et conséquences : MAUVAISES DIGESTIONS, MIGRAINES, LOURDEURS de TÊTE  
HÉMORROÏDES, etc. — Une cuillerée à café avalée comme des graines de lin, après chaque repas.  
Tous les pharmaciens — Échantillons : PARIS 34, BOULEVARD DE ST-HENRI (Service 2)

**DIVISION du BOL ALIMENTAIRE**  
**CONSTIPATION**

## NOTES POUR L'INTERNAT

ENTORSES DU GENOU<sup>1</sup>

**Lésions méniscales.** — Dans les *cas récents*, seul un blocage avec point douloureux net et fixe à la partie antéro-interne de l'interligne permet de faire ce diagnostic.

Dans les *cas anciens*, le blocage a une valeur inégale dans les suites d'une entorse grave ou légère ;

Après une *entorse légère*, sans lésion osseuse, la lésion méniscale est probable.

Après une *entorse grave*, le blocage peut être le fait de multiples lésions (ménisques, arrachements osseux, souris articulaires).

## TRAITEMENT

Il est nécessaire de séparer nettement :

L'entorse banale, dont la thérapeutique est presque exclusivement orthopédique ;

L'entorse grave, qui pose souvent une indication opératoire.

**A. ENTORSE LÉGÈRE.** — Il faut tout d'abord *évacuer l'épanchement*.

L'accord est à peu près unanime sur la nécessité de cette évacuation.

Si quelques chirurgiens préconisent une évacuation immédiate, la plupart conseillent :

D'*immobiliser tout d'abord* (attelle de Beckel) avec un pansement ouaté compressif ;

D'*évacuer* seulement l'épanchement *au bout de quatre à cinq jours*, lorsque l'hémorragie est bien arrêtée.

Cette évacuation peut se faire :

Par *simple ponction* au trocart : mais elle laisse les caillots et il vaut mieux la réserver aux hydarthroses et aux hémohydarthroses.

Par *arthrotomie limitée* avec réfection, plan par plan, plus simplement par *ponction au bistouri* (Grégoire).

Après cette évacuation, on immobilisera pendant cinq à six jours sur attelle ou par gouttière plâtrée.

On commencera à *mobiliser immédiatement*, faisant de la mobilisation active et des exercices de contraction du quadriceps, en *s'abstenant rigoureusement de massage direct de l'articulation*. Dans les cas de simple et banale entorse par distorsion, sans rupture de ligament, on pourrait peut-être prévenir l'apparition de l'hydarthrose par *infiltration ligamentaire de novocaïne* (Leriche).

**B. ENTORSE GRAVE.** — Dans les *cas récents*, l'indication thérapeutique :

Une fois pendant longtemps, on ait estimé qu'une immobilisation suffisamment prolongée soit capable d'amener la restauration de déchirures graves et de « dérangements internes », on est de plus en plus incliné à intervenir précocement :

On ne pourra affirmer quelle sera l'évolution d'une entorse grave ;

Les auteurs anglais et américains nous ont montré la fréquence des cas où les séquelles commandaient une intervention tardive ;

Ces dernières sont toujours plus difficiles et plus aléatoires ;

Il est des lésions qui ne se cicatrisent jamais (ménisque) ou de façon très aléatoire (arrachement d'une épine tibiale).

L'intervention précoce raccourcit l'invalidité.

**Procédé opératoire.** — Là encore, il ne faut intervenir que vers le 5<sup>e</sup> ou 6<sup>e</sup> jour, après préparation minutieuse de la peau.

**L'arthrotomie large** (transrotulienne verticale ou transversale, mobilisation de la tubérosité antérieure du tibia), permet une exploration complète et le traitement de toutes les lésions (ligaments latéraux, croisés, ménisques, fractures de l'épine tibiale) avec des techniques complexes, comme celle de Hey Groves ou ses variantes pour la réfection du croisé antérieur.

**L'arthrotomie verticale pararotulienne interne** paraît le plus souvent suffisante, si comme on tend à le faire aujourd'hui, on néglige les lésions des croisés pour porter toute son attention à la réfection du ligament latéral interne pour laquelle on emploiera du matériel non résorbable (lin, soie). Cette voie d'abord permet d'ailleurs l'exploration du ménisque interne et son extirpation et même, en l'élargissant à la manière de Gernez, on peut réséquer un croisé effiloché, agir sur un fragment tibial arraché (enclouage). Ce que nous avons déjà dit sur la pathogénie du signe du tiroir permet en effet de penser à la suite de Oudard, notamment, que la réfection soigneuse des plans aponévrotiques, capsulaires et ligamentaires suffit à assurer la solidité du genou, sans s'évertuer à suturer ou reconstituer un croisé de façon bien illusoire.

**SOINS POST-OPÉRATOIRES.** — Après une immobilisation de 10 à 15 jours, on commence la mobilisation active. C'est l'opéré qui doit tout faire. Premier lever au bout de 3 semaines à 1 mois. La période de récupération dure de 1 à 3 mois.

S'il persiste des troubles vaso-moteurs tenaces, on peut améliorer le résultat par une sympathectomie péri-fémorale ou iliaque.

Dans les *cas anciens*, l'indication opératoire est formelle. Mais ici, la réfection des ligaments latéraux est souvent insuffisante. Et outre la résection d'un ménisque arraché, l'extirpation d'un corps étranger, c'est ici que les différentes plasties trouvent leurs indications :

Plasties du ligament latéral interne par le tendon du M. droit interne ;

Plasties du ligament latéral externe par celui du biceps ;

Opération de Hey Groves, qui à la fois refait un ligament croisé antérieur et double le ligament latéral interne.

J.-N. COURVOISIER.

**Des Anémies au cours de la Grossesse** (1), par A. BRINDEAU, professeur de clinique obstétricale et gynécologique à la Faculté de Médecine de Paris, et Th. THEODORIDES, docteur en médecine, docteur ès sciences naturelles de l'Université de Paris.

Ce travail a été effectué dans le service de la Clinique Tarnier. C'est un véritable traité du « sang » au cours de la grossesse normale et pathologique.

Dans un premier chapitre, les auteurs exposent la technique moderne de l'examen du sang, puis ils mettent au point l'état de ce milieu liquide chez la femme enceinte normale. Enfin, ils traitent de l'anémie gravidique. On sait combien cette question est discutée. Existe-t-il une anémie gravidique commune ? L'anémie pernicieuse gravidique est-elle propre à la femme enceinte ?

Tous ces points sont discutés avec preuves à l'appui. L'histologie sanguine a été particulièrement étudiée ; les symptômes et le traitement constituent une mise au point de la question si importante des anémies graves chez la femme enceinte. Ajoutons que des figures et des planches hors texte viennent illustrer cet ouvrage.

L. G.

(1) In-8 raisin de 230 pages avec 48 figures, 5 planches hors texte et 2 graphiques. — Prix : 45 fr. — Paris. Vigot frères.

Le Directeur-gérant : D<sup>r</sup> François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôp.*, 1935, n° 71, p. 1210 ; n° 73, p. 1242 ; n° 75, p. 1279 ; n° 77, p. 1310.



La Méthode du Docteur PAUL FERRIER

**RÉGIME ET PHOSPHOCALCASE**

est indiquée en vue d'un traitement physiologique de la

**TUBERCULOSE**

quelles qu'en soient la forme et la localisation.

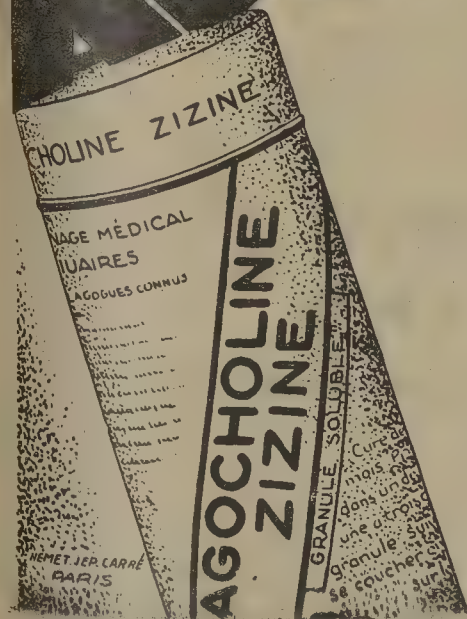
Strictement appliquée aux formes dites graves, elle a pour but de les transformer rapidement, en formes bénignes et curables.

*Littérature et échantillons : LABORATOIRE DE LA PHOSPHOCALCASE, BOURGOIN (Isère).*TOUTES les Affections du **FOIE** et du **REIN :**

1 à 2 capsules à chacun des deux principaux repas de :

**CAPARLEM****HUILE DE HAARLEM** (au Juniperus Oxycedrus)**QUALITÉ INCOMPARABLE ET ACTIVITÉ INSOUPEÇONNÉE**Laboratoire Lorrain de Produits Synthétiques purs — **ETAIN** (Meuse)**AGOOCHOLINE**  
(GRANULÉ SOLUBLE)**CHOLECYSTITES CHRONIQUES  
CONGESTION DU FOIE**

Lithiase biliaire - Ictère et Cholémie

Dyspepsies réflexes - Constipation  
Migraines, Vertiges, Eczéma, Pruritd'origine  
hépatobiliaire**Posologie :** 1 à 3 cuillerées à café le matin à jeun, dans un demi verre d'eau chaude.**LABORATOIRES DU D<sup>r</sup> ZIZINE**  
24, 26, Rue de Fécamp - Paris (XII<sup>e</sup>)

# FARINES MALTÉES JAMMET

de la Société d'Alimentation diététique

## RÉGIME DES MALADES, CONVALESCENTS, VIEILLARDS

Farines très légères

### RIZINE

Crème de riz maltée

### ARISTOSE

à base de farine maltée de blé et d'avoine

### CÉRÉMALTINE

(Arrow-root, orge, blé, maïs)

Farines légères

### ORGÉOSE

Crème d'orge maltée

### GRAMENOSE

(Avoine, blé, orge, maïs)

### BLÉOSE

Blé préparé et malté

Farines plus substantielles

### AVENOSE

Farine d'avoine maltée

### CASTANOSE

à base de farine de châtaignes maltée

### LENTILOSE

Farine de lentilles maltée

*Alimentation  
des Enfants*

**CACAOS, MALTS, SEMOULES, CÉRÉALES** spécialement préparées pour **DÉCOCTIONS**

Usine et Laboratoires à LEVALLOIS-PERRET. — Brochure et Échantillons sur demande.

**ETABLISSEMENTS JAMMET** Rue de Miromesnil 47 Paris



## Granules de CATILLON

à 0,001 Extrait Titré de

## STROPHANTUS

C'est avec ces granules qu'ont été faites les observations discutées à l'Académie de Médecine en 1889. Elles prouvent que 2 à 4 par jour donnent une **diurèse rapide**, relèvent vite le **cœur affaibli**, dissipent **ASYSTOLIE, DYSPNÉE, OPPRESSION, ŒDÈMES**, Affections **MITRALES, CARDIOPATHIES** des **ENFANTS** et **VIEILLARDS**

## Granules de CATILLON 0,0004

## STROPHANTINE

GR.

**TONIQUE du CŒUR par EXCELLENCE — TOLÉRANCE INDÉFINIE**

Priz de l'Académie de Médecine pour "Strophantus et Strophantine", Médaille d'Or Expos. Univ. 1900

PARIS, 3, Boulevard St-Martin. — R. C. Seine 48283

# PADERYL

## DRAGÉES

à base de

BROMHYDRATE DE PAPAVERINE . . . . .	0,03
DE CODÉINE . . . . .	0,02
EXTRAIT DE VALÉRIANE STABILISÉE. . . . .	0,10
DE JUSQUIAME STABILISÉE. . . . .	0,035

## CALMANT DE LA TOUX SÉDATIF NERVEUX

**DOSES. — Adultes : De 2 à 6 Dragées par jour**

à avaler sans les croquer.

**Enfants : selon l'âge.**

LABORATOIRES CLIN, COMAR & C<sup>ie</sup>, 20, Rue des Fossés-Saint-Jacques, PARIS



*La Lancette Française***GAZETTE DES HOPITAUX**

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

**49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6°. Tél. Banton 48-31.**

PUBLICITE : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6°) - Téléph. : LITRE 24-93.

**PRIX DE L'ABONNEMENT****FRANCE**

3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.

*Etudiants : 25 francs par an.*

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

**ETRANGER**

Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.

Tous les autres pays : 75 francs.

**SOMMAIRE****II<sup>e</sup> CONGRÈS NEUROLOGIQUE INTERNATIONAL.** (Compte rendu, par M. Jean LERREBOULLET.)**SOCIÉTÉS SAVANTES***Académie des sciences. — Académie de médecine.***CHRONIQUE***Un voyage d'études médicales de Marseille à Vals-les-Bains.***REVUE DES THÈSES****PRATIQUE MÉDICALE****INFORMATIONS****HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. —** Le jury est provisoirement composé de MM. Lamy, Fèvre, Renard, Lemierre, Camus, Pagniez, Crouzon, Lian, Papillon, Ombrédanne, Leveuf, Auvray, Sauvé, Desplas, Portes.

Ont accepté : MM. Renard, Crouzon, Papillon, Sauvé, Desplas, Portes.

**FACULTÉS DE MÉDECINE. — PARIS. —** Avis (décrets des 10 août et 22 septembre 1935 portant relèvement des droits universitaires). — A partir du 1<sup>er</sup> octobre 1935 entrera en vigueur le tarif des droits universitaires suivants :*Inscriptions trimestrielles.*

Droit trimestriel d'inscription.....	120 fr.	} 195 fr.
— de bibliothèque.....	15 fr.	
— de travaux pratiques..	60 fr.	

*Immatriculation.*

Droit annuel d'immatriculation.....	150 fr.	} 240 fr.
— de bibliothèque.....	60 fr.	

*Droits de laboratoire.*

Droit trimestriel de 100 à 500 fr.

— *Visite médicale pour les étudiants.* — La Faculté de médecine organise, à partir de cette année, une visite médicale pour les étudiants qui commencent leurs études.

Bien que cette visite ne soit pas obligatoire, MM. les étudiants sont instamment priés de se rendre à la convocation qui leur sera adressée. Cette visite médicale est faite dans leur intérêt : trop de jeunes étudiants tombent sérieusement malades au début de leurs études médicales pour qu'il ne

soit pas de leur devoir d'aider leurs maîtres dans la protection de leur santé. Cette visite est surtout orientée vers l'examen de l'appareil respiratoire et vise particulièrement la prophylaxie de la tuberculose. Elle est faite par des médecins et des chefs de consultation, sous la haute direction des professeurs de la Faculté et du Corps médical des hôpitaux.

Toutes les précautions seront prises pour que le secret médical soit strictement respecté. Si les étudiants le désirent, les résultats de leur examen médical pourront être communiqués à leurs parents ou au médecin de leur famille.

Le Doyen, convaincu que cette visite médicale donnera d'excellents résultats, ne doute pas que les étudiants ne répondent à l'appel qu'il leur adresse, au nom de leurs maîtres.

Les visites médicales commenceront le lundi 14 octobre, à l'hôpital Laennec (consultation), à 20 h. 1/2. Les étudiants seront convoqués individuellement au moment de leur inscription.

— *Société des amis de la Faculté.* — Devant le succès obtenu par l'exposition des Collections artistiques de la Faculté de médecine de Paris (à la Faculté, 85, boulevard Saint-Germain), la Société des amis de la Faculté, qui l'avait organisée, a décidé de l'ouvrir de nouveau, du 7 au 12 octobre inclus, de 12 à 17 h., à l'occasion du XLIV<sup>e</sup> Congrès français de chirurgie.— **LYON.** — M. le docteur Fernand Cuilleret est nommé chef de clinique de chirurgie infantile et d'orthopédie à la Faculté.**GUERRE.** — M. le médecin colonel Pasteur, de l'hôpital militaire d'instruction du Val-de-Grâce, a été nommé, à compter du 23 septembre 1935, au grade de médecin général dans la 2<sup>e</sup> section (réserve) du cadre du Corps de santé militaire. (*J. O.*, 1<sup>er</sup> oct. 1935.)**DIGITALINE NATIVELLE**LABORATOIRE NATIVELLE, 27, Rue de la Procession, PARIS (XV<sup>e</sup>)

**HÔPITAL SAINT-JOSEPH DE LYON.** — Un concours pour six places d'internes titulaires s'ouvrira le 6 novembre 1935, à l'hôpital Saint-Joseph de Lyon.

Inscriptions jusqu'au 2 novembre inclus au secrétariat de l'hôpital, 7, rue Parmentier, à Lyon.

— Un concours pour la nomination d'externes (six à dix) aura lieu le 14 novembre.

Renseignements et inscriptions au secrétariat de l'hôpital, 7, rue Parmentier, à Lyon.

**NÉCROLOGIE.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. le médecin général Hussenet, du cadre de réserve, décédé à Besançon dans sa 84<sup>e</sup> année; le docteur Alexandre Moutier, directeur honoraire de l'Ecole de médecine de Caen, décédé dans sa 89<sup>e</sup> année; le docteur Jules Gaillard (de Paris); le professeur Ulysses Vianna (de Rio de Janeiro), psychiatre éminent, il fut un des premiers membres de la Fédération de la Presse médicale latine; le professeur Antonin Hanak (de Prague) dont les travaux de physiologie et notamment sur le métabolisme sont universellement connus.

— Nous apprenons avec une très vive peine le décès de Madame Emile Forgue, née Dujardin-Beaumetz.

Que Monsieur le professeur Forgue veuille bien trouver ici l'expression très affectueuse de notre profonde et respectueuse sympathie.

## CHRONIQUE

### UN VOYAGE D'ÉTUDES MÉDICALES DE MARSEILLE A VALS-LES-BAINS

Un groupe important de médecins de Marseille, comprenant des membres de la Faculté de Médecine, de l'Ecole d'Application du Service de santé des troupes coloniales et des médecins sanitaires maritimes, a visité la station de Vals dimanche dernier.

Parmi ces voyageurs, on remarquait : M. le professeur Léon Imbert, Doyen de la Faculté; MM. les professeurs Olmer, Rouslacroix, Vignoli, Arnoux, Balansard, M. le docteur Ribot, ancien maire de Marseille et directeur du Service sanitaire maritime; M. le docteur Jean Olmer, médecin de la Santé; le docteur Poisson, directeur du Service médical des Messageries Maritimes; les médecins commandants Bordes, Blanc, Fabre; les médecins capitaines Robin et Fournier, etc... Plusieurs dames avaient tenu à accompagner leur mari, et ne furent pas les moins sensibles à l'aspect riant de la station fleurie.

Reçus par le Corps médical de Vals, représenté par son Doyen le docteur Chabannes et les docteurs David, Uzan et Galtier, par la municipalité et par les membres du Comité de propagande de Vals, les visiteurs commencèrent à visiter la station et se dirigèrent vers les parcs, les buvettes et les embouteillages de « Vals-Saint-Jean », « Les Perles », « La Favorite » et « La Reine ». Ils s'arrêtèrent longuement en particulier devant le magnifique embouteillage automatique de « Vals-Saint-Jean », construit il y a neuf ans sous la direction de M. Rabany, actuellement directeur honoraire, et équipé par le directeur technique d'aujourd'hui, M. Reynaud. Cette installation, qui évite tout contact humain avec la bouteille, qui sépare complètement l'embouteillage et l'emballage, éliminant ainsi toute possibilité de pollution, a été fort admirée.

Puis l'Etablissement thermal retint l'attention des visiteurs, qui constatèrent les nombreuses améliorations et les

embellissements qui y ont été apportés récemment. Ils purent admirer les beaux parcs toujours fleuris et s'arrêtèrent un moment autour de l'Intermittente, le merveilleux geyser qui reste la Perle du Vivarais.

Après un court arrêt au casino, la caravane remonta jusqu'à la Dominique, cette source ferro-arsenicale qui à ce point de vue classe Vals la deuxième station en France après La Bourboule.

Un banquet retint les visiteurs autour d'une table excellemment servie par le Grand Hôtel des Bains. Au dessert, M. Chalamon, Président du Comité de propagande et administrateur délégué de « Vals-Saint-Jean », donna successivement la parole à M. Martin-Terrasse, adjoint au maire de Vals et représentant le Comité de propagande; à M. le docteur Chabannes, au nom du corps médical, qui apportèrent aux visiteurs le salut et les remerciements des organismes qu'ils personnifient.

Avec son amabilité coutumière et avec toute la bienveillante attention qu'il porte à Vals, M. le docteur Ribot, résumant l'impression des visiteurs, dit son admiration pour les progrès réalisés à Vals, tant au point de vue thermal qu'au point de vue de l'urbanisme et au point de vue hôtelier. Il assura très amicalement ses confrères que les médecins de Marseille reviendraient à Vals et sauraient utiliser ses indications thérapeutiques.

M. le professeur Léon Imbert, Doyen de la Faculté de Médecine, dit à son tour son plaisir de se retrouver dans la jolie station dont il a pu à diverses reprises constater les progrès, et il rappela d'une façon très intéressante les progrès dont l'hydrologie est redevable, depuis la plus haute antiquité, aux médecins de Marseille.

Dans l'après-midi enfin, une courte conférence du docteur Uzan exposa dans un élégant raccourci l'histoire des eaux de Vals, les nombreuses études dont elles furent l'objet, les travaux récents qui ouvrent des horizons nouveaux sur la thérapeutique hydrominérale à Vals.

F. L. S.

Etude de M<sup>e</sup> Huez, notaire à Troyes (Aube)  
38, Place Jean-Jaurès, 38

A vendre par suite de décès

**TRÈS BONNE PHARMACIE à TROYES**

S'adresser à M<sup>e</sup> Huez, Notaire

452

ANÉMIES  
DYSPEPSIES  
ANTITOXIQUE



DOSE: 4 à 6  
TABLETTES  
PAR JOUR

**BIOXYDE DE MANGANESE COLLOÏDAL SELS MAGNÉSIENS**  
Laboratoire SCHMIT, 71 Rue Sainte-Anne, PARIS. 2<sup>e</sup>

**Phosphopinal Juif**

Reconstituant général, est au Phosphore blanc ce que le Cacodylate est à l'Arsenic  
Littérature et Echantillons: 10, Impasse Milord, Paris (18<sup>e</sup>)

Sirop  
Granules

**CROSNIER**

Cure  
sulfureuse

Néuralgies  
Vérités

**BROMÉINE MONTAGU**



**DEUX PRODUITS POUR LA TROUSSE D'URGENCE****CORAMINE***Toni-cardiaque injectable*

permet d'agir avec le maximum d'efficacité et dans le minimum de temps  
en présence de toute indication urgente :

**Collapsus graves.****Etats de choc.****Défaillance cardiaque aiguë.****Etats asphyxiques.****Etats infectieux.****Accès d'asthme.**

(Injections sous-cutanées, intra-veineuses  
et intra-cardiaques.)

**CIBALGINE***Analgésique sans opium*

Calme le phénomène algique sans accoutumance et sans danger

**Coliques hépatiques.****« néphrétiques.****Douleurs fulgurantes des tabétiques.****Hémoptysies.****Névralgies, sciatiques, etc...**

(Injections sous-cutanées ou intra-musculaires)

Laboratoires CIBA - O. ROLLAND, Pharm., 109-113, B<sup>d</sup> de la Part-Dieu, LYON



# Salicylate

## SURACTIVÉ

# "ANA"

SALICYLATE DE SODIUM  
en combinaison  
CALCO-MAGNÉSIE  
THIOSULFATÉE

**24 gr.**  
SALICYLATE de NA  
SURACTIVÉ  
**15 fr.**

### SOLUTION

1/2 cuil. à café ou 70 gouttes } = 1 gr. de Salicylate de Na suractivé

### AMPOULES (INTRAVEINEUSES)

10 cc. = 1 gr. de Salicylate de Na suractivé

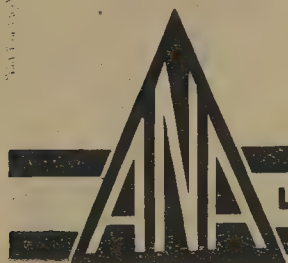
*ses 4 avantages :*

- 1 - Suractivation 170 %
- 2 - Goût agréable
- 3 - Tolérance parfaite
- 4 - Concentration forte

**Rhumatisme articulaire aigu et ses complications**

**ALGIES**

**INFECTIONS - SEPTICÉMIES**  
**TROUBLES HEPATIQUES**



LABORATOIRES "ANA", 18, AVENUE DAUMESNIL. PARIS, XII<sup>e</sup>



II<sup>e</sup> CONGRÈS NEUROLOGIQUE INTERNATIONAL

Londres, 29 juillet-2 août 1935 (1).

## PREMIERE QUESTION

## LES EPILEPSIES

## RAPPORTS

**Étiologie générale de l'épilepsie commune.** — M. le professeur JEAN ABADIE (Bordeaux). La croyance à une épilepsie essentielle, maladie autonome, n'est plus acceptée aujourd'hui. L'épilepsie n'est qu'un syndrome anatomo-clinique. On ne parle plus maintenant que de syndromes épileptiques, de causes variables assurément, de facteurs complexes encore incomplètement déterminés, mais dans lesquels l'importance des lésions acquises des centres nerveux est définitivement acquise.

L'épilepsie commune n'est ni constitutionnelle ni innée, elle est personnelle et acquise. Elle n'est pas une névrose sans substratum organique ni altération permanente des centres nerveux, elle est au contraire un syndrome résultant toujours de lésions encéphaliques, de nature et d'origine variables, mais dont l'existence incontestable peut être affirmée, même quand elle ne peut être mise en évidence par nos moyens actuels d'investigation. Les causes les plus fréquentes, et les plus généralement admises, de ces lésions encéphaliques consistent dans les traumatismes obstétricaux, les traumatismes cranio-cérébraux de l'enfance, et les toxi-infections infantiles.

Les traumatismes obstétricaux doivent être mis au premier rang dans l'échelle de fréquence de ces causes.

De même, il faut faire une place importante aux traumatismes céphaliques si fréquents chez les enfants, et surtout les nourrissons.

Viennent ensuite, dans l'énumération de ces causes, les toxi-infections infantiles, au cours desquelles peuvent survenir des manifestations cliniques (coma, délire, convulsions passagères, paralysies cérébrales transitoires ou durables, etc.) qui démontrent que l'atteinte infectieuse a porté son action nocive particulièrement sur les centres nerveux, créant ainsi des lésions grossières quoique relativement réduites du cerveau, dont les cicatrices ultérieures déterminent une irritabilité manifeste des régions atteintes.

Parmi les atteintes infectieuses de l'enfance, il faut faire une mention spéciale de l'hérédosyphilis.

Un autre facteur important d'atteinte infectieuse des centres nerveux pendant les premiers temps de la vie, est l'alloolisme des procréateurs.

De toutes les considérations qui précèdent, il résulte que, entre l'épilepsie commune et les convulsions infantiles, il existe un lien étiologique indiscutable et étroit.

**Étiologie spéciale de l'épilepsie.** — M. le professeur V. M. BUSCAINO (Catane). Dans l'état actuel de nos connaissances, les causes des accès convulsifs de type épileptique peuvent être distinguées en quatre groupes fondamentaux : 1° prédisposantes ; 2° préparantes ; 3° facilitantes ; 4° déchaînantes.

1° Il existe une capacité particulière de l'encéphale de certains sujets à répondre par des convulsions épileptiques à des stimulus, qui normalement ne provoquent pas de décharges de ce type.

Les faits jusqu'à présent connus sur la genèse de cette « prédisposition », très souvent congénitale et par conséquent liée à des mécanismes héréditaires, attirent l'attention sur l'activité de la thyroïde et peut-être aussi du pancréas.

2° Les causes préparantes consistent en lésions cérébrales, sensibilisation envers certaines protéines alimentaires, planétaires, rénales ou dysthyroïdiennes.

3° Les causes facilitantes (heure, époque, âge, émotions, état de l'organisme, etc.) favorisent en grande partie, directement ou indirectement, la rétention de l'eau dans l'organisme.

4° Les causes déchaînantes provoquent l'accès épileptique par un mécanisme chimico-physique, qui se révèle par un violent déséquilibre hydrosalin caractérisé essentiellement par la surcharge d'eau dans le tissu nerveux, la rétention d'eau — pas toujours — dans l'organisme et des variations électrolytiques particulières. Les dites causes déchaînantes sont les suivantes :

a) Des stimulus qui viennent — par voie afférente — des points les plus différents de l'organisme (peau, zone cardio-aortique, sinus carotidien, plèvre, etc.) ;

b) La présence dans la circulation de substances spéciales à la dérivation ammoniacale ;

c) L'usage de certains aliments ;

d) La présence probable dans la circulation de produits dysthyroïdiens, la placentaire (éclampsie) ou d'origine rénale (urémie).

Quelques-unes de ces causes déchaînent l'accès aussi par des crises d'hypersécrétion post-hypophysaire. Celles-ci provoquent ou contribuent à accentuer le déséquilibre hydrosalin.

Il demeure incertain que, en des cas donnés, l'accès épileptique soit déchaîné seulement par une crise d'hypersécrétion post-hypophysaire.

A l'exception des cas expérimentaux, un concours de trois facteurs est nécessaire : 1° la cause prédisposante ; 2° une cause préparante ; 3° une cause déchaînante.

On observe ainsi dans la pathologie humaine les groupements cliniques les plus différents :

Epilepsie de certaines femmes enceintes (éclampsie), de certains néphritiques (éclampsie des néphritiques), épilepsie de certains cérébropathiques (épilepsie cérébropathique : tumeurs, méningites, encéphalites, blessures du crâne etc.), épilepsies biopathiques dues à des hypersensibilités ou à la présence dans la circulation de substances à dérivation ammoniacale, à genèse jusqu'à présent obscure.

Il y a un type d'épilepsie dans lequel un seul facteur étiologique peut agir comme facteur prédisposant (« prédisposition acquise ») et comme facteur préparant : celui des syndromes organiques localisés dans les environs du *tuber cinereum*.

Il n'est pas douteux que des syndromes toxiques (éclampsie, par exemple) puissent aussi créer, dans des cas donnés, la « prédisposition ».

Chez un même épileptique, cérébropathique ou biopathique, les crises peuvent avoir des origines différentes. Il suffit qu'une des causes facilitantes atteigne un degré très accentué. Dans ces conditions des causes déchaînantes minimes feront éclater l'accès épileptique.

A côté donc des types d'épilepsie cérébropathique, l'expérience biologique récente a démontré l'existence indéniable de types d'épilepsie qui se déroulent indépendamment de l'existence de faits cérébropathiques. D'ailleurs, dans l'épilepsie cérébropathique même, le « foyer » n'est qu'un des facteurs étiologiques de l'accès épileptique, incapable en général *per os* de déchaîner une crise comitiale.

**La physio-pathologie de l'épilepsie.** — M. WILLIAM J. LENOX (Boston). Chez des malades présentant des crises épileptiques fréquentes, certaines altérations des processus physiologiques du cerveau (équilibre de l'eau, équilibre acide-base) modifient le nombre de celles-ci.

L'existence d'une relation entre le problème d'équilibre acide-base, les rapports oxygène-sang, et les crises, a fait

(1) Association de la Presse médicale française.



l'objet d'une série de recherches de la part de l'auteur, que l'on peut résumer ainsi qu'il suit :

1° *Equilibre acide-base.* — L'alcalose produite par hyperventilation ou par des substances alimentaires augmente les crises, alors que l'acidose obtenue par un régime approprié, par ingestion de substances acides, par inspiration d'acide carbonique ou par activité musculaire tend à les diminuer.

2° *Circulation cérébrale.* — La quantité totale de sang circulant à travers le cerveau, — mesurée par un appareil enregistreur thermo-électrique placé dans la veine jugulaire, — ne se trouve pas diminuée dans la période qui précède les crises, sauf quand la crise a été provoquée par hyperventilation. Ceci démontre qu'une anémie cérébrale généralisée n'est pas responsable de crises épileptiques spontanées.

3° *Oxygène.* — a) Consommation globale d'oxygène. Le volume d'oxygène consommé par les sujets dans les intervalles des crises est normal ou légèrement diminué. Pendant et aussitôt avant des accès non convulsifs, aucune variation appréciable de ce volume n'est constatée.

b) Degré d'oxygénation du sang. La proportion d'oxygène contenu dans le sang artériel (recherches portant sur 90 malades) était anormalement basse chez la moitié des sujets. Le sang veineux présentait une moyenne d'oxygénation de 7 p. 100 inférieure à ce qu'elle est généralement chez des individus normaux. Il y aurait donc une circulation ralentie au niveau des extrémités. Le sang veineux cérébral donnait une moyenne d'oxygénation normale. Il en fut de même au cours de crises légères.

c) Variations de l'apport en oxygène : l'auteur a réalisé une anoxémie cérébrale aiguë par deux méthodes : soit en faisant respirer de l'azote pur, soit par production d'une syncope orthostatique consécutive à l'absorption de nitrite de soude.

Parmi 20 épileptiques sujets à de grandes crises, la crise ne fut déclenchée que chez un seul. Au contraire, les résultats furent positifs chez 13 malades, sujets à des accès de petit mal. Le degré d'anoxémie eût été insuffisant pour amener une perte de connaissance chez des individus normaux.

Une augmentation de la teneur en oxygène du sang et des muscles des malades atteints de petit mal, réalisée en soumettant les sujets à une pression de deux à quatre atmosphères a fait diminuer légèrement le nombre des crises spontanées.

4° *Activité électrique du cerveau.* — Les accès de petit mal sont invariablement précédés ou accompagnés par une augmentation brusque du potentiel électrique. Le voltage s'élève de 1 à 10, alors que la fréquence des vagues d'oscillations diminue de 5 à 1.

Les mouvements cloniques, lorsqu'ils existent, sont synchrones aux oscillations ; les mouvements volontaires ne sont pas suivis par des variations de ce potentiel. La forme des larges vagues d'oscillations est particulière à chaque sujet. En outre, l'encéphalographie électrique des malades, faite en dehors des crises, met en évidence de légers troubles du rythme évoquant l'idée d'accès larvés ou d'un état préalable voisin du seuil des crises.

L'élévation de l'alcalose, obtenue par les méthodes précitées, provoque également des oscillations de plus grande amplitude et de moindre fréquence, ces caractères s'affirmant au fur et à mesure que l'alcalose ou que l'anoxémie augmentent.

En résumé, les variations physiologiques anormales du degré d'alcalose, les états d'anémie cérébrale généralisée ou d'anoxémie ne constituent pas une cause habituelle d'épilepsie. Mais chez les sujets atteints de petit mal ils peuvent cependant modifier le seuil à partir duquel la crise se produit et précipiter les accès.

Les crises de petit mal sont associées à des altérations de l'activité électrique cérébrale, grandes et larges fluctuations

de potentiel remplaçant les oscillations habituellement courtes et rapides. L'alcalose, l'anoxémie et l'anémie produisent une variation analogue de l'activité électrique, et agissent peut-être en intégrant et en déclenchant le mécanisme des crises du malade.

**Mécanisme physico-chimique de la réactivité convulsive (mesure de la perméabilité).** — M. le prof. E. SPIEGEL et Mme le prof. SPIEGEL-ADOLF (Philadelphie). En raison du grand nombre de facteurs susceptibles de provoquer des convulsions, il semble qu'il doive exister un mécanisme commun fondamental, susceptible d'agir sur les cellules nerveuses, mécanisme de nature probablement physico-chimique. L'excitation serait due à des altérations de concentration ionique autour des membranes cellulaires semi-perméables, et ces altérations de concentration agiraient en augmentant la perméabilité cellulaire. Les facteurs susceptibles de faciliter cette augmentation de la perméabilité augmenteraient également l'excitabilité.

Les auteurs ont pu étudier expérimentalement l'influence de divers facteurs épileptogènes sur la perméabilité à l'aide d'une méthode indirecte basée sur la conductivité du cerveau par des courants électriques alternants, de haute et de basse fréquence.

D'après leurs expériences, il faut distinguer deux mécanismes physico-chimiques de l'action des facteurs épileptogènes, pouvant entrer en combinaison : 1° production d'une altération de concentration ionique sur les surfaces semi-perméables des cellules nerveuses ; 2° diminution de la densité des surfaces cellulaires, ce qui facilite l'augmentation de la perméabilité.

Le problème de réactivité convulsive constitue donc seulement une partie du problème plus général de relation entre excitabilité et perméabilité des surfaces cellulaires.

**Métabolisme et épilepsie.** — M. F. FRISCH (Vienne). Les diverses formes de métabolisme susceptibles de jouer un rôle dans la pathogénie de l'épilepsie sont le métabolisme des albumines, des graisses, des sucres, des sels, des bases et acides. En ce qui concerne l'influence des albumines du sang, on trouve, dans la période qui précède la crise épileptique, une augmentation de la quantité totale d'albumine, une augmentation des albumines par rapport aux globulines et un ralentissement de la vitesse de sédimentation. Au contraire, il se produit exactement l'inverse au cours de certains états de désassimilation et de désintégration cellulaire, caractérisés par la disparition des crises, chez les épileptiques. Dans ces phases préparoxystiques, l'élimination des substances azotées par l'urine est entravée et le taux de l'azote sanguin augmente en fonction de l'augmentation des albumines. En ce qui concerne l'équilibre acides-bases, il faut abandonner, une fois pour toutes, la conception que l'alcalose sanguine joue un rôle important dans le déclenchement de la crise épileptique. La diminution des réserves alcalines avant la crise révèle la formation d'acides intermédiaires qui influencent toutefois les processus osmotiques intracellulaires. L'auteur rappelle à ce point de vue les résultats intéressants de la cure d'inanition et de la diète céto-gène.

**Le rôle du système nerveux végétatif dans la pathogénie de l'épilepsie.** — M. le prof. K. ORZECIOWSKI (Varsovie). L'épilepsie essentielle est en général d'origine organique. Sa cause immédiate est le spasme vasculaire, comme pour la plupart des maladies à ictus. Les diverses modifications formales, végétatives, chimiques et morphologiques du sang, avant l'accès, n'ont pas d'influence spécifique sur ce dernier ; elles ne font que le déclencher. Le fait qu'il se produit tantôt une crise épileptique, tantôt un accès de narcolepsie ou une crise oculogyre dépend de la localisation du spasme.



Dans les cas d'épilepsie, ce sont les vaisseaux piemériens de la convexité, dans les cas de narcolepsie ceux de la base et dans les cas de pyenolepsie ceux du cervelet qui sont atteints. Dans les cas d'épilepsie organique les vasomoteurs sont irrités par une cicatrice corticale. La cause de l'épilepsie essentielle résiderait dans la structure spéciale des méninges molles qui, en certains endroits, interrompraient la circulation du liquide céphalo-rachidien ; il résulterait de cette stase une irritabilité des nerfs vasculaires. Le fait que ce sont bien les modifications hydrodynamiques et chimiques du liquide qui provoquent la crise, est confirmé par l'efficacité des procédés thérapeutiques visant à supprimer la stase tels que l'encéphalographie, la ponction lombaire, la déshydratation, le volet de Kocher. En résumé, le substratum anatomique de l'épilepsie est le complexe pie-mère-arachnoïde-nerf vasculaire-vaisseau.

**Anatomie pathologique de l'épilepsie.** — M. le prof. M. MINKOWSKI (Zurich) étudie successivement les altérations des vaisseaux cérébraux, du parenchyme nerveux, de la névroglie, des plexus choroïdes et de l'épendyme, des organes internes dans les épilepsies aiguës et chroniques ; il conclut que de toutes les altérations chroniques observées chez les épileptiques il n'y en a aucune qui soit assez caractéristique, constante ou spécifique pour expliquer le déclenchement des crises épileptiques ou leur nature.

**Le traitement médicamenteux des états épileptiques.** — M. A. ULRICH (Zurich) a élaboré une thérapeutique par le brome, basée sur la connaissance de l'antagonisme entre ce corps et le chlore de l'organisme. Il en précise la technique en soulignant la nécessité d'augmenter lentement la dose jusqu'à un chiffre optimum, lequel, une fois établi, devra être maintenu pendant plusieurs années.

**Les épilepsies : thérapeutique chirurgicale.** — M. le prof. WILDER PENFIELD (Montréal). La thérapeutique chirurgicale des épilepsies exige une étude préliminaire rigoureuse des symptômes mêmes, et une recherche étiologique minutieuse, l'essentiel étant de dépister l'existence d'une lésion cérébrale importante et l'efficacité possible d'une intervention. Après avoir énuméré les différents traitements chirurgicaux envisagés dans l'épilepsie essentielle, l'auteur apporte une importante série de résultats personnels d'intervention dans des épilepsies secondaires à des lésions cérébrales.

**Radiothérapie de l'épilepsie.** — M. SÇALITZER (Vienne). Les cas d'épilepsie traumatique et ceux qui s'accompagnent d'hydrocéphalie sont ceux où la radiothérapie, par son action hypotensive, est le plus efficace. Dans certains cas rebelles à tout traitement, les crises ont diminué, voire même disparu complètement pendant plusieurs mois. Certaines épilepsies d'origine inflammatoire ou essentielle, et certains cas de « petit mal » se sont également améliorés. L'auteur divise le crâne en quatre champs, irradie chaque jour un champ et recommence au bout de quatre jours le cycle. Après huit à dix jours de traitement, il intercale une période de repos de sept semaines.

**Traitement hospitalier et traitement général.** — M. L.-J. J. MUSKENS insiste sur les bienfaits multiples que les épileptiques peuvent retirer, non seulement d'une thérapeutique bien dirigée, mais de tout un ensemble de règles et de précautions de tous ordres. Il serait souhaitable qu'un hôpital spécialisé puisse grouper de semblables malades, exception faite pour ceux qui présentent une infirmité définitive ou une atteinte grave de l'état mental. Pareille institution permettrait une meilleure connaissance de l'épilepsie et une thérapeutique plus judicieuse pour ceux qui en sont atteints.

## DEUXIEME QUESTION

### LE LIQUIDE CEPHALO-RACHIDIEN

#### RAPPORTS

**De quelques caractères anatomiques et physiologiques des méninges et du liquide céphalo-rachidien.** — M. le prof. LEVIS H. WEED (Baltimore) discute l'origine des trois méninges en se basant sur les constatations faites chez des embryons de mammifères et sur les transplantations expérimentales dans les espèces amphibiens. Suit une description du trajet du liquide céphalo-rachidien, depuis son élaboration au niveau des plexus choroïdes, sa traversée des espaces sous-arachnoïdiens et enfin son retour au système circulatoire veineux.

La doctrine de Monro-Kellie, considérant que la boîte crânienne et la colonne vertébrale constituent en quelque sorte un support rigide pour le cerveau et les méninges, est également discutée par rapport aux déplacements subis par le liquide céphalo-rachidien pendant le passage de la position horizontale à la position verticale.

L'auteur rapproche enfin l'application d'une formule physique bien connue pour la détermination du coefficient d'élasticité du système cérébro-spinal au manque d'adaptation apparente des mammifères à la station debout continue.

**Anatomie et physiologie de la circulation du liquide céphalo-rachidien.** — M. le prof. C. SHALTENBRAND (Wurzburg). Etude embryologique et anatomique de Virchow-Robin et des villosités arachnoïdiennes et participation de ces organes à la circulation du liquide céphalo-rachidien.

Explication des rapports entre la pression veineuse et artérielle, entre ceux du liquide et de la tension en oxygène. L'auteur rappelle le rôle des échanges osmotiques, celui de la diffusion sur la circulation du liquide et le fonctionnement des citernes.

**Physio-pathologie de la pression intra-crânienne, de la production et réabsorption du liquide céphalo-rachidien.** — M. le prof. M.-M. RISER (Toulouse). Le terme de pression du liquide céphalo-rachidien a une signification essentiellement sémiologique ; elle représente la résultante de nombreux facteurs qu'il importe de séparer ; sa valeur est singulièrement accrue quand on peut attribuer ses modifications à tel ou tel mécanisme. En réalité, il indique la pression intracrânienne, dans son ensemble, quand il n'y a pas de blocage entre les différents districts ventriculo-méningés, et en position horizontale du sujet.

Voici les facteurs qui entrent en jeu : a) la presque complète rigidité de la boîte crânio-vertébrale ; b) l'incompressibilité du tissu nerveux lui-même et de ses enveloppes ; c) la quantité de liquide céphalo-rachidien et ses variations ; d) la quantité de sang circulant dans la boîte crânio-vertébrale et ses variations : actives, propres au cerveau sous l'influence des vasomoteurs, et passives, dépendant de la circulation générale ; e) le développement intracrânien d'une lésion apportera des troubles particuliers dus à son volume même, aux troubles vasomoteurs et circulatoires locaux dont elle est la cause.

En résumé, l'étude du liquide céphalo-rachidien ne doit pas être évidemment limitée à des questions de volume, de densité, de composition, de variations physio-pathologiques de ces facteurs. Il est indispensable de rattacher l'étude de cette humeur aux problèmes plus généraux de la circulation cérébrale étudiée dans son ensemble, de la nutrition du parenchyme, des rapports de la cellule nerveuse avec le milieu intérieur. Spécifier isolément la pression du liquide est évidemment chose utile dans bien des cas ; mais cette mesure prend plus de sens si, en même temps, on s'informe des pressions artérielles générales, artérielle rétinienne et veineuse.

S'enquérir de la perméabilité méningée à l'égard d'une substance donnée est bien, mais c'est briser étroitement le problème que négliger la perméabilité du parenchyme à l'égard de cette même substance ; c'est risquer d'ignorer des lois communes d'un haut intérêt, et on peut multiplier de tels exemples.

Toutes ces enquêtes sont loin d'être closes ; on s'en doute d'après le programme ambitieux que se tracent tous ceux que passionnent ces recherches et les doctrines les plus contradictoires s'affrontant sur les points les plus importants.

La cause de ces incertitudes est des plus honorables : critique plus serrée des faits, des hypothèses, des techniques et rattachement du problème aux questions plus élevées et complexes de la nutrition et de la défense du système nerveux dans leur sens le plus général.

**Directives thérapeutiques dans les troubles de sécrétion et de résorption du liquide céphalo-rachidien.** — M. HUGH CAIRNS (Londres) envisage ici les différentes formes d'hydrocéphalie, méningites séreuses et œdème cérébral, ainsi que certains états d'hypotension intracrânienne susceptibles d'être produits par un trouble de sécrétion du liquide céphalo-rachidien.

La thérapeutique de ces états consiste dans le traitement postural, les injections intraveineuses de solutions hypertoniques, hypotoniques, le drainage par ponction lombaire, ou par intervention chirurgicale.

Les troubles de la sécrétion et de la résorption du liquide céphalo-rachidien peuvent être consécutifs à l'ablation de tumeurs cérébrales. La discussion de semblables cas peut donc donner des indications précieuses quant au traitement même de ces néoformations ; elle projette aussi quelque lumière sur ces mêmes désordres de la sécrétion et de la résorption produits par des processus morbides.

**Le problème physico-chimique de l'excrétion et de la réabsorption du liquide céphalo-rachidien.** — M. le prof. F. GEORGI (Yverdon). Les données physiques, physico-chimiques-colloïdales, hormonales, celles fournies par l'étude des ferments et substances immunisantes sont trop imprécises pour éclairer nos connaissances sur le comportement du liquide céphalo-rachidien. Par contre, l'étude des ions nous incite à ne pas considérer le liquide céphalo-rachidien comme simple produit de dialyse, mais plutôt d'osmose. L'étude des substances organiques (albumine et globulines) nous renseigne mieux sur son origine.

Diverses recherches ont démontré que la quantité d'albumines du liquide céphalo-rachidien est plus ou moins indépendante de celle des albumines du sang, ce qui ne détruit pas toutefois l'hypothèse de l'origine hémotogène des albumines du liquide céphalo-rachidien et de ses composants.

### TROISIEME QUESTION

#### LES FONCTIONS DU LOBE FRONTAL

##### RAPPORTS

**Etude critique de l'ataxie frontale.** — M. le prof. BARRÉ (Strasbourg) montre que l'ataxie frontale de Bruns n'a en aucune manière les caractères des troubles du mouvement qu'il est classique aujourd'hui de rapporter au cervelet, depuis les travaux de Babinski et ceux d'André Thomas.

Il établit également, en se basant sur une centaine de cas de tumeurs cérébrales vérifiées (des services de Clovis Vincent et du sien), que l'ataxie de Bruns n'est pas spécialement frontale, mais qu'elle se rencontre aussi dans les tumeurs pariétales, temporales, du 3<sup>e</sup> ventricule et de la fosse postérieure, etc.

Il montre enfin que cette ataxie n'est pas une ataxie, mais un trouble primitif et essentiel de l'équilibre, ce qui est autre chose.

Dans la seconde partie de son rapport, M. Barré précise tout d'abord le degré de la rétropulsion ou rétrolatépulsion : forme habituelle du trouble de l'équilibre en question allant de l'astasia-abasia qui s'affiche, à la légère rétro-inclination du corps qu'il faut rechercher.

Il montre que ce trouble est moins fréquent que ne le disait Bruns et qu'il n'est pour ainsi dire jamais précoce.

L'apraxie de la marche de Gertsman et Schilder est pour le rapporteur un complexe : une astasia-abasia multipliée par le déficit d'attention du frontal.

Il ajoute aux formes classiques l'antépulsion et les crises de dérochement des membres inférieurs, qui sont rares, mais précoces.

Il explique tous ces troubles de l'équilibre par la pression qu'exercent les tumeurs du pôle frontal, des lobes temporaux, pariétaux, etc., sur le noyau rouge et les segments les plus élevés des voies centrales de l'appareil de l'équilibration.

Pratiquement donc, la constatation de ce qui fut décrit sous le nom d'ataxie frontale doit porter à enquêter non seulement du côté du pôle frontal ou de la fosse postérieure, mais dans de multiples directions.

Dans les cas où la discussion diagnostique se circonscrit entre zone frontale et zone cérébelleuse, le caractère normal des épreuves vestibulaires instrumentales est en faveur du siège frontal de la tumeur. Une ventriculographie (bien supérieure à l'encéphalographie par voie lombaire) peut aider aussi au diagnostic.

Pour l'auteur, ataxie frontale pseudo-cérébelleuse est une mauvaise expression, qui ne sera plus nuisible si l'on sait en la prononçant qu'elle désigne des troubles qui ne sont pas spécialement frontaux, qui ne sont ni fréquents ni précoces, et qui ne sont nullement cérébelleux.

**Lobe frontal et équilibre.** — M. le prof. P. DELMAS-MARSALET (Bordeaux) considère que le terme vague d'« équilibre » doit être remplacé par celui de « coordination » qui a l'avantage d'englober certains phénomènes pratiques dont le lobe frontal est le siège. Il montre que, malgré les différences qui séparent l'homme, on aurait tort de rejeter l'appoint de l'expérimentation dont le grand avantage est de fournir des faits assez simples et d'un contrôle facile. Pour aborder l'étude des fonctions frontales de coordination, il convient de ne pas raisonner comme on le fait pour la fonction motrice volontaire qui s'accommode assez bien des notions de déficit ou d'excitation ; il faut tenir compte de l'état fonctionnel des parties normales ; à côté de la théorie classique que l'on peut appeler « théorie de la partie manquante », il y a place pour une autre conception qui devient la « théorie de la partie restante ». Il convient, enfin, de ne pas se contenter d'un repérage des lésions frontales par rapport aux frontières grossières de l'anatomie descriptive, mais d'introduire le repérage par rapport aux champs architectoniques, plus conforme aux localisations fonctionnelles du cerveau.

Le rapporteur croit pouvoir formuler les conclusions suivantes : 1° au point de vue *expérimental*, la réalité d'un rôle de coordination du lobe préfrontal ne paraît pas douteuse chez le singe et chez le chien.

Certains faits observés chez le lapin et le pigeon permettent de penser à un certain rôle du lobe frontal dans l'orientation. Les expériences de lésions frontales bilatérales, de section du corps calleux, de lésions fronto-cérébelleuses confirment ces conclusions.

2° Au point de vue clinique, une étude minutieuse semble permettre de mettre en évidence des troubles de quatre éléments fondamentaux : élément cérébelleux, élément labyrinthique, élément praxique, élément gnosique. Un essai de localisation fonctionnelle permet de distinguer provisoirement des syndromes superficiels (pédiculo-frontal, médio-frontal, télé-frontal), des syndromes profonds et des syn-



dromes mixtes. Le lobe frontal constitue une coordination « de luxe » qui peut être compensée par les autres territoires du système nerveux. Dans l'interprétation des troubles, il convient de tenir compte non seulement de la partie manquante, mais aussi de l'état de la partie restante.

3° Au point de vue anatomique, la structure particulière du lobe frontal ne s'oppose pas à la conception de son rôle dans la coordination, pas plus qu'à l'existence de localisations fonctionnelles larges.

**Les relations entre les lobes frontaux et les fonctions psychiques.** — M. K. GOLDSTEIN (New-York). L'auteur considère comme indiscutable que les lésions frontales, surtout du côté gauche, s'associent à des symptômes psychiques. L'étude de cette question est compliquée par deux facteurs : 1° difficulté d'établir le siège et l'étendue des lésions (les troubles psychiques ne s'observant que dans les lésions extensives, bilatérales, ou n'intéressant que la partie antérieure du lobe frontal) ; 2° insuffisance des moyens d'étude des fonctions psychiques.

On ne doit pas limiter les troubles psychiques à l'étude d'une fonction, comme la mémoire, l'attention, le raisonnement, l'émotion, la volonté, etc. Certains malades, en effet, ne présentent ces troubles que dans des conditions d'épreuve particulières, alors que la fonction incriminée est normale dans d'autres conditions. D'autre part, on peut observer une insuffisance de toutes les fonctions, seulement dans certaines situations, dans lesquelles un type particulier de comportement est appelé « into play ».

Cette déficience du comportement a été signalée sous plusieurs vocables désignant le même phénomène : absence d'actes volontaires, mais action correcte quand elle est provoquée directement par l'entourage ; il s'agit d'une déficience du comportement catégorique de la fonction symbolique. Le trouble n'apparaît que quand une situation d'épreuve met en jeu le mécanisme incriminé. Le malade, qui paraît normal dans une épreuve simple, est déficient dès qu'un mécanisme psychique plus complexe doit être mis en jeu, mécanisme qui demande en particulier l'utilisation d'un concept.

Mais ces troubles psychiques ne sont pas suffisants pour permettre un diagnostic, car des lésions diffuses du cerveau antérieur peuvent produire des symptômes analogues. Néanmoins, le lobe frontal est la région du cerveau antérieur qui correspond à l'activité psychique la plus compliquée. Pour les localisations, les signes associés, tels que les troubles des mouvements des yeux, de la tête et du tronc, de la statique, l'apraxie, l'aphasie, l'amimie, ont une valeur beaucoup plus grande. La combinaison de ces troubles psychiques et de ces troubles somatiques n'est pas accidentelle, mais elle est l'expression d'une lésion du même mécanisme, dans deux domaines différents. Le mécanisme qui permet, en effet, à un sujet normal de s'adapter à une situation, exige qu'il se maintienne en contact avec les autres individus ; il le fait par la mimique, par le langage, par l'écriture. Aussi n'est-il pas étonnant que les centres qui commandent à ces actes soient voisins de ceux qui commandent l'activité psychique.

**Lobes frontaux et système moteur extrapyramidal, données anatomo-pathologiques.** — M. le prof. DONAGGIO (Modène). Le rapport entre lésions frontales et syndrome extrapyramidal akinéto-hypertonique peut contribuer à expliquer la présence si discutée de ce syndrome dans les tumeurs des lobes frontaux. L'auteur discute alors, pour les réfuter ensuite, les différentes objections faites à ce sujet.

Suit un exposé de la fréquence des lésions frontales dans les spasmes de torsion, la chorée, etc., et quelques données physiologiques.

L'auteur conclut que l'écorce frontale est une partie importante du système moteur extra-pyramidal et que la circonvolution frontale ascendante est douée d'une double

fonction : fonction pyramidale et fonction extra-pyramidale, dont la lésion peut se manifester d'une façon isolée.

**Les fonctions du lobe frontal vues par un neuro chirurgien.** — M. CLOVIS VINCENT (Paris) exclut de son étude la circonvolution frontale ascendante dont les fonctions sont avant tout motrices.

A. Dans certaines conditions (ablation de tumeur cérébrale, ablation de certaines lésions inflammatoires), la résection partielle ou totale du lobe ne donne pas lieu à des troubles psychiques ou moteurs nets.

B. Il existe au voisinage du troisième ventricule un appareil dont l'excitation ou la paralysie sont susceptibles de déterminer une turgescence soudaine des lobes frontaux. Ce véritable état érectile des lobes semble dû à la fois à une réplétion vasculaire et à un œdème aigu.

Il est vraisemblable que les crises d'épilepsie et l'état de mal épileptique, cause de la mort, sont en rapport direct ou indirect avec le flux qui s'est produit dans les lobes frontaux.

Si vraiment un pareil régulateur existe, on conçoit quel rôle il peut être appelé à jouer dans l'activité normale et pathologique du lobe frontal. On peut s'imaginer quel peut être le rôle d'un appareil semblable comme cause d'œdème cérébral dans les tumeurs du cerveau.

C. Chez un sujet une forte dilatation ventriculaire, liée, comme l'a montré l'opération, à une obstruction des orifices faisant communiquer les espaces ventriculaires avec les espaces arachnoïdiens au niveau de la grande citerne, s'accompagne de phénomènes communément rapportés à une perturbation des fonctions frontales : jovialité, rire spasmodique, démarche à petits pas.

Le rapporteur ne croit pas qu'à l'état normal, la dilatation ventriculaire, ou plus exactement le jeu des pressions qui s'exercent à l'intérieur des ventricules latéraux ait une grande influence sur l'activité frontale. Mais à l'état pathologique, il est hors de doute que la distension frontale est susceptible d'agir de façon à produire des troubles nerveux simulant une tumeur frontale ou une vésanie.

#### QUATRIÈME QUESTION

#### L'HYPOTHALAMUS ET LA REPRÉSENTATION CENTRALE DU SYSTÈME NERVEUX AUTONOME

##### RAPPORTS

**Le développement phylogénique des centres hypothalamiques autonomes (poissons, amphibiens, reptiles, oiseaux comparés aux mammifères inférieurs).** — M. le prof. C.-U. ARIENS KAPPERS (Amsterdam). L'organe sensoriel infundibulaire (*saccus vasculosus*) des poissons joue probablement un rôle de perception et de régulation des pressions physiques et osmotiques. L'auteur étudie le trajet de ces impulsions sensorielles et l'origine de ses fibres efférentes. Il considère le noyau magno-cellulaire préoptique comme le centre d'origine des fibres vaso-motrices du saccus, de l'hypophyse, et de fibres glandulaires. Il montre également la localisation juxta-épendymaire et péricapillaire des cellules et le caractère endocrinien de ces dernières. Il existe un aspect plus spécialement sécrétoire de l'épendyme au voisinage du sillon diencéphalique ventral.

Le noyau préoptique s'étend secondairement en direction ventro-caudale vers le récessus hypophysaire où il forme les noyaux post-optique, tubérien et para-hypophysaire, et en direction dorso-caudale, où il peut être en relation avec des fibres de la tige pinéale.

L'auteur montre les relations entre ces noyaux chez les amphibiens, ainsi que leur différenciation chez les reptiles et les oiseaux. Chez ces derniers, il existe des relations avec la pression artérielle et la thermo-régulation. Suit une étude des noyaux ventro-caudal, post-optique, tubérien, para-

hypophysaire et infundibulo-mamillaire chez les mammifères inférieurs ainsi que du noyau dorso-caudal prétectal et de l'aire sub-postéro-commissurale. Il peut exister des systèmes ou des centres autonomes supranucléaires qui ne dérivent pas de ce système : corps sous-thalamique, substance noire. Les centres autonomes se continuent dans le striatum et le lobe frontal. Ceux du lobe frontal correspondent à une prévalence du caractère orthosympathique, spécialement ceux du système cortical supra-nucléaire.

**Le développement ontogénique et les conditions normales chez l'homme.** — M. W.-E. LE GROS CLARK (Oxford).

**L'hypothalamus et les centres du système nerveux autonome.** — M. le prof. W.-R. HESS (Zurich). Les méthodes classiques de démonstration des corrélations fonctionnelles en physiologie sont l'excitation et l'exclusion. Les deux méthodes ont été appliquées très souvent déjà à l'étude des centres végétatifs de l'hypothalamus. L'excitation peut être exercée soit électriquement, soit par injection de substances excitantes ; quant à l'exclusion, elle consiste en décérébrations (parfois jusqu'au niveau de l'hypothalamus), sections, lésions mécaniques ou injection de substances paralysantes.

L'auteur expose les résultats préliminaires de ses recherches sur l'hypothalamus. Ses observations portent sur 60 cas soumis chacun à plus de 500 excitations isolées, dont le rayon d'action ne dépassait pas 1 millimètre et demi. Chaque endroit excité a subi successivement trois tensions différentes, ce qui permet d'apprécier du même coup sa sensibilité. En général, les réactions provoquées par ces excitations électives et subliminales ont confirmé l'intimité des relations entre l'hypothalamus et le système végétatif. Le dépouillement actuel des résultats expérimentaux permet de formuler déjà les faits suivants : la pression sanguine et la respiration sont activées à partir des régions inférieures de l'hypothalamus et notamment des régions plutôt médianes (hypothalamus postérieur). Les effets dépressifs ou inhibiteurs de ces fonctions s'obtiennent par excitation de territoires situés plus haut et plus en dehors (hypothalamus latéral). L'excitation de la zone thalamo-hypothalamique a déclenché plusieurs fois une sécrétion salivaire. La miction et la défécation sont en rapport certain avec l'hypothalamus latéral aux abords des corps mamillaires. Cette réaction s'accompagnait souvent de bâillements et de vomissements. D'autres expériences permettent de localiser les mécanismes d'inspiration, d'expiration, d'atonie et d'hypertonie.

**Les syndromes anatomo-cliniques de l'hypothalamus.** — M. le prof. J. LIERMITTE (Paris). Sous les termes de syndromes anatomo-cliniques de l'appareil végétatif mésodien-céphalique ou hypothalamique, il convient d'entendre les manifestations morbides qui sont liées aux altérations diverses qui se localisent sur la région *tuber cinereum*, de l'infundibulum et des importants noyaux sous-thalamiques dont une série de recherches anatomiques nous ont montré l'importance ainsi que la complexité des connexions.

L'originalité et la personnalité des syndromes que nous avons en vue ont été et restent discutées pour diverses raisons. La principale, peut-être, tient dans le fait que, jusqu'à ces dernières années, les manifestations cliniques végétatives ont été considérées comme les reflets non point de l'atteinte d'une partie du système nerveux, mais de l'appareil endocrinien, et spécialement de l'hypophyse.

*Infundibulum*, *tuber cinereum* et pituitaire sont jointifs, c'est un fait ; mais il n'en faut pas conclure que rien ne permet de distinguer les syndromes hypophysaires d'avec les syndromes hypothalamiques.

Dire que tel ou tel symptôme ou syndrome est hypothalamique ou infundibulo-tubérien ne veut pas dire que dans sa pathogénie n'interviennent que les centres nerveux vé-

gétatifs hypothalamiques, mais seulement que la lésion initiale, causale, siège dans la région végétative hypothalamique. Jamais les tenants les plus décidés de la doctrine des syndromes végétatifs infundibulo-tubériens n'ont pensé exclure de mécanisme pathogénique tel ou tel appareil nerveux ou endocrinien, et l'hypophyse moins que tout autre. L'on maintient simplement ceci : qu'il existe des manifestations morbides d'un caractère très personnel dont l'origine est à chercher dans une altération des centres végétatifs mésodien-céphaliques et non pas dans une glande endocrine ou exocrine. Ce sont ces divers syndromes que l'auteur passe en revue dans son rapport en en faisant une critique serrée.

**Les effets physiologiques produits par la suppression de l'influence autonome centrale, due à l'interruption des voies sympathiques, dans le traitement de diverses maladies.** — M. A.-W. ADSON (Rochester). Les lésions des aires sous-thalamiques de la moelle et les effets temporaires de l'anesthésie spinale et régionale provoquent des troubles dans les réactions du système nerveux autonome ; l'auteur s'est demandé si ces modifications ne pourraient pas être utilisées dans un but thérapeutique. Quoique la cause de la vasoconstriction pathologique n'ait pas pu être élucidée, des observations consécutives à la ganglionectomie sympathique avec résections tronculaires et avec ramisections, suggèrent l'existence d'un contrôle central ; il en est de même des modifications vasomotrices dues à la protéinothérapie et à l'anesthésie générale ou régionale.

On peut mesurer la vaso-dilatation produite au cours des opérations sur le sympathique, soit par l'étude des vaisseaux rétinien à l'ophtalmoscope micrométrique, soit par la mesure thermo-électrique de la température cutanée. La perte de la sudation et les modifications du réflexe pilomoteur sont aussi en faveur d'une origine centrale. L'auteur souligne les résultats de la sympathectomie et de la résection du nerf présacré, dans le traitement du mégacolon congénital et des troubles vésicaux d'origine médullaire, quand leur étiologie relève d'un trouble du système autonome.

Le traitement chirurgical de l'hypertension artérielle par privation des glandes surrénales et de larges régions vasculaires de leurs centres sympathiques est un autre exemple de ce qu'on peut attendre de la chirurgie du sympathique. En cas de dysménorrhée, on considère souvent que la résection du nerf présacré agit par interruption des fibres douloureuses. Le rapporteur croit plutôt que le résultat est obtenu par la suppression des impulsions centrales aux vaisseaux et muscles utérins.

JEAN LEREBoullet.

## SOCIÉTÉS SAVANTES

### ACADEMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 16 SEPTEMBRE 1935)

**Climatologie.** — M. Jean LEGRAND apporte de nouvelles données pour l'étude de la périodicité des pluies.

(SÉANCE DU 23 SEPTEMBRE 1935)

**Réaction biologique différencielle des composés cobaltux et de certains complexes cobaltiques (cobaltamines).** — M. Jean-Marie LE GOFF. — L'injection hypodermique de 1 cm<sup>3</sup> d'une solution isotonique d'un sel cobaltux hydrosoluble, produit une vaso-dilatation instantanée des vaisseaux superficiels de la face, des oreilles, de la nuque et



du cou, qui dure de 5 à 15 minutes ; elle est accompagnée d'une chute de la pression sanguine qui s'étend sur une plus longue durée et de la perception de chaleur assez vive au visage. Ces phénomènes sont moins marqués et paraissent retardés avec les sels à acide organique.

Si l'on injecte, chez l'homme, le même volume d'une solution aqueuse, isotonique, d'un complexe cobaltique ou cobaltiamminé, soit environ 3 cg., on observe des réactions toutes différentes.

Au bout de 15 ou 20 minutes, le sujet éprouve une légère sensation de chaleur à la figure qui rougit un peu, mais beaucoup moins que dans le cas précédent ; il ressent bientôt aux lèvres, un frémissement, des secousses fibrillaires et des secousses cloniques qui s'étendent aux ailes du nez, au sillon naso-génien, aux joues, aux paupières, au front, au cuir chevelu ; les gencives semblent se gonfler et s'étirer, la tension de la muqueuse buccale paraît accrue ; souvent la salivation augmente. Le sujet éprouve dans la gorge la sensation d'avoir avalé une liqueur forte ou un corps solide qui s'y trouverait arrêté ; parfois, il étternue avec force. Ces sensations s'étendent jusqu'aux mains et aux pieds dans lesquels se manifestent les mêmes secousses cloniques, ainsi qu'aux seins, aux cuisses et aux organes génitaux, surtout chez la femme.

De plus fortes doses provoquent des nausées et même des vomissements. Tous ces phénomènes sont très marqués dans l'état de santé et semblent varier, dans leur localisation et leur intensité, dans les maladies où le grand sympathique est plus ou moins intéressé. Les secousses cloniques se reproduisent par accès périodiques de courte durée, pendant deux et trois jours, et la volonté est impuissante à les maîtriser ; elles sont provoquées par l'action tétanisante de l'azote du cation cobaltique à laquelle s'ajoute peut-être une propriété nouvelle du cobalt trivalent. Les réactifs chimiques habituels ne peuvent pas déceler directement le cobalt et l'ammoniaque des complexes cobaltiques ; l'organisme, au contraire, possède le pouvoir, non seulement de différencier les composés cobalteux des complexes cobaltiques, mais encore de discerner les deux éléments, azote et cobalt, dissimulés dans les cobaltiammines.

La solubilité mutuelle de l'eau lourde et des liquides organiques. — MM. Jean TIMMERMANT et Gustave POPPE.

#### ACADEMIE DE MEDECINE

(SÉANCE DU 1<sup>er</sup> OCTOBRE 1935)

Décès. — M. le PRÉSIDENT SIREDEY prononce une allocution émise au sujet de la mort tragique de S. M. la Reine des Belges. Il associe l'Académie au deuil de la Belgique. Il prononce ensuite l'éloge de M. Menetrier, ancien président, et fait part des décès de M. Léon Frédéricq (de Liège), associé étranger, et de M. Gérard (de Lille), correspondant national.

Notice. — M. LEREBoullet donne lecture d'une notice nécrologique sur M. Luis Morquio (de Montevideo).

Carence maternelle et carence fœtale. — M. G. MOURIQUAND. Des recherches expérimentales poursuivies avec MM. Gillet et Cœur ont montré à l'auteur que pendant la première partie de la gestation une alimentation scorbutigène provoque, à peu près à coup sûr, l'avortement, sans influencer notablement l'évolution du scorbut maternel.

A une période plus avancée (à partir du milieu de la gestation environ) cette alimentation carencée ne provoque plus l'avortement, la gestation est menée à son terme.

D'autre part pendant cette seconde période, le scorbut maternel évolue peu ou pas. La nutrition générale de la mère reste normale et la courbe pondérale physiologique.

Tout change au moment de la parturition. Les signes de carence apparaissent et la cachexie générale (suivie de mort) s'installe rapidement.

Cette protection de la mère pendant la deuxième période de la gestation, ne paraît pas devoir être expliquée par un hypothétique pouvoir de synthèse de la vitamine C que posséderait l'organisme fœtal. En effet, le fœtus né lui-même souvent scorbutique, est toujours privé de ses réserves en acide ascorbique (réaction de Giroud et Leblond négative dans le placenta et les surrénales).

Coquillages et fièvre typhoïde. — MM. A. LOIR et LE-GANGRIEUX (du Havre). « Dans une des dernières séances de l'Académie, le Professeur Dubreuil, se basant sur les statistiques départementales, a attiré l'attention sur la fréquence des cas de fièvre typhoïde d'origine coquillière, qui constitue des zones bordant le littoral français.

Il nous a paru intéressant de relever les statistiques des villes du littoral où l'usage des coquillages consommés crus est certainement plus fort. Là, en effet, la population côtière, principalement la population ouvrière, va sur la plage, ramasse les coquillages et en faisant cette cueillette, en mange crus.

Souvent la pêche abondante est répartie ensuite dans les familles amies. Ces coquillages ne paraissent pas sur les marchés.

Il n'y a aucune surveillance de ces mollusques au point de vue de l'hygiène.

Depuis longtemps, au Havre, nos enquêtes nous ont permis de constater cette étiologie de la fièvre typhoïde.

En 1921, nous relevons nettement cette cause pour 16 cas. A la fin de décembre, même année, 49 cas font apparaître nettement la contamination par les huîtres, cette épidémie cesse rapidement à la suite d'un avis du maire indiquant à la population la nocivité de ces mollusques.

En 1922, nouveaux cas dus à la consommation de moules mangées crues sur la plage.

En 1928, 56 cas déclarés — 21 décès. L'épidémie doit être attribuée au lavage des moules apportées au moment des grandes marées et lavées avec l'eau des bassins. Une surveillance arrêtant ce lavage amène presque aussitôt la disparition des cas.

En 1934, 110 cas dus pour la plupart à l'ingestion de coques cueillies dans l'estuaire de la Seine. Ces coques légèrement touchées par du mazout étaient dans un état déficient permettant au bacille typhique de se développer rapidement.

L'eau distribuée au Havre est de bonne qualité et surveillée par le Bureau d'Hygiène. L'origine hydrique de cette maladie n'existe plus. La souillure du sous-sol amenée par des bétouilles a disparu par suite de leur suppression totale dans la ville et du développement intense poursuivi par la Municipalité du réseau d'égouts.

L'étiologie, à partir des légumes et fruits crus, ne peut être retenue, l'épandage se pratiquant très peu.

Depuis 1913, où une forte épidémie fut due à la consommation d'un lait provenant d'une ferme où un typhique était en traitement, nous n'avons jamais eu à enregistrer de cas de typhoïde apportée par le lait.

Reste donc la consommation des coquillages. Nous n'avons pas au Havre de parcs à huîtres ; les huîtres vendues dans le commerce proviennent de parcs surveillés en application du décret du 21 juillet 1923. Les bancs naturels ont à peu près disparu dans la rade. La contamination par ces mollusques ne peut se produire que par rafraîchissement des huîtres avec l'eau contaminée des bassins. Une surveillance très grande à ce sujet est exercée.

Il n'en est plus de même des moules et des coques qui tapissent les roches et sables de notre estuaire, ainsi que la côte. Ces mollusques sont ramassés sans précaution à

marée basse par les familles, et beaucoup sont mangés crus, tout particulièrement la coque. Ces coquillages suspects ne paraissent pas pour la plupart sur le marché et ne peuvent par suite être souillés.

Ce ne serait qu'en interdisant la pêche ou le ramassage des coquillages dans les zones reconnues insalubres qu'il serait possible d'obtenir un résultat.

Nous avons demandé dans différents ports à nos confrères hygiénistes leur avis sur la contamination typhique paraissant produite par la consommation des coquillages.

A Brest, on reconnaît l'étiologie typhique due à la vente au détail des moules, coques et pétoncles.

A Sète, le service a constaté la recrudescence de fièvre typhoïde pendant la saison balnéaire de mai à octobre.

A Toulon, 75 % des cas ont une origine coquillière.

A Nice, les moules sont le plus souvent la cause des infections constatées.

A Antibes, la vente des coquillages est interdite pendant les mois d'été.

Dans les villes du littoral les cas de typhoïde produits par l'ingestion de coquillages consommés crus sont, comme on le voit, extrêmement nombreux, et amenés généralement par la dégustation de ces mollusques cueillis directement par les familles et par conséquent non surveillés.

Il importe donc surtout de déterminer les zones insalubres et d'interdire le ramassage dans ces zones... »

Action de la pepsine sur le collagène et la globuline musculaire. — MM. SMORODINZEW et ADOVA.

## REVUE DES THÈSES

Etude physiologique de la réaction de Schick (1), par Maurice GAUTRELET.

« L'étude physiologique expérimentale que nous avons pratiquée chez le cobaye a pour but de définir le mécanisme physiologique de l'érythème notamment qui caractérise la réaction de Schick, de préciser plus particulièrement le rôle du système nerveux végétatif et spécialement de la circulation capillaire. C'est normalement 48 heures après l'intradermo-réaction chez le cobaye qu'est manifeste l'érythème et après 3 à 4 jours que la papule se recouvre d'une croûte caractéristique.

I. Action des poisons du système nerveux végétatif. — 1° Nous avons observé que les cobayes soumis à l'injection intramusculaire de 1/4 de milligramme d'adrénaline, au total, la veille du jour où était pratiquée l'intradermo-réaction à la toxine diphtérique et pendant les jours qui suivaient, présentaient un érythème généralement plus accentué et précoce, la croûte apparaissant dès le troisième jour.

2° L'injection sous-cutanée répétée, dans les mêmes conditions, de 1 à 3 dixièmes de milligramme au total d'acétylcholine, retarde en général l'apparition de l'érythème ou l'atténue. Et dans ce cas, nous avons noté dans les 3 à 4 jours qui suivent l'absence de la croûte coutumière.

3° L'injection également répétée, sous la peau, de 2 centigrammes pour 100 grammes de cobaye, de sulfate d'atropine ne modifie sensiblement pas les caractères normaux de la réaction.

II. Action des poisons agissant sur le tonus capillaire. — Manifestement plus marqués sont les résultats obtenus avec ces poisons injectés soit dans la circulation générale du cobaye, soit dans le derme, mélangés à la toxine diphtérique.

A. Injection dans la circulation générale. — 4° Après injection sous-cutanée d'un dixième de milligramme de

chlorhydrate d'histamine au total, la réaction de Schick se manifeste par un érythème précoce ; dans les 24 heures, tout au plus, qui suivent l'injection intradermique de toxine diphtérique, une coloration rose accentuée apparaît dans la zone d'injection : elle persiste durant les 4 à 5 jours consécutifs en l'absence, d'ailleurs, dans la plupart des cas, de la production de la croûte coutumière.

5° Nous avons vérifié que l'injection intradermique d'une solution isotonique de chlorure de sodium ou de chlorure de calcium ne provoquait aucun érythème chez le cobaye ayant reçu de même un dixième de milligramme d'histamine en injection sous-cutanée : l'injection intradermique de chlorure de potassium chez le cobaye soumis à l'histamine provoque par contre une rougeur dans la région injectée.

6° La pituitrine injectée à la dose de 6 unités par cobaye la veille du jour où est pratiquée l'intradermo-réaction et pendant les jours qui suivent retarde, en général, ou atténue l'érythème.

B. Injection intradermique. — 7° L'injection intradermique d'un mélange de toxine diphtérique et d'un dixième de milligramme d'histamine, capillaro-dilatatrice, provoque régulièrement un érythème précoce et très accusé, avec retard de l'apparition de la croûte.

8° L'intradermo-réaction pratiquée avec un mélange de toxine diphtérique et de pituitrine capillaro-constrictrice provoque une réaction généralement retardée.

Que l'érythème de la réaction de Schick soit conditionné par le tonus des capillaires du derme au contact desquels la toxine diphtérique est injectée, le fait ressort encore plus nettement d'une série d'expériences dans lesquelles nous avons étudié l'action de la toxine sur les capillaires de la grenouille.

III. Action de la toxine diphtérique sur les capillaires. — 9° La toxine diphtérique instillée sur la membrane interdigitale de la grenouille ou injectée dans les sacs lymphatiques provoque une dilatation immédiate et marquée, de 20 à 30 p. 100, des capillaires de la membrane.

10° L'injection antérieure de pituitrine ou son instillation, ainsi d'ailleurs que celle de la spartéine, s'oppose, ou à peu près, à la dilatation consécutive par la toxine diphtérique.

11° La toxine diphtérique est enfin susceptible d'augmenter légèrement la dilatation capillaire consécutive à l'injection d'histamine.

12° De nombreuses données cliniques confirment l'action capillaro-dilatatrice de la toxine diphtérique.

IV. Conclusions générales. — L'expérimentation physiologique aussi bien que les faits cliniques abondent dans le même sens pour affirmer l'action capillaro-dilatatrice de la toxine diphtérique, et permettent de préciser le rôle du tonus capillaire dans le conditionnement de la réaction de Schick. »

La thoracoplastie d'indication pulmonaire au sanatorium.

Indications. Contre-indications. Résultats (1), par Marc PRÉAULT.

« 1° Notre étude porte sur une série de 66 thoracoplasties, d'indication pulmonaire, observées en sanatorium, dans des conditions particulièrement favorables. Nos malades, en effet, ont été préparés, opérés et suivis en étroite collaboration médico-chirurgicale et en cure sanatoriale ininterrompue.

C'est à ces conditions sans doute que nous devons les résultats particulièrement favorables que nous apportons. Ils confirment les résultats obtenus par le même chirurgien, avec des méthodes semblables, dans des sanatoriums voisins. Ils sont supérieurs aux résultats obtenus par le

(1) Paris 1934, Le François.

(1) Lyon 1935, Bosc frères et M. et L. Riou.



TRAITEMENT  
DU  
**DIABÈTE**  
PAR LES  
CAPSULES GLUTINISÉES  
DE

**PANCREPATINE**

ÉCHANTILLONS ET LITTÉRATURE

**LABORATOIRES LALEUF**

20 RUE DU LAOS

PARIS (XV<sup>e</sup>)Nouvelle adresse : 51, rue Nicolo, PARIS (XVI<sup>e</sup>).

Tout Déprimé  
» Surmené

Tout Cérébral  
» Intellectuel

Tout Convalescent  
» Neurasthénique

est justiciable  
de la :

**NEVROSTHENINE FREYSSINGE**

6, Rue Abel  
PARIS (12<sup>e</sup>)

Gouttes de glycérophosphates alcalins (0.40 par XX gouttes).  
XV à XX gouttes à chaque repas. - *Ni sucre, ni alcool.*

**ESTOMAC INTESTIN**

DYSPEPSIE

ENTÉRITE

GASTRALGIE

CHEZ L'ENFANT  
CHEZ L'ADULTE**VALS-SAINT-JEAN**

EAU de RÉGIME, FAIBLEMENT MINÉRALISÉE et GAZEUSE

Envoi gratuit d'Echantillons et de Notices à MM. les Docteurs sur demande adressée  
DIRECTION-VALS-GÉNÉRALE: 53, Boul' Haussmann, Paris (9<sup>e</sup>). Téléph. 227-76.

**ANÉMIE PALUDEENNE.** — Source Dominique  
VALS-LES-BAINS. — Saison du 1<sup>er</sup> juin au 1<sup>er</sup> octobre.

CURE DE  
**DIURESE**GOUTTE GRAVELLE  
ARTÉRIO-SCLÉROSE**OLÉTHYLE-BENZYLE**

BENZOATE DE BENZYLE

LABORATOIRE CENTRAL DE PARIS  
122, rue du Faubourg Saint-Honoré



même chirurgien, avec les mêmes méthodes, en milieu urbain ou hospitalier.

2° Nos résultats positifs : catégories A, B, C, s'élèvent à 86 p. 100 pour les malades opérés depuis plus d'un an ; à 66,3 p. 100 pour les malades opérés au cours de l'année 1934 (tendance à élargissement des indications opératoires) ; et en définitive à 77 p. 100 pour tous nos malades anciens ou nouveaux.

Les résultats incomplets sont de 10,5 p. 100 sur la totalité des cas ; la mortalité opératoire a été de 1,5 p. 100 (accident récent dû à l'anesthésie générale à l'évipan. La mortalité globale, y compris les malades décédés plusieurs mois après l'opération, est de 12,1 p. 100.

C'est dire que nos conclusions sont des plus nettement favorables à la thoracoplastie : elle a désormais fait ses preuves.

3° Mais nous ne croyons pas qu'on soit en droit de juger sur les résultats actuels une méthode qui se perfectionne encore et qui déjà s'associe avec souplesse aux autres méthodes collapsothérapiques.

Nous estimons qu'elle peut bénéficier de certains progrès ; mais surtout des progrès que nous aurons su faire dans la connaissance exacte des formes anatomo-cliniques auxquelles nous pouvons l'appliquer, en particulier dans l'évaluation précise de l'état local et dans l'appréciation de la tendance évolutive.

4° C'est l'évaluation précise de l'état local qui domine le problème des indications de technique. Une erreur dans l'évaluation de la nature anatomo-pathologique des lésions, de leur siège, de leur étendue, de leurs connexions, de leur tendance rétractile et de leur tendance sécrétoire, entraîne fatalement une erreur de programme opératoire, et par conséquent un risque de résultat incomplet.

5° C'est l'appréciation de la tendance évolutive qui domine le problème des indications générales. Une erreur d'appréciation risque d'entraîner un désastre.

6° Cette appréciation exigeant dans les conditions actuelles une observation d'assez longue durée, il nous semble qu'elle peut être faite au sanatorium mieux qu'ailleurs.

Le sanatorium donne en effet la possibilité d'observer le malade dans les meilleures conditions de cure hygiéno-diététique. Il offre en outre à la pratique de la thoracoplastie les conditions les plus favorables, durant la phase d'observation pré-opératoire, durant les phases opératoires coupées de repos intercalaires, et durant les longs mois de convalescence et de réadaptation qui les suivent.

Il donne plus de sécurité au chirurgien et au malade.

Aux chiffres donnés plus haut :

77 p. 100 pour les catégories A, B, C (bons résultats),

10,5 p. 100 pour les catégories D, E (résultats nuls ou aggravations),

12,5 p. 100 pour la catégorie F (décès),

qui traduisent les résultats *en milieu sanatorial*, il convient d'opposer une autre statistique du docteur Maurer *en milieu hospitalier* :

56 p. 100 pour les catégories A, B, C (bons résultats),

17 p. 100 pour les catégories D, E (résultats nuls ou aggravation),

26 p. 100 pour la catégorie F (décès).

Nous rappelons que cette catégorie F comprend tous les décès, aussi bien ceux qui sont survenus rapidement que ceux qui sont survenus 5 ou 6 ans après l'opération. »

Canterets, Station des voies respiratoires par le docteur A. CORONE. Un vol. in-16 Jésus de 200 pages, à l'Expansion scientifique française, 23, rue du Cherche-Midi, Paris (6<sup>e</sup>). Prix : 20 fr.

## PRATIQUE MÉDICALE

### NOTIONS NOUVELLES SUR L'AÉROPHAGIE

L'aérophage est un insuffisant hépatique, et à ce titre le réflexe hépatogastrique de Glénard fait apparaître des phénomènes spasmodiques dans l'appareil musculaire gastro-intestinal. Spasme accentué lorsqu'il existe en même temps un certain degré d'hypocalcémie. Ajoutez à cela que l'aérophagique est presque toujours hypervagotonique ou hypertendu, c'est-à-dire de constitution préalable à fondement sympathico-endocrinien.

Or, l'aérophagie débute par de la sialorrhée et celle-ci n'est autre que l'effet du réflexe œsophago-salivaire de Roger et traduit l'état spasmodique de l'estomac. La sialorrhée donc, et la déglutition de l'air qui l'accompagne n'est d'abord qu'un résultat et non la cause de l'aérogastrie, appelée fâcheusement aérophagie. La présence d'une certaine quantité d'air dans l'estomac n'est nullement pathologique. Elle le devient seulement lorsque l'air s'y trouve en quantité excessive ; car la poche stomacale distendue soulève l'hémiaphragme gauche, peut gêner les mouvements cardiaques, d'où arythmie, intermittences, dyspnée d'effort, palpitations, crises d'angoisse nocturne, etc. Et si l'estomac est en état de ptose, avec relâchement de la paroi ventrale, voici établi le ballonnement abdominal avec ou sans obésité réelle.

Or, l'air introduit par la déglutition n'entre que pour faible part dans les grosses aérogastries ; il en est de même pour celui dû aux fermentations stomacales chez les gastrophosthéniques, soumis à un mauvais régime. La majeure partie de cet air provient, d'après les recherches de Raoul Blondel, d'une véritable exsudation des gaz du sang provenant du réseau capillaire sous-muqueux, à la faveur du spasme vaso-dilatateur qui accompagne le spasme de la tunique gastrique.

La pathogénie de l'aérophagie ainsi établie, la thérapeutique rationnelle doit donc s'adresser à l'insuffisance hépatique, qui est à l'origine de ce syndrome ; aux spasmes gastriques réflexes ; enfin à l'hypocalcémie entretenant ces spasmes, hypocalcémie, du reste, qui relève de certaines insuffisances endocriniennes (hypo-parathyroïdie).

Aussi, une association de l'extrait hépatique, renforcé ou non par l'extrait splénique ; de l'extrait surrénal, s'opposant à la vaso-dilatation du réseau sous-muqueux de la tunique gastrique, et par suite de l'exsudation gazeuse ; de l'extrait parotidien, dont le rôle répond à une triple indication : favoriser les contractions normales du tube digestif, faire cesser le spasme pylorique et, en facilitant la fixation du calcium, rétablir la calcémie normale, d'où l'atténuation de l'état spasmodique ; l'association, dis-je, de tous ces éléments, constituera le traitement, peut-on dire spécifique, de l'aérophagie.

Ceci explique les très beaux résultats obtenus par l'aérocid dans cette pénible et tenace affection.

L'aérocid que l'on prend, soit en cachets — de un à trois par jour — soit en comprimés — deux, deux fois par jour — est composé en effet de :

Extrait parathyroïdien .....	0,001
Extrait hypophysaire .....	0,05
Extrait splénique .....	0,05
Extrait surrénal .....	0,02
Extrait hépatique .....	0,30

par cachet.

Le Directeur-gérant : D<sup>r</sup> François LE SOURD.



LABORATOIRES CARTERET

# Tonique Cardiaque Diurétique Puissant

avec

tous les principes actifs  
de l'Adonis vernalis

---

*Pas d'Accumulation*

---

*Pas d'Accoutumance*

---

*Pas toxique*

---

*Agit vite*

Pas d'accoutumance • Agit vite • Pas d'accumulation

**DIURÈNE**  
"Extrait total" d'ADONIS VERNALIS

CARDIOPATHIES - ARTÉRIO-SCLÉROSE  
NÉPHRITES & CIRRHOSES  
OEDÈMES &  
ASCITES

LIQUIDE      PILULES

Posologie : 2 à 6 cuillerées à café  
ou 4 à 12 pilules par jour.

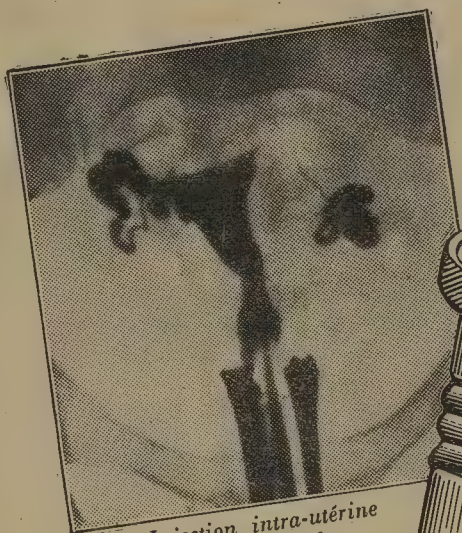
Echantillons et Littérature : 15, RUE D'ARGENTEUIL, PARIS

# LIPIODOL LAFAY

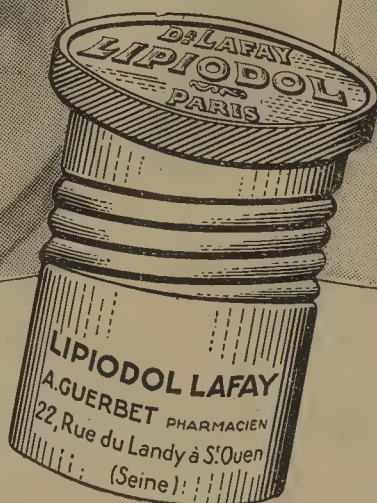
THERAPEUTIQUE IODORGANIQUE ET RADIODIAGNOSTIC

Huile iodée à 40%.

54. centigr. d'iode pur par centi. cube



*Injection intra-utérine  
de Lipiodol*



*Injection intra-fistulaire  
de Lipiodol*

## POUR COMBATTRE

ASTHME  
ARTÉRIOSCLÉROSE  
LYMPHATISME  
RHUMATISME  
ALGIES DIVERSES  
SCIATIQUE  
SYPHILIS

## POUR EXPLORER

VOIES RESPIRATOIRES  
UTÉRUS ET TROMPES  
SYSTÈME NERVEUX  
VOIES URINAIRES  
SINUS NASAUX  
VOIES LACRYMALES  
ABCÈS ET FISTULES

AMPOULES, CAPSULES,  
EMULSION, COMPRIMÉS

**A. GUERBET & C<sup>IE</sup>**

Pharmacien

Ex-interne des Hôpitaux de Paris

22, Rue du Landy

ST-OUEN (près Paris)

### Dosage :

1 cm<sup>3</sup>, = 0 gr. 54 d'iode

1 capsule

1 cuiller à café  
d'émulsion

{ = 0 gr. 20  
d'iode

1 comprimé = 0. gr. 04 d'iode

LIPIODOL à 20%

LIPIODOL à 10% Ascendant



*La Lancette Française***GAZETTE DES HOPITAUX****CIVILS ET MILITAIRES****PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI****ADMINISTRATION ET RÉDACTION :****49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6<sup>e</sup>. Tél. : Danton 48-31.****PUBLICITE : M. A. THIOILLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6<sup>e</sup>) - Téléph. : Littré 54-93.****PRIX DE L'ABONNEMENT****FRANCE**

3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.

*Etudiants : 25 francs par an.*

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

**ETRANGER**

Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.

Tous les autres pays : 75 francs.

**SOMMAIRE****TRAVAUX ORIGINAUX***A propos des formes anictériques de la spirochétose ictéro-hémorragique. Un cas de spirochétose à symptomatologie pulmonaire et méningée (avec 1 fig.), par MM. J. BRAHIC, M. RECORDIER et J. VAGUE (de Marseille).***NOTES DE MÉDECINE PRATIQUE***Les laits homogénéisés, par M. L. BABONNEIX.***CHRONIQUE***Le lit de Procuste, par M. A. HERPIN.***REVUE DES THÈSES****PRATIQUE MÉDICALE****LIVRES NOUVEAUX****NOTES POUR L'INTERNAT***Fractures de la base du crâne.***Droit annuel de bibliothèque, 60 fr.**

Le droit d'immatriculation n'est pas dû par les étudiants assujettis au droit d'inscription.

**B. Droits à acquitter par les aspirants au doctorat en médecine pendant la période scolaire :**

Droit trimestriel d'inscription, 120 fr.

Droit trimestriel de travaux pratiques de 50 à 100 fr., suivant décision du conseil de la faculté.

**C. Droits à acquitter par les aspirants au diplôme de chirurgien dentiste dans les facultés où l'enseignement dentaire est organisé :**

Droit trimestriel d'inscription, 120 fr.

Droit trimestriel de travaux pratiques de 200 à 400 fr., suivant décision du conseil de la Faculté.

**D. Droits à acquitter par les étudiants en médecine admis dans les laboratoires de recherches :**

Droit trimestriel de 100 à 500 fr., suivant décision du conseil de la faculté.

**Art. 2. — Les différents droits trimestriels (inscription, travaux pratiques et droits de laboratoire) pourront être perçus de la manière suivante : les droits afférents aux 1<sup>er</sup> et 2<sup>e</sup> trimestres de l'année scolaire, au début du 1<sup>er</sup> semestre; les droits afférents aux 3<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup> trimestres, au début du 2<sup>e</sup> semestre.**

Le droit annuel de bibliothèque est perçu par fractions en même temps que les droits d'inscription, ou en entier avec le droit d'immatriculation.

Le droit d'immatriculation continue à être perçu en une seule fois.

**Art. 3. — Les aspirants au doctorat en médecine, dont les études sont terminées ou interrompues, sont tenus, pour être admis aux travaux pratiques réglementaires, d'acquitter le même droit de travaux pratiques que les étudiants en cours d'études.****INFORMATIONS****HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. —** Le jury est provisoirement composé de MM. Lamy, Fèvre, Renard, Boidin, L. Ramond, Pagniez, Crouzon, Lian, Papillon, Ombrédanne, Leveuf, Cadenat, Sauvé, Desplas, Portes.

Ont accepté : MM. Lamy, Renard, Pagniez, Crouzon, Papillon, Sauvé, Desplas, Portes.

**FACULTÉS DE MÉDECINE. — PARIS. —** A l'occasion de l'anniversaire de la fondation de l'Université Pierre Pazimany (de Budapest) plusieurs savants seront nommés docteurs *honoris causa*, parmi eux se trouve le professeur Gustave Roussy, doyen de la Faculté de médecine de Paris.**ÉCOLES DE MÉDECINE. — GRENOBLE. —** M. Léon Martin, docteur en pharmacie, a été nommé directeur de l'Ecole de médecine de Grenoble.**MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE. — Tarif des droits d'études dont recette est faite aux budgets des universités.** [Nous avons publié dans notre dernier numéro les modifications apportées aux frais d'études pour la Faculté de médecine de Paris. Voici, d'après le *Journal officiel*, le texte du décret relatif à ces modifications] :**Article premier. — A. Droits à acquitter par tous les étudiants :**

Droit annuel d'immatriculation pour études, 150 fr.

**EXTRAIT DE MALT FRANÇAIS  
DÉJARDIN****Bière de Santé - Eupeptique - Galactagogue**

Art. 4. — Les dispositions du présent décret seront applicables à dater du 1<sup>er</sup> octobre 1935. (*J. O.*, 27 sept. 1935.)

**MAISON DE SANTÉ INTERDÉPARTEMENTALE DE CLERMONT-DE-LOISE.** — Un concours pour six places d'internes titulaires en médecine et la désignation d'internes provisoires de la Maison de santé interdépartementale de Clermont de l'Oise s'ouvrira le 25 novembre 1935, à Clermont (Oise).

Les inscriptions seront reçues à la direction de l'établissement du 1<sup>er</sup> au 10 novembre 1935.

**LIGUE FRANÇAISE CONTRE LE RHUMATISME.** — Une « Journée du rhumatisme » aura lieu le 28 octobre 1935, sous les auspices de la Ligue française contre le rhumatisme.

La question à l'étude est la suivante : ostéo-arthrite de la hanche; pathogénie de la hanche; ostéo-arthrite dégénérative considérée d'une façon générale.

Le programme de la Journée est :

1. Réunion clinique le matin à 10 h., à l'hôpital Cochin, sous la présidence du professeur Mathieu.

2. Réunion l'après-midi, à 15 h. 30, à la Faculté de médecine, sous la présidence du président de la « Journée », président de la Ligue française contre le rhumatisme, le professeur F. Bezançon.

Les collègues désirant assister à cette réunion sont priés d'en informer le secrétaire général, le docteur M.-P. Weil, 60, rue de Londres, à Paris.

Prière de l'informer également, dès maintenant, des présentations de malades ou des communications qu'ils désiraient faire.

L'inscription à la « Journée » est gratuite.

Un dîner amical réunira, à 20 h. 30, les adhérents.

**LA FÉDÉRATION NATIONALE DES MÉDECINS DU FRONT** aura l'honneur de ranimer la Flamme sous l'Arc de Triomphe le vendredi 11 octobre prochain, à 18 h. 30. Le rassemblement aura lieu à 18 h. 20, à l'angle de l'avenue des Champs-Élysées et de l'avenue George V. Les confrères, membres des différentes associations fédérées tant de Paris que de province, ainsi que les membres du Corps médical, sont priés instamment d'y assister.

**SYNDICAT DES MÉDECINS NON SPÉCIALISÉS (NON FONCTIONNAIRES) DE DISPENSAIRES D'HYGIÈNE SOCIALE.** — Pour y adhérer — et c'est l'intérêt de tous — prière de s'adresser au docteur Marc Lamy, médecin des hôpitaux, médecin chef du D. N. S. de Grenoble, 11, boulevard Gambetta.

**ÉCOLE HOMÉOPATHIQUE DE PARIS.** — Les conférences de l'Ecole homéopathique de Paris, qui ont pour but d'étudier, en théorie et en pratique, tout ce qui relève de la science homéopathique, reprendront deux fois par semaine, à l'hôpital Saint-Jacques, 37, rue des Volontaires, à Paris (XV<sup>e</sup>) (métro Volontaires), à 18 h., à partir du mardi 5 novembre.

A cet enseignement théorique sera joint un enseignement pratique.

Le docteur Picard fera tous les vendredis, de 11 h. 1/2 à 12 h., après sa consultation externe, un cours de diagnostic médicamenteux sur malade. Ce cours commencera le vendredi 8 novembre.

A la fin de l'année, un certificat d'assiduité aux cours sera délivré.

L'enseignement de l'Ecole homéopathique de Paris est entièrement gratuit.

La bibliothèque de l'hôpital Saint-Jacques met à la disposition du public les livres et revues homéopathiques et est ouverte tous les jours non fériés, de 2 h. 1/2 à 7 h.

**COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.** — *Clinique chirurgicale de l'hôpital Saint-Antoine.* — M. le professeur Raymond Grégoire commencera ses leçons cliniques le mardi 5 novembre 1935, à 11 h., à l'hôpital Saint-Antoine.

— *Cours de clinique des maladies cutanées et syphilitiques.* (Hôpital Saint-Louis.) — M. le professeur H. Gougerot, médecin de l'hôpital Saint-Louis, commencera ses cliniques le mercredi 6 novembre 1935, à 21 h. 30, à la consultation de la Porte, et les continuera les mardis matin, à 11 h., à l'amphithéâtre Louis Brocq de la Clinique, et les mercredis soir, à 21 h. 30, à la consultation de la Porte.

— *Clinique chirurgicale de la Faculté.* (Hôpital Cochin.) — M. le professeur Ch. Lenormant commencera son cours de clinique chirurgicale le jeudi 7 novembre 1935, à 10 h. du matin, et le continuera les mardis et jeudis suivants, à la même heure.

**SITUATIONS DANS LES AFFAIRES.** — Par ces temps de chômage, nous sommes heureux de signaler à nos lecteurs que l'« Union nationale du commerce extérieur de la France », association d'industriels patronnée par le gouvernement, dispose parmi ses membres de nombreuses situations diverses en France et à l'étranger pour les personnes des deux sexes et de tous âges. Il ressort de la dernière assemblée générale de l'U. N. C. E. F. que les collaborateurs vraiment capables pour des situations lucratives font défaut, surtout pour les services commerciaux.

Les candidats munis de références peuvent avoir de suite des situations lucratives; les débutants peuvent faire un stage à l'école professionnelle de l'Association, tout en travaillant pour augmenter leur valeur et leur gain.

Pour tous renseignements, il suffit d'écrire en indiquant ses antécédents à la direction, 3 bis, rue d'Athènes, à Paris.

**Union thérapeutique.** — L'assemblée générale annuelle de l'Union thérapeutique aura lieu le mercredi 9 octobre prochain, à 9 heures du matin, à la Faculté de médecine de Paris (salle du Conseil).

Rapports : Les sels de quinine en thérapeutique cardiaque, par M. le professeur Pezzi (de Milan) ;

Nos connaissances actuelles sur l'hormone mâle, par M. le professeur agrégé Guy Laroche ;

La chirurgie du splanchique dans l'hypertension artérielle, par M. le professeur agrégé René Fontaine (de Strasbourg) ;

Les composés antimoniaux, par M. le Dr J. La Barre (de Bruxelles).

Dans l'après-midi, à 15 heures, se tiendra la séance plénière de l'Union thérapeutique et de la Société de thérapeutique de Paris.

L'ordre du jour sera le suivant :

L'équilibre physicochimique et glandulaire dans le traitement des spasmes viscéraux, par M. le professeur Pende (de Gênes) ;

Les substances spasmogènes et leurs antagonistes, par M. le professeur Burgi (de Berne) ;

La médication nerveuse sédatrice des spasmes, par M. le Dr J. Decourt, médecin des hôpitaux de Paris ;

La physiothérapie des spasmes et des algies viscérales, par M. le Dr Delherm, électro-radiologiste des hôpitaux de Paris.

Un banquet par souscription aura lieu le mercredi soir, à 20 heures. Les dames peuvent s'y inscrire et leur présence est vivement souhaitée. Les inscriptions au Banquet seront reçues au Secrétariat général.

Insomnies  
Toux nerveuse.

**BROMÉINE MONTAGU**

**QUATAPLASME**

du **D<sup>r</sup> LAVOLEBERT**  
PANSEMENT COMPLET  
Phlegmasie, eczémas, brûlures, etc





ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS

PRIX ORFILA  
1872



PRIX DESPORTES  
1904

# DIGITALINE NATIVELLE

Sa parfaite cristallisation et sa pureté absolue permettent un dosage précis de ses diverses préparations. Possédant par conséquent une action précise et invariable, elle rend inutiles les titrages biologiques indispensables aux autres préparations digitaliques.

La DIGITALINE NATIVELLE agit plus sûrement que toutes les autres préparations de digitale, elle est et reste l'unité étalon servant à mesurer l'action thérapeutique de tous les médicaments cardiotoniques.

## FORMES

Solution au millième

Granules au 1/10 de milligramme

Ampoules au 1/4 de milligr. pour injections intramusculaires

Ampoules au 1/5 de milligr. pour injections intraveineuses

LABORATOIRE NATIVELLE

27, Rue de la Procession, PARIS 15

DRAEGER

# CONSTIPATION

## REEDUCATEUR DE L'INTESTIN

AUCUNE ACCOUTUMANCE  
LABORATOIRES LOBICA  
~~46, AVENUE DES TERNES - PARIS~~  
25, RUE JASMIN - PARIS (16<sup>e</sup>)



### à base de :

SELS BILIAIRES  
POUDRE DE GLANDES INTESTINALES  
CHARBON POREUX  
FERMENTS LACTIQUES  
POUDRE DE LAMINARIA FLEXICAULIS  
POUR 1 COMPRIMÉ

**1 à 6 comprimés par jour  
aux repas ou au coucher**  
Commencer par deux comprimés

# LACTOBYL

POSOMÉTRIE ABSOLUMENT RIGOUREUSE

## CALOMEL VICARIO

### PETITS COMPRIMÉS

Un milligramme, quart et demi-centigramme  
un, deux et cinq centigrammes  
DÉSAGRÉGATION RAPIDE

NEURALGIES — GRIPPE — RHUMATISMES

## NOPIRINE VICARIO

ASPIRINE RENFORCÉE

Pharmacie VICARIO, 17, boul. Haussmann, PARIS



# A PROPOS DES FORMES ANICTÉRIQUES DE LA SPIROCHÉTOSE ICTÉRO-HÉMORRAGIQUE UN CAS DE SPIROCHÉTOSE A SYMPTOMATOLOGIE PULMONAIRE ET MÉNINGÉE

Par MM. J. BRAHIC, M. RECORDIER et J. VAGUE  
(de Marseille).

Il nous a été donné récemment de suivre l'évolution d'un cas, vérifié biologiquement, de spirochétose anictérique à forme méningée, au cours duquel la symptomatologie pulmonaire fut au début au premier plan du tableau clinique. D'autres particularités intéressantes, telle une symptomatologie rénale inhabituelle au cours des formes méningées, ajoutent à l'intérêt de ce cas clinique et nous ont incités à la publier.

M. V... âgé de 45 ans, terrassier, entre à l'Hôtel-Dieu le 3 octobre 1934, au cours d'un état fébrile accompagné de délire léger interdisant tout interrogatoire.

Nous apprendrons en fin de maladie que celle-ci aurait débuté vers le 15 septembre 1934 par une céphalée progressive, accompagnée d'anorexie et d'asthénie. Les membres inférieurs auraient été au bout d'une dizaine de jours, le siège d'un léger œdème, dont le malade ne se rappelle ni les caractères, ni l'évolution ; il se souvient d'avoir eu des douleurs sacro-lombaires, mais tout son interrogatoire rétrospectif est gêné par une amnésie prononcée.

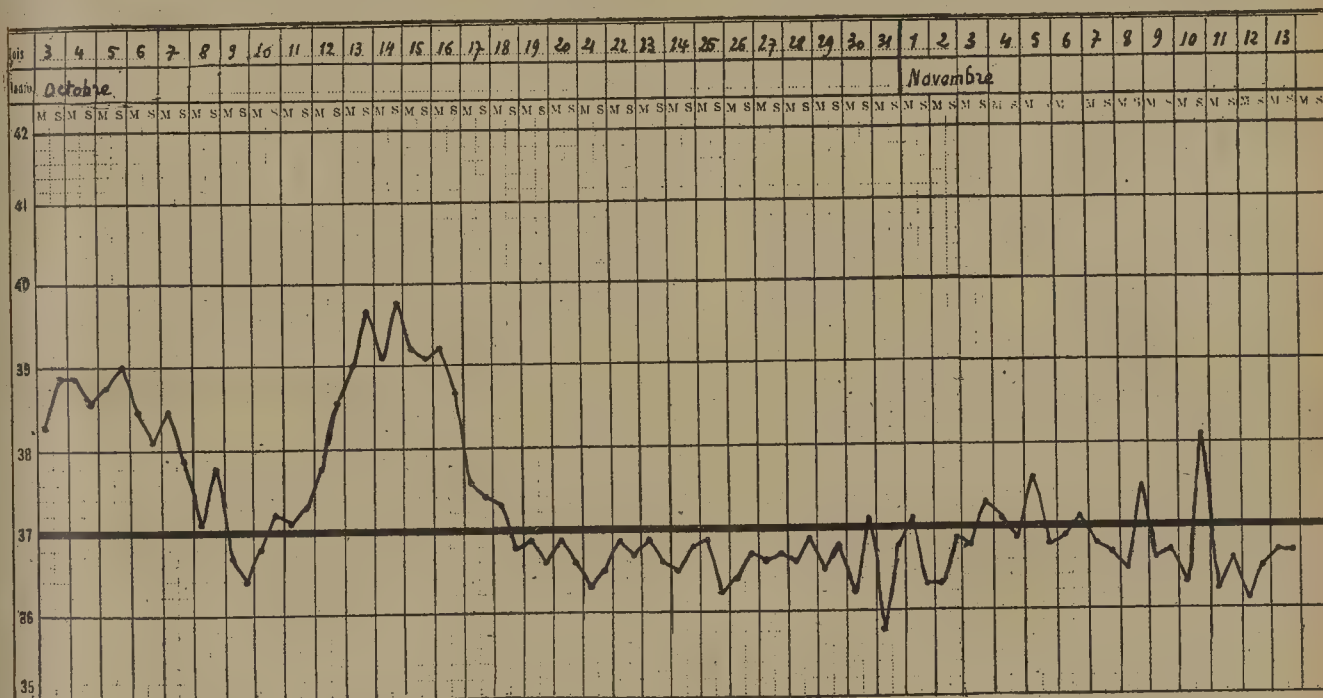
Aucun antécédent notable, si ce n'est un éthyisme franc.

*Examen.* — La température à l'entrée est à 38°2.

Il n'existe à ce moment, aucun œdème des membres inférieurs, les téguments sont le siège, au niveau de l'abdomen, du thorax et de la racine des cuisses, d'une éruption de type morbillieux, constituée par de très petits éléments.

Le foie, notablement hypertrophié, détermine une voussure de l'hypocondre droit ; il descend sur la ligne mamelonnaire, à trois travers de doigt au-dessous du rebord costal, et atteint l'ombilic sur la ligne médiane, son hypertrophie est totale et intéresse le lobe gauche, son bord inférieur est mousse, il est dur, peu douloureux ; la limite supérieure de la malité hépatique est dans le 4<sup>e</sup> espace intercostal.

La rate est perceptible sur une dizaine de centimètres.



L'auscultation pulmonaire révèle l'existence d'un souffle important à caractère tubaire, à la partie moyenne du poumon droit en arrière ; il existe en outre des râles humides, disséminés dans les deux plages pulmonaires en avant et en arrière, avec prédominance à la partie moyenne et à la base du poumon gauche.

Une radiographie pratiquée au cinquième jour d'hospitalisation, montre la présence d'une ombre homogène de la base droite, à limites floues et effaçant le cul-de-sac.

Il existe enfin une symptomatologie méningée qui se précise nettement après 48 heures d'hospitalisation, sous forme de raideur de la nuque avec signe de Kernig, et réflexe cutané plantaire en extension du côté droit.

L'examen du liquide céphalo-rachidien pratiqué le 9 octobre, donne les résultats suivants :

B. W. : négatif. Albumine : 0,35. Cytologie : 2 éléments.

Les signes hépatiques, pulmonaires, méningés sont prédominants dans le tableau clinique.

Le cœur est normal. La T. A. est à 12/8 avec un indice de 3 au Pachon.

*Evolution.* — Dès le 4<sup>e</sup> jour d'hospitalisation, la tempé-

rature qui se maintenait entre 38 et 39° amorce une descente progressive et régulière qui l'amène à 36°4 en quatre jours. Une rechute thermique s'amorce presque immédiatement et quatre jours après, la température remonte à 37°7 au matin et 38°5 dans la soirée. A son acmé, elle atteindra 39°8, puis après une descente rapide, l'apyrexie définitive est obtenue en quelques jours, la durée totale de la rechute a été de six jours.

La courbe manifeste alors une certaine tendance temporaire à l'hypothermie (36°3-36°9) et ne se régularisera pas durant tout le séjour du malade à l'hôpital.

Parallèlement à l'évolution thermique, l'état général s'améliore, le malade sort de sa torpeur, la réaction méningée s'atténue. Un examen complet, pratiqué le 3 novembre, permettrait de considérer la guérison comme pratiquement réalisée, si ce n'était la persistance d'une hépatomégalie volumineuse et indolore ; le foie déborde encore à cette époque le rebord costal de cinq travers de doigt. Le malade quitte l'hôpital le 12 novembre 1934.

Le diagnostic de spirochétose a été soupçonné sur la constatation des signes suivants : une hépatomégalie volumi-

neuse, fébrile une azotémie de 1 gr. 95 p. 1000, une réaction méningée, enfin une rechute thermique.

La confirmation biologique du diagnostic ne nous fut pas donnée par la recherche de la spirochéturie et l'inoculation des urines au cobaye (16 octobre). Nous la devons à l'extrême obligeance du professeur Pettit, de l'Institut Pasteur, dans le laboratoire duquel le séro-diagnostic fut trouvé positif sur un échantillon de sang prélevé le 5 novembre 1934.

Durant le cours de cette assez longue évolution, nous avons de plus pratiqué chez notre malade les examens suivants :

Urines. — 6 octobre : albumine : présence.

Glucose : 0.

Sels et pigments biliaires : présence.

14 octobre : albumine : 0 g. 20 p. 1000.

Glucose : 0.

Urée : 9 gr. 50 p. 1000.

Chlorures : 2 gr. 20 p. 1000.

Sang : 0.

Cylindres : 0.

Sels et pigments biliaires : 0.

Urobiline : traces.

Coefficient de Maillard : 6,50.

16 octobre : albumine : 0.

Glucose : 0.

Urée : 12 gr. 50 p. 1000.

Chlorures : 4 gr. 7 p. 1000.

Sang : 0.

Cylindres : 0.

Sels et pigments biliaires : 0.

Urobiline : traces.

Coefficient de Maillard : 3,40.

Sang. — Azotémie : le 6 octobre : 1 gr. 95 p. 1000.

Le 16 octobre : 0 gr. 52 p. 1000.

Chlorémie : le 6 octobre :

Totale : 2 gr. 30 p. 1000.

Plasmatic : 2 gr. 95 p. 1000.

Globulaire : 1 gr. 65 p. 1000.

Rapport érythro-plasmatic : 0,55.

Réserve alcaline : 42 volumes (6 octobre).

Cholestérolémie : 0 gr. 74 p. 1000 (25 octobre).

Réactions de Wassermann et Hecht : négatives.

Recherche des stigmates hémorragiques (19 octobre).

Temps de saignement : 4 minutes et demie.

Temps de coagulation :

En petit tube : 5 minutes.

En tube moyen : 5 minutes.

En gros tube : 5 minutes.

Temps de rétraction du caillot :

En tube moyen : commencée au bout de 3/4 d'heure.

Signe du lacet : négatif.

L'observation que nous rapportons peut se résumer brièvement de la façon suivante : un homme de 45 ans, exposé à la contamination par son métier de terrassier, et vu pour la première fois au quinzième jour d'une pyrexie, présente à ce moment : un foyer bronchopneumonique, une hépatomégalie volumineuse sans ictère, une azotémie élevée, une réaction méningée clinique très nette sans traduction liquidienne. Le tableau clinique est en somme celui d'une pneumopathie aiguë avec réaction hépatique, rénale et nerveuse, chez un alcoolique avéré. C'est la survenue d'une rechute fébrile qui fait penser à la possibilité d'une spirochétose dont un séro diagnostic de Martin et Pettit montre la réalité. Il s'est donc agi en définitive d'une spirochétose anictérique avec symptômes pulmonaires et méningés évidents.

Les atteintes pulmonaires au cours de la spiroché-

tose ictéro-hémorragique sont fréquentes, elles sont classiquement assez tardives dans leur apparition, de peu d'importance, et considérées comme dues à des germes d'infection secondaire. Les travaux récents ont cependant mis en lumière l'existence de localisations pulmonaires purement spirochètosiques et réalisant : soit un type bronchitique, dont on connaît une belle observation due à MM. Merklen et Weiss (1), soit un type broncho-pneumonique dont on doit à de Massary (2) la publication d'un cas récent. Quel que soit le type clinique réalisé, la présence de spirochètes dans les crachats, la survenue de la maladie à la suite de bains de rivière et même de gargarisme avec de l'eau vraisemblablement souillée, ont fait invoquer par ces auteurs le mécanisme possible d'une invasion directe des voies respiratoires par le germe. Rappelons que notre malade s'est présenté d'emblée comme atteint d'une bronchopneumonie, et que la banalité du tableau clinique durant les premiers jours d'hospitalisation ne nous a pas incités à pratiquer une recherche de spirochètes dans l'expectoration.

Très bien connues depuis les travaux anciens de Costa et Troisier, la monographie récente de Troisier et Boquien, les formes méningées pures de la spirochétose ont en général, on le sait, comme caractéristiques : 1° de s'accompagner d'une azotémie discrète, au voisinage de 0,50 ; 2° de traduire biologiquement par une réaction liquidienne, consistant en une leucocytose élevée (300 éléments par exemple, au 7<sup>e</sup> ou 8<sup>e</sup> jour), où les polynucléaires prédominent au début, les lymphocytes à la fin ; cette lymphocytose persiste d'ailleurs jusqu'après le vingt-cinquième jour (Troisier et Boquien). Parallèlement à cette réaction cellulaire, l'albuminose rachidienne est au contraire peu importante (0,40 environ).

L'observation que nous rapportons s'écarte, en plus de ses manifestations pulmonaires, de ce tableau habituel de la forme méningée, car elle ne présente aucune de ces deux caractéristiques. Nous avons en effet constaté l'existence d'un taux d'urée sanguine atteignant 1 gr. 95, tandis que la ponction lombaire permettait de recueillir un liquide céphalo-rachidien absolument normal.

Nous avons cherché dans la littérature les cas analogues au nôtre ; l'observation de Sacquépée et Boidin (3) relatée par Troisier et Boquien dans leur monographie sous la dénomination de forme méningo-rénale, est celle qui s'en rapproche le plus. Il existait chez leur malade avec un syndrome méningé clinique, une azotémie de 3 gr. 33 0/00 et le liquide céphalo-rachidien avec une albuminose de 0 gr. 20, ne présentait qu'une lymphocytose discrète.

Sans vouloir tirer des conclusions pathogéniques d'une seule observation, il est permis de se demander enfin si, en pareil cas, le syndrome méningé diagnostiqué cliniquement ne relève pas plutôt de l'augmentation de l'urée sanguine que d'une méningite à spirochètes, sans aucune expression biologique.

(1) MERKLEN ET WEISS. *Soc. de Méd. des Hôp. de Paris*, 12 février 1933.

(2) DE MASSARY. *Soc. de Méd. des Hôp. de Paris*, 28 mars 1930.

(3) SACQUÉPÉE ET BOIDIN. *Soc. de Méd. des Hôp. de Paris*, 9 mars 1917.



## NOTES DE MÉDECINE PRATIQUE

LES LAITS HOMOGÉNÉISÉS<sup>1</sup>

Par M. L. BABONNEIX,

Médecin de l'hôpital Saint-Louis.

## Syn. — Laits fixés.

**Principe.** — Dans le lait frais, la matière grasse se présente sous forme d'émulsion très fine. A mesure qu'il vieillit, cet état d'émulsion disparaît : la graisse monte à la surface sous la forme de grosses gouttelettes qui s'agglutinent de manière à constituer le beurre. Afin d'empêcher cette transformation qui, pour le lait stérilisé, met dix jours environ à s'effectuer, on le soumet à une opération qui divise les globules gras, gros et moyens en granulations très fines. Cette opération, qui fait du lait une émulsion indéfiniment stable, c'est l'*homogénéisation*.

Signalons, à ce sujet, deux erreurs classiques :

1° Au cours de l'homogénéisation, les globules gras sont « brisés, fragmentés, déchirés » ; leur pellicule est rompue ; 2° il se produit une oxydation qui a pour conséquence inéluctable la destruction des vitamines.

En effet :

1° Il ne saurait y avoir brisure ou déchirure des globules gras, puisqu'ils sont à l'état liquide, l'homogénéisation ne pouvant se faire à froid ; de plus, la pellicule décrite par les classiques n'existe pas ou se réduit à une couche de micelles ou de granules protéiques adsorbés par la surface des globules.

2° Il ne peut pas se produire d'oxydation là où il n'y a pas d'air : or, l'opération s'effectue dans un système de pompes et de tuyauteries entièrement vides d'air et où il n'y a que du lait.

**Technique.** — Entrevue par M. Julien, dès 1892, elle a été perfectionnée par MM. Bonnet et Guéritault et, surtout, par M. Gaulin (1900), dont la machine à fixer a été rendue encore plus pratique par M. Lécuyer.

C'est un « système de pompes qui aspirent le lait pour le refouler ensuite, sous une pression de 250 kilogr. par cm<sup>2</sup>, à travers une filière de petits trous de huit-dixièmes de millimètre, percés dans une pièce de bronze sur laquelle s'applique un clapet d'agate maintenu par un ressort puissant. Au sortir de la filière d'agate, les globules gras doivent se frayer un passage entre la surface de bronze et la surface d'agate ; ils sont alors comme laminés ; le beurre ainsi divisé ne se sépare plus du lait qui reste indéfiniment homogène, même après stérilisation. Le surchauffage est fait, du reste, aussitôt après l'homogénéisation » (Marfan).

On emploie aussi, aujourd'hui, un autre système dans lequel le lait est poussé, sous forte pression, dans des canalicules très fins, en chicanes, au sortir desquels il vient se briser contre des liquides immobiles. Ces canalicules ayant un diamètre 50 fois plus grand que celui des globules, on conçoit qu'il ne puisse, à aucun moment, y avoir déchirure ou fragmentation des globules gras.

**Préparation.** — Pour donner de bons résultats, elle doit se conformer aux règles suivantes :

1° S'adresser à du lait propre, de parfaite qualité et de première fraîcheur ;

2° Le concentrer dans le vide à une température de +45°, à un peu moins de la moitié de son volume. Cette opération n'est possible qu'avec du lait tout à fait frais, car elle double l'acidité qui, si elle est trop forte, rend impossible

la stérilisation au moyen d'une pompe à vide. Elle est facultative, mais précieuse, comme donnant d'excellents résultats ;

3° Le chauffer dans le vide au-dessus de +50° ;

4° L'homogénéiser encore chaud, au sortir du concentrateur ;

5° Le mettre en boîtes.

**Composition.** — Elle varie avec les marques. Voici celle du lait *Gloria*, lait concentré, telle qu'elle nous a été communiquée par cette maison :

	Grammes par litre.				Non dilué.
	Lait concentré au 1/6.	Lait concentré dilué au 1/4.	Lait concentré non sucré au 1/3.	Lait concentré non sucré aux 2/5.	
Beurre anhydre ..	14	20,9	27,9	33,6	83,7
Protéines.....	12,2	18,2	24,4	29,3	73
Lactose.....	16,6	25	33,3	40	100
Sels minéraux...	2,5	3,9	5	6	15
Extr. sec lait....	45,2	68	90,5	109,7	271,7
Sucre à ajouter...	100	75	50	30	
Extr. sec total...	145,2	143	140,5	139,7	271,7
Calories : Lait....	250	375	500	600	1500
Sucre....	400	300	200	120	
Totales.	650	675	700	720	1500
Sucres totaux....	116,6	100	83,3	70	

Le lait *saccharosé Maggi* (lait H. S. S.) est un lait non concentré, hypersucré par addition de 10 p. 100 de saccharose, surchauffé à +108° et homogénéisé grâce à la méthode de Gaulin.

Sa composition moyenne est la suivante, par litre :

Matières minérales.....	7 grammes
Lipides.....	36 —
Protides.....	32 —
Lactose.....	46 à 48 —
Saccharose.....	98 à 100 —
Extrait sec à +100°.....	225 —

Le lait *stérilisé Maggi* est un lait non concentré, homogénéisé et stérilisé par chauffage à +108°, mais non sucré.

D'après Marriott, le lait *évaporé* des Américains est du lait concentré par évaporation dans le vide de 60 % de son eau, non sucré, stérilisé à une température variant de +93°3 à +115° et homogénéisé. Il est standardisé aux Etats-Unis, où son usage est monté de 849.000 livres anglaises de 453 gr. en 1921 à 1.574.198.000 en 1934, comme le montre une statistique empruntée à l'article de M. P. Lasablière.

On voit donc qu'il y a lieu de distinguer, parmi les laits homogénéisés, ceux qui sont et ceux qui ne sont pas concentrés. A la première variété appartiennent le lait *Gloria* et les laits évaporés ; à la seconde, les laits *Maggi*.

**Caractères physico-chimiques et biologiques.** — La *caséine* a subi des modifications physico-chimiques telles qu'elle donne, sous l'influence du suc gastrique, un caillot mou et diffus et qu'elle est partiellement peptonisée.

Grâce à l'homogénéisation, les *globules gras* normaux, réfringents, immobiles, correctement circulaires, d'un diamètre de 10  $\mu$ , sont remplacés par des granulations graisseuses très petites (1  $\mu$ ), animées de mouvements quasi browniens, dus à leur forte tension superficielle. Ces granulations ayant un volume mille fois plus petit que les globules normaux, sont mille fois plus nombreuses. Leur surface totale est donc dix fois plus grande. De même, leur tension superficielle, qui devient assez forte pour que les mouvements quasi browniens contre-balancent le mouvement ascensionnel que devrait produire leur densité, plus légère que celle du sérum où elles nagent. Offrant aux lipases une surface d'action dix fois plus grande que les globules dont ils dérivent, ils se digèrent beaucoup plus aisément.

(1) Voir, en plus de l'article d'A.-B. MARFAN, dans le *Traité de l'allaitement*, p. 568-570, P. BALARD, *Journ. de méd. de Bordeaux*, 20 mai 1934. — KERLEY, *Le lait évaporé dans l'alimentation infantile*, *Le médecin chez lui*, février 1935, p. 18-25. — P. LASSABLIÈRE, *Le lait concentré non sucré. Le médecin chez lui*, février 1935, p. 3-17.

Les sels ne sont pas altérés (Rice), bien qu'il se produise une très légère précipitation des phosphates. Elle se fait en granules très fins qui restent en suspension : aussi n'empêche-t-elle pas le lait homogénéisé d'être, pour la nutrition, une source de phosphore et de chaux aussi bonne que le lait pasteurisé (Willard et Blunt, Krames, Latzke et Shaw).

Les vitamines A, B et D y existent en quantités suffisantes ; la vitamine B<sup>1</sup>, antinévritique, s'y trouve dans la proportion des 4/5 (Koch et Samuels) ; la vitamine C y est pratiquement absente.

Les propriétés anaphylactisantes ou allergisantes sont ou détruites ou très atténuées (Cubler).

C'est uniquement à la chaleur, et non à la pression, qu'il faut attribuer la destruction de la vitamine C et des enzymes.

Les caractères des évacuations alvines, molles, jaunâtres, analogues à celles des enfants nourris au sein, montrent que ce lait est, dans la majorité des cas, parfaitement assimilé par l'organisme. Ne voit-on pas, chez les nourrissons bien portants, la croissance se régulariser sous son influence ?

**Mode d'administration.** — 1° Le *coupage* et le *sucrage* varient avec les marques, d'une part, avec les cas cliniques, de l'autre.

Pour le lait *Gloria*, la solution normale est celle qui comporte :

- 1/3 de lait *Gloria* ;
- 2/3 d'eau ;
- 5 p. 100 de saccharose.

Le saccharose peut être remplacé, en tout ou en partie, par d'autres glucides : lactose, miel, maltose, dextrines, amidon, etc., ou par une farine maltée.

A l'eau, on peut substituer de l'eau d'avoine ou de riz, ou une eau minérale légère.

En cas d'athrepsie, on peut prescrire une ration alimentaire faible de lait (1/8) et comportant, en plus, du caséinate de calcium ou du tournesol (30 gr. par litre) et une farine maltée (30 gr. par litre).

Le lait stérilisé *Maggi* s'emploie aux mêmes doses que le lait de femme, en l'additionnant d'un peu de sucre.

Le lait saccharosé *Maggi* doit être dédoublé, lui, par addition de son poids d'eau ;

2° Le flacon, une fois entamé, doit être utilisé dans la journée, en été, dans les 48 heures, en hiver.

3° Il est indispensable d'ajouter au régime 1° de la *vitamine C*, sous forme de jus de fruits, 2° de la *vitamine D*, sous forme d'huile de foie de morue ou de stérols, recommandation qui n'a rien de spécial au lait homogénéisé, mais est applicable à tout autre lait.

**Indications.** — D'après le professeur Marfan, ce sont les suivantes :

1° Comme *aliment unique*, lorsqu'il faut recourir à l'allaitement artificiel pendant les premières semaines, surtout s'il s'agit de prématurés débiles, indication considérée comme primordiale par Marriott et Schöntal ;

2° Comme *aliment complémentaire* dans l'allaitement mixte ou au moment du sevrage ;

3° Comme *aliment temporaire*, dans certaines affections digestives et dans certains troubles de la nutrition, dont l'hypothrepsie, la dyspepsie du lait de vache (Balard), l'anaphylaxie au même lait et les vomissements répétés (G. Kerley), dans la convalescence.

A ces indications, ajoutons l'*eczéma* (G. Variot, 1911), où, à maintes reprises, le lait homogénéisé non hypersucré nous a donné, comme à tant d'autres, de bons résultats, dus, sans doute, à ce que la caséine y est partiellement transformée (Schloss, Giffen, Mac Lean et Fales).

**Avantages et inconvénients.** — Ses avantages ne sont pas négligeables :

- 1° *Composition constante* ;
- 2° *Stérité absolue*, obtenue par chauffage en vase clos ;
- 3° *Conservation indéfinie* ;
- 4° *Possibilité, pour la matière grasse, de rester indéfiniment émulsionnée* ;
- 5° *Digestibilité* ;
- 6° *Facilité de dosage*, en raison de sa fluidité ;
- 7° *Possibilité de dilutions dans un liquide acide*, permettant la préparation de biberons avec du lait additionné d'acide lactique ou de jus de citron ;
- 8° D'autre part, du fait de la concentration, la constitution physico-chimique du lait n'est nullement altérée et on peut le reconstituer avec d'autres liquides que l'eau pure.

Un inconvénient : la possibilité, si on le donne longtemps, d'accidents d'avitaminose C.

Est-il de telle nature qu'il doive faire renoncer à l'emploi du lait stérilisé ? Nullement, car ces accidents, surtout fréquents jadis, et qui ne sont pas propres au lait homogénéisé, peuvent être prévenus par l'administration de jus de fruits.

## REVUE DES THÈSES

**Physiologie de la bronchoscopie. Etude expérimentale et clinique (1),** par Jehan-G. CHOVIN.

« Il nous a paru intéressant d'envisager l'acte bronchoscopique en lui-même et d'en étudier les répercussions élémentaires sur l'organisme.

Nous nous sommes placé successivement sur le terrain de l'expérimentation chez l'animal et sur celui de la clinique humaine.

II. De notre étude expérimentale chez le chien narcosé avec conservation des réflexes bulbo-médullaires, nous pouvons dégager les conclusions générales suivantes :

A) Toute agression, c'est-à-dire toute manœuvre le long de l'arbre respiratoire, depuis l'épiglotte jusqu'aux dernières divisions bronchiques accessibles, donne lieu à une réaction cardio-vasculaire ou respiratoire et le plus souvent aux deux à la fois.

B) Chaque sujet réagit selon un mode qui lui est propre, c'est-à-dire qu'une agression donnée, par exemple la pression sur l'éperon trachéal, produira habituellement ou constamment une réaction, mais cette réponse à l'excitation variera selon le sujet en expérience.

C) Certaines agressions ont parfois une répercussion si durable qu'elle peut influer sur les réactions que déterminent les manœuvres suivantes jusqu'à modifier la physiologie ultérieure de l'expérience.

D) D'une façon générale les réactions observées ne sont pas d'intensité égale ni d'allure identique dans tout le cours de l'expérience. Elles dépendent de facteurs, dont les trois principaux nous paraissent être :

- a) La nature de l'agression produite.
- b) L'existence de zones d'élection manifestement plus réflexogènes que d'autres.
- c) Enfin la conjonction d'une manœuvre donnée exécutée en une région déterminée peut acquérir une importance toute particulière.

III. Au point de vue clinique l'observation a été restreinte à la notation du pouls et de la tension artérielle. Nous avons observé constamment des modifications importantes de ces deux éléments.

(1) Lyon 1935, Bosc frères et M. et L. Riou.



Les conditions d'application clinique ne permettent pas d'isoler exactement les réactions dues à la bronchoscopie de celles de l'anesthésie cocaïnique. Cependant, toutes choses égales d'ailleurs, le *temps laryngoscopique* a déterminé (19 fois sur 24) une élévation de la tension artérielle avec accélération minime du pouls.

Le *temps trachéoscopique* détermine tantôt une élévation (7 fois sur 21) de la tension artérielle, tantôt une baisse de celle-ci (7 fois sur 21). Dans certains cas (7 fois sur 21) l'allure de la courbe tensionnelle n'a pas été modifiée.

La pénétration du tube dans la *bronche droite* entraîne presque constamment un ralentissement cardiaque avec peu de modifications tensionnelles. La pénétration dans la *bronche gauche* détermine des réactions peut-être plus violentes mais moins caractérisées.

Ces réactions ne nous ont pas paru durables puisque dans un délai de 4 à 6 heures et parfois même beaucoup plus tôt (15 minutes après la fin de l'intervention) les chiffres de la tension et du pouls sont revenus à leur valeur initiale. »

## PRATIQUE MÉDICALE

### QUELQUES MÉDICATIONS NOUVELLES (1)

Par le docteur J. FAGURT.

L'auteur attire l'attention sur quatre médications nouvelles, et tout d'abord sur la thérapeutique par les acides aminés : l'hémostra, solution de tryptophane et d'histidine, se présente, on le sait, sous forme d'ampoules de 5 cc. et de 2,5 cc., qui permettent la plus grande variété dans les modalités du traitement des anémies sous forme d'injections intramusculaires ; mais si l'on préfère la voie intradermique pour traiter l'angor, l'asthme des foins, etc., il vaut mieux utiliser les ampoules de 1 cc.

De leur côté, MM. Weiss et Aron ont eu l'idée d'appliquer l'histidine au traitement de la maladie ulcéreuse gastro-duodénale et ils ont constaté que cette méthode thérapeutique offre des avantages incontestables sur tous les médicaments préconisés jusqu'à ce jour. L'action antalgique de l'injection d'histidine (laristine) est le fait dominant du traitement, car la douleur cesse généralement après les premières piqûres ; d'autre part, il y a une action certaine sur l'état général.

Dans un autre ordre d'idées, l'auteur insiste sur l'atonie intestinale post-opératoire et son traitement par un produit synthétique, la prostigmine, qui s'emploie en injections sous-cutanées ou intramusculaires de 1 cc. Les résultats de cette méthode, qui ont donné lieu à de nombreuses publications, sont excellents. La prostigmine, en outre de l'évacuation des gaz, due à son action péristaltigène, entraîne un bien-être général de l'opéré, une euphorie toute particulière qui tient, d'une part, au rétablissement de la paix abdominale et, d'autre part, à l'action du médicament sur le sympathique et le tonus neuro-végétatif du sujet. Cette action double, quant à ses résultats, ne doit pas être oubliée.

Enfin, dans la thérapeutique des spasmes, les praticiens ont tout avantage à se servir d'un nouveau produit synthétique, le phosphate de l'ester-3-diéthyl-amino-2, 2-diméthyl-propylique de l'acide tropique ou syntropan. Les propriétés paralysantes parasympathiques du syntropan sont remarquables, surtout dans les états hypertoniques des intestins et de l'utérus, mais les propriétés paralysantes sur la pupille, le cœur et les glandes étant excessivement fai-

bles par rapport à l'action spasmolytique générale, il s'ensuit naturellement une augmentation très considérable de la marge thérapeutique de ce médicament. En fait il représente la réalisation synthétique de la médication atropinique sans action secondaire sur la pupille, les glandes salivaires et l'innervation cardiaque : il doit donc être utilisé dans tous les cas où est indiquée la médication atropinique.

## LIVRES NOUVEAUX

Leçons de zoologie et biologie générales. VII. Vertébrés supérieurs (oiseaux et mammifères) (1), par Georges BOHN.

L'étude des Oiseaux, à laquelle est consacrée la première partie de l'ouvrage, est riche d'enseignements intéressants. Saviez-vous que, dans le jaune d'œuf, se trouve une hormone analogue à l'insuline ? Que le développement de l'œuf de Poule explique la formation des annexes embryonnaires chez les Vertébrés terrestres ? Que l'embryon de Poule n'échappe à l'urémie qu'en excréant son urée dans la cavité allantoïdienne ? Que chez l'Oiseau, il existe toujours un certain degré d'« insuffisance rénale », à la faveur de laquelle divers produits de déchet gagnent la peau et activent périodiquement la poussée des plumes ? Que, chez l'Oiseau femelle, la ponte des œufs peut également être considérée comme un processus d'épuration (A. Gautier) ? Qu'en enlevant l'ovaire à une Poule, on fait apparaître chez elle, le plumage du Coq, que si on lui greffe un ovaire, on fait réapparaître le plumage femelle ? Que dans les caractères sexuels mâles, un certain nombre : présence d'une crête, chant, instinct batailleur, dépendent de l'activité du testicule (Pézar) ? Que, chez ces Vertébrés, « l'adaptation au vol est réalisée à un point tel que toute « l'organisation semble s'être modifiée en vue de cette « adaptation » (R. Perrier), ces modifications portant principalement sur le squelette, le membre antérieur se transformant en aile, le cou s'allongeant et prenant une extrême mobilité, la station devenant bipède, et sur l'appareil respiratoire : présence de sacs aériens, montgolfières gonflées d'air chaud, entrant en communication avec les cavités des os, qui sont creux, « pneumatiques » ? Que certains ne peuvent plus dire, avec le fabuliste :

Je suis oiseau, voyez mes ailes,

car, ces ailes, ils les ont perdues, soit par régression, au cours de l'évolution (*orthogénèse régressive* de Cuénot), soit par déficit hormonal ?

Des Oiseaux, envolons-nous, pour ainsi dire, vers les Mammifères. Ici encore, que de sujets de méditation, que de problèmes dont la solution a stimulé, depuis des siècles, l'ingéniosité des observateurs ! Citons-en, au hasard, quelques-uns.

Si le profane n'attache que peu d'importance aux Monotrèmes, il n'en va pas de même des évolutionnistes, qui les considèrent comme des formes de passage des Reptiles aux Mammifères et voient, dans leur existence, une preuve indéniable du transformisme, tandis qu'A. Brachet voit en eux des Placentaires dégénérés, que d'autres encore en font des « insuffisants glandulaires ».

L'œuf des Mammifères placentaires, après s'être implanté sur les parois de l'utérus, vit en parasite de la mère, mais non sans être exposé, à tout instant, à des « accidents » résultant de causes diverses : incompatibilités entre les gamètes mâles et femelles, antagonisme entre la mère et le fœtus, etc., et qui peuvent avoir pour lui de funestes conséquences.

(1) Bull. méd., Paris, n° 7, fév. 1935.

(1) In-8 de 131 pages. — Paris 1935, Hermann et Cie.



Depuis quelques années, on s'occupe beaucoup du cycle ovarien ou oestrien. Il est en rapport avec l'évolution des follicules et la formation de corps jaunes, produisant, celui-là, la folliculine, et celui-ci, la progestine. La première joue un rôle déterminant dans la production du rut, la seconde agit sur les parois utérines, les rendant aptes à recevoir l'œuf fécondé. L'une et l'autre sont sous la dépendance du lobe antérieur de l'hypophyse, le prolane A agissant sur la maturation du follicule, le prolane B, sur la formation du corps jaune.

La sécrétion lactée s'effectue en deux phases : une première, de multiplication cellulaire, une seconde, de production du lait, les deux dépendant d'hormones fournies, pour celle-ci, par l'utérus, pour celle-là, par le corps jaune (Ancel et Bouin), l'hypophyse intervenant encore ici comme précédemment. Le manganèse n'agit sur cette sécrétion que parce qu'il stimule la sécrétion des prolans.

Passons sur le squelette des Mammifères, encore qu'il prête à quelques considérations intéressantes : constance du nombre total des vertèbres dorsales et lombaires dans les divers groupes, présence spéciale à ces Vertébrés, de disques intervertébraux, adaptation des membres permettant de les diviser en Plantigrades, Digitigrades et Onguligrades, pour arriver à la question du régime alimentaire : la conception purement quantitative n'envisageant que le nombre de calories ou de substances constructives à fournir à l'organisme, est incapable, à elle seule, d'expliquer tout : force est donc de faire intervenir : 1°) une question qualitative et d'admettre que certains corps agissent à doses infinitésimales : vitamines, amino-acides, substances de lest ; 2°) une notion d'équilibre, ce qui importe étant moins la masse de tel ou tel aliment que les proportions relatives des diverses substances qui entrent dans l'alimentation. De même, la dentition a été l'objet de bien des travaux. Pour Cuvier, il existe une relation étroite entre la conformation de la dent et la nature des aliments, théorie qu'a battue en brèche la constatation d'adaptations imparfaites.

Ces adaptations imparfaites, on les retrouve chez bien des Mammifères que l'évolution conduit souvent à des formes déséquilibrées, tels les Cétacés, riches en caractères dégénératifs, monstres marins, les Proboscidiens, monstres terrestres souffrant, toute leur existence, de gigantisme acromégaly, les Edentés, groupé hétérogène de formes aberrantes, en voie de disparition. C'est pour expliquer ces faits qu'on invoque aujourd'hui la théorie de l'orthogénèse, d'après laquelle un caractère racial donné, qui était à peine apparent, s'exagère ou s'efface, la spécialisation se faisant toujours dans le même sens, et dont la nature a fait couler beaucoup d'encre, les vitalistes introduisant dans la détermination une certaine indétermination, Bergson parlant d'*élan vital*, les mécanistes considérant l'évolution comme une série d'accidents occasionnés par des facteurs extérieurs.

Et l'Homme ? Quelle est sa place parmi les Mammifères ? On lui a attribué longtemps un certain nombre de caractères spéciaux dont la science actuelle a contesté la valeur. On lui a, de même, cherché des ancêtres, sans arriver à savoir s'il descend de certains Lémuriens (Rémy Perrier) ou du Singe. Tout ce qu'on sait, c'est qu'il est impossible d'établir le tableau généalogique des Hominiens fossiles, ni de combler l'hiatus entre l'Homme, qui marche debout, et le Singe, qui grimpe. Ajoutons, à notre confusion, que, chez le roi de la création, les dysharmonies ne manquent pas : Metchnikoff en a dressé une liste impressionnante, allant de l'atrophie des poils à la présence d'un appendice, en passant par les dents de sagesse.

Si l'on en vient, maintenant, à s'occuper de la régulation thermique chez les Homéothermes, deux conceptions sont en présence : pour l'un, l'intensité de la thermogénèse est rigoureusement commandée par l'intensité de la thermolyse, celle-ci étant, selon la loi de Newton, fonction

de la surface cutanée. D'après l'autre, la dépense est commandée, non par la surface, mais par une cause profonde. La première est passible de bien des objections, dont, surtout, que la loi de Newton n'est pas applicable aux animaux à sang chaud, et que, chez eux, la dépense d'énergie est loin d'être la même, quelle que soit l'unité de surface envisagée. Aussi, avec Benedikt, tend-on à lui préférer la seconde, sans qu'on ait encore beaucoup de détails sur cette « cause profonde ». Tout ce qu'on sait, c'est qu'il existe un centre thermo-régulateur, et que ce centre siège dans la région du tuber cinereum. A ces questions, se rattache celle du métabolisme basal, encore si discutée, celle des facteurs modifiant la régulation thermique : climat, apport alimentaire, sécrétions endocrines, dinitrophénol, et celle de la valeur énergétique des aliments et de la ration alimentaire.

Non moins curieuse, l'activité nerveuse des Mammifères, avec ses « organes spécialisés » : tuber, qui préside au métabolisme de l'eau, des graisses, des nucléoprotéides, des hydrates de carbone et à l'activité sexuelle, corps calleux, permettant le fonctionnement synergique des deux hémisphères, etc., avec les réflexes conditionnels de Pavlov, avec les idées de Sherrington sur les organes extéro-, intéro- et proprioceptifs.

Le dernier chapitre, intitulé *Problèmes de l'évolution*, passe en revue les diverses théories qui ont essayé d'expliquer son mécanisme, surtout le Lamarckisme, pour qui, sous l'influence des changements de milieu, les impulsions motrices d'origine interne peuvent entraîner des habitudes nouvelles, et le Darwinisme, avec sa fameuse conception de la lutte pour la vie. Longtemps, les savants se sont divisés en deux camps : celui des évolutionnistes (Geoffroy Saint-Hilaire) et celui de ceux qui croyaient à la fixité des espèces. Les premiers, s'appuyant (Giard) sur des arguments empruntés à la paléontologie, à l'embryologie, à l'anatomie comparée, l'ont emporté jusqu'au jour où l'on a été amené à admettre que l'évolution s'est faite par variations non lentes, mais brusques, discontinues : mutations de H. de Vriès, les unes spontanées, les autres provoquées. Actuellement, l'évolution se fait au ralenti. L'Homme n'arrivera-t-il pas bientôt, en usant d'agents chimiques ou physiques particulièrement efficaces, à secouer cette inertie et à aboutir à la création de formes nouvelles, plus parfaites que les actuelles ?

C'est sur ces considérations de haute philosophie optimiste que se termine ce livre où l'on retrouve les qualités de clarté, de méthode et d'enthousiasme scientifique qui ont assuré le succès des précédents. La *Gazette des Hôpitaux* se devait d'en rendre compte. M. Georges Bohn a beau être un grand docteur en Sorbonne : comme un certain nombre de ses prédécesseurs, — et non des moindres —, il est aussi médecin. Depuis le temps où, avec notre directeur, F. Le Sourd et avec le professeur Gosset, dont il est resté l'ami, il fréquentait le service du professeur Guyon, il n'a jamais cessé de porter aux progrès de notre art un intérêt passionné. Il nous fait assez d'honneur pour que nous le revendiquions comme nôtre.

L. BABONNEIX.

**Traité de Thérapeutique (1),** par A. THÉOARI, professeur de clinique thérapeutique à la Faculté de Médecine de Bucarest. Publié par les soins du docteur GHEORGHIOU POPESCO.

Ce Traité de thérapeutique met à la disposition du médecin et de l'étudiant un instrument de travail entièrement au courant, basé sur les connaissances acquises, sur tous les travaux récents et sur les recherches personnelles de l'auteur, qui dans le domaine de la thérapeutique ont

(1) Deux volumes formant 1.307 pages avec figures en hors-texte. — Prix : 125 fr. — Paris, Masson et Co.



été considérables ; il fut en effet tour à tour professeur de pathologie interne, de thérapeutique expérimentale et de clinique thérapeutique, et créa un enseignement remarquable de simplicité et de clarté.

Chaque affection est envisagée dans ce livre suivant d'abord son étiologie et sa symptomatologie et en vue des applications thérapeutiques. Le traitement est longuement indiqué ainsi que l'action des divers médicaments, la posologie, les indications de régime. Chaque étude est suivie d'un résumé de la thérapeutique.

En lisant les pages de ce livre on en appréciera la précision ; le lecteur sera vite gagné par l'auteur, qui aura su lui communiquer sa confiance en une thérapeutique établie sans aucun esprit de système.

L. G.

**Les migraines. Etude pathogénique, clinique et thérapeutique (1),** par PASTEUR VALLERY-RADOT, professeur agrégé à la Faculté, médecin de l'hôpital Bichat, et Jean HAM-BURGER, interne des hôpitaux.

Après un rapide exposé historique, les auteurs étudient, dans une première partie, les différents aspects cliniques de la crise de migraine, son évolution, ses variétés anormales.

Dans une seconde partie, sont rassemblées les notions actuelles concernant le mécanisme et les causes des migraines.

Enfin, une troisième partie est consacrée aux méthodes modernes de traitement.

L'ouvrage constitue ainsi une mise au point de l'ensemble des connaissances que nous possédons aujourd'hui, sur ce sujet. En réunissant les innombrables travaux qui ont été consacrés aux migraines et en exposant leurs propres recherches, les auteurs mettent en lumière ce qu'on doit considérer, dès à présent, comme bien établi et ce qui n'est encore qu'hypothèses fragiles.

« Le moment n'est pas encore venu, écrit le Dr Vallery-Radot, où il sera possible de grouper nos connaissances sur la migraine en un ensemble clinique et pathogénique harmonieusement équilibré. » En effet, les auteurs montrent combien le mécanisme intime de la crise migraineuse comporte d'inconnues ; les théories classiques sont plus séduisantes que solides, on ne peut guère fournir, actuellement, que des directives pour les recherches à venir.

L'étiologie des migraines a, par contre, des bases assez précises aujourd'hui pour permettre de découvrir, dans bien des cas, la cause du mal et d'établir un traitement plus rationnel et plus fructueux qu'il y a encore peu d'années.

L. G.

**Oto-rhino-laryngologie du médecin praticien (2),** par G. LAURENS, oto-rhino-laryngologiste de l'hôpital Saint-Joseph. Sixième édition revue et augmentée.

Il paraît superflu de faire une fois encore l'éloge d'un ouvrage qui figure dans la plupart des bibliothèques de médecins et dont des milliers d'exemplaires ont été vendus soit dans le texte français, soit dans ses traductions.

L'accueil constant fait par les praticiens à ce livre est dû à une technique minutieusement décrite en tous ses détails, à une description clinique très claire des symptômes cardinaux des maladies les plus fréquentes, à une thérapeutique très simple, faite surtout de traitements classiques qui ont fait leurs preuves, enfin à une illustration riche en schémas, dessins et figures de toutes sortes. Cet ensemble est présenté par un chirurgien réputé connaissant à fond sa

spécialité et par conséquent capable de distinguer ce qui en O. R. L. peut être et doit être fait par le praticien et ce qui d'autre part doit rester dans le domaine du spécialiste averti. Ainsi le médecin pourra établir le diagnostic des affections les plus usuelles, traiter utilement les plus simples, poser dans les cas graves l'indication conduisant à l'appel du chirurgien en temps utile.

Tous les chapitres de cette sixième édition ont été revus et mis au point, certains ont été présentés sous une forme nouvelle, enfin des additions nombreuses ont été faites. De plus, beaucoup de chapitres de sémiologie ont été ajoutés. La surdité et le vertige ont fait l'objet d'un certain développement et la question de l'obstruction et des infections nasales a été longuement traitée. Une place a été réservée au diagnostic des ulcérations de l'amygdale et du pharynx, de la toux, de la dyspnée et de l'enrouement. La trachéo-bronchoscopie enfin a été exposée au point de vue des indications et des résultats.

L. G.

**Chirurgie de l'œsophage (1),** par Raymond GRÉGOIRE, professeur à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien des hôpitaux.

Ce livre est une mise au point de la chirurgie des maladies de l'œsophage, travail qui n'avait pas été fait depuis plus de 30 ans.

Cette chirurgie de l'œsophage a fait au cours de ces dernières années des progrès considérables en raison :

1° Des acquisitions nouvelles réalisées dans les moyens d'exploration. La radiologie et l'endoscopie ont apporté des moyens d'étude nouveaux et précieux ;

2° Des acquisitions nouvelles réalisées en pathologie : grâce aux nouveaux moyens d'exploration, il est devenu possible d'observer des affections généralement méconnues jusqu'à ce jour. Ainsi la pathologie de l'œsophage s'est augmentée de trois chapitres nouveaux : l'ulcère de l'œsophage ; les diverticules de l'œsophage, les dilatations idiopathiques de l'œsophage ;

3° Des acquisitions nouvelles réalisées en thérapeutique. En effet au cours de ces trente dernières années, la thérapeutique chirurgicale s'est enrichie de procédés opératoires nouveaux.

L'abord de l'œsophage cervical est devenu plus aisé, l'abord de l'œsophage thoracique est devenu possible et l'on apprend à éviter la traversée pleurale toujours si redoutable.

Enfin on sait maintenant construire de toutes pièces un œsophage qu'une cicatrice a rendu infranchissable et les malades qui en ont bénéficié ont vu disparaître l'infirmité de la gastrostomie.

L. G.

**Directives en pratique médicale. Terrains et tendances morbides (2),** par André JACQUELIN, médecin des hôpitaux de Paris, préface du professeur F. BEZANÇON.

Ce livre est conçu suivant un plan entièrement original. L'auteur y expose une sémiologie nouvelle permettant à l'étudiant, aussi bien qu'au médecin débutant, de pénétrer dans la pathologie, et d'acquérir l'esprit clinique et une perspicacité de diagnostic qu'ils n'obtiendraient souvent qu'au prix d'une longue expérience.

En clientèle, le médecin n'aura pas seulement à connaître de la pathologie que ses évolutions ultimes, il se trouvera souvent en présence de troubles disparates, inconstants, ne correspondant pas encore aux formes cliniques qu'il connaît ; il pourra hésiter devant le traitement à suivre.

(1) In-8 de 232 pages avec 4 figures. — Prix : 45 fr. — Paris, Masson et C<sup>ie</sup>.

(2) In-8 de 532 pages avec 587 figures. — Prix : 42 fr. — Paris, Masson et C<sup>ie</sup>.

(1) In-16 de 480 pages avec 31 figures. — Prix : 35 fr. — Paris, Masson et C<sup>ie</sup>.

(2) In-8 de 208 pages. — Prix : 35 fr. — Paris, Masson et C<sup>ie</sup>.

Ce livre lui apprendra à dépister les stades précoces de la maladie, à établir un diagnostic avant qu'elle ne soit devenue irréductible, à apercevoir les *tendances morbides*, de manière à savoir mettre en œuvre une thérapeutique préventive.

L'ouvrage comprend : 1° un exposé d'ensemble du *terrain morbide*, c'est-à-dire des diverses personnalités humaines envisagées dans leur type morphologique, dans leurs prédominances endocriniennes, dans leurs déviations neuro-végétatives, dans leurs constitutions psychiques particulières, dans leurs anomalies humérales.

L'auteur a toujours le souci, au cours de cet exposé, d'en établir l'utilisation pratique à des fins de diagnostic, de pronostic et de traitement.

2° Une seconde partie est consacrée aux deux grandes *tendances morbides* et aux principaux syndromes qui en sont l'aboutissement : la tendance à l'infection tuberculeuse, et les premiers signes du début de sa localisation pulmonaire chez l'adulte ; la tendance à la diathèse dite « arthritique », et les multiples manifestations qui ressortissent à cette diathèse.

En ce qui concerne la tendance à l'infection tuberculeuse, l'auteur envisage les conditions les plus communes dans lesquelles se présente son diagnostic, il montre les bases sur lesquelles doit le plus solidement, en l'état de science actuel, être affirmée ou simplement présumée, selon les cas, l'existence d'une tuberculose pulmonaire à ses débuts. Enfin, il indique la conduite à tenir quand cette éventualité est réalisée ou menace de l'être.

En ce qui concerne la diathèse dite « arthritique », après avoir rappelé brièvement l'évolution générale de cette grande diathèse, pour marquer la place occupée, dans cette évolution, par les manifestations les plus importantes auxquelles elle donne lieu, il envisage successivement l'étude diagnostique et thérapeutique de ces manifestations démembrées et regroupées selon leurs liens physio-pathologiques.

Cette présentation permettra de dégager les grands procédés de cure qui s'appliquent, avec une égale valeur, à des manifestations en apparence différentes, telles que certains asthmes, l'urticaire, la migraine, certaines entérocrites.

Les éléments essentiels du diagnostic de ces syndromes sont rappelés succinctement ; le traitement est entièrement mis au point, l'auteur montre les principes généraux d'application, le mode d'action, les indications et les limites d'efficacité.

L. G.

## CHRONIQUE

### LE LIT DE PROCUSTE

Cet aimable solitaire de l'Attique, si passionnément épris d'égalité, ne manquerait pas, si, d'aventure, il revenait parmi nous, d'être surpris de l'extension et de la généralisation de sa méthode qu'ont réalisées ses continuateurs et ses émules ; peut-être, cependant, ne serait-il pas ravi de la confusion extrême qu'ils y ont introduite.

Ses idées étaient simples et il voyait les choses simplement ; sans s'embarrasser d'une foule de contingences, il bornait son ambition à ramener la taille des humains à une mesure commune, allongeant ceux qui ne l'atteignaient pas, rognant ceux qui la dépassaient ; si donc l'excellence d'une méthode se mesure à la simplicité des conceptions et des moyens, la sienne approchait certainement de la perfection.

Ce n'était pas là le seul avantage qu'elle présentait : d'abord, il était seul à la pratiquer, ce qui contribuait à limiter et à sélectionner son action ; ensuite, parmi ceux, forcément peu nombreux, qui avaient l'avantage de le rencontrer, quelques-uns pouvaient avoir une taille correspondant

au gabarit imposé ; si bien que non seulement ils ne mouraient pas tous, mais même tous n'étaient pas frappés, et ainsi, sa passion de l'égalité n'excluait pas une certaine liberté.

Aujourd'hui, les partisans du nivellement général qui prétendent continuer l'œuvre de Procuste ne sauraient se contenter d'une égalité réalisée seulement sur une mesure de longueur et encore pour un petit nombre d'élus ; abjurant la simplicité primitive, ils prétendent généraliser la méthode et l'étendre à tous les détails de l'activité aussi bien intellectuelle que physique de l'individu ; c'était très bien de faire passer sous la toise les organismes, mais combien ce serait mieux d'en faire autant pour chacun des organes ; la commune mesure doit être imposée à ces derniers, qui seront en quelque sorte standardisés ; ils ne seront autorisés à fonctionner que selon des règles établies par de savants aréopages d'autant plus absolus qu'ils seront plus incompetents. Le nombre des lits, comme celui des opérateurs, sera multiplié à l'infini, et pour bien marquer les progrès accomplis, on les affublera de noms plus savants sinon moins barbares, comme « centres de diagnostic » ou autres équivalents. Il sera bien entendu obligatoire d'y venir périodiquement faire constater ses petites misères et non moins obligatoire de les faire traiter par des méthodes également standardisées.

Et s'il me plaît, à moi, d'être battue ! disait Martine ; et s'il me plaît, à moi, d'avoir un foie qui ne s'accommode pas des pâtés truffés ou du confit d'oie ; ou plutôt s'il ne me plaît pas d'être averti avant l'heure de la déficience de mon foie et des conséquences ultimes possibles de cette déficience !

Car, au fond, c'est peut-être très bien d'être passionné pour l'égalité, mais ce n'est pas une raison pour oublier que nos ancêtres ont fait une révolution pour la liberté, ou plutôt pour l'une et l'autre. Et ce mépris qu'affectent ainsi pour la liberté ses continuateurs, finit pour nous rendre Procuste sympathique.

Ce n'est pas certes que tous les protagonistes de ces méthodes soient des brigands, comme l'était ce précurseur ; il en est même beaucoup qui sont animés des meilleures intentions : ils ne désirent rien de plus que faire le bonheur de l'humanité ; mais ils prétendent le faire malgré elle et suivant leur conception propre, qui a bien des chances d'être erronée ; car ils sont parfaitement ignorants des choses de la médecine et ne se doutent guère de la relativité des principes auxquels ils accordent une valeur absolue ; ils ne savent pas que l'intégrité des organes, telle qu'ils se l'imaginent, ne se rencontre guère ; que les lésions ne sont pas toujours pathologiques en soi, mais bien en fonction de la compensation qui s'établit entre les uns et les autres, que souvent elles sont compatibles avec une existence normale, parfois prolongée, et que ce ne sont pas toujours les plus caractérisées qui en provoquent la fin.

Alors, à quoi bon toute cette agitation, dont le résultat le plus clair serait une désolation générale ? Que deviendraient ces désespérés à qui on aurait appris qu'ils sont voués — au moins en théorie — à la douleur et à une fin prématurée ? Que ne feraient-ils pas dans la société ? Tous ces agités devraient savoir que le médecin doit surtout être un consolateur, et ils voudraient faire des tortionnaires de tous ceux qui se pencheraient sur ces lits de Procuste.

Liberté, liberté chérie...

A. HERPIN.

**L'Arme chimique et ses Blessures. Etude générale sur les Gaz de guerre**, par le professeur Charles HEDERER, médecin en chef de la Marine, et Marc ISTIN, pharmacien-chimiste de la Marine. Ouvrage publié sous le patronage du Ministre de la Marine. — 1 vol. in-8° de 700 pages avec 110 figures. — Prix : 125 fr. — Paris, J.-B. Bailière et fils.



**TROUBLES DU CYCLE OVARIEN**  
 Puberté  
 Ménopause

# OESTROBROL

## "ROCHE"

(Sédobrol folliculiné)

Chaque Tablette contient: Na Br 1 Gr.  
 Folliculine 100. Unités

Calmant régulateur  
 des **dysovaries**

Produits **F. HOFFMANN - LA ROCHE & C<sup>ie</sup>** 10, Rue Crillon, PARIS (IV<sup>e</sup>)

# ANGIOLYMPHE

= Principes Actifs d'Orchidées

**Tous ÉTATS DÉFICIENTS - PRÉTUBERCULEUX - TUBERCULOSE**

AUCUNE TOXICITÉ — PAS DE CONTRE INDICATIONS

Injections intra-musculaires indolores — 2 à 5 cc. par séries de 10 à 12 injections

# ARGYCUPROL

= Ag (10 %) + Cu (0,1 %)

Attaque le Gonocoque et les Associations microbiennes

**BLENNORRAGIE** aiguë (traitement abortif) ou Chronique et leurs Complications - **AFFECTIONS GYNÉCOLOGIQUES** : Métrites simples ou gonococciques, Vulvite, Vulvo-Vaginites, etc. - **OPHTALMOLOGIE** - **DERMATOLOGIE**

Injections urétrales, Vaginales, Grands lavages uréthro-vésicaux

**INDOLORE — NON CAUSTIQUE — NE PROVOQUE PAS DE RÉTRÉCISSEMENTS**

Echantillons et Littérature : **LABORATOIRES de l'ANGIOLYMPHE**, 4 bis, rue Hébert, COURBEVOIE

## NOTES POUR L'INTERNAT

## FRACTURES DE LA BASE DU CRANE

Les fractures de la base du crâne sont le plus souvent des fractures de la voûte irradiées à la base. Leur mécanisme, leurs symptômes sont à l'heure actuelle assez nettement fixés ; mais les derniers travaux sur la question n'ont eu pour but que d'essayer de fixer la pathogénie et le traitement de leurs complications précoces encéphalo-méningées.

## MECANISME ET ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les fractures de la base relèvent en règle générale d'un mécanisme direct, mécanisme fonction de l'architecture du crâne.

Nous rappelons que la boîte crânienne comprend des points faibles et des points forts.

De chacun des angles de la pièce forte de la voûte (Hexagonale) partent 6 arcs-boutants qui rejoignent l'apophyse basilaire, pièce de résistance de la base.

Chacun de ces arcs-boutants n'est pas homogène, il a des points faibles :

— L'a.-b. antérieur, frontal, a pour point faible l'ethmoïde ;

— L'a.-b. pétreux, les cavités de l'oreille moyenne.

— L'a.-b. sphénoïdal, la base de la grande aile du sphénoïde ;

— L'a.-b. postérieur, occipital, a pour point faible la zone rétro-condylienne.

Tout trait de fracture de la voûte en irradiant vers la base suit les entre-boutants et les points faibles des arcs-boutants.

## 1° Lésions osseuses.

## a) Frac. de l'étage antérieur.

Le trait descend vers le rebord orbitaire, le coupe au niveau du trou sus-orbitaire, intéresse la voûte de l'orbite en se dirigeant vers le canal optique ; il peut intéresser le côté opposé en fracturant la lame criblée de l'ethmoïde ; il peut se propager à l'étage moyen en intéressant la grande aile du sphénoïde.

## b) Frac. de l'étage moyen.

Le trait débutant au niveau de la fosse temporale, aboutit au trou déchiré antérieur et fracture le rocher parallèlement à l'axe de la pyramide pétreuse, ou bien réalise une fracture par arrachement de la pointe du rocher.

## c) Fracture de l'étage postérieur.

Le trait débute sur l'écaille occipitale et si le choc est très externe va intéresser le rocher, la fracture perpendiculairement ou obliquement à l'axe. Si le choc est postérieur, le trait suit les entre-boutants moyen et antérieur et réalise la grande fracture postéro-antérieure paramédiane de Quénu.

## 2° Lésions des méninges.

La dure-mère peut être décollée, arrachée, piquée.

Les déchirures de l'arachnoïde expliquent l'écoulement de liquide céphalo-rachidien par les cavités naturelles.

## 3° Lésions nerveuses et artérielles.

Tous les nerfs de la base peuvent être lésés, surtout les nerfs oculaires et le facial.

L'artère méningée moyenne, par son tronc ou l'une de ses branches (l'antérieure principalement) est le vaisseau le plus souvent responsable d'hématome.

## 4° Lésions de l'encéphale.

## Macroscopiques :

Elles peuvent être localisées, réalisant :

Soit un foyer de contusion cérébrale plus ou moins profond s'accompagnant dans certains cas d'inondation ventriculaire ;

Soit un hématome intra-cérébral.

Parfois elles sont diffuses.

Altérations minimes, ecchymoses disséminées ; souvent les lésions sont plus accentuées du côté opposé à la fracture, au niveau du bulbe ou du plancher du 4<sup>e</sup> ventricule.

## Microscopiques :

Isolées, elles constituent le substratum de la « commotion ». Le plus souvent elles sont associées à des lésions macroscopiques. Enfin, il faut mettre à part des lésions discrètes témoignant de la perturbation de la circulation cérébrale. Notons surtout l'effacement ventriculaire ou la distension ventriculaire qui traduit un blocage partiel ou total des voies d'écoulement du liquide céphalo-rachidien.

Donc les lésions encéphalo-méningées sont très variables et, essayant de faire un parallèle entre la gravité de ces lésions et le pronostic, on a pu mettre en évidence la grosse mortalité des 48 premières heures (gros dégâts anatomiques).

## SYMPTOMATOLOGIE

Les signes de fractures de la base du crâne sont de deux sortes :

— Il en est qui témoignent de la souffrance de l'encéphale.

— Il en est d'autres qui sont des signes rationnels de fractures et qui sont précoces ou tardifs.

Dans tous les cas, lors d'une fracture de moyenne gravité :

A la suite du traumatisme, le blessé est dans le coma, sa respiration bruyante, stertoreuse ; il ne réagit pas aux excitations tégumentaires.

— On examine d'abord la voûte, il peut n'y avoir pas de plaie, une simple dépression osseuse ; parfois il y a plaie et dans ces cas il est nécessaire d'exposer chirurgicalement la plaie et de rechercher l'existence, la direction d'un trait de fracture.

— On recherche ensuite l'existence d'hémorragies par les orifices naturels.

a) L'otorragie qui sera affirmée après avoir constaté que le sang vient de dedans en dehors (tampon) ; elle est abondante, discontinue, durable et augmentant lors des efforts de toux.

b) L'épistaxis qui n'a de valeur que s'il n'existe pas de fracture des cartilages du nez. Elle doit présenter les mêmes caractères que l'otorragie.

— On décèlera ensuite les paralysies des paires crâniennes. Surtout celles du facial (Signe de Foix).

Cet ensemble de signes permettra de poser avec de fortes présomptions le diagnostic de fracture de la base du crâne.

— Reste la question de la ponction lombaire ; elle ne doit pas être faite trop tôt ; on recueillera le liquide écoulé dans 3 tubes de manière à éliminer la possibilité d'une hémorragie veineuse locale. Le liquide céphalo-rachidien est sanglant, ce qui ne préjuge pas de l'existence d'une fracture de la base du crâne. Elle traduit une hémorragie diffuse. Mais plus importante encore que la constatation de sang dans le liquide est la prise de la pression liquidienne au manomètre de Claude.

Le pronostic de ces fractures sera fondé sur la qualité du pouls, on prendra le pouls toutes les demi-heures, il est le plus souvent fort, bien frappé, un peu ralenti. De même on notera soigneusement la température et l'on recherchera l'existence de paralysies périphériques, de contractures, de troubles de la réflectivité.

(A suivre.)

ROGER-JEAN CHEVALLIER.

Le Directeur-gérant : D<sup>r</sup> François LE SOURD.



---

# ANGINE DE POITRINE

## AORTITES

## ASTHME CARDIAQUE

## ARTÉRITES, ETC..

---

### TRAITEMENT D'URGENCE

DRAGÉES  
A  
NOYAU MOU  
DE

**TRINITRINE**  
**CAFÉINÉE**  
**DUBOIS**

**TRINITRINE**  
**PAPAVÉRINE**  
**LALEUF**

CROQUER

UNE DRAGÉE TOUTES LES 2 OU 3 MINUTES  
AU MOMENT OU EN PRÉVISION DES ACCÈS.  
MAXIMUM 10 DRAGÉES PAR 24 HEURES

---

### TRAITEMENT PRÉVENTIF

DRAGÉES  
DE

**THÉOVÉRINE**  
**LALEUF**

3 A 6 DRAGÉES PAR 24 HEURES

CAPSULES GLUTINISÉES  
DE

**PAVÉRINOL**  
**LALEUF**

4 A 6 CAPSULES PAR 24 HEURES

SUIVANT PRESCRIPTION MÉDICALE

---

ÉCHANTILLONS ET LITTÉRATURE  
**LABORATOIRES LALEUF**  
20, RUE DU LAOS — PARIS (XV<sup>e</sup>)

---

Nouvelle adresse : 51, rue Nicolo, PARIS (XVI<sup>e</sup>).

**ESTOMAC**

# **SEL DE HUNT**

**HYPERCHLORHYDRIE  
FERMENTATIONS ACIDES  
GASTRALGIES**

**LABORATOIRES ALPH. BRUNOT  
16, Rue de Boulainvilliers, PARIS**

**PARFAIT SÉDATIF DE TOUTES LES TOUX**

ADULTES ET ENFANTS  
DE TOUT AGE

# **GOUTTES NICAN**

## **GRIPPE**

**TOUX DES TUBERCULEUX**

**COQUELUCHE**

ECHANTILLONS & LITTÉRATURES. Laboratoires CANTIN A PALAISEAU S.-O. FRANCE



*La Lancette Française***GAZETTE DES HOPITAUX**

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

**49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6<sup>e</sup>. Tél. : Danton 48-81.**PUBLICITE : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6<sup>e</sup>) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

## PRIX DE L'ABONNEMENT

## FRANCE

3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.

*Etudiants : 25 francs par an.*

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

## ETRANGER

Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.

Tous les autres pays : 75 francs.

**SOMMAIRE****REVUE CRITIQUE***La spondylose rhizomélitique*, par M. Mathieu-Pierre WEIL.**FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER***Thèses soutenues pendant l'année 1934-1935.***SOCIÉTÉS SAVANTES***Académie des sciences. — Académie de médecine.***CHRONIQUE***Ouverture du XLIV<sup>e</sup> Congrès français de chirurgie.***LIVRES NOUVEAUX****INFORMATIONS**

**HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT.** — Le jury est définitivement composé de M. Chenevier, secrétaire général de l'administration générale de l'Assistance publique à Paris, président; MM. les docteurs Ombrédanne (Louis), Papillon, Pagniez, Crouzon, Boidin, L. Ramond, Lian, Cadenat, Sauvé, Desplas, Leveuf, Portes, Fèvre, Lamy, Renard.

**HOPITAUX DE PROVINCE. — LYON.** — Le concours de l'internat s'est terminé par les nominations suivantes :

Internes titulaires : MM. Villard, Galy, Magnin, Blanchard, Policard, Grandclément, Voron, M<sup>lle</sup> Charton, MM. Michelland, Masquin, M<sup>lle</sup> Flottard, MM. Rocher, Lugand, Plattot, Michallon, Notter, Monnet, Godinot, Grumbach, Itatinel, Picard, Bondet, Gallavardin.

Admis à faire des suppléances : MM. Bonifaci, Jarricot, Bruno, Bouyon, Marion, Gallet, Devant, Delbos, Peissel, Charlet, Jandot, M<sup>lle</sup> Bonnet, MM. Druard, Peyrache, Jacquis, Carrier, Métral, Roux, Forestier, Chavanne, Gasca, Bernard, Lyathaud, Raynal.

**ÉCOLES DE MÉDECINE. — CLERMONT FERRAND.** — Un concours pour l'emploi de professeur suppléant de physiologie à l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Clermont-Ferrand s'ouvrira, le lundi 11 mai 1936, devant la Faculté de médecine de Toulouse.

Un concours pour l'emploi de chef de travaux de physiologie à l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Clermont-Ferrand s'ouvrira le lundi 23 mars 1936 au siège de ladite Ecole.

Les registres des inscriptions seront clos un mois avant l'ouverture de ces concours.

**GUERRE.** — Liste des candidats admis à l'Ecole du Service de santé militaire à la suite du concours de 1935 (section de médecine) :

*Candidats à quatre inscriptions* (déduction faite des candidats Lebreuil et Tessier classés respectivement 8<sup>e</sup> et 22<sup>e</sup> qui ont fait connaître leur option pour l'Ecole principale du Service de santé de la marine). — MM. Camain, Bourgeot, Prudhomme, Renaud, Ducournau, Lannaux, Chaize, Ainès, Martres, Labitte, Montillier, Pouchet, Bodiguel, Sanchette, Boulesteix, Cassan, Thuillier, Verger, Collin, Béderède, Ferland, Vanhems, Moutet, Denis, Warmé-Janville, Chenet, Poirier, Falcou, Magnani, Castel, Proust, Bonin, Rual, Bonnard, Gelin, Pourpre, Laberrou, Moreau, Caumon, Hantin, Faivre, Thirion, Cheirezy, Deltour, Gardès, Auffret, Delrieu, Joncour, Jean-Louis, Pagliano, Samuel, Nury, Drouin, Gillet, Simonel, Jeanne, Jagerschmidt, Rachou, Jacquin, Collodin, Cerret, Chapellaubeau, Ruellan.

*Candidats P. C. N.* — 1<sup>o</sup> Troupes métropolitaines : MM. Pierrou, Darbon, Dechen, Perrin, Treilhou, Brignon, Bernard, Brun, Galtier, Maral, Padritge, Violette, Jacquemart, Huser, Moulinard, Lefèvre, Martin.

2<sup>o</sup> Troupes coloniales : MM. Rabechault, Verhoeven, Gamet, Roigt.

Une liste complémentaire de candidats à quatre inscriptions sera éventuellement publiée pour remplacer les candidats démissionnaires. (*J. O.*, 9 oct. 1935.)

**SOCIÉTÉ INTERNATIONALE D'ORTHOPÉDIE.** — Le bureau permanent de la Société internationale d'orthopédie s'est réuni à Bruxelles le samedi 5 octobre pour désigner son président, le siège étant vacant par la mort du professeur Murk Jansen (de Leyde). C'est le docteur Ombrédanne, professeur de chirurgie infantile et orthopédique à la Faculté de Paris, membre de l'Académie de médecine, qui a été choisi. Cette nomination est accueillie avec joie par tous les

**NATIBAÏNE**

ASSOCIATION DIGITALINE NATIVELLE ET OUABAÏNE ARNAUD

LABORATOIRE NATIVELLE, 27, Rue de la Procession, PARIS (XV<sup>e</sup>)

chirurgiens et orthopédistes français dont beaucoup sont ses élèves, et tous ses amis. Elle constitue une juste consécration de son autorité incontestée en chirurgie orthopédique. Le premier président de la Société fut Robert Jones (d'Edimbourg), un grand nom de l'orthopédie anglaise, son successeur fut le professeur Murk Jansen (de Leyde). Les chirurgiens français voient avec plaisir que cette fois c'est un éminent compatriote qui est à l'honneur.

**FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER.** — *Cours de perfectionnement de clinique médicale.* (Professeur : M. L. RIMBAUD.) — Sous la direction de M. L. Rimbaud, professeur, avec la collaboration de MM. P. Lamarque, professeur, M. Janbon, professeur agrégé, P. Rimbaud et G. Anselme-Martin, chefs de clinique, L. Gondard, chef des travaux de physiologie, H. Harant, chef des travaux d'anatomie pathologique, et J. Barnay, interne des hôpitaux, il sera fait, du 21 au 30 octobre 1935, une série de leçons ayant pour objet certaines questions de pratique médicale d'actualité.

Cet enseignement, qui s'adressera aux médecins et aux étudiants en fin de scolarité, comprendra des cours qui auront lieu dans un amphithéâtre de la Faculté de médecine, à 17 h. 30, et des démonstrations de clinique et de pratique médicales, aux cliniques Saint-Eloi, dans le service de M. L. Rimbaud, tous les matins, à 10 h.

**NÉCROLOGIE.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Paul Feuillade (de Fresnes-en-Woëvre, Meuse), décédé accidentellement; Simon Fabre (de Sainte-Maxime, Var); Edmond Bornot (de Paris).

— Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de Madame Maurice Auvray, née Rossollin, décédée à Paris.

Nous renouvelons à son mari, le docteur Maurice Auvray, membre de l'Académie de médecine, l'expression de notre bien affectueuse sympathie.

## CHRONIQUE

### OUVERTURE DU XLIV<sup>e</sup> CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE

Le XLIV<sup>e</sup> congrès français de chirurgie s'est ouvert lundi avec la solennité habituelle, en présence de M. Louis Marin, ministre d'Etat.

Dans son discours inaugural, M. le professeur Gaston Michel (de Nancy), président du Congrès, a traité avec une grande élévation de sentiments de la *formation morale du chirurgien*. Après avoir rappelé les fortes paroles de Jean-Louis Faure, de Pierre Duval, de Leriche, qui avant lui donnèrent aux jeunes des conseils qui restent toujours présents à la mémoire, M. le président Gaston Michel aborde la question de la responsabilité morale du chirurgien.

« ... Il y a, dit-il, une moralité scientifique qui doit tous nous diriger, qui doit nous inspirer. Il est indéniable que la réputation de beaucoup d'entre nous est basée sur la moralité scientifique dont ils ont fait preuve dans leurs écrits, dans leurs paroles... »

« Leriche, tout récemment, a bien montré le danger de certaines publications médicales.

Ce qui est vrai pour les écrits l'est plus encore pour les communications orales, car, au cours d'une discussion, on peut se laisser entraîner.

Il nous faut donc une formation morale profonde qui nous permette de dire si les moyens que nous proposons, ou si ceux qui sont mis à notre disposition sont légitimes ou non... »

M. le Président insiste ensuite sur le développement de la personnalité du chirurgien, il craint que la généralisation des équipes, malgré les services rendus, ne soit une avance vers la médecine collectivisée. « La chirurgie collectivisée, dit-il, amènera la fonctionnarisation, et la fonctionnarisation exclut les initiatives personnelles et le mérite individuel qui est tout pour le chirurgien. » ... « *Le maintien des traditions morales* est donc une nécessité absolue à notre époque, parce que nous sommes, il faut le reconnaître, bien discutés actuellement. »

« ... Cela m'amène, Messieurs, à parler après bien d'autres, de la formation morale du chirurgien.

Il faut que le caractère de chirurgien soit bien trempé : il faut qu'il oublie qu'en agissant selon sa conscience, il peut s'exposer à des sanctions, il ne doit pas se laisser paralyser par la peur. Rejeter les suggestions de l'intérêt ce n'est point faire preuve de grandeur d'âme, mais seulement obéir aux plus élémentaires exigences de la dignité professionnelle.

L'évolution du monde fait que la chirurgie se démocratise de plus en plus.

Le nombre des chirurgiens s'accroît d'année en année au delà des besoins, et, disons-le, au détriment de la qualité. Il est nécessaire que de sérieuses études façonnent « une âme aristocratique », comme l'a dit Leriche, à ceux qui aspirent à la chirurgie.

Il est bon que la complexité de leur formation montre aux futurs chirurgiens qu'ils sont appelés à entrer dans une élite, aussi bien dans l'ordre moral que dans l'ordre social et intellectuel... »

La formation morale ne doit pas faire négliger la formation technique sur laquelle insistait naguère Pierre Duval, ces deux formations doivent marcher de pair, elles doivent être complétées par le développement du sens critique.

Avec raison, M. le Président insiste sur la nécessité des humanités et leur utilité pour l'instruction scientifique : « *La culture classique est un élément essentiel de notre jugement.* »

Pour conclure, ajoute l'orateur : « Nous devons tous être convaincus qu'il faut que *l'acquit moral existe avant l'entrée dans la profession* : cet esprit moral peut se perfectionner, mais ne s'acquiert pas avec l'action. »

En terminant, le Président examine la question du recrutement des chirurgiens dans les grands centres comme dans les petites bourgades. Il n'est pas très convaincu de la supériorité de l'épreuve sur titres et préfère résolument le concours impartial.

Ce n'est pas nous qui le contredirons.

F. L. S.

ANÉMIES  
DYSPEPSIES  
ANTITOXIQUE



DOSE: 4 à 6  
TABLETTES  
PAR JOUR

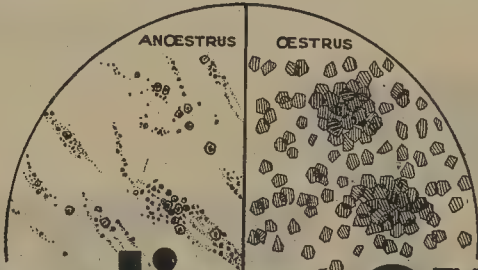
BIOXYDE DE MANGANESE COLLOÏDAL - SELS MAGNÉSIENS  
Laboratoire SCHMIT 71 Rue Sainte-Anne. PARIS 2<sup>e</sup>

**Phosphopinal Juif**  
Reconstituant général, est le Phosphore blanc et le Guaiacolate de l'Argentine  
Literature et Echantillons : 10, Impasse Milord, Paris (8<sup>e</sup>)

Toux  
Ossé


**IODEINE MONTAGU**





**Folliculine CHOAY**  
Hormone sexuelle femelle

En ampoules stérilisées de 1cc et 2cc  
titrées respectivement à 250 et 500 unités internationales



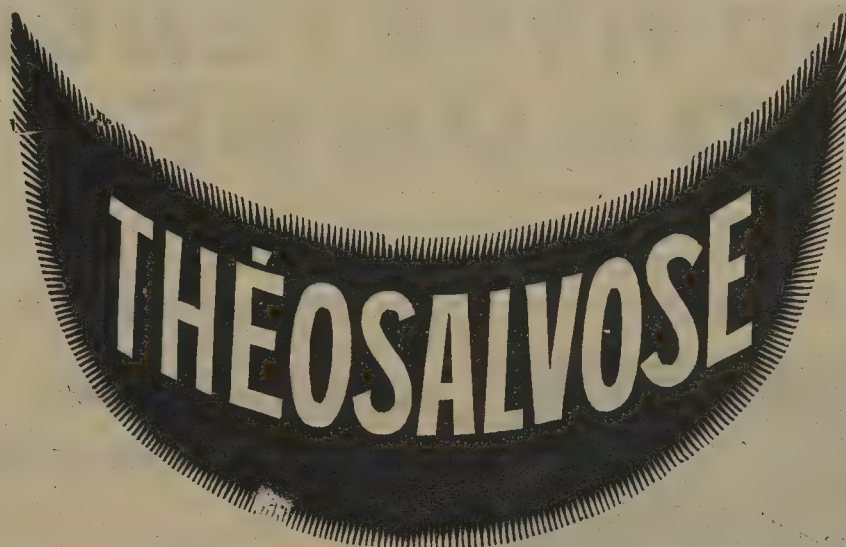
**LABORATOIRES CHOAY** 48, rue Théophile Gautier - **PARIS (XVI<sup>e</sup>)**

## DIURÉTIQUE ( D'UN POUVOIR REMARQUABLE D'UNE FIDELITE CONSTANTE )

Pure  
Digitalique  
Strophantique  
Sparléinée  
Scillitique  
Barbiturique

Phosphatée  
Lithinée  
Caféinée

Ne se délivrent  
qu'en cachets



Cachets dosés

10 gramme 15  
et 25  
0 gramme 50  
de Théosalvose

DOSE MOYENNE :

à 2 grammes  
par jour.

**THÉOBROMINE FRANÇAISE** garantie chimiquement pure

Artériosclérose — Affections cardiaques et rénales — Albuminuries — Intoxications  
Urémie — Uricémie — Goutte — Rhumatismes — Hydropisie — Maladies infectieuses

**Laboratoires André GUILLAUMIN**  
**PARIS — 13, rue du Cherche-Midi, 13 — PARIS**

R. G., 2, 14, Seine.

**BISMUTHOTHÉRAPIE**  
 DE LA **SYPHILIS**  
 par voie intramusculaire

# NEO-CARDYL

SOLUTION HUILEUSE de butylthiolaurate de bismuth.

INJECTIONS INDOLORES  
 ÉLIMINATION LENTE & CONTINUE

*La présence du soufre dans la molécule,  
 par ses propriétés antitoxiques, favorise  
 l'action thérapeutique.*

**NEO-CARDYL**  
 (pour Adultes)  
 Boîtes de 12 ampoules  
 de 1 cc. 1/2 contenant  
 0 gr. 075 de Bismuth  
 métal

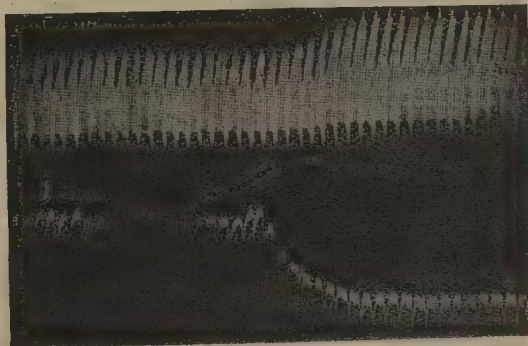
**NEO-CARDYL**  
 Infantile  
 Boîtes de 10 ampoules  
 de 1 cc. contenant  
 0 gr. 015 de Bismuth  
 métal

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE  
**SPECIA**  
 MARQUES DÉPOSÉES : PARIS - USINES DU RHONE  
 21, RUE JEAN-BOJON - 21 PARIS 18

# Le SEDO-HYPOTENSEUR DAUSSE

Phényléthylbarbiturate de Yohimbine  
 Phényléthylbarbiturate de Quinine

**HYPOTENSEUR - TONICARDIAQUE - SÉDATIF**



**Augmente l'amplitude  
 des contractions ventriculaires**

**Fait baisser  
 la pression artérielle**

**2 à 3 comprimés** par jour, un avant chacun des principaux repas

**ECHANTILLONS ET LITTÉRATURE : 4, RUE AUBRIOT, PARIS - IV<sup>e</sup>**



## REVUE CRITIQUE

## LA SPONDYLOSE RHIZOMÉLIQUE

PAR M. MATHIEU-PIERRE WEIL.

Sous le nom de spondylose rhizomélique M. Pierre Marie a individualisé un état caractérisé par une soudure de tout ou presque tout le rachis avec ankylose des deux articulations coxo-fémorales et limitation des mouvements des articulations scapulo-humérales. Certes rétrospectivement on put retrouver dans la littérature des observations analogues (la plupart ont été signalées par Pierre Marie lui-même) : ainsi, quelques années auparavant, Strumpell (1884), dans son *Manuel de Médecine*, publiait, sans commentaires d'ailleurs, deux cas d'une « maladie singulière » caractérisée par l'« inflammation chronique ankylosante de la colonne vertébrale et des hanches ». Mais en réalité c'est Pierre Marie qui apporta la notion de cet état nouveau dont il pouvait dire, avec juste fierté, quelques années plus tard, que « des centaines de cas » en étaient publiés.

La maladie, dit Pierre Marie, est l'apanage des « sujets mâles ». Elle débute à l'âge adulte ou à la fin de l'adolescence par une douleur dans une articulation (genou, hanche), suivie de sédation. Quelques mois plus tard une ou plusieurs autres articulations sont atteintes, sans gonflement ni rougeur, et il survient une ankylose du rachis à « marche progressive » de bas en haut, une cyphose « peu curviligne » qui « consiste plutôt dans un changement de direction des régions dorsale inférieure et cervicale », un aplatissement du thorax et du bassin d'avant en arrière, une perte de la mobilité des côtes, une attitude en Z due à une demi-flexion des genoux qui vient corriger l'ankylose en flexion des hanches. Les articulations autres que les articulations axiales des membres sont constamment indemnes : « s'il est des cas, dit P. Marie, où le rhumatisme déformant détermine une ankylose du rachis, ces cas diffèrent de ceux de spondylose rhizomélique par l'absence de déformations extrêmement prononcées des petites jointures et par une marche différente ».

Un an après cette communication initiale, P. Marie et Léri (février 1899) rapportaient la première autopsie d'un malade atteint de spondylose ; ils en publiaient une seconde en 1906. L'affection est essentiellement caractérisée, disent-ils, par une calcification ligamenteuse : en avant, une « ossification du grand surtout ligamenteux », latéralement « des tractus osseux d'aspect analogue », en arrière « le ligament surépineux ossifié ». « Le sacrum est réuni à l'os iliaque par des jetées osseuses », « les côtes pour un grand nombre sont soudées aux apophyses transverses par leur col et aux parties latérales des corps vertébraux par leurs têtes ». « Les apophyses articulaires paraissent absolument soudées sur toute la hauteur de la colonne ». Mais il s'agit « de phénomènes d'ossification des tissus fibreux périarticulaires beaucoup plus que d'arthropathies véritables ». « Les lames vertébrales sont unies entre elles par un tissu osseux qui paraît se continuer avec elles ; aux hanches il y a « ménisco-

ligamentite ossifiante ». A ce processus de calcification est associée une « très notable raréfaction osseuse » ; nulle part n'existent ni exostoses ni « altérations grossières destructives et hypertrophiques » du squelette.

Telle Pierre Marie l'a décrite, telle est la spondylose rhizomélique. Mais aux confins de la maladie existent toute une série de formes anatomo-cliniques qui permettent d'en mieux comprendre la nature (1).

1. Les spondylites ligamentaires partielles. — La calcification ligamentaire qui caractérise la maladie n'est pas toujours étendue à toute la colonne ou à une région importante de celle-ci. A côté et aux confins de la spondylose rhizomélique existent des spondylites ligamentaires partielles et localisées.

Ces malades viennent ordinairement consulter pour des douleurs lombaires, souvent précédées de manifestations sciatalgiques. L'examen clinique décèle une rigidité vertébrale considérable, diffuse, qui s'étend parfois jusqu'à la région cervicale. Souvent le malade s'en plaint, mais, fait curieux, il peut ne pas l'avoir remarquée et la rigidité être découverte au cours de l'examen, par l'étude des mouvements de flexion, d'extension, ou mieux encore de latéralité qui sont intéressés les plus précocement comme l'a fait remarquer Fischer.

Comme les spondylosiques, ces malades sont pâles, fatigués, souvent de type longiligne, leur température volontiers un peu au-dessus de la normale ; la réaction de sédimentation est accélérée, souvent de manière considérable, témoignant de l'existence d'un processus inflammatoire.

Cependant, contrairement à toute attente, la radiographie ne met en évidence que des lésions de calcification ligamentaire discrète, localisée à quelques faisceaux intervertébraux, peu nombreux, irrégulièrement, asymétriquement distribués (2). Leur opacité sur le film est souvent si peu prononcée qu'elle demande à être recherchée avec soin. Ces lésions retardent d'ailleurs sur les phénomènes cliniques, et rien ne permet d'affirmer que ces cas sont fatalement voués à la généralisation ou à l'atteinte secondaire des articulations proximales.

C'est pour les dernières dorsales et les premières lombaires, la charnière dorso-lombaire, que ces lésions circonscrites ont une affinité particulière.

Plus tard, lorsqu'elles seront étendues et auront pris de l'ampleur, elles se présenteront longtemps encore désordonnées, asymétriques : la calcification ligamentaire, loin de progresser de manière régulière, de la région lombaire vers les régions plus élevées de la colonne, atteignant tour à tour les ligaments contigus, procède par bonds irréguliers, tel ligament se trouvant calcifié, tel autre, symétrique souvent, apparaissant indemne, la généralisation du

(1) MATHIEU-PIERRE WEIL. La Spondylose rhizomélique, *Société de l'Opéra*, 13 juin 1935 ; MATHIEU-PIERRE WEIL, avec la collaboration de V. OUMANSKI, L. LANGLOIS, C. ROEDERER, R. COLIEZ. Aux confins de la spondylite rhizomélique. Rapport à la Section française de la Ligue contre le Rhumatisme, mars 1935, *Revue du Rhumatisme*, juillet 1935, p. 525.

(2) MATHIEU-PIERRE WEIL. Iconographie de la spondylose rhizomélique. *Le documentaire médical*, sept. 1935, p. 3.

processus étant faite, non d'une évolution ascendante et irrégulière, en tache d'huile, mais de la conjonction tardive de lésions initialement fragmentaires, distantes, distinctes. Par ailleurs, il ne faut pas croire qu'une ligamentite relativement ancienne soit forcément importante, ou inversement qu'une ligamentite importante remonte obligatoirement à une époque déjà ancienne : des lésions minuscules, nous l'avons montré, peuvent persister des années, et des lésions importantes se constituer en quelques mois.

2. Les spondylites ligamentaires avec arthrites généralisées. — La spondylose rhizomélisque dans sa forme typique est une maladie strictement localisée aux vertèbres et aux articulations axiales des membres.

Mais il est des faits où d'autres articulations, parfois même en très grand nombre, sont intéressées au processus ankylosant.

Tantôt la maladie se présente initialement comme un rhumatisme aigu généralisé ; tantôt, d'emblée ou tardivement, des articulations autres que celles des épaules et des hanches présentent des lésions d'arthrite chronique.

La spondylose rhizomélisque n'est donc pas aussi distincte des autres formes du rhumatisme que tendaient à le faire penser les descriptions initiales.

L'existence de poussées de rhumatisme aigu généralisé précédant l'apparition des lésions vertébro-rhizoméliques est loin de constituer une éventualité exceptionnelle. Il est même assez piquant de noter que Léri, dans son mémoire de 1899, rapportait une observation caractéristique de cette forme particulière. D'autres depuis lors ont été signalées par Siven, Focker, Heiligenthal, Wiese et Schlesinger, etc., et par moi-même.

Dans d'autres cas, l'atteinte vertébrale peut être la première en date, et ce n'est que secondairement que l'on voit se constituer des lésions siégeant sur les articulations distales des membres.

Le processus peut aboutir à un rhumatisme chronique, généralisé à toutes les articulations, vertébrales et autres.

P. Marie et Léri pensaient que « celles-là seules » parmi les articulations qui sont anatomiquement caractérisées par la présence d'« un bourrelet ou d'un ménisque » pouvaient être intéressées. Cependant dans une observation de Léri, les pieds présentaient des lésions d'arthrite, et Bachmann considère même cette localisation comme fréquente ; selon Elliott elle s'observerait dans la moitié des cas. Dans une observation de Ratner les genoux (atteints les premiers), ainsi que les épaules, les coudes, les mains et les doigts étaient très déformés, partiellement ou totalement ankylosés. Dans une observation de Lannes (1928) toutes les articulations étaient atteintes, entre autres celles des doigts. Dans une autre de Couto, poignets, genoux et doigts participaient au processus morbide : « le médius, l'annulaire et le petit doigt des deux côtés sont en flexion forcée contre la paume de la main, l'index ankylosé en demi-flexion ». Buckley (1923) relève 5 fois, sur 150 observations, l'atteinte des coudes, poignets et petites articulations des mains et des pieds. Dans 2 observations de Jannsen (1903) la localisation vertébrale faisait partie d'une

multiarthrite généralisée. La localisation vertébrale ne précède pas toujours de beaucoup les autres manifestations de la maladie : chez un malade de Ratnek, l'atteinte des genoux et cous-de-pied apparaissait un an après la limitation des mouvements de la colonne vertébrale ; dans une observation de Buckney un intervalle de 5 ans sépare les localisations spinales de l'envahissement des poignets et des doigts. Moi-même ai observé plusieurs exemples de spondylose rhizomélisque associée à une généralisation articulaire.

3. Les spondylites ligamentaires avec arthrites intersomatiques. — En 1932, au III<sup>e</sup> Congrès international du rhumatisme, avec C. Roederer (1), puis dans la thèse de Mme H. Froyez-Roederer, j'ai montré qu'il existe au niveau de la colonne vertébrale un type de manifestations ostéo-articulaires qui s'apparente aux arthrites ulcéreuses des membres étudiés dans ces dernières années.

Le type confine aux spondylites dont cependant il diffère par nombre de caractères ; il se distingue du mal de Pott par son évolution, sa symptomatologie, ses caractères radiologiques.

A la radiographie le fait le plus caractéristique, dans la région douloureuse, est la disparition des disques clairs qui sont remplacés par une ombre homogène et diffuse. Les vertèbres de la région sont moins opaques qu'il n'est coutume ; leurs contours sont souvent bordés, mais elles ne sont ni déformées ni aplaties ; il n'y a ni ostéophytes, ni becs de perroquet, ni réaction ligamentaire. D'autre part cette pile de 3 ou 4 vertèbres est comme engluée dans une sorte de gaine latérale, aux limites mal définies, formant une ombre proche du rachis, plus proche que celle que réalisent les fuseaux que l'on peut observer dans le mal de Pott dorsal. Le segment vertébral paraît « sale ».

Or, chez un certain nombre de ces malades, on peut noter un enraidissement progressif de tout le squelette avec participation secondaire des grandes articulations axiales des membres. La radiographie montre alors la coexistence des lésions d'arthrite vertébrale décrites ci-dessus et de calcifications ligamentaires comparables à celles de la spondylose rhizomélisque, et souvent parfois des néo-formations osseuses nées des angles de vertèbres voisines, comme cela se voit au voisinage des maux de Pott consolidés.

4. La maladie de Bechterew. — Quelques années avant la communication de P. Marie, von Bechterew isolait, parmi 550 observations de « rigidité vertébrale » englobées jusque-là dans le groupe de l'« arthritisme déformans » de Virchow, cinq cas de « courbure de la colonne vertébrale en arrière avec rigidité ou immobilité, sans compter une série de troubles du

(1) MATHIEU-PIERRE WEIL ET C. ROEDERER. Spondylite tuberculeuse à allures de rhumatisme chronique, III<sup>e</sup> Congrès intern. du Rhumatisme, Paris 1932, p. 885 ; Contribution à l'étude du rhumatisme tuberculeux en marge du Mal de Pott. Une forme d'arthrite vertébrale de nature probablement bacillaire. *La Presse médicale*, 21 oct. 1933, p. 1926 ; Mme H. FROYEZ-ROEDERER. Etude clinique des arthrites vertébrales chroniques non tuberculeuses (mal de Pott excepté), Thèse de Paris, 1934.



côté du système nerveux ». Parmi ces troubles il notait principalement un état parétique des muscles du tronc, du cou et des extrémités, une légère atrophie des muscles du dos et des omoplates, une diminution de la sensibilité cutanée des régions dorsale, cervicale et parfois lombaire, des états d'hyperesthésie ou de paresthésie, des douleurs de la gorge, du dos, de la colonne vertébrale. Notant la prédisposition héréditaire et la fréquence du traumatisme, von Bechterew proposait l'appellation de *cyphose hérédo-traumatique*.

La lecture attentive des observations rapportées par von Bechterew laisse cependant l'esprit insatisfait. Quelle signification peut-on attribuer à des signes tels que la constriction cervicale avec impression de chaleur du cou et de la tête, sudations subites et passagères, engourdissement et tremblement des mains qui constituaient les seuls troubles nerveux signalés dans la 1<sup>re</sup> observation du mémoire de von Bechterew ? Quelle est la valeur séméiologique des troubles parétiques localisés avec exagération bilatérale des réflexes patellaires signalés dans la troisième observation ? Il est difficile rétrospectivement de le préciser.

La maladie de von Bechterew et celle de Pierre Marie se distinguent encore par l'atteinte rhizomélisque ou non, l'évolution ascendante ou descendante des lésions, et leurs conditions étiologiques (sexe, hérédité, traumatisme). Mais tous ces caractères ne sont pas suffisants pour les distinguer l'une de l'autre, et sans aller jusqu'à déclarer, avec Heiligenthal, Kirchgaessner, Magnus Lévy, Fraenkel, Simmonds, Senator, qu'elles sont identiques, on est en droit de penser qu'il s'agit de deux états très voisins, l'un à marche ascendante, l'autre descendante, celui-ci pouvant s'accompagner de phénomènes d'irritation ou de compression nerveuse qui manquent dans l'autre. Il est d'ailleurs des faits intermédiaires et presque impossibles à classer, tel celui rapporté par Ratner concernant un homme atteint de spondylose rhizomélisque avec ankylose des hanches, des épaules et des genoux, mais qui, à la manière d'un « Bechterew », présentait depuis l'âge de 30 ans des douleurs térébrantes puis lancinantes ; les douleurs s'accroissaient parallèlement aux progrès de l'ankylose vertébrale, s'accompagnant de troubles de la sensibilité objective et d'une inégalité des réflexes tendineux et cutanés. Des faits analogues ont été signalés par Simmonds, Anschütz, Roudnew.

**5. Les spondylites ligamentaires traumatiques.** — Un an avant de décrire la spondylose rhizomélisque, P. Marie (1897), en collaboration avec Astié, avait rapporté une observation de « cyphose hérédo-traumatique ».

Il s'agissait d'un malade dont le père et la sœur étaient voués, ayant lui-même déjà tendance à se voûter et souffrant de sciatique. A l'âge de 53 ans, quelques jours après une chute sur le dos, il éprouva de violentes douleurs, une sensation de pesanteur extrême, et, fait particulièrement intéressant, une déviation considérable de la colonne vertébrale. L'examen pratiqué quelques années plus tard montrait une cyphose énorme avec très léger degré de scoliose surtout dorsale inféro-moyenne à convexité gauche ; le thorax était immobile dans son ensemble, et les côtes les unes

par rapport aux autres. Il y avait une immobilité absolue du rachis.

Dans ces cas, disent les auteurs, immédiatement après le traumatisme, apparaît une douleur plus ou moins intense qui dure de 2 à 8 jours ; le malade peut reprendre ses occupations ; mais, au bout d'un temps variable, de plusieurs semaines à plusieurs mois, sans raison, les douleurs réapparaissent au même siège, la marche est pénible, et quand on examine le malade on constate l'existence d'une *cyphose à assez grand rayon*.

P. Marie rapprochait ce syndrome de celui individualisé quelques années auparavant par Kummel (1891) et Verneuil (1892). Il n'y a entre ces deux affections, dit Léri, qu'une différence : c'est qu'il ne s'agit pas, dans la maladie de Kummel, de sujets particulièrement prédisposés à la cyphose par leurs antécédents héréditaires ou personnels.

A vrai dire la distinction est plus profonde : la maladie de Kummel-Verneuil est une affection localisée, la cyphose hérédo-traumatique une lésion étendue à toute la colonne, une ligamentite ossifiante de nature traumatique. D'ailleurs, dans la pièce rapportée par Léri, s'il existait un aplatissement en coin des corps vertébraux, il y avait surtout ossification du ligament vertébral commun antérieur qui, comme dans la spondylose rhizomélisque, s'accompagnait (Léri disait : « s'était effectué aux dépens ») d'une raréfaction osseuse des corps vertébraux : il y avait, comme dans la spondylose, « mutation calcique locale ».

Par ailleurs Léri rapporte l'autopsie d'un homme de 38 ans, atteint de spondylose rhizomélisque, blennorragien ancien, mort de tuberculose, et chez lequel coexistait une luxation traumatique de la 7<sup>e</sup> vertèbre cervicale manifestement en rapport avec le début de la maladie, « cause au moins occasionnelle » de l'ankylose rachidienne ». Des observations analogues ont été rapportées par Bettmann, Castronovo, Casati, Muller, Burkhard, etc.

C'est que le traumatisme se retrouve assez fréquemment à l'origine du syndrome de la calcification vertébrale ligamentaire. Fraenkel l'observe dans un tiers des cas, Bachmann 6 fois sur 41, Geilinger dans 14, Ruhe dans 15, Schwanke dans 18, Wersig et Heiligenthal dans 25 % des cas.

Mouchet, dans la thèse de Priollet, rapporte une observation de spondylose rhizomélisque survenue à la suite d'une commotion violente (chute sur le dos due à l'éclatement à courte distance d'un obus de gros calibre).

J'ai observé moi-même deux cas de spondylite traumatique avec calcification ligamentaire, dont les observations ont fait l'objet de la thèse de mon élève Koben (1).

Fait remarquable, la lésion ne demeure pas obligatoirement localisée à la colonne vertébrale ; les articulations axiales des membres peuvent se trouver secondairement englobées dans le processus, et le malade prendre l'aspect d'un spondylitique rhizomélisque,

(1) JOSEPH KOBEN. *Contribution à l'étude de la spondylose rhizomélisque traumatique*, Paris 1935.

avec même parfois atteinte secondaire des autres articulations des membres.

6. Les spondylites ligamentaires avec ostéo-arthrites vertébrales (les spondylites « mixtes »). — Il est classique et légitime d'opposer, au processus généralisé de la calcification ligamentaire, le rhumatisme chronique vertébral, lésion localisée, essentiellement ostéo-cartilagineuse, forme vertébrale de l'ostéo-arthrite dégénérative, dont la lombarthrie de Léri représente le type le plus fréquent. Maladie des deux sexes, de la sénescence et du microtraumatisme, elle se caractérise par l'absence de calcifications ligamentaires et l'existence de déformations vertébrales, vertèbres aplaties, dites en diabolo, ostéophytes plus ou moins importants et caractéristiques, etc.

Or certaines de ces ostéo-arthrites se manifestent par des lésions étendues, des enraidissements de toute la colonne vertébrale, et se caractérisent par l'association, au processus ostéo-cartilagineux, de calcifications ligamentaires, syndesmophytes qui permettent de décrire, entre l'ostéo-arthrite vertébrale et la ligamentite calcifiante, des spondylites mixtes, comme l'ont fait Fraenkel, Ehrlich, Gramann, Krebs. Nous en avons observé plusieurs exemples.

D'ailleurs, dans les spondyloses rhizoméliques les plus pures, contrairement à l'opinion classique, les corps et les disques vertébraux peuvent présenter des signes de souffrance.

Les corps peuvent être déformés, le pied d'une vertèbre, d'un ou des deux côtés, prendre un développement insolite, un processus ostéophytique important peut naître d'une vertèbre, de sa face antérieure, d'un de ses angles, l'exostose venir même s'articuler en quelque sorte avec un processus analogue né de l'angle correspondant de la vertèbre opposée. Nous en avons signalé des exemples. C'est dans les ligamentites ossifiantes d'origine traumatique que ces phénomènes nous sont apparus les plus manifestes. De même les disques peuvent être amincis, l'articulation intersomatique se pincer ; le fait nous paraît s'observer surtout chez les malades qui, nonobstant leurs lésions, se sont efforcés de continuer à aller et venir.

\*\*\*

**Pathogénie** — P. Marie et A. Léri considéraient la spondylose rhizomélique comme une « ostéopathie à tendance surtout raréfiant », d'origine infectieuse ou toxi-infectieuse, les ossifications ligamenteuses étant « un phénomène secondaire », « compensateur », à tendance « frénatrice et curative ».

Cependant il apparaît aujourd'hui que si la calcification ligamentaire constitue bien le fait le plus remarquable de la maladie, la porosité vertébrale n'en représente qu'une lésion contingente et tardive ; si certaines autopsies, faites après une très longue évolution morbide, en ont établi la réalité, la radiologie permet d'affirmer qu'on ne saurait admettre son existence précoce. La lésion osseuse n'est qu'un phénomène secondaire, sans signification dogmatique, et dont la nature infectieuse ne saurait plus être soutenue.

Un certain nombre d'auteurs, à la suite des travaux d'Oppel, se sont ralliés à l'hypothèse de la *nature parathyroïdienne* de l'affection. Mais on ne saurait trouver, ni dans l'anatomie pathologique, ni dans la chimie sanguine, le moindre argument en faveur de cette opinion. Les nombreuses parathyroïdectomies que nous avons fait faire chez les spondylosiques nous ont montré, de manière constante, l'existence de parathyroïdes normales ; la calcémie nous est apparue elle aussi constamment normale ; et il ne semble pas que l'ablation des parathyroïdes, si elle est peut-être suivie dans certains cas d'améliorations, qui le plus souvent ne sont d'ailleurs que transitoires, constitue véritablement le traitement spécifique espéré.

Selon Cassirer, Flesch, la spondylose rhizomélique serait due à une *inflammation initiale des muscles vertébraux* entraînant leur contracture réflexe, réductible d'abord, puis secondairement fixée par l'ossification des ligaments. Il ne semble pas que cette conception mérite d'être retenue, pas plus que la *théorie névralgique*, proposée par Popoff, pour qui les manifestations douloureuses initiales seraient l'expression d'une souffrance des nerfs dont la conséquence serait d'abord la cyphose, puis les phénomènes d'ossification ligamentaire, réaction défensive vis-à-vis de l'incurvation — cependant inconstante — du rachis.

Bien plus intéressante est au contraire la conception de l'*origine articulaire* de la maladie, dont il y a de nombreuses années déjà Fraenkel, Fischer, Magnus-Lévy se sont faits les protagonistes. Selon ces auteurs la spondylose rhizomélique consisterait essentiellement et initialement en un processus d'arthrite diffuse vertébrale, avec prédominance au niveau des articulations vertébrales postérieures.

De fait, le processus articulaire nous apparaît initial ; mais c'est sa *localisation sacro-iliaque* qui nous semble la plus fréquente. Le fait ressort nettement des observations où la maladie est encore à ses phases initiales.

Chez M..., âgé de 35 ans, malade depuis 9 mois, atteint d'une raideur considérable du rachis dans ses segments lombaire et dorsal, la radiographie ne montre qu'une ligamentite calcifiante discrète. Loin de procéder de bas en haut, de la région lombaire vers les régions sus-jacentes, elle est variable d'importance, asymétrique, n'intéressant que la région dorsale inférieure. Mais il existe une arthrite sacro-iliaque bilatérale indiscutable, plus marquée à droite : le segment inférieur de ces articulations est flou, estompé, déformé, les régions osseuses limitantes sont le siège d'un processus très net d'hypercalcification locale. D'autre part, l'interligne de l'articulation interapophysaire L<sup>5</sup>-S<sup>1</sup>, à gauche, est indiscutablement obscurci et donc le siège de phénomènes d'arthrite.

Chez S..., âgé de 29 ans, malade depuis 7 ans, atteint tout d'abord de sciatique, puis de douleur lombaire inférieure persistante avec manifestations douloureuses erratiques intermittentes, aujourd'hui de raideur vertébrale marquée, avec lordose lombaire, cyphose dorsale, la radiographie ne montre encore qu'une ébauche de calcifications ligamentaires localisées en D10-D11 et L2-L3, du côté gauche seulement. Mais par ailleurs elle met en évidence la disparition totale des articulations sacro-iliaques droite et gauche. Les articulations inter-apophysaires par contre semblent indemnes.



Chez S..., âgé de 25 ans, pris subitement il y a 8 ans de douleurs coxo-fémorales droites, depuis 3 ans de manifestations douloureuses de la région dorsale inférieure, depuis 18 mois de douleurs de la nuque, qui souffre aujourd'hui surtout de la région lombo-sacrée et des hanches, qui est enraidie de manière totale de sa colonne vertébrale, la radiographie ne montre l'existence que d'une calcification ligamentaire discrète entre D12 et L1 latéralement, et entre L2 et L3 au niveau du ligament antérieur. Cependant, les interlignes sacro-iliaques ont disparu : ces articulations sont ankylosées, le processus étant plus avancé du côté droit que du gauche, l'articulation interapophysaire gauche L4-L5 étant obscurcie, et les hanches atteintes d'arthrite érosive, plus marquée à droite.

Par ailleurs chez d'autres malades, arrivés à des stades plus avancés de l'affection, et donc de calcifications ligamentaires, nous avons retrouvé, de manière constante, ces mêmes états radiologiques d'arthrites ankylosantes sacro-iliaques, associés ou non à des arthrites des apophyses articulaires postérieures.

Certes, comme je l'ai vu avec Coliez en pratiquant l'étude radiologique de pièces osseuses, pour qu'une calcification apparaisse sur le film, il faut qu'elle ait acquis un certain développement ou qu'elle ait été prise sous une certaine incidence. Mais la lésion sacro-iliaque n'est pas non plus de celles que la radiographie permet de dépister précocement ! Sa précocité par rapport aux calcifications ligamentaires permet donc bien de penser que la spondylose rhizomélisque est une complication de l'atteinte des articulations sacro-iliaques, et accessoirement (et non essentiellement comme le pensaient Fraenkel, Fischer, Magnus-Lévy) des articulations vertébrales postérieures, rien d'ailleurs ne nous permettant d'éliminer l'hypothèse dans certains cas d'une arthrite initiale des articulations interapophysaires, tout particulièrement dans les formes, peu usuelles mais indéniables, où le processus ankylosant débute, non à la région lombaire, mais cervicale. Dès ses études initiales Pierre Marie avait signalé, nous l'avons rappelé, que « le sacrum est réuni à l'os iliaque par des jetées osseuses » et que « les apophyses articulaires paraissent absolument soudées sur toute la hauteur de la colonne ». Loin de considérer ce fait comme un phénomène tardif, expression de la calcification ligamentaire, il nous apparaît comme l'accident initial, primitif, et de nature inflammatoire.

Ainsi comprenons-nous l'existence des formes atypiques que nous venons d'étudier, formes partielles ou au contraire avec arthrites généralisées, le caractère anarchique des phénomènes de calcification ligamentaire, l'existence de calcifications ligamentaires accompagnant l'évolution de lésions intersomatiques, comme de formes d'origine traumatique et où l'atteinte des articulaires peut se généraliser ; ainsi comprenons-nous également la possibilité du processus de la généralisation, commun à la spondylose comme au rhumatisme chronique progressif, l'opposition entre les lésions vertébrales et celles des articulations des membres, la prédominance de l'atteinte de la hanche, articulation souvent traumatisée dans la marche, sur celle de l'épaule, simplement enraidie le plus souvent ; ainsi comprenons-nous enfin l'existence, dans la maladie de P. Marie, des tests humoraux d'inflammation, dont l'exagération de la rapidité de sédimen-

tation des globules rouges est le plus facile à mettre en évidence. L'arthrite est la première lésion en date, la calcification ligamentaire un phénomène secondaire, mais qui demeure bien, comme l'ont indiqué Marie et Léri, « compensateur », « à tendance frénatrice et curative ».

Reste à préciser la nature de ces arthrites.

C'est le problème général de la nature du rhumatisme. On se complait à reconnaître à la maladie, depuis Léri, une étiologie fréquemment gonococcique. Disons que pour notre part ce rôle nous apparaît restreint. Si évident qu'il soit dans certains cas, il ne saurait revendiquer qu'un nombre de faits relativement minime.

La tuberculose nous semble plus fréquemment en cause. Mais elle n'a encore qu'une place réduite, les facteurs essentiels nous apparaissant être le plus souvent ces éléments mystérieux, propres à la constitution du sujet, qui permettent à de minimes conditions extérieures (traumatismes, froid, humidité, etc.) ou à des dérèglements nerveux ou endocriniens de déterminer ces perturbations vaso-motrices qui apparaissent initialement à la base de la plupart des manifestations dites rhumatismales.

Il resterait à savoir aussi pourquoi le rhumatisme chronique chez l'homme a une prédilection si spéciale pour les articulations sacro-iliaques et de la colonne vertébrale, la maladie s'exprimant au contraire chez la femme par une prédisposition des articulations distales : nous en sommes sur ce point réduit aux hypothèses.

\*  
\*  
\*

**Traitement.** — La conception que nous venons de développer de la nature initialement articulaire du processus vertébral dont l'aboutissant est la calcification ligamentaire, n'a pas seulement un intérêt théorique : son *intérêt pratique* est considérable. Envisagée comme une arthrite, la maladie revendique la thérapeutique générale de ces inflammations, le repos, l'or, la radiothérapie, les pratiques hydro-minérales. La calcification ligamentaire envisagée comme un processus compensateur et de défense incite à immobiliser ces malades dans des appareils orthopédiques destinés à soutenir l'équilibre vertébral. Envisagée par ailleurs comme un processus secondairement et tardivement ligamentaire, elle n'apparaît plus comme une maladie inexorablement évolutive. De fait, précocement traitée, elle est susceptible d'arrêt, puis de rétrocession. Ce n'est pas là le moindre intérêt qui s'attache à l'étude pathogénique de la spondylose rhizomélisque de Pierre Marie (1).

(1) Dans un travail récent, J. FORESTIER (Nature de la spondylose rhizomélisque, *Revue du Rhumatisme*, juin 1935, p. 472) arrive à des conclusions identiques aux nôtres. Nous sommes heureux de la concordance de nos observations.

La radiologie des scissures pulmonaires, par H. D'HOUR, avec une préface du professeur LANGERON. Grand in-8 de 179 pages et 152 figures. — Prix : 75 fr. — Paris, G. Doin et Cie.

## FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

## THÈSES SOUTENUES PENDANT L'ANNÉE 1934-1935

DOCTORAT D'ÉTAT. — 26. ANDREIS (DE). — L'immuno transfusion dans les infections graves de la première enfance.

10. ARNAL. — Contribution à l'étude du traitement des métrites gonococciques par la vaccination régionale par la porte d'entrée. Méthode de Poincloux. Quelques résultats obtenus au dispensaire de Mogador.

35. BALMÈS. — L'apophyse mastoïde chez l'enfant. Etude anatomique et radiologique.

27. BELATECHE. — Contribution au traitement des complications de la blennorragie chez l'homme par la méthode de Poincloux.

49. BÉNAU. — Contribution à l'étude des sels d'or huileux dans le traitement de la tuberculose pulmonaire.

62. BERT. — Recherches sur les conditions d'apparition des souffles systoliques de la base du cœur.

60. BERTHÉZÈNE (Mlle). — Quelques réflexions sur l'anesthésie à l'évipan sodique d'après la statistique de l'hôpital Sadiki de Tunis.

23. BOCCASSINI. — Folliculose hyperplasique de la nuque.

36. BUTTER. — Quelques cas d'empalement sans lésion viscérale.

65. CADERAS DE KERLEAU. — Contribution à l'étude des bassins viciés par luxation congénitale bilatérale de la hanche.

42. CANAL. — Contribution à l'étude du traitement des métrites cervicales par diathermo-coagulation.

31. CARITEAU. — De l'emploi de l'or en thérapeutique.

32. CARLOTTI. — La pyrétothérapie en thérapeutique oculaire.

52. CARRIÈRE. — Traitement des brucelloses humaines par un vaccin polyvalent.

45. CAVERIBÈRE-PAYRÉ (Mlle). — Contribution à l'étude des acrodynies infantiles. Les formes atténuées.

19. CAZANOVE. — La leucocyto-réaction dans le diagnostic de la syphilis.

14. CORBEAU. — Un cas de tératome de la racine du méso-colon transverse.

71. DAYON. — Contribution à l'étude du traitement par greffe osseuse des fractures et tassements de la colonne dorso-lombaire.

59. DAYRE. — Les complications lacrymales des fonctions nasales.

2. DELEUZE. — Sur un streptocoque atypique isolé dans trois cas de maladie de Jaccoud-Osler.

3. DELRIEU. — Contribution à l'étude radiologique de l'estomac normal.

4. DELSÉRIÈS. — Le traitement chirurgical des kystes du tractus thyro-glosse. Opération de Sistrunk.

37. DIACONO. — L'œil dans les avitaminoses.

30. DIZIER. — Contribution à l'étude des hémorragies intrapéritonéales d'origine ovarienne non gravidiques.

61. DOMINIC. — Contribution à l'étude de la tuberculose annexielle.

73. DOSSA. — Contribution à l'étude des sténoses vaginales consécutives à la curiethérapie en particulier pour cancer du col.

64. DREVON. — Contribution à l'étude des amauroses et amblyopies post-hémorragiques.

47. DUMETZ. — La phrénicectomie dans le traitement de la dilatation des bronches.

72. EBERT. — Contribution à l'étude de la symptomatologie de l'appendicite chronique.

53. EIFERMAN (Mlle). — Contribution à l'étude des manifestations nerveuses de l'infection ourlienne.

55. ESCARÉ. — Ulcère cancer. Cancer ulcéiforme de l'estomac. Conceptions actuelles.

8. ESPARCEL. — La condensation du semi-lunaire. Maladie de Kienbock.

13. FERRÉ. — Contribution à l'étude du traitement de l'ostéomyélite aiguë des os longs par la résection diaphysaire.

46. GALIBERN. — Cirrhose de Cruveilhier-Baumgarten.

44. GASTAL. — Contribution à l'étude de l'extirpation de la dent de sagesse inférieure incluse par voie interne. Etude et discussion de la voie d'accès.

22. GINIÈS. — De la curiépuncture dans le traitement du cancer du col de l'utérus.

15. GRIMAUD. — A propos de deux cas de ligature de gros troncs artériels périphériques. Heureuse action sur la circulation de suppléance de la ligature veineuse associée à l'emploi du chlorure d'acétylcholine.

33. GUEDJ. — Contribution à l'étude du traitement des métastases ganglionnaires des épithéliomas du testicule.

39. GUIRAUD. — Climatologie et hydrologie de Vals-les-Bains, station de transition pour les coloniaux.

21. GUIRCHOWSKI. — La thoracoplastie dans la tuberculose pulmonaire.

34. HO-KIEM-NGOC. — Contribution à l'étude de l'anesthésie générale à l'évipan sodique en chirurgie générale.

18. HUGONNET. — Contribution à l'étude du traitement de certaines fractures de jambe par traction directe sur le squelette.

68. HUYNH-KIM-HUU. — Contribution à l'étude du traitement de la rétraction ischémique de Volkmann par la neurolyse.

38. JAUIJOU. — Contribution à l'étude de la conduite à tenir dans les perforations utérines au cours du curetage.

48. JOTTRAS. — Contribution à l'étude du traitement de la tuberculose pulmonaire. Tuberculose, pneumothorax artificiel et gestation.

50. LABRAQUE-BORDENAVE (Mme). — L'hémoculture systématique en anaérobiose. Résultats. Interprétation.

54. LAFFOUX (Mlle). — Etude de quelques formes du pneumothorax thérapeutique partiel et de leur efficacité.

56. LAFONT. — Contribution à l'étude des staphylococcémies.

41. LAMARQUE. — Epididymites blennorragiques. Leur traitement par les injections intra-épididymaires.

20. LEROUX. — Sur quelques fractures rares de l'aile iliaque.

58. MAS. — Psychasthénie et neurasthénie tuberculeuses. Essai sur les formes mentales de la tuberculose.

7. MAURY. — Le chondriome et son comportement dans les cellules des tumeurs malignes.

43. MERCADIER. — La torsion des annexes saines dans les sacs de hernie inguinale chez le nourrisson.

11. MIALHE. — Etude de certains composés azotés du sang au cours de l'insuffisance surrénale expérimentale.

51. MICHEL. — Contribution à l'étude des paraplégies tardives par projectile latent dans les blessures du rachis.

12. PERRAMOND. — Contribution à l'étude de la cheilite glandulaire. Etat précancéreux de la lèvre inférieure.

25. RAMAIN. — Epiphysite vertébrale et cyphose douloureuse des adolescents.

69. SAGOLS. — Action des radiations sur la division cellulaire et les mutations.

5. SAINT-FÉLIX (DE). — Contribution à l'étude des accidents et complications de la phrénicectomie.

9. SALAMON. — Le rôle de l'infection dans la pathogénie de l'asthme. Vaccinothérapie de Minet.

57. SEIGNEURIN. — Recherches sur la conductibilité et l'électrophorèse des suspensions microbiennes. Essai de différenciation des espèces microbiennes par leurs propriétés électriques.



66. SERÈNE. — Contribution à l'étude des complications dues aux sarcomes de l'intestin grêle.

1. SIBEL. — Traitement du décollement de la rétine par diathermocoagulation.

29. SIRÈRE. — Contribution à l'étude de l'amputation spontanée de l'appendice.

17. THÉOPHILIDÈS. — La pleurésie syphilitique essentielle tardive.

67. THÉVENIN. — Contribution à l'étude de la généralisation osseuse du cancer du sein.

28. THIBAIENQ. — Bactériothérapie locale par le bactériophage.

70. TRAN-QUE-TU. — Contribution à l'étude de l'étiologie, de l'épidémiologie et de la prophylaxie actuelle de la tuberculose en Indochine.

6. VALDEYRON. — Essai sur l'action physiologique et les effets thérapeutiques de certaines substances en injections intra-dermiques.

40. VALETTE. — Contribution à l'étude des ossifications post-traumatiques de la hanche.

63. VIGUIER. — Les arachnoïdites opto-chiasmatiques.

24. ZILBER. — Contribution à l'étude de la ponction dans le traitement des arthrites aiguës suppurées.

16. ZISSMAN. — Contribution à l'étude de la méningite non tuberculeuse chez les tuberculeux.

DOCTORAT D'UNIVERSITÉ. — 2. AHMED METWALLY BAHAYEM. — Contribution à l'étude anatomique des nerfs érecteurs. Déductions physio-pathologiques.

5. ANGUELOFF. — Contribution à l'étude de l'encéphalopathie saturnine à forme délirante.

9. ARBOLEDA DIAZ. — La cure héliomarine de la tuberculose génitale chez la femme.

14. ARNAUDOFF. — Contribution à l'étude des formes du début de la fièvre typhoïde simulant l'appendicite aiguë.

19. BAHTCHEVANOFF. — Contribution à l'étude de l'intoxication nicotinique par voie cutanée.

18. DJAMCHIDI. — Contribution à l'étude des symptômes lombaires de l'appendicite rétro-cæcale aiguë.

20. GABER. — Contribution à l'étude de l'éclampsie. Quelques hypothèses récentes sur sa pathogénie.

8. GEORGACOPOULOS ou KRISTAKIS. — Contribution à l'étude des rhinites du nourrisson.

6. GOMEZ. — Contribution à l'étude de l'avortement thérapeutique dans la tuberculose pulmonaire.

15. GOMOLINSKY. — Contribution à l'étude des avortements tubaires.

16. KOSZCZEKOWICZ. — Contribution à l'étude du diagnostic de l'avortement tubaire.

23. KRANTZ (Mlle). — Contribution à l'étude des troubles vaso-moteurs dans le syndrome de Brown-Séquard.

12. KRAUSZ. — Contribution à l'étude de l'anesthésie dans la chirurgie des goîtres avec hyperthyroïdie.

3. LEBZINE (Mme), née Chechoukoff. — A propos de deux formes cliniques atypiques de maladie de Hodgkin.

21. MONDSCHIEIN. — Contribution à l'étude de la syphilis gastrique simulant le cancer.

22. MORCOS. S. MATTER. — Du tissu conjonctif.

10. MORGENSZTERN. — Indications, technique et résultats de la gastroscopie avec un gastroscope flexible.

13. NADER. — Fièvre ondulante et tuberculose.

7. PARTOFF. — Contribution à l'étude du goitre lingual.

11. RABINOWICZ. — Contribution à l'étude des diurétiques mercuriels dans le traitement des ascites cirrhotiques.

4. SARKISSIAN. — Contribution à l'étude de la réduction des luxations-fractures de la colonne lombaire.

17. STEFANOFF. — Contribution à l'étude de la valeur de la colpopérinéorrhaphie dans le traitement des grands prolapsus utérins.

1. TZÉLÉPOGLOU. — Epithéliomas sur cicatrices de brûlures.

# MUTHANOL

TRAITEMENT DE LA SYPHILIS  
PAR  
L'HYDROXYDE DE  
BISMUTH RADIFÈRE  
LABORATOIRE G. FERMÉ  
22, Rue de Turin, PARIS-8<sup>e</sup>

**DÉSINFECTION — CHLORAMINE  
INTESTINALE — FREYSSINGE**

1 à 3 pilules à chaque repas. • 6, Rue Abel, PARIS • Aucune contraindication

**CONTREXEVILLE**

**SOURCE PAVILLON**

**LA SAUVEGARDE DU REIN  
GOUTTE, GRAVELLES, ARTHRITISME**

# NUCLÉARSITOL ROBIN

*Granulé - Comprimés - Injectable*

**TUBERCULOSE - FIÈVRES PALUDÉENNES  
LYMPHATISME - SCROFULE**

**LABORATOIRES ROBIN, 13, Rue de Poissy, PARIS**



## SOCIÉTÉS SAVANTES

## ACADEMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 30 SEPTEMBRE 1935)

**Anaphylaxie du point de vue de l'altitude.** — MM. W. KOPACZSEWSKI et S. MARCZEWSKI rappellent les travaux de Paul Bert et de Richet (fils), Garsaux et Béhague au sujet de l'influence des variations brusques de la pression atmosphérique sur l'organisme vivant.

MM. Kopaczewski et Marczewski ont recherché comment répondent les animaux sensibilisés par l'injection préalable d'une substance protéique, à l'action de dépression atmosphérique correspondant à 10.000 mètres d'altitude.

L'expérience leur a montré que les animaux ainsi sensibilisés répondent par un choc à une dépression atmosphérique accentuée.

« Cette conclusion comporte une indication clinique intéressante : on admet que certains états pathologiques, tels que l'asthme, l'urticaire, l'eczéma et autres, sont l'expression d'un état de sensibilisation ou, comme nous avons proposé de l'appeler en 1923, d'un état de labilisation humorale ; par conséquent, les individus atteints de cette instabilité humorale pourraient très bien présenter des états de choc plus ou moins grave à la suite d'une ascension dans l'atmosphère. L'examen des aviateurs à ce point de vue semble donc s'imposer tout particulièrement : la moindre défaillance peut avoir, dans ce cas, des conséquences graves. »

**Sur l'inversion physiologique des effets hypertendeurs de l'adrénaline.** — M. Raymond HAMET.

## ACADEMIE DE MEDECINE

(SÉANCE DU 8 OCTOBRE 1935)

M. le PRÉSIDENT déclare vacante la place de M. Guéniot (II<sup>e</sup> section, chirurgie et accouchements).

**Notice.** — M. Goris donne lecture d'une notice sur M. Braemer.

**Rapport de la Commission du Pain,** nommée dans la séance du 8 janvier 1935 et composée de MM. DOPFER, Marcel LABBÉ, HALLION, LAPICQUE, LESNÉ, RATHERY et BOUGAULT, rapporteur.

Par lettre en date du 21 décembre 1934, M. le Ministre de la Santé publique a saisi l'Académie d'un vœu adopté par la Société de Pharmacie de Paris et tendant à l'amélioration : 1<sup>o</sup> de la qualité des blés, cultivés en France, au point de vue de leur valeur boulangère ;

2<sup>o</sup> Des méthodes employées pour la fabrication du pain, et il demande l'avis de l'Académie au sujet de ces deux questions.

Rappelons tout d'abord le texte du vœu de la Société de Pharmacie de Paris ; il est ainsi conçu :

« La Société de Pharmacie de Paris, préoccupée de la diminution de la consommation du pain en France et de ses conséquences d'ordre économique et hygiénique, émet les vœux suivants :

« 1<sup>o</sup> Que les organismes qualifiés aboutissent à un choix rationnel des variétés de blé indigènes ayant un rendement suffisamment élevé, mais non exagéré, et conduisant à des farines de bonne qualité boulangère ; que seules les variétés choisies soient conseillées à la culture ;

« 2<sup>o</sup> Que la notion de la valeur boulangère continue à être précisée et éclairée par tout un ensemble d'essais mécaniques, chimiques et techniques (taux du gluten, qualités plastiques des pâtes, équilibre entre les matières protéiques du grain, activités diastasiques, essais de panification) ;

« 3<sup>o</sup> Que la farine panifiable renferme la presque totalité des principes alibiles du grain de blé à un taux d'extraction suffisant, non soumis à de perpétuelles variations, et déterminé d'après le poids spécifique et tous autres caractères physiques du grain ;

« 4<sup>o</sup> Que, dans la technique boulangère, soient respectées les conditions physiques, chimiques et biologiques d'une bonne fermentation panaire (durée, température, état hygrométrique, levain ou levure, etc.) ; que ne soit pas introduite dans la pâte une quantité d'eau exagérée, de façon à ce que le pain rationnellement cuit ne soit pas humide quand il est frais, et sec quand il est rassis. »

La question du blé et celle du pain, deux questions connexes, se placent au premier plan de l'intérêt général ; il s'agit, en effet, de l'avenir agricole du pays à cause de l'importance primordiale de la culture du blé en France, et de la santé de nos concitoyens, le pain formant la base de l'alimentation aussi bien dans les villes que dans les campagnes.

Or, c'est là un fait trop facile à constater que la qualité du pain a beaucoup baissé depuis la guerre ; il est moins appétissant et moins digestible. Deux conséquences en découlent : une moindre consommation qui va à l'encontre des intérêts de l'agriculture, des troubles digestifs plus ou moins graves que les médecins constatent trop souvent, au point de conseiller à leurs malades une consommation de pain modérée ou même l'abstention complète.

Les raisons de cette situation regrettable sont nombreuses et d'ordres très divers.

Tout d'abord la culture du blé a été orientée vers des rendements de plus en plus élevés, ce qui paraît normal, mais a conduit à donner la préférence aux variétés riches en amidon et pauvres en gluten, d'où un appauvrissement des farines en matières azotées.

Des décrets, pris par les pouvoirs publics, dans le but louable de faciliter l'écoulement des excédents de récolte qui pèsent sur le marché et paralysent les agriculteurs par l'avilissement des prix, sont venus malheureusement diminuer encore la valeur alimentaire des farines, en abaissant le taux du blutage à 65 %.

Il résulte de ces causes que le boulanger reçoit, pour la fabrication du pain, une matière première d'une valeur alibile très diminuée.

Mais là ne se limitent pas les raisons de la mauvaise qualité du pain.

Les modifications apportées, dans ces dernières années, aux méthodes de panification, ont contribué elles aussi au fâcheux résultat que nous constatons. Là encore, c'est la répercussion de lois, bonnes en elles-mêmes, qui a encouragé les intéressés à adopter de nouvelles méthodes de travail. En effet, l'interdiction du travail de nuit, l'obligation de respecter la loi de huit heures de travail journalier, poussèrent les boulangers vers des procédés de panification plus rapides, moins onéreux et à rendements plus élevés.

Les principales modifications adoptées dans ce but portent : 1<sup>o</sup> sur l'addition aux farines de produits « dits améliorants » qui ont pour résultat de diminuer la durée du stockage des farines en hâtant leur maturation et en outre d'augmenter le rendement en pain par la rétention d'une plus grande quantité d'eau ;

2<sup>o</sup> Sur l'emploi, pour la levée du pain, de levures remplaçant l'ancien levain, et l'addition à la pâte d'hydrates de carbone divers, saccharose, extraits de malt, etc., destinés à intensifier l'action de la levure et à rendre la levée plus rapide.

Ce court exposé montre la difficulté du problème et la diversité des intérêts qui se rencontrent et souvent s'opposent dans cette importante question d'hygiène sociale et d'économie agricole.

Nous voyons se mêler les intérêts des agriculteurs naturellement poussés vers des récoltes plus abondantes auxquel-



# SPARTÉINE HOUDÉ

## FICHE

### DE THÉRAPEUTIQUE PRATIQUE

*Sulfate de Spartéine :  $C_{15}H_{26}N_2 \cdot SO_4H_2 + 5H_2O$ , sel cristallisé, chimiquement pur, préparé à partir de la Spartéine du genêt (Sarthamnus scoparius).*

*Action cardiaque démontrée par de nombreux essais physiologiques.*

### PHARMACODYNAMIE

la **Spartéine** : a) soustrait le cœur à toute action nerveuse extrinsèque (1) ;  
b) supprime les extrasystoles physiologiques et pathologiques (2) ;  
c) exerce une action cardio-tonique marquée (3).

### INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES

1° **Régulateur du cœur** : arythmies, palpitations, névroses cardiaques, etc.

2° **Cardio-tonique** : maladies infectieuses, hyposystolie, asystolie.

Très peu toxique, très maniable, ne s'accumulant pas, la **Spartéine** est le **meilleur tonique cardiaque d'entretien**.

**DOSES** : 0 gr. 10 à 0 gr. 25 et même 0 gr. 40 *pro die* sous forme de **Granules de Spartéine HOUDÉ**, titrés à 0 gr. 02 de sulfate de spartéine par granule.

- 1) F. MERCIER et L. J. MERCIER *C. R. Soc. Biol.*, 93 (1925), 339 et 1468.
- (2) DELAS et SOULA. *Arch. Int. Physiol.*, 25 (1925), 1.
- (3) R. ROGER. *Thèse. Doct. Médecine*. Toulouse (1927)



VENTE EN GROS

**Laboratoires HOUDÉ, 9, rue Dieu, PARIS**



les s'opposent les inconvénients de la surproduction et aussi de la moindre qualité des produits ; les intérêts des boulangers enclins à fabriquer dans des conditions moins pénibles, plus rapides, moins onéreuses, à rendement plus élevé (104 à 105 kilogrammes de pain au lieu de 100 kilogrammes), mais produisant un pain moins sapide, moins digestible, et dont la consommation se trouve ainsi réduite ; enfin, les intérêts des consommateurs de pain qui ne trouvent à cette affaire que des inconvénients qu'aucun avantage ne vient compenser.

Ils sont d'ailleurs les plus mal défendus, car s'il existe des Syndicats agricoles, des Syndicats de la Meunerie et de la Boulangerie qui prennent en mains les intérêts de leurs ressortissants, il n'existe à notre connaissance aucun syndicat des consommateurs de pain.

L'Académie de Médecine, conseiller officiel des pouvoirs publics, se doit de s'intéresser particulièrement à cette importante question d'hygiène, sans négliger cependant son aspect économique qui lui est intimement lié.

Nous devons dire d'ailleurs qu'elle s'en est occupée à diverses reprises. Nous rappellerons en particulier que dans la séance du 17 juillet 1934, notre regretté collègue, G. Meillère, a fait une communication sur le pain blanc et le pain bis et sur l'urgence de la production d'un pain normal non carencé en principes énergétiques.

A la suite de cette communication, l'Académie adoptait un vœu qui répond partiellement à la question actuelle, en demandant : que soit mise à la disposition des collectivités dépendant de l'Etat (armées, hospices, écoles) une farine entière, obtenue et panifiée suivant les règles imposées par l'hygiène alimentaire. Toutes facilités seraient données aux institutions civiles et aux particuliers qui désireraient profiter de ces dispositions en consommant ce pain normal de grain national ».

Le vœu adopté par la Société de Pharmacie de Paris et soumis à l'examen de l'Académie répond aux mêmes préoccupations et a pour but d'éviter les mêmes dangers. Plus explicite dans sa forme, il complète bien les propositions de G. Meillère en les fortifiant ; aussi votre Commission vous propose-t-elle de faire vôtre le vœu de la Société de Pharmacie de Paris et de l'accepter dans son entier et sans modification. »

M. LAPICQUE prend la parole pour dire que l'ouvrier mange moins de pain depuis que la machine a remplacé la main-d'œuvre.

Les conclusions mises aux voix sont adoptées.

**La cristallisation cholestérolique des calculs biliaires.** — M. NOËL FIESSINGER et Mlle S. GORMÉ, en s'aidant de documents de pathologie comparée et d'expériences sur l'animal, démontrent, tout d'abord, l'exclusivité de la lithiase cholestérolique spontanée à la race humaine.

Les raisons qui président à cette cristallisation sont multiples et variables, infection, irritation, stase ; il en résulte une instabilité de l'équilibre biliaire dont l'abaissement du rapport sels biliaires, cholestérol, est la première manifestation et dont les modifications du pH, dans les deux sens, sont une raison ultérieure. Après avoir montré que les modes de cristallisation *in vitro* n'engendrent jamais de cristallisations compactes, les auteurs, en s'aidant de l'examen de coupes de calculs en lumière polarisée, établissent que la pénétration cristalline se produit dans les masses bilirubino-protéiques de dehors en dedans et suivant une orientation radiaire centripète, et qu'à mesure que se déposent des couches concentriques externes, qui durcissent la périphérie, il se produit ensuite un remaniement cristallin du calcul d'une façon centrifuge par des cristallisations, en plumets, s'entrecroisant en ogive. Ces études prouvent que, dans le calcul biliaire de l'homme, la cristallisation cholestérolique est un processus secondaire variable et progressif.

**Effets produits sur le rat par l'hormone masculine administrée par différentes voies.** — MM. MUSSIO-FOURNIER (de Montevideo), ENGEL, BUFFO et ALBRIÉUX. Voici les conclusions des auteurs :

« Nous déduisons de nos expériences que : 1° l'hormone masculine est absorbée chez les rats par les voies nasale et cutanée, outre les voies déjà connues ; 2° que les divers modes d'application de l'hormone, si on les classe par l'efficacité se trouveraient placés dans l'ordre suivant : voie nasale, injections sous-cutanées, voie buccale, frictions cutanées.

Notre première conclusion est un fait acquis, puisque dûment constaté, mais quant à la seconde, et malgré l'éloquence de quelques-uns des chiffres sur lesquels elle se base, nous croyons qu'il conviendrait de répéter notre expérience sur un plus grand nombre d'animaux avant de l'accepter définitivement. »

**Sur la présence constante d'un os intercarotidien chez le cheval.** — MM. ARGAUD et DE BOISSEZON.

**Nouveau mémoire sur une thérapeutique nouvelle des infections aiguës.** — M. SAINT-JACQUES.

## LIVRES NOUVEAUX

**Angines lympho-monocytaires. Agranulocytose. Leucémies leucopéniques (1),** par J. SABRAZÈS, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux, et RENÉ SARIC, interne des hôpitaux de Bordeaux.

Les dénominations d'angines lympho-monocytaires, d'agranulocytoses, de leucémies leucopéniques sont quelque peu énigmatiques au regard d'un bon nombre de médecins peu familiarisés avec l'hématologie. Ces vocables répondent cependant à des états pathologiques qui sont loin d'être rares et dont l'intérêt pratique est grand. Dans le cours de ces dernières années, ces hémopathies, qui forment trois têtes de chapitres dans le livre de MM. Sabrazès et Saric, ont donné lieu à d'innombrables recherches cliniques, hématologiques, histo-pathologiques, bactériologiques, pathogéniques, thérapeutiques. Ce sont là des questions neuves et qui subissent une incessante rénovation.

Ces trois hémopathies, qui paraissent naguère bien distinctes, présentent des points communs et des termes de passage.

Il était intéressant de les confronter. MM. Sabrazès et Saric ont apporté à cette étude l'appoint de leur expérience clinique, hématologique et anatomo-pathologique, ainsi qu'une contribution de nombreuses observations personnelles et une abondante documentation puisée dans la littérature spéciale des divers pays.

On trouvera donc dans ce livre la mise au point des recherches nouvelles sur des sujets de récente acquisition ; les techniques permettant de s'orienter ; des précisions sur les lignées leucocytaires et leurs déviations ; des discussions diagnostiques qui serviront de fil conducteur en présence de ces cas ; des données étiologiques et pathogéniques qui conduiront à des traitements raisonnés. La pratique médicale trouve son compte dans maintes pages de ce livre. Le médecin pourra y puiser un grand nombre de renseignements d'ordre thérapeutique ; grâce à des traitements bien conduits, encore peu connus, les agranulocytoses, par exemple, qui comportaient naguère un pronostic quasi fatal, guérissent maintenant dans un nombre imposant de cas.

L. G.

(1) In-8 de 364 pages avec 18 figures. — Prix : 40 fr. — Paris, Masson et C<sup>ie</sup>.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.



**DERMATOSES  
PRURITS**
**3 CACHETS PAR JOUR**
**EUPHORYL**
**CAS AIGUS : INTRAVEINEUSES**
**ANAPHYLAXIES**
**LABORATOIRES "ANA" 18, AVENUE DAUMESNIL - PARIS - XII<sup>e</sup>**

## TRAITEMENT DE L'ENTÉRITE ET DE L'ENTÉRO-COLITE

La plupart des entérites et des entéro-colites sont dues au développement dans l'intestin des germes pathogènes protéolytiques dont les sécrétions irritent les parois intestinales, d'où les spasmes, l'hypersécrétion, les coliques, la diarrhée dans la plupart des cas, notamment dans les entérites aiguës, la constipation dans certains cas d'entéro-colite, quand le spasme domine l'hypersécrétion.

On sait depuis les travaux de METCHNIKOFF que le vrai traitement de l'infection intestinale consiste à favoriser le développement du bacille lactique, l'antagoniste des microbes protéolytiques.

Le traitement lactique pourtant n'a pas tenu ses promesses; parce qu'on s'est contenté jusqu'ici de faire absorber du bacille lactique. Trouvant dans l'intestin des conditions de développement défavorables, il ne peut profiter et reste sans effet. Pour réaliser un traitement lactique efficace, il faut lui fournir un aliment. C'est là le secret du succès de l'AMIDAL.

L'AMIDAL associe aux ferments lactiques de l'amidon paraffiné, préparé suivant la technique du professeur DOUMER, qui parvient non digéré jusque dans les parties les plus éloignées de l'intestin et y fournit au bacille lactique l'aliment qui permet sa prolifération. Dès lors, l'infection putride anaérobie ne résiste pas à son ennemi naturel.

Les entérites aiguës guérissent d'habitude en moins de quarante-huit heures, même dans les cas les plus graves, dans la diarrhée infantile par exemple. Toutes les diarrhées sont rapidement enrayées, même la diarrhée des tuberculeux si tenace; l'entéro-colite chronique que les antiseptiques intestinaux, toujours irritants, ne parviennent pas à améliorer, cède au seul bon traitement physiologique des infections intestinales que représente l'AMIDAL. Ce médicament agit non seulement sur les formes qui donnent de la diarrhée, mais aussi sur la constipation d'origine spasmodique des entéro-colitiques.

L'AMIDAL s'ordonne, soit en poudre à la dose d'une cuillerée à soupe à la fin de chacun des deux repas principaux, mêlée à de la confiture ou à une demi-banane bien écrasée, soit en cachets, comprimés ou dragées à la dose de 6 à 8 par vingt-quatre heures.

Il est utile dans certains cas d'entéro-colite d'associer au traitement de l'infection un traitement symptomatique dirigé contre le spasme et l'hypersécrétion qui favorisent dans une certaine mesure la persistance de l'infection protéolytique. A ce point de vue, la GENATROPINE est d'une efficacité remarquable. A petite dose (x à xx gouttes ou 1 ou 2 granules 2 ou 3 fois par jour) elle fait disparaître les coliques douloureuses, lève le spasme, tarit la diarrhée.

**Laboratoires des Produits AMIDO,**
**4, Place des Vosges, PARIS**
*Echantillons médicaux sur demande.*
**AMIDAL**
**GENATROPINE**

**CONSTIPATION  
SPASMODIQUE**

**CARBATROPINE**

CHARBON ATROPINÉ

LABORATOIRE  
MONTAGU

49, B<sup>d</sup> de PORT-ROYAL

PARIS

**CINNOZYL**

SOLUTION HUILEUSE DE  
CINNAMATE DE BENZYLE  
CHOLESTÉRINE, CAMPHRE

**PRÉTUBERCULOSE,  
TRAITEMENT ADJUVANT  
DES TUBERCULOSES MÉDICALES  
ET CHIRURGICALES**

De 1 à 2 ampoules  
par jour ou  
tous les 2 jours.  
Séries de 15  
à 20 injections.  
Boîte de 8 ampoules  
de 5 cc.

**AUGMENTE LA CHOLESTÉRINÉMIE**  
AMÉLIORE L'ÉTAT GÉNÉRAL, AIDE A METTRE L'ORGANISME  
EN ÉTAT DE RÉSISTANCE VIS-A-VIS DE L'INFECTION BACILLAIRE  
**INJECTIONS sous-cutanées INDOLORES ou intramusculaires**  
Aucune réaction Pas de contre-indication

: : LABORATOIRES CLIN, COMAR & C<sup>ie</sup>, 20, rue des Fossés-St-Jacques, PARIS : :

**UROMIL**

ÉTHER PHÉNYL CINCHONIQUE — PIPÉRAZINE — HÉXAMÉTHYLÈNE TÉTRAMINE



**MOBILISE — DISSOUT  
ÉLIMINE**

**L'ACIDE URIQUE**

**ARTHRITISME**

DE L. BÉLIERES — 19, RUE DROUOT — PARIS



*La Lancette Française***GAZETTE DES HOPITAUX****CIVILS ET MILITAIRES****PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI****ADMINISTRATION ET RÉDACTION :****49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6°. Tél. : Danton 48-31.****PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6°) - Téléph. : LITRÉ 54-93.****PRIX DE L'ABONNEMENT****FRANCE**

3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.

*Etudiants : 25 francs par an.*

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

**ETRANGER**

Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.

Tous les autres pays : 75 francs.

**SOMMAIRE****TRAVAUX ORIGINAUX***A propos des péritonites à pneumocoques (avec 2 fig.), par M. J.-P. GRINDA (de Nice).***CONGRÈS DES COLITES.** (Compte rendu, par M. CATINAT.)**INTÉRÊTS PROFESSIONNELS***Le nombre des diplômés de docteur augmente toujours.**La réduction des honoraires des médecins.***CORRESPONDANCE***Le bon pain.***ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS****NOTES POUR L'INTERNAT***Fractures de la base du crâne (suite).***INFORMATIONS****HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — Epreuve écrite d'anatomie. — Question donnée : « Articulation coxo-fémorale sans sa physiologie. »**

Questions restées dans l'urne : « 1. Anatomie descriptive et rapports des muscles adducteurs de la cuisse. — 2. Tronc de l'artère carotide externe (origine seule des branches). — 3. Anatomie macroscopique et rapports de la glande surrénale gauche et physiologie des surrénales. — 4. Sinus caverneux. — 5. Le nerf facial jusqu'au trou stylo-mastoïdien avec ses origines réelles et sa physiologie. — 6. Les rapports de la première côte sans ses articulations. — 7. Artère mésentérique supérieure. — 8. Question sortie. — 9. Le nerf phrénique droit et la physiologie des nerfs phréniques. »

**HÔPITAUX DE PROVINCE. — MARSEILLE. —** Un concours pour la nomination à quatre places d'élèves internes en pharmacie sera ouvert à l'Hôtel Dieu le lundi 2 décembre 1935, à 9 h. Les candidats, pourvus au moins de 8 inscriptions validées, et de nationalité française, devront se faire inscrire avant le 23 novembre (terme de rigueur) au secrétariat de l'administration des hospices, 9, rue Lafon, à Marseille.

**GUERRE. —** Le médecin général inspecteur Savornin, inspecteur du matériel du Service de santé, est nommé directeur du Service de santé de la région de Paris.

**MARINE. —** Ont été nommés, après concours, aux emplois de chargés de cours énumérés ci-après, les officiers du corps

de santé dont les noms suivent (pour une période de quatre ans comptant du 1<sup>er</sup> novembre 1935) :

**A. Ecole principale du Service de santé de la marine. —** 1<sup>o</sup> Pathologie interne, séméiologie médicale, thérapeutique : M. Simon; 2<sup>o</sup> Pathologie externe, séméiologie chirurgicale, accouchements : M. Parneix; 3<sup>o</sup> Anatomie descriptive et chirurgicale, embryologie, médecine opératoire : M. Le Breton; 4<sup>o</sup> Physique, chimie, matière médicale : M. Perret.

**B. Ecoles annexes de médecine navale. —** 1<sup>o</sup> Ecole annexe de Toulon. — Anatomie descriptive : M. Rigaud.

2<sup>o</sup> Ecole annexe de Brest. — Physiologie, séméiologie : M. Monnier.

**COMITÉ CONSULTATIF DU TOURISME, DU THERMALISME ET DU CLIMATISME. —** Sont nommés membres du Comité consultatif :

M. le professeur Desgrez et M. le docteur G. Cany.

**ASSOCIATION STOMATOLOGIQUE INTERNATIONALE. —** Le bureau de l'Association stomatologique internationale a été ainsi constitué :

Président : M. van Mosueneck (Louvain); vice-présidents : MM. Herpin (Paris), Sturm (Budapest), Arlotta (Milan), Thiago-Marguès (Lisbonne); secrétaires généraux : MM. Dechaume (Paris), Berger (Bruxelles); archiviste : M. Crocquefer (Paris); trésorier : M. Danguet (Paris).

**LES SERVICES D'URGENCE DU VIEUX BEAUJON. —** L'Assistance publique fait connaître au public que, comme par le passé, les accidentés de la région de l'Etoile et des quartiers voisins peuvent être transportés à l'hôpital Beaujon de la rue du Faubourg-Saint-Honoré.

Jusqu'à l'achèvement (juillet 1936) des travaux de construction du poste de secours de la rue d'Armaillé, les ser-

Laboratoire Mialhe - 8 Rue Favart - Paris - 2°

La feuille de digitale se prescrit :

**Digi-LANATINE**

Extrait total des glycosides  
du Digitalis Lanata

vices d'urgence du vieux Beaujon restent ouverts jour et nuit.

**AVIS DE VACANCE.** — La vacance du poste de directeur du bureau municipal d'hygiène de Roubaix est déclarée ouverte. (*J. O.*, 9 oct. 1935, p. 10826)

**AVIS DE CONCOURS.** — Un concours est ouvert pour le poste de médecin spécialisé des dispensaires de l'Oise.

Les candidats doivent être Français, âgés de 50 ans au plus, pourvus du diplôme de docteur en médecine français et avoir été attachés pendant un an au moins à un service spécialisé de tuberculose, ou avoir suivi le cours de perfectionnement organisé dans les hôpitaux de Paris.

Les dossiers des candidats seront examinés et classés par le Comité national et présentés par lui à l'Office d'hygiène sociale du département de l'Oise, dont la Commission consultative technique, après avoir au besoin entendu les candidats, proposera au conseil d'administration le médecin qu'il aura choisi.

Prière d'adresser les dossiers au Comité national de défense contre la tuberculose, 66, boulevard Saint-Michel, Paris, avant le 5 novembre, où tous les renseignements pourront être donnés aux candidats.

#### COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. —

*Clinique médicale des enfants.* (Hôpital des Enfants-Malades.)

— M. le professeur Nobécourt commencera le cours de clinique médicale des enfants le lundi 4 novembre 1935, à 9 h.

— *Cours de pathologie chirurgicale.* — M. le professeur Maurice Chevassu commencera son cours le mardi 5 novembre 1935, à 17 h., et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure, au petit amphithéâtre de la Faculté.

## INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

### LE NOMBRE DES DIPLÔMES DE DOCTEUR AUGMENTE TOUJOURS

Notre confrère le D<sup>r</sup> Darras dont on connaît l'exactitude et la parfaite documentation, publie dans la *Vie médicale* (N° 19, 10 octobre 1935), ses statistiques habituelles. Ces statistiques que nous reproduisons ci-dessous montrent que le nombre des diplômes de docteur (Etat et Université) augmente toujours.

Jusqu'ici le chiffre le plus élevé avait été atteint dans l'année scolaire d'après-guerre. En 1919-20, on avait compté 1.707 diplômes, dont 1.655 d'Etat et 52 d'Université. Cette année — 1934-35 — on compte 1.819 diplômes, dont 1.579 d'Etat et 240 d'Université, soit 112 diplômes de plus qu'en 1920.

#### Statistique des diplômes d'Etat de docteur en médecine.

— Le nombre des diplômes d'Etat de docteur en médecine délivrés par les Facultés françaises pendant les huit dernières années scolaires est le suivant :

1927-1928 :	901,
1928-1929 :	965, soit 64 en plus.
1929-1930 :	1.052, soit 87 en plus.
1930-1931 :	1.120, soit 68 en plus.
1931-1932 :	1.123, soit 3 en plus.
1932-1933 :	1.293, soit 170 en plus.
1933-1934 :	1.464, soit 171 en plus.
1934-1935 :	1.579, soit 115 en plus.

*Les diplômes d'Université. Statistique générale.* — Les diplômes d'Université (mention médecine) délivrés par les Facultés françaises depuis 37 ans (époque de la création de ce titre) atteignent le chiffre de 3.047 répartis comme suit :

Alger : 12 ; Bordeaux : 159 ; Lille : 10 ; Lyon : 379 ; Marseille : 3 ; Montpellier : 494 ; Nancy : 164 ; Paris : 1.564 ; Strasbourg : 125 ; Toulouse : 137.

196 titulaires du diplôme d'Université ont ultérieurement obtenu un diplôme d'Etat.

*Diplômes de docteur en médecine de l'année scolaire 1934-1935.* — Le nombre des diplômes de docteur en médecine délivrés par les Facultés françaises pendant l'année scolaire 1934-1935 est le plus élevé qui ait jamais été vu. Il est de 1.819, se décomposant comme suit :

Facultés.	Diplômes d'Etat.	Diplômes d'Université (mention médecine).	Total.
Alger .....	39	»	39
Beyrouth .....	32 (a)	»	32
Bordeaux .....	173	8	181
Lille .....	64	»	64
Lyon .....	137	16	153
Marseille .....	68	1	69
Montpellier .....	74 (b)	23	97
Nancy .....	83 (c)	11	94
Paris .....	778 (d)	159	937
Strasbourg .....	58	9	67 (e)
Toulouse .....	73	13	86
	1.579	240	1.819

(a) Les étudiants de la Faculté de Beyrouth sont dispensés de la thèse.

(b) Dont 1 avec dispense de la thèse : M. Rafarahaly-Ratsimamanga, antérieurement titulaire d'un diplôme d'Université.

(c) Dont 2 avec dispense de la thèse : MM. Scharf et Vidacovitch, antérieurement titulaires d'un diplôme d'Université.

(d) Dont 11 avec dispense de la thèse : MM. Atchildi, Biderman, Mme Efrousi née Ryss, MM. Garfunkel, Kane dit Kahan, Kaplan, Landau, Skapier, Strumza, Wajzman et Zajac, antérieurement titulaires d'un diplôme d'Université.

(e) Régime français. N'est pas compris dans le tableau ci-dessus 1 diplôme de docteur (régime local).

### LA RÉDUCTION DES HONORAIRES DES MÉDECINS

Le ministère de la Santé publique communique :

« M. Ernest Lafont, ministre de la Santé publique et de l'Éducation physique, a reçu le docteur Cibré, secrétaire général de la Confédération des syndicats médicaux français, et le docteur Hiller, secrétaire adjoint, qui lui ont communiqué l'ordre du jour voté par le syndicat au cours de la réunion du 6 octobre 1935, au sujet de la réduction des honoraires.

A la suite de cette entrevue, M. Ernest Lafont a envoyé immédiatement à tous les préfets une circulaire pour demander à ceux-ci de convoquer d'extrême urgence les représentants des syndicats médicaux de leurs départements pour connaître dans le plus bref délai les intentions définitives de ces syndicats et les mesures qu'ils comptent prendre pour réaliser, avant la fin du mois, les réductions qui s'imposent. »

**CHLORAPLASME**

du D<sup>r</sup> L'ANGLBERT  
PANSEMENT COMPLET  
Phlegmasi. e., eczémas, brûlures, etc

Extrait hépatique  
de Morue irradié.

**MORUBIASSE**  
PILULES ET GRANULES

Rachitisme,  
Lymphatisme

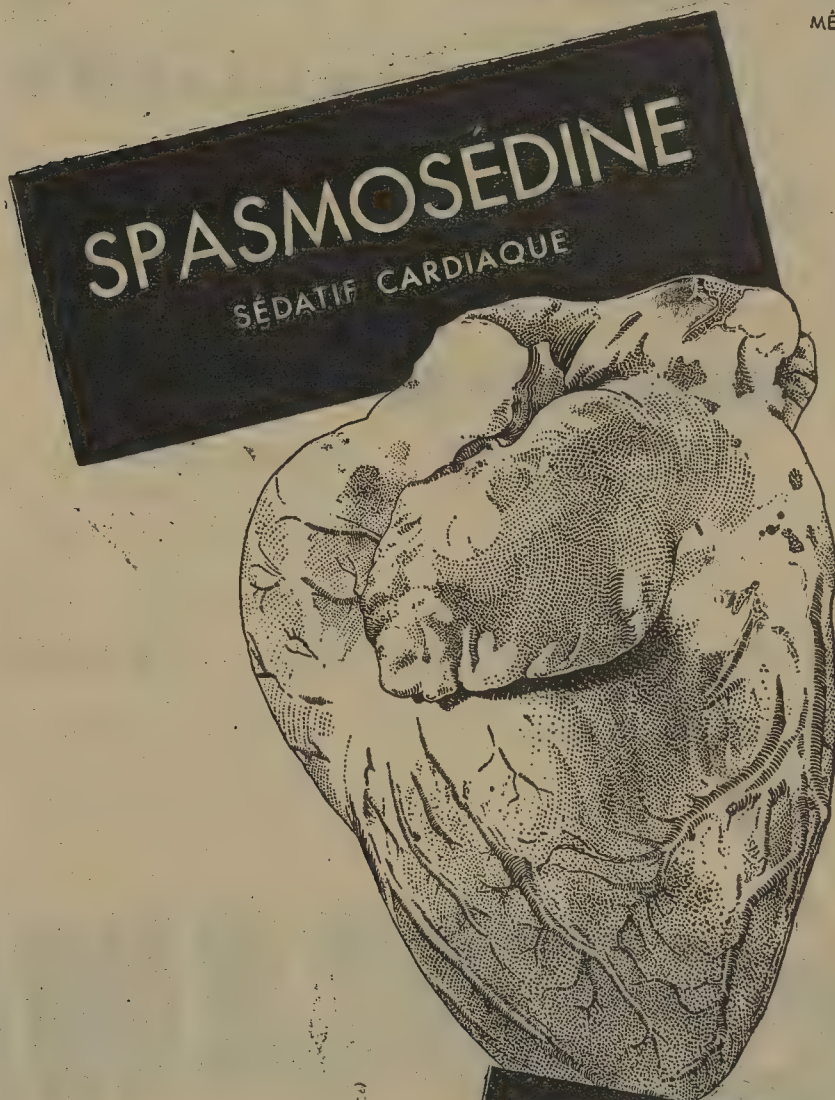
Néuralgies  
Névrites

**BROMÉINE MONTAGU**



LABORATOIRES DEGLAUDE  
15, BOUL<sup>g</sup> PASTEUR, PARIS (XV<sup>e</sup>)

MÉDICAMENTS CARDIAQUES  
SPÉCIALISÉS



SPASMOSEDINE  
SÉDATIF CARDIAQUE

DIGIBAÏNE  
TONIQUE CARDIAQUE

*les 2 médicaments cardiaques essentiels*

# GYNOESTRYL

## FOLLICULINE CRISTALLISÉE DU D<sup>r</sup> ROUSSEL

### VOIE INTRAMUSCULAIRE

#### GYNOESTRYL

BOITE DE 6 AMPOULES DE 1 C.C.  
1/10<sup>e</sup> DE M<sup>g</sup> (1 000 U.I.)  
PAR C.C.

#### BENZO-GYNOESTRYL

BOITE DE 2 AMPOULES DE 1 C.C.  
BENZOATE DE FOLLICULINE 1 M<sup>g</sup>  
(10 000 U.I.) PAR C.C.

### VOIE BUCCALE

#### GYNOESTRYL

GOUTTES: FLACON de 10 C.C.  
CONTENANT 1 M<sup>g</sup> (10 000 U.I.)

COMPRIMÉS: BOITE de 40 COMPRIMÉS  
SOIT 1/40<sup>e</sup> de M<sup>g</sup> (250 U.I.)  
PAR COMPRIMÉ

DI-HYDRO FOLLICULINE  
ASSIMILABLE 100%

#### SEDO-GYNOESTRYL

BOITE DE 40 DRAGÉES

DI-HYDRO FOLLICULINE } 1/40 M<sup>g</sup>  
ISONAL } 1 C<sup>g</sup>

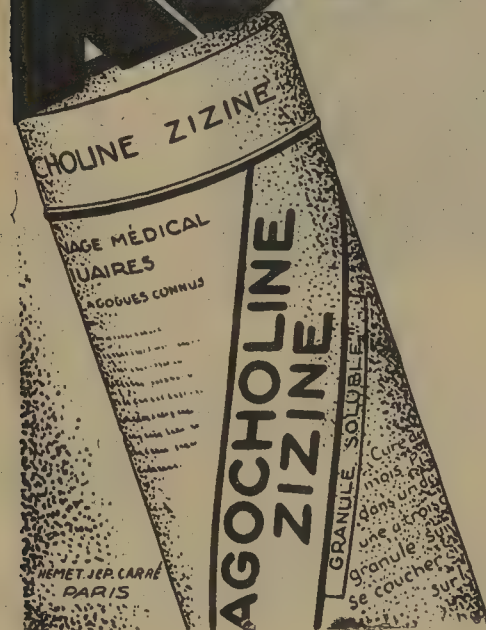
PAR DRAGÉE

## THÉRAPEUTIQUE HORMONALE DE LA FEMME

LABORAT<sup>RES</sup> DU D<sup>r</sup> ROUSSEL - 89, RUE DU CHERCHE-MIDI - PARIS (VI<sup>e</sup>)

# AGOCCHOLINE

(GRANULÉ SOLUBLE)



## CHOLECYSTITES CHRONIQUES CONGESTION DU FOIE

Lithiase biliaire - Ictère et Cholémie

Dyspepsies réflexes - Constipation } d'origine  
Migraines, Vertiges, Eczéma, Prurit } hépato biliaire

Posologie : 1 à 3 cuillerées à café le matin à jeun, dans  
un demi verre d'eau chaude.

LABORATOIRES DU D<sup>r</sup> ZIZINE  
24, 26, Rue de Fécamp - Paris (XII<sup>e</sup>)



## A PROPOS DES PÉRITONITES A PNEUMOCOQUES

Par M. JEAN-PAUL GRINDA,  
Chirurgien des hôpitaux de Nice.

Il n'est pas de problème plus difficile à résoudre que le diagnostic des péritonites à pneumocoques. Il n'est pas de responsabilité plus lourde pour un chirurgien que la décision d'intervenir dans un cas douteux. Faut-il attendre ? Faut-il intervenir ? Si l'abstention est décidée, que donnera le traitement médical ? Si l'intervention a eu lieu, quelle en sera la conséquence ?

Nous avons observé l'hiver dernier cinq cas de péritonites à pneumocoques vérifiés par le laboratoire.

Nous rapporterons nos observations. A défaut de conclusions elles nous conduiront à un certain nombre de remarques.

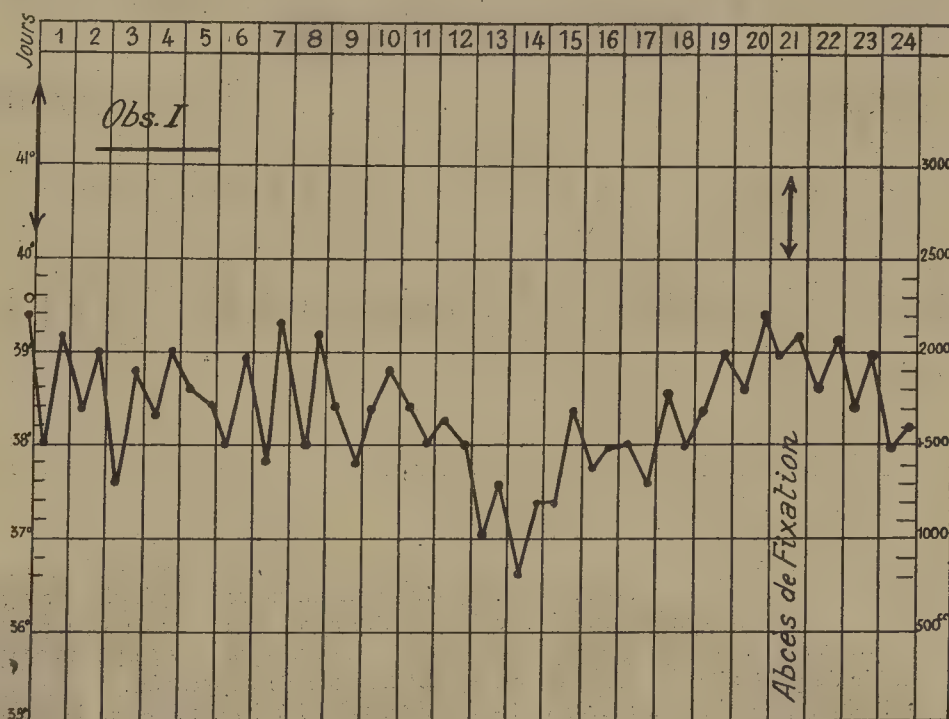
\*\*

Du cadre de cette étude, nous éliminerons la forme autrefois classique : l'abcès localisé, pour ne retenir que les formes aiguës.

Ces deux formes s'opposent.

Avant de se collecter « les formes localisées » ont présenté un début parfois aigu, le plus souvent sub-aigu ou chronique, simulant, à s'y méprendre, l'abcès résiduel d'une appendicite passée inaperçue, une typhoïde à début traînant, mal caractérisée et à prédominance de signes digestifs, ou une péritonite tuberculeuse à évolution progressive.

Dans tous ces cas, rien ne presse : quand le chirur-



gien est appelé, il se trouve en présence d'un abcès subaigu souvent fistulisé au niveau de l'ombilic. L'incision et le drainage amènent la guérison.

\*\*

Rien de pareil dans les formes aiguës, à début brutal, qui dès le premier jour posent au médecin et au chirurgien les décisions les plus difficiles et les plus angoissantes.

**Obs. I.** — Notre première observation concerne la jeune Gra... âgée de 4 ans, auprès de laquelle nous sommes appelé d'urgence par le D<sup>r</sup> Camous le 27 octobre 1934.

La fillette, jusque-là très bien portante, a été prise la veille au soir de violentes douleurs dans le ventre accompagnées de vomissements répétés d'abord alimentaires, puis bilieux.

L'enfant a présenté une selle normale, non diarrhéique.

A l'examen, on remarque d'emblée l'altération profonde de l'état général : temp. 39°5, pouls à 130 bien frappé. Le faciès est tiré, non péritonéal. L'enfant est pâle, la langue est sèche, très saburrale. Rien au niveau de la gorge. Pas d'herpès.

L'abdomen n'est pas ballonné mais respire mal. A la palpation, il n'y a pas de contracture franche, mais une résistance diffuse avec douleur mal localisée, peut-être un peu plus marquée dans la fosse iliaque droite.

La rate est normale. Pas de signes pulmonaires.

Toucher rectal : le douglas est nettement sensible.

En résumé, on a l'impression d'une péritonite diffuse, d'origine appendiculaire probable, mais il s'agit d'une forme atypique laissant suspecter la possibilité d'une péritonite d'autre étiologie.

Après discussion, l'intervention immédiate est décidée. Anesthésie générale, au Schleich. Incision de Mac Burney. Il n'y a pas une grosse quantité de liquide dans le ventre. Le péritoine est tapissé d'un enduit gélatineux. Aucune fétidité. Quelques fausses membranes sur la région iléocœcale. L'appendice est rouge, mais ses lésions ne sauraient expliquer la gravité de l'infection. Appendicectomie rapide.

En écartant la paroi vers le bas, on examine la trompe droite qui est rouge. Assèchement et lavage à l'éther du douglas. Fermeture de la paroi en deux plans, pariétal et cutané avec un petit drain de sécurité dans le douglas.

Les suites vont être mouvementées.

On éprouve d'abord des difficultés avec les « gaz ». Le

ventre est ballonné. Ensuite apparaît une diarrhée jaunâtre typique.

Le drain est enlevé vers le 8<sup>e</sup> jour et les fils le 10<sup>e</sup>. La cicatrisation a lieu sans incident et l'enfant rentre chez elle. Par contre, surviennent de nombreux foyers broncho-pneumoniques avec fièvre oscillante et altération profonde de l'état général.

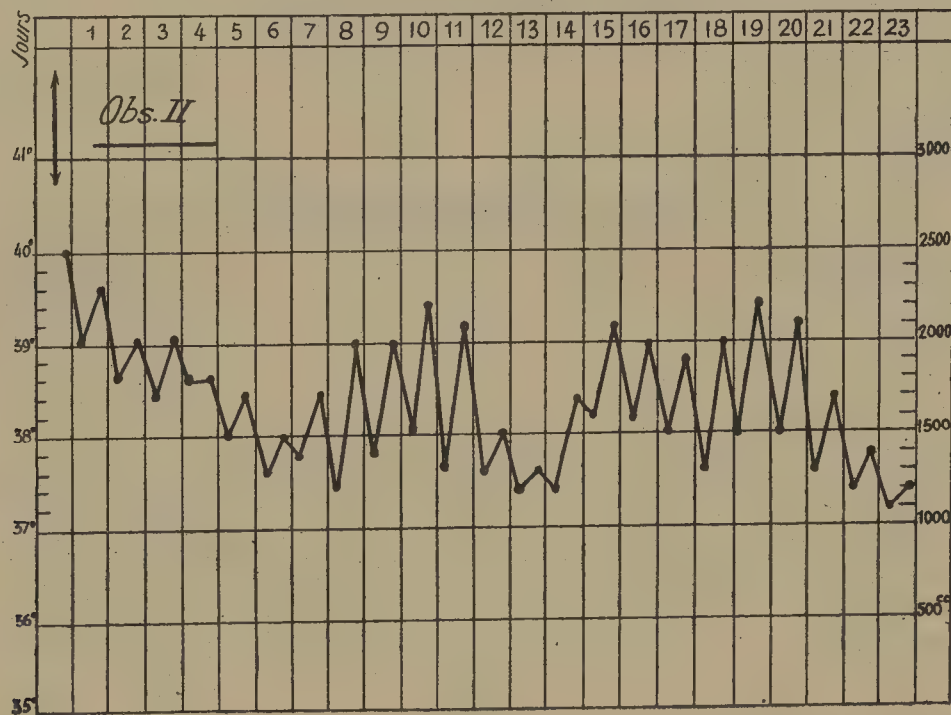
Finalement, à la suite d'un abcès de fixation et de nombreuses injections de sérum antipneumococcique, la guérison survient au bout de deux mois, sans autre séquelle qu'une petite éventration.

Obs. II. — La deuxième observation concerne la jeune

Gio., âgée de huit ans, auprès de qui nous sommes appelé le 1<sup>er</sup> février 1935 par le D<sup>r</sup> Brocchi.

Le début remonte à trois jours environ. A la suite d'une grippe banale, l'enfant a été prise de douleurs violentes dans l'abdomen accompagnées de vomissements. Lorsque nous l'examinons : temp. 40°, pouls 140. D'emblée on est frappé par l'altération de l'état général : faciès plombé, traits tirés, lèvres fuligineuses, yeux cernés, langue rôtie.

A l'examen, le ventre est légèrement ballonné. L'étage sus ombilical est souple. Par contre, il existe nettement au-dessous de l'ombilic, de la résistance et de la contracture avec un maximum douloureux dans la fosse iliaque droite. L'enfant a présenté de la diarrhée jaunâtre au début, puis



plus rien. Les urines sont rares et la miction douloureuse.

Il n'y a plus de signes stéthoscopiques pulmonaires. Par contre un peu d'herpès et de vulvite.

Nous portons le diagnostic de péritonite à pneumocoques. Néanmoins, comme il est impossible d'éliminer avec certitude celui de péritonite d'origine appendiculaire, nous appelons en consultation le D<sup>r</sup> Prat, qui, dans le doute, conseille l'intervention. Celle-ci a lieu le 1<sup>er</sup> février 1935 sous anesthésie générale.

Mac Burney rapide par dissociation. A l'ouverture du péritoine, liquide en abondance, bouillon sale contenant des grumeaux blancs. Ce pus est inodore ; toute la région iléo-cœcale est recouverte de fausses membranes blanchâtres. L'appendice, facilement extériorisé au doigt, est rouge, et augmenté de volume.

Appendicectomie, thermo-cautérisation. Enfouissement.

L'épiploon est enflammé, rouge, saignant. Les dernières anses grêles adhérentes entre elles sont libérées d'une véritable gangue de fausses membranes vélamenteuses blanchâtres.

Pas de diverticule de Meckel. Les trompes sont rouges. Assèchement du petit bassin et drainage du douglas.

La paroi est rétrécie par deux crins totaux et un crin double médian posé en attente mais non serré.

Les examens de laboratoire (D<sup>rs</sup> Daumas, Missimily) montrent :

1<sup>o</sup> Examen du liquide péritonéal.

« Liquide séreux, quelques cellules pavimenteuses, quelques hématies, de nombreux polynucléaires, pas de microbes à l'examen direct. Par contre, l'examen des cul-

« turesensemencées sur gélose au sang et en milieu C. V. « montre après un séjour de 4 jours à l'étuve, la présence « de nombreuses colonies de pneumocoques. »

2<sup>o</sup> Examen de l'appendice.

« Dans la lumière, présence de quelques débris alimentaires, débris cellulaires et de mucopus. La muqueuse est « enflammée, sur divers points de la coupe longitudinale « on constate qu'elle a disparu. Elle est remplacée par un « exsudat fibro leucocytaire ; ailleurs elle est infiltrée de « polynucléaires et il s'est formé de petits abcès.

« Hyperplasie des follicules clos. Les leucocytes débordent « de la muqueuse et dans la sous-muqueuse on trouve un « abcès folliculaire vidé. Lymphatiques et vaisseaux gorgés « de leucocytes, la plupart polynucléaires.

« La surface du péritoine viscéral est recouverte d'un exsudat fibrineux contenant de nombreux leucocytes. Les « membranes formées sont infiltrées de nombreux polynucléaires.

« Il s'agit, en résumé, d'une appendicite folliculaire ulcé-rative avec péritonite. »

Les suites abdominales sont favorables, le drain est enlevé le 3 février (au bout de 48 h.). Le 5, fermeture du crin d'attente.

Le 8, le pansement est sec, le ventre est toujours un peu sensible et ballonné. Il existe une diarrhée glaireuse jaunâtre presque incoercible. Puis surviennent des complications pulmonaires, avec foyers broncho-pneumoniques récidivants. Au bout de cinq semaines, la guérison est obtenue. L'enfant reprend rapidement du poids et des forces. La paroi est solide. Pas d'éventration.



Obs. III. — Mlle Ag... âgée de 8 ans.

Le début remonte à 8 jours. Le 28 janvier 1935, l'enfant a été prise d'une violente crise abdominale douloureuse, avec vomissements répétés et altération profonde de l'état général. Le lendemain, le Dr Ciamin, médecin cantonal d'Isola, pose le diagnostic d'appendicite avec péritonite. L'intervention d'urgence est refusée par les parents avec obstination.

Sous l'influence de la glace, du sérum et des tonicardiaques, la crise semble s'amender.

L'enfant a une toux légère, avec quelques signes de bronchite. Il existe, d'autre part, de l'herpès et une diarrhée jaunâtre.

Le 5 février 1935, l'état général s'aggrave, la température remonte à 40°. Les vomissements réapparaissent ; arrêt des gaz et des matières ; ballonnement abdominal. L'état général est trop grave pour permettre le transport de la malade à Nice, et l'intervention d'urgence est décidée sur place.

Quand nous examinons la malade, le 6 février 1935, nous sommes frappés d'emblée par l'altération profonde de l'état général. L'enfant très dyspnéique a le faciès grippé, les yeux cernés, temp. 40°, pouls incomptable. L'enfant est prostrée et répond à peine aux questions. Le ventre météorisé présente de la matité dans les deux flancs. La palpation uniformément douloureuse réveille avec peine une ébauche de contracture. Le toucher rectal révèle un point douloureux dans le douglas.

Il s'agit, en résumé, d'une appendicite en deux temps avec péritonite diffuse à son stade terminal.

Quoi qu'il en soit, l'intervention a lieu, après injection de 500 cm. de sérum intraveineux.

Sous anesthésie générale légère, on pratique un Mac Burney rapide par dissociation.

Dès l'ouverture du péritoine s'écoule, en abondance, un liquide séreux, louche, inodore, contenant des paquets de fausses membranes blanchâtres. Il faut 5 à 6 minutes pour évacuer cette volumineuse ascite et assécher l'abdomen.

L'appendice est recouvert de fausses membranes. On s'en débarrasse rapidement.

L'examen de laboratoire confirme la présence de nombreux pneumocoques dans le liquide prélevé à l'ouverture du péritoine.

Pendant quelques jours, contrairement à notre attente, les suites paraissent favorables. L'enfant est moins prostrée, la température moins élevée, les vomissements ont cessé. Malheureusement le 10 février 1935, soit 4 jours après l'intervention, l'enfant est prise de phénomènes dyspnéiques intenses, l'état général s'altère et la mort survient malgré la sérothérapie intensive instituée.

Obs. IV. — Le jeune Br... Roger, âgé de 7 ans, nous est adressé d'urgence le 13 avril par le Dr Baudoin, de Saint-Martin-du-Var, avec le diagnostic d'appendicite aiguë.

L'enfant a été pris la veille, brutalement, de douleurs abdominales avec nausées, puis vomissements répétés.

Le 13, à 17 heures : temp. 39°, pouls 130. Faciès tiré, langue sèche. Pas d'herpès.

A l'examen de l'abdomen : douleur et contracture diffuse de la région sous-ombilicale dont le maximum siège, sans discussion, dans la fosse iliaque droite. Le ventre est légèrement ballonné. Pas de diarrhée. Arrêt des gaz et des matières. Toucher rectal douloureux à droite. Pas de signes pulmonaires.

En résumé, appendicite aiguë banale.

Sous anesthésie générale, Mac Burney large.

Dès l'ouverture, on a la surprise de trouver un liquide louche contenant des grumeaux, parfaitement inodore. Après assèchement, on découvre l'appendice enfoui dans un capuchon épiploïque rouge, couvert de fausses membranes.

On respecte soigneusement ce capuchon épiploïque. Section de l'épiploon entre ligatures et pinces ; ligature du méso appendiculaire et ligature de l'appendice au niveau de sa base.

Après assèchement du douglas, la paroi est refermée en un plan, avec deux drains : un dans le douglas, un dans la région rétro-cœcale. Un crin d'attente au niveau des drains.

Examen de la pièce :

1° *Examen macroscopique* : l'appendice est manifestement altéré. Il est énorme, turgescant. A la coupe, les parois sont épaisses et la lumière contient du pus.

2° *Examen microscopique* : dans le liquide, le laboratoire reconnaît l'absence de microbes à l'examen direct et la présence de nombreux pneumocoques à la culture.

Les suites opératoires sont relativement simples, les drains sont supprimés vers le 10<sup>e</sup> jour et l'enfant quitte le service au bout d'un mois.

Obs. V. — Ba... âgé de 30 ans, nous est adressé d'urgence par le Dr Lelong le 11 avril 1935 avec le diagnostic d'abcès consécutif à une crise d'appendicite probable.

Le début remonte à 9 ou 10 jours. Il semble avoir été progressif et caractérisé par des douleurs abdominales et lombaires mal localisées, accompagnées de nausées et de quelques vomissements. Pas de diarrhée. Le malade a une selle normale la veille de son entrée à l'hôpital.

A l'examen, l'état général est assez bon. Temp. 38°7. Pouls dissocié à 72. Pas d'agitation. La langue est sèche et saburrale. Le ventre est légèrement ballonné dans la région sous-ombilicale. Il existe à ce niveau de la douleur à la palpation, qui révèle une contracture aussi marquée dans la fosse iliaque gauche que dans la droite. Légère submatité à la percussion.

Au toucher rectal : douglas rénitent et très sensible.

La rate est normale. Pas de prostration, pas d'épistaxis ; aucun signe apparent de typhoïde. Aucun signe de foyer pulmonaire.

On discute longuement le diagnostic avant d'intervenir et on adopte, à défaut de certitude, le diagnostic d'abcès consécutif à une crissette appendiculaire méconnue.

Sous anesthésie générale, mon interne le Dr Garipuy pratique une laparotomie médiane sous-ombilicale et évacue un volumineux abcès mal limité, contenant une sérosité louche, inodore, avec des grumeaux caractéristiques. De nombreuses fausses membranes prédominent dans la région iléo cœcale.

L'appendice est enlevé. Il est un peu rouge, mais ses lésions apparaissent minimales en regard de l'étendue et de la diffusion de l'abcès.

Exploration négative de la vésicule et de l'estomac. Après assèchement de l'abdomen, la paroi est fermée en un plan aux crins totaux avec un drain dans le douglas.

Les suites, simples au point de vue abdominal, ont été marquées par l'apparition de foyers broncho-pulmonaires. Le laboratoire confirme la présence de nombreuses colonies de pneumocoques à la culture.

Sérum antipneumococcique à haute dose. Au bout de cinq semaines, le blessé quitte le service parfaitement guéri.

♦♦

A défaut de conclusions, quel enseignement tirer de ces observations ?

**Etiologie.** — Remarquons, d'abord, la fréquence de ces péritonites à pneumocoques dont 5 cas ont été observés par nous au cours de l'hiver dernier.

Comparée à celle de l'appendicite, la fréquence des

péritonites à pneumocoques serait de 1 à 12 pour Mathieu et de 1 à 20 pour Aurousseau (in Mondor).

L'étiologie des péritonites à pneumocoques est discutée.

Pour la majorité des auteurs, et en particulier pour Cartny et Frozer, le pneumocoque arriverait directement dans le péritoine par voie génitale.

Dans deux de nos observations (obs. 2 et 3), nous avons noté au point de vue clinique, la vulvite, et au point de vue opératoire, la prédominance des lésions dans le petit bassin avec altération des trompes.

Dans d'autres cas, la péritonite est secondaire à une septicémie à pneumocoques dont le point de départ doit être cherché au niveau de la gorge ou des poumons. Le début post-grippal est particulièrement net dans notre observation 2.

Enfin, l'infection peut être à point de départ intestinal et, selon nous, il est hors de doute que dans notre observation 4, concernant le jeune Ba... Roger, la péritonite à pneumocoques coïncidait avec une appendicite aiguë, enrobée dans un capuchon épiploïque des plus typiques. Notons, également, les altérations de l'appendice dans notre observation 2.

Ailleurs, il est manifeste que les lésions appendiculaires sont secondaires à l'atteinte péritonéale.

**Symptômes.** — Au point de vue clinique le début est aussi brutal que celui d'une appendicite, mais d'emblée, l'altération de l'état général est plus marquée que dans l'appendicite banale (obs. 1 et 2).

Les douleurs sont moins marquées que les douleurs observées ordinairement dans l'occlusion ou l'appendicite aiguë (obs. 1, 2 et 5).

Les vomissements paraissent aussi fréquents.

A l'examen, jamais nous n'avons observé la contracture de bois des appendicites franches. Il y a de la résistance plus que de la contracture (obs. 1 et 2). L'empatement et la rénitence appartiennent, bien entendu, aux formes de péritonite enkystée (obs. 5), ou dans les péritonites diffuses au stade terminal (obs. 3). Souvent nous avons constaté un léger ballonnement de l'abdomen qui n'est pas classique.

Signe bien caractéristique : la douleur provoquée et spontanée dans l'étage sous-ombilical est diffuse, mal localisée (obs. 1 et 2).

La diarrhée jaunâtre a été observée dans les antécédents de nos observations 2 et 3. Malheureusement, il est rare que ce symptôme soit assez précoce ou assez net pour guider le diagnostic. Par contre, il a toujours été observé dans les jours suivants.

Après l'intervention, nous avons observé une difficulté presque constante à émettre les gaz (obs. 1-2-4).

La présence de signes pulmonaires a été des plus nette dans les antécédents de l'obs. 2.

L'herpès a été noté deux fois (n° 2 et 3). La vulvite, signe précieux en faveur d'une péritonite à pneumocoques ou à gonocoques, existait dans les obs. 2 et 3.

**Diagnostic.** — Le diagnostic rejeté dans les obs. 1 et 3 n'a pu être affirmé avec certitude. Dans aucun cas, même dans l'observation 2, il n'a été possible d'éliminer le doute d'une péritonite appendiculaire.

En résumé, chaque fois qu'il y a doute dans le diagnostic d'une appendicite aiguë avec péritonite, il faut penser à la possibilité d'une péritonite à pneumocoques et en rechercher un à un les symptômes.

Le diagnostic au premier jour, comme l'a si bien vu Mondor, est un diagnostic des plus difficiles : c'est un diagnostic d'addition de symptômes.

Plus tard, le diagnostic semble plus facile. Il n'a cependant été posé avec certitude ni dans l'obs. 3 de péritonite diffuse à son dernier stade, ni dans l'obs. 5 chez un adulte, où le diagnostic d'abcès résiduel post-appendiculaire paraissait le plus simple et le plus rationnel.

**Traitement.** — Nous rappelons que les auteurs sont d'accord pour préconiser l'abstention opératoire immédiate et le drainage tardif des collections enkystées.

Faute de diagnostic de certitude, tous nos cas ont été opérés.

Nous éliminerons d'abord l'obs. 5 qui concerne un adulte. L'assèchement et le drainage de la collection ont amené la guérison.

Dans l'obs. 4 la coexistence d'une appendicite aiguë nécessitait certainement l'intervention d'urgence.

Plus intéressantes sont les observations 1, 2 et 4 qu'il convient de grouper.

Dans les 3 cas, la guérison a été obtenue, fait d'une série heureuse, mais elle n'a pas été obtenue simplement. Les suites ont toujours été marquées par de nombreux incidents septicémiques ou pulmonaires.

Désormais, selon le conseil de Fèvre, nous employons l'anesthésie locale chaque fois qu'il y aura doute pour ne pas aggraver l'évolution par une anesthésie générale commode, mais intempestive.

Peut-être l'anesthésie est-elle responsable des nombreuses complications pulmonaires que nous avons observées dans presque tous les cas.

En dehors de la thérapeutique symptomatique et anti-infectieuse générale, le sérum antipneumococcique à haute dose, semble avoir aidé à la guérison.

Que vaut l'abstention opératoire ? Mieux que l'intervention d'urgence, disent les statistiques. Bien entendu, elle ne saurait donner la guérison à tout coup. Notre observation 3 est là pour le rappeler.

Au 8<sup>e</sup> jour, nous sommes appelé auprès d'un enfant en pleine péritonite, secouée par des vomissements incessants et dont le pouls était incomptable.

L'intervention lui a valu la cessation des vomissements, la diminution de la gêne respiratoire due au météorisme considérable et une survie de 4 jours. Je crois qu'il était impossible, dans un cas semblable, de ne pas intervenir malgré la gravité exceptionnelle du pronostic.

\*\*\*

En résumé, de nos 5 observations, nous ne saurions tirer de conclusions, mais un enseignement concernant la fréquence de l'affection, les difficultés du diagnostic au premier jour et les résultats de l'abstention ou de l'intervention chirurgicale.



## CONGRES DES COLITES

Plombières, 11-13 septembre 1935 (1).

Le Congrès des Colites s'est réuni à Plombières les 11, 12 et 13 septembre, sous la présidence du professeur Paul Carnot.

De nombreux médecins français et étrangers y ont pris part. A la séance initiale, après les souhaits de bienvenue de M. Deschaseaux, maire de Plombières, et le discours inaugural du professeur Carnot, ont pris successivement la parole les professeurs Rathery et Villaret, le docteur Maingot, les professeurs Cade, Duhot et Gunzburg.

**I. Les colites amibiennes et post-dysentériques.** — Rapport des professeurs CARLES et BONNIN (de Bordeaux). — Le système dysentérique n'est, dans l'amibiase, que l'épisode initial ou épisodique d'une infection parasitaire qui détermine les attaques de dysenterie (colo-rectites basses) ou de colite muco-sanglante (colite haute). Celles-ci relèvent de la thérapeutique anti-amibienne.

La détermination des colites « post-amibiennes » ou plutôt « sur-amibiennes » est rendue plus délicate par suite de la quasi-incurabilité de l'infection amibienne. Il semble qu'à l'action destructive très locale de l'amibe s'associe celle d'autres facteurs :

- 1° Des bactéries et leurs toxines ;
- 2° Des protozoaires parasites ;
- 3° Des actions autotoxiques et une foule d'actions nocives obscures d'ordre anaphylactique ou allergique favorisées par une muqueuse ulcérée ou insuffisante ;
- 4° Des dystrophies viscérales, des périviscérites, des entéronévrites ou entéronévroses.

Cette colite sur et post-amibienne relève du traitement non spécifique (crénothérapie en particulier).

**II. Les colites à lamblas et à trichocéphales.** — Rapport de M. le professeur agrégé M. BRÛLÉ. — La lambliaze intestinale aiguë des pays chauds rappelle l'amibiase et s'y associe souvent.

En France, les colopathies chroniques dues à la présence dans l'intestin de lamblas ou de trichocéphales sont assez fréquentes et souvent méconnues, d'où la nécessité de l'examen coprologique dans toute colopathie. S'il existe des kystes de lamblas, le traitement arsenical devra toujours être institué et donnera souvent de bons résultats.

Par contre, la présence de rares œufs de trichocéphales est banale (porteurs sains de parasites) et seule une infestation abondante témoigne d'un rôle pathogène.

La symptomatologie de ces deux parasitoses est singulièrement analogue : les troubles de l'évacuation intestinale restent souvent au second plan et les douleurs abdominales ou thoraciques de sièges divers, les troubles dyspeptiques, les brusques poussées douloureuses et fébriles, la fièvre prolongée, qui dominent souvent le tableau clinique, risquent de faire errer le diagnostic.

Au point de vue thérapeutique, si on peut, en général, promettre de bons résultats dans la lambliaze, il n'en est pas toujours de même dans la trichocéphalose.

*Discussion du rapport de M. Brûlé.* — M. MORÉNAS (Lyon). Dans les manifestations de la lambliaze, la colite joue un rôle restreint, voire nul ; les lamblas ne se rencontrent que dans le duodénum et dans les régions où le contenu de l'intestin est liquide.

M. CARLES (Bordeaux). La lambliaze donne souvent de l'entérite, la colopathie est quelque chose de surajouté.

L'infection secondaire est la chose la plus importante au point de vue pronostic et thérapeutique.

M. CARNOT. La lambliaze donne souvent des phénomènes hauts ; il est difficile de savoir si elle ne joue pas seulement un rôle accessoire ; elle réagit peu à la thérapeutique.

M. JUSTIN-BESANÇON. Il faut séparer nettement la guérison parasitologique (exceptionnelle) de la guérison clinique (habituelle).

M. LOEPER insiste sur le rôle important de l'entéro-névrisme dans la lambliaze et dans l'amibiase.

M. BRÛLÉ. Il est difficile en clinique de séparer ce qui revient à l'intestin grêle et au côlon. La thérapeutique de la lambliaze donne des résultats cliniques et doit être complétée par une cure intestinale d'ordre général.

**III. Les typho-colites tuberculeuses.** — Rapport de M. le docteur André CAIN (de Paris). — Chez les tuberculeux pulmonaires, en activité ou non, les troubles digestifs fréquemment observés sont souvent l'expression de lésions ulcéreuses. Celles-ci sont surtout marquées sur le cæcum et le côlon droit, mais peuvent siéger sur tout le cadre colique, voire sur le rectum. Elles débutent toujours au voisinage de la valvule iléo-cæcale, comme le montrent les constatations opératoires ou nécropsiques.

Les signes de début, souvent atypiques et intermittents, peuvent être d'ordre dyspeptique (diarrhée résistante, hémorragie intestinale) ou d'ordre général.

L'examen radiologique montre l'hypermotricité colique souvent associée à la stase iléale, et surtout des signes directs de grande valeur (cæcum tronconique, à bords déchiquetés, signe de la valvule). Ceux-ci permettent d'affirmer ou d'infirmer le diagnostic de tuberculose cæcale.

La typhocolite ulcéreuse est au-dessus des ressources chirurgicales ; on a préconisé l'actinothérapie.

*Discussion du rapport de M. Cain.* — M. PIÉRY (de Lyon) croit qu'on pourrait, sur des arguments cliniques, étendre le cadre de la colite tuberculeuse à un certain nombre de colopathies observées par lui chez des tuberculeux latents ou de petits tuberculeux.

M. G. MAINGOT (de Paris) a mis en évidence des modifications intestinales précoces par une méthode radiologique de précision : réplétion de l'intestin avec une solution flocculante, puis radiographie du côlon rempli, du côlon évacué, et du côlon insufflé. Les deux derniers temps permettent d'étudier les modifications de la muqueuse, d'en préciser l'étendue et de connaître les réactions de l'intestin à distance des foyers tuberculeux.

M. CAIN fait des réserves sur l'interprétation des images (troubles de la motilité).

**IV. La Sprue.** — Rapport des docteurs AUGIER père et fils (de Nice). — La sprue, longtemps considérée comme tropicale, a été décrite successivement dans toute la zone tempérée de l'hémisphère Nord.

Un certain nombre de ses symptômes (comme la stomatite aphteuse, l'achylie, l'anémie, la pigmentation) se retrouvent dans les maladies par carence. L'étude des bilans alimentaires montre que l'absorption intestinale des graisses, bien qu'elles soient normalement dédoublées, est insuffisante. La déviation du métabolisme minéral rappelle celle de l'ostéomalacie : le métabolisme basal est élevé (ce fait est rapproché par les auteurs de ce qui a été observé chez des animaux carencés en vitamine A).

Les auteurs concluent que la sprue est une carence par absorption uni ou polyvalente due à un trouble fonctionnel du grêle, par suite de lésions coliques antérieures (souvent amibiennes aux colonies).

(1) Association de la Presse médicale française.

**V. Recto-colites hémorragiques et purulentes.** — Rapport de MM. les docteurs BENSUADE et RACHET (de Paris). — Les auteurs (qui ont pu suivre 66 malades atteints de cette affection) insistent sur la nécessité de limiter le syndrome aux seuls cas où l'étiologie est absolument inconnue, éliminant ainsi tous ceux où l'on trouve un germe spécifique. Ils rappellent les caractères cliniques essentiels des diverses formes de l'affection dont ils montrent les aspects anatomiques sur des coupes personnelles.

Puis ils discutent la valeur des diverses causes invoquées, dont aucune n'a encore fait sa preuve. Le terrain leur semble jouer un grand rôle, quoique encore imprécis.

Des traitements multiples ont été proposés avec des résultats variables ; les auteurs préconisent l'auto-hémothérapie, les applications locales de vitamine A qui leur ont donné parfois des résultats encourageants, et sont sceptiques quant aux résultats du traitement chirurgical dans l'immense majorité des cas.

**VI. La fausse diarrhée homogène.** — Rapport des docteurs J.-Ch. ROUX et GAIFFA (de Paris). — Il existe une forme de colite qui se traduit uniquement par l'hypersécrétion de liquide aqueux par le côlon terminal ; les matières sont ainsi diluées, réalisant une diarrhée sans accélération du transit colique.

Cliniquement, la différenciation en est difficile avec les diarrhées vraies.

Par contre, à l'examen coprologique, on constate l'absence de cellulose, d'amidon et de la flore iodophile.

La fréquence de cette fausse diarrhée est grande et son traitement (régulation intestinale surtout), souvent contraire à celui des diarrhées vraies, ne peut être institué que si l'examen coprologique a été pratiqué.

**VII. Formes cliniques des colites de l'enfance.** — Rapport du professeur LEENHARDT et du docteur BOUCOMONT (de Montpellier). — Les colites de l'enfance ne sont pas isolées comme manifestations cliniques ; en général, elles font partie d'un véritable syndrome gastro-entérocolique difficile à dissocier.

Il convient donc de décrire un « syndrome colique » chez l'enfant au cours de diverses affections du tube digestif.

Certaines formes sont cependant assez nettes pour prêter à une description clinique. Telles sont : la forme aiguë simple, la colite dysentérique, l'entéocolite muco-membraneuse, la typhocolite.

Leur étiologie comprend :

a) *Des causes habituelles* : nervosisme, appendicite, toxoinfection alimentaire ;

b) *Des causes spéciales à l'enfance* : végétations adénoïdes, mauvaise mastication, surmenage. Leur thérapeutique doit être avant tout hygiéno-diététique, le régime doit être suffisant au point de vue énergétique.

*Discussion du rapport de MM. Leenhardt et Boucomont.* — M. LESNÉ préfère le terme de « réaction coliques », car on les observe souvent en dehors de toute infection (sevrage, dyspepsie lactée, dyspepsie des farineux). Les réactions coliques allergiques sont fréquentes (alternance avec d'autres manifestations similaires ; apparition au cours d'accidents sériques ou sous l'influence de causes minimes).

Un diagnostic délicat peut se poser dans tous ces cas avec le polype rectal haut situé.

M. GAIFFA (de Paris). Chez 90 p. 100 des enfants normaux, on observe un excès de fermentations qui peuvent s'exagérer jusqu'à la colite irritative sous l'influence de causes diverses.

M. LEENHARDT insiste sur le rôle provocateur important de l'alimentation forcée.

**VIII. Diagnostic coprologique des colites.** — Rapports des professeurs JOYEUX et MONGES (de Marseille). — La coprologie apporte une contribution importante pour le diagnostic des colites :

*Diagnostic anatomique*, par l'étude des produits pathologiques extériorisant la lésion et variables suivant les cas (colite irritative, exsudative, ulcéreuse).

*Diagnostic topographique*, d'après le mélange plus ou moins intime de ces produits et des selles et le degré variable de leur altération.

*Diagnostic physiologique*, par la recherche des signes d'insuffisance digestive, des troubles de la motricité, des variations de l'équilibre fermentation-putréfaction.

*Diagnostic étiologique* enfin, par les recherches bactériologiques et parasitologiques.

a) La *bactériologie* met quelquefois en évidence le germe spécifique ; souvent cependant on n'en peut tirer de conclusions fermes.

b) L'*examen parasitologique* doit être demandé chaque fois que la nature non parasitaire n'est pas établie de façon certaine (beaucoup d'helminthes et de protozoaires ne sont pas nécessairement pathogènes).

Enfin les méthodes de réactivation, le tubage duodénal, le prélèvement direct au niveau des lésions grâce à l'endoscopie seront souvent indispensables.

**IX. Les réactions à distance dans les colites.** — Rapport du professeur agrégé JUSTIN-BESANÇON et du docteur CACHERA (de Paris). — Les auteurs laissent volontairement de côté les réactions infectieuses et anaphylactiques.

Ils décrivent les réactions *digestives*, *hépato-biliaires* et *cardio-vasculaires* des colites.

Puis ils développent les données pathologiques, apportant à la question une contribution expérimentale personnelle.

a) En ce qui concerne les *réactions digestives*, les auteurs rappellent le réflexe intestino-intestinal d'Hermann et Morel et l'hyperkinésie réflexe au spasme du côlon observée par eux chez le chien.

b) Les *réactions hépatiques* sont de deux ordres :

Réflexe (variations de volume du foie par distension colique) ;

Humoral, et les auteurs rappellent l'action toxique sur le foie et la circulation portale de substances élaborées dans le côlon (histamine en particulier).

c) Les *réactions cardio-vasculaires* (rythme, pression artérielle) reconnaissent aussi la même double origine :

Réflexe, de sens variables, reproduites par l'expérimentation ;

Toxique (pour les variations tensionnelles notamment).

Les auteurs terminent par une synthèse de ces notions et une étude de voies et agents d'excitation des réflexes en jeu.

**X. Les manifestations ano-rectales au cours des colites chroniques.** — Rapport des docteurs P. OURY et P. CHEIX (de Paris). — Les auteurs insistent sur les faux tableaux de colites que réalisent des lésions rectales authentiques et sur la nécessité de distinguer rectite, recto-colite, et colite.

Puis ils décrivent les manifestations rectales de colites chroniques qui sont susceptibles d'entraîner des hémorragies et de retentir gravement sur l'état général.

La plupart de ces manifestations sont liées à des *hémorroïdes* ou à leurs complications (intrication fréquente des deux terrains) ; d'autres, comme les *névralgies ano-rectales* et le *prurit*, semblent sans substratum anatomique.

La thérapeutique doit en être menée de pair avec celle de la colite ; le traitement local doit être sédatif et correcteur ; les *agents physiques* (diathermie, haute fréquence) et les injections modificatrices ont un rôle important.



**XI. Les signes radiologiques de l'appendicite chronique.**

— Rapport des docteurs P. JACQUET et GALLY (de Paris). — Ce diagnostic radiologique repose sur trois signes : l'engorgement baryté idéal à la sixième heure, l'irritabilité rétractile du cæcum, l'existence d'un point douloureux nettement localisé au défilé iléo-cæcal, plus rarement à l'appendice.

Ce syndrome, qui traduit l'irritation chronique du carrefour inférieur, est tel que, chaque fois qu'il a été constaté, on a trouvé des lésions macroscopiques évidentes de l'appendice. Toute inflammation du carrefour, née sur place ou propagée, peut le réaliser.

Les indications apportées par ces signes radiologiques sont d'ordre purement fonctionnel et ne préjugent nullement des manifestations cliniques.

L'observation d'appendiculaires chroniques au début montre que l'affection commence par une typhlite initiale.

En clinique, l'appendicite est tantôt masquée par une typhlocolite avec ou sans cholécystite, tantôt prédominante (algies spontanées locales, vomissements réflexes, crises entéralgiques).

Les modalités thérapeutiques sont subordonnées aux manifestations cliniques et non à la radiologie.

*Discussion de ce rapport.* — M. BERNAY (de Lyon). Il est possible dans la majorité des cas de différencier les signes de la tuberculose iléo-cæcale et ceux de l'appendicite.

Dans la tuberculose on observe en effet : la stase iléale associée à l'hyperkinésie colique ; le cæcum petit, tronconique, à bords déchiquetés, et surtout, le signe de la valvule.

M. PIOT (de Paris). Ces signes traduisent la souffrance du carrefour inférieur et peuvent aussi bien accompagner, après appendicectomie, une périviscérite.

M. SARAZIN (Genève). Il convient d'étudier aussi les signes directs appendiculaires, avec des techniques spéciales (voie orale, lavement), que l'auteur décrit.

On peut aussi en déterminer la situation, la forme, la fixité, les angulations, les irrégularités de calibre, l'appendiculostase (valeur seulement après quarante-huit heures).

**XII. Le relief interne de l'intestin dans la radiologie des colites.** — Rapport du professeur GILBERT et des docteurs KADRKA et BABIANTZ (de Genève). — Les ressources des épreuves classiques sont restreintes pour les colites et montrent les seuls signes indirects (en dehors des formes ulcéreuses).

L'examen du relief interne *en couche mince*, au moyen d'un colloïde opaque, a permis de réaliser de sensibles progrès.

Les signes fournis sont de trois ordres :

Modifications morphologiques du relief interne ;

Modifications du contenu intestinal et de l'état de propreté de la muqueuse ;

Modifications de la paroi colique dans ses couches profondes.

Les auteurs étudient les divers éléments sémiologiques directs et indirects qui en découlent.

Cette méthode offre de grandes possibilités qui dépendent beaucoup de la préparation du malade et de l'entraînement du spécialiste.

**XIII. Evolution de la thérapeutique plombiéroise.**

— Rapport du professeur PERRIN. — L'auteur souligne l'évolution vers la spécialisation de la station (troubles intestinaux, affections rhumatismales, syndromes entéro-génitaux).

Puis il étudie les diverses modalités d'exécution et leur évolution à travers les âges.

**sirop<sup>®</sup> roche<sup>®</sup>**  
au thiocol

toutes les  
affections  
des voies  
respiratoires

Produits F. HOFFMANN-LA ROCHE & C<sup>ie</sup>  
10, Rue Crillon — PARIS

**XIV. Cure de Plombières et système organo-végétatif.** — Rapport du professeur SANTENOISE, du professeur agrégé MERKLEN et du docteur VIDACOVITSH (de Nancy). — La cure intervient sur la régularisation tout entière de la motricité intestinale, elle supprime l'hypertonie et calme les états spasmodiques, diminue l'excitabilité du sympathique et l'action inhibitrice de l'adrénaline, accroît l'excitabilité vagale et l'action de l'acétylcholine.

**XV. Les syndromes colitiques dans le dolichocôlon.** — Rapport du professeur agrégé CHIRAY et du professeur LEBON (d'Alger). — La colite marque souvent le début clinique du dolichocôlon, jusqu'alors latent.

Quand elle s'exagère, cette colite se traduit, soit par de la diarrhée généralement acide, soit, du fait des spasmes, par de l'exagération de la constipation, de la rétention gazeuse et des phénomènes réflexes.

Des douleurs abdominales continues ou paroxystiques, une intolérance paradoxale aux purgatifs et aux lavements accompagnent par ailleurs cette colite qui exagère des phénomènes d'intoxication habituels.

Quand on l'a reconnue, il convient de préférer la colectomie en trois temps à la colectomie en un temps (elle compromet la solidité des sutures).

**XVI. Les syndromes colitiques et les tumeurs du côlon.** — Rapport du D<sup>r</sup> LAMBLING (de Paris). — A côté des troubles mécaniques dans les tumeurs du côlon, il convient de distinguer les phénomènes d'ordre inflammatoire, plus rarement observés comme signe de début, depuis que la radiologie permet des diagnostics plus précoces ; l'infection secondaire peut réaliser des tableaux comparables à ceux observés dans les colites aiguës.

Le rôle des infections dans la genèse des tumeurs malignes est difficile à préciser : la diverticulite semble devoir être mise hors de cause ; les adénomes inflammatoires (bilharziose, amibiase, etc.) apparaissent au contraire comme des lésions intermédiaires.

Il y a encore, d'ailleurs, à ce sujet, peu d'observations probantes.

(A suivre.)

CATINAT.

## CORRESPONDANCE

### CONFÉDÉRATION DES SYNDICATS MÉDICAUX FRANÇAIS

Paris, le 9 octobre 1935,

Monsieur le Rédacteur en chef,

J'ai l'honneur de vous prier de porter à la connaissance de vos lecteurs les indications suivantes :

#### POUR LE BON PAIN

Du 20 octobre au 15 décembre sera fabriqué et mis en vente à Paris chez un boulanger par arrondissement (ce boulanger étant le Syndic habilité par la Chambre syndicale de la Boulangerie), du « bon pain » provenant de blés exclusivement français, — farine ayant une haute teneur en gluten sec (11 à 12 %).

Cet essai est effectué sous une forme rigoureusement anonyme.

Ceux qui désireront en consommer demanderont à ces boulangers le pain du Syndicat de la Boulangerie, pain actuellement en expérience.

Ce pain dont la saveur est agréable et la conservation excellente, réalise au mieux les desiderata exprimés par les hygiénistes et les médecins qui se sont occupés de la question.

Nous engageons vivement les médecins parisiens à faire eux-mêmes, et à faire faire autour d'eux un essai de ce pain et d'adresser à la Confédération des Syndicats médicaux telles remarques qui leur paraîtront judicieuses au sujet de cette expérience.

Ci-dessous la liste des boulangers — fournie par la Chambre syndicale de la Boulangerie — qui fabriqueront le « pain d'expérience » du 20 octobre au 15 décembre.

Liste par arrondissements et circonscriptions. — 1<sup>er</sup> arr. : M. Issanchou, 318, rue Saint-Honoré ; — 2<sup>e</sup> arr. : M. Métivier, 4, rue des Petits-Carreaux ; — 3<sup>e</sup> arr. : M. Bertin, 183, rue du Temple ; — 4<sup>e</sup> M. Tarrier, 14, rue des Nonnains-d'Hyères ; — 5<sup>e</sup> arr. : M. Fabry, 11, rue Frédéric-Sauton ; — 6<sup>e</sup> arr. : M. Baranger, 25, rue Dauphine ; — 7<sup>e</sup> arr. : M. Hercent, 18, rue du Bac ; — 8<sup>e</sup> arr. : M. Aumoine, 111, boulevard Haussmann ; — 9<sup>e</sup> arr. : M. Derain, 41, boulevard de Clichy ; — 10<sup>e</sup> arr. : M. Rivierre, 126, Faubourg-Saint-Martin ; — 11<sup>e</sup> arr. : M. Evrard, 26, avenue Parmentier ; — 12<sup>e</sup> arr. : M. Martineau, 26, rue Erard ; — 13<sup>e</sup> arr. : M. Laboue, 4, boulevard de la Gare ; — 14<sup>e</sup> arr. : M. Sandré, 81, avenue d'Orléans ; — 15<sup>e</sup> arr. : M. Deno-jean, 1, rue du Général-Beuret ; — 16<sup>e</sup> arr. : M. Chevet, 33, rue Lauriston ; — 17<sup>e</sup> arr. : M. Filassier, 10, rue Brochant ; — 18<sup>e</sup> arr. : M. Galy, 64, rue Championnet ; — 19<sup>e</sup> arr. : M. Garrivet, 100, avenue Simon-Bolivar ; — 20<sup>e</sup> arr. : M. Rocher, 77, rue d'Avron.

30<sup>e</sup> circons., Bagneux : M. Naissant, 16, place de la République ;

Bois-Colombes : M. Guilliée, 53, rue des Bourguignons ;

21<sup>e</sup> circons., Boulogne : M. Tibor, 78, rue du Vieux-Pont-de-Sèvres ;

28<sup>e</sup> circons., Charenton : M. Pegaz-Blanc, 20, avenue Jean-Jaurès ;

22<sup>e</sup> circons., Clichy : M. Leyrahoux, 47, boulevard Jean-Jaurès ;

25<sup>e</sup> circons., La Courneuve : M. Legendre, 8, rue de la Convention ;

27<sup>e</sup> circons., Nogent-sur-Marne : M. Nass, 138, Grande-Rue ;

26<sup>e</sup> circons., Pavillons-sous-Bois : M. Schoeffter, 32, avenue Victor-Hugo ;

24<sup>e</sup> circons., Saint-Denis : M. Langin, 19, rue Jean-Jaurès ;

29<sup>e</sup> circons., Vitry : M. Georges, 18, avenue du Chemin-de-Fer.

La Confédération des Syndicats Médicaux français.

Je vous remercie à l'avance et vous prie de croire, Monsieur le Rédacteur en chef, à mes sentiments très dévoués.

Le Secrétaire général :

P. CIBRIE.

## ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

### THESES

Lundi 14 octobre. — Jury : MM. Léon Binet, président ; Lemierre, Moreau, Turpin. — M. DELAROCHE. Typho-bacillose et sérum de Jousset. — Mlle COMBY. Syndromes encéphaliques au cours des maladies infectieuses de l'enfance.

Mardi 15 octobre. — Jury : MM. Cunéo, président ; Mathieu, Tanon, Hovelacque. — M. BRÉA. Etude des fibromyomes de l'espace de Retzius.

Jury : MM. Bezançon, président ; Laignel-Lavastine, Rothery, Huguenin. — M. GERMENOT. Etude de la virulence du pneumocoque dans les méningites sans réaction leucocytaire. — M. DUBOIS. Etude des températures locales dans les névrites et les paralysies périphériques.



# ARMANITE

*Manganite d'Argent*

**BACTÉRICIDE**

**NON TOXIQUE**

**KERATOPLASTIQUE**

Suspension aqueuse (1% et 0,5%)

Ovules (gynécologie et urologie)

Pommade — Poudre

(ulcères, brûlures, infections cutanées)

LABORATOIRES DE L'ARMANITE : 1 & 3, VILLA SAINT-MANDÉ - PARIS (12<sup>e</sup>)

Téléphone :  
Diderot 00-53

**Pour vous, Docteur, et pour les vôtres!..**



Un petit déjeuner, un goûter,  
un suraliment parfait, à base  
de farines de céréales, de  
lait, de sucre et de cacao

**NESCAO**  
PRÉPARÉ PAR NESTLÉ

En désirez-vous, Docteur, une boîte-échantillon ?  
NESTLÉ, 6, avenue Portalis, PARIS, se fera un plaisir  
de vous l'envoyer.

TOUTES les Affections du **FOIE** et du **REIN** :

1 à 2 capsulines à chacun des deux principaux repas de :

# CAPARLEM

HUILE DE HAARLEM (au Juniperus Oxycedrus)

QUALITÉ INCOMPARABLE ET ACTIVITÉ INSOUPECONNÉE

Laboratoire Lorrain de Produits Synthétiques purs

— **ETAIN** (Meuse)

## NOTES POUR L'INTERNAT

FRACTURES DE LA BASE DU CRANE<sup>1</sup>

## EVOLUTION ET PRONOSTIC DANS LES PREMIERS JOURS

Dans les cas de moyenne gravité, le plus souvent le blessé sort du coma progressivement en 2, 3 jours ; en reprenant conscience, il accuse une *céphalée plus ou moins violente*. C'est à ce moment que deviendront bien évidentes, facilement extériorisables, les paralysies des paires crâniennes.

Celle du facial ;

Celle du VI entraînant un strabisme interne ;

Celle du III, plus rare, qui amène un strabisme externe et du ptosis.

Les écoulements de sang par les orifices naturels ont été progressivement remplacés par ceux de liquide céphalo-rachidien dont l'issue est discontinue, se renforçant également aux efforts de toux, et dont la quantité est abondante.

Du 2<sup>e</sup> au 5<sup>e</sup> jour vont apparaître des signes rationnels tardifs de la fracture : ce sont les *ecchymoses*. Elles peuvent être :

Mastôidiennes ;

Cornéenne, dont il faut souligner les caractères :

Cornéenne avant d'être conjonctivale, rouge, et déclive, entourant en croissant la partie inférieure de la pupille et s'accroissant excentriquement par les cornes.

Pharyngée, plus ou moins étendue ; d'ailleurs inconsistante. En supposant qu'il ne soit pas survenu de complications, l'évolution se fait lentement vers la guérison, en 3 semaines, environ. Des séquelles peuvent subsister, même en dehors de toute complication encéphalo-méningée.

## FORMES CLINIQUES

Nous nous bornerons à esquisser les variétés de fractures de la base du crâne selon la topographie du trait de fracture :

— *Fracture de l'étage antérieur.*

Secondaire le plus souvent à une chute sur le front. Elle est marquée par l'existence :

D'une épistaxis ;

D'ecchymoses cornéennes ;

De paralysies des N. moteurs de l'œil et même du N. optique.

— *Fracture de l'étage moyen* : le plus souvent fracture du rocher parallèle à l'axe.

Le choc est temporo-pariétal.

L'otorragie est abondante ; il n'y a pas ou peu de paralysie faciale ; pas de lésion de la VII<sup>e</sup> paire.

— *Fracture de l'étage postérieur.*

La chute est occipitale.

L'otorragie est minime dans cette fracture perpendiculaire ou oblique du rocher.

La paralysie faciale est pour ainsi dire de règle.

L'ecchymose tardive, mastôidienne est fréquente.

— *Fracture sans coma.* — Avec un minimum de signes de commotion cérébrale. La fracture de la base chez l'enfant reste dans la plupart des cas de bon pronostic. Elle est beaucoup plus fréquente qu'il n'est classique de le dire.

## LES COMPLICATIONS

Elles sont marquées par une symptomatologie touffue dont il est souvent bien difficile d'apprécier à sa valeur cha-

cun des éléments ; nous diviserons l'étude clinique de ces complications en :

— Complications survenant avant les 48 heures ;

— Complications après les 48 heures ;

— Complications plus tardives.

A. — *Complications dans les 36 à 48 premières heures*

Etudions tout d'abord les accidents diffus.

Ils sont de gravité fort variable :

— Dans les cas graves :

Le coma est intense et s'accompagne souvent d'agitation.

Les signes d'excitation pyramidale sont présents.

La température est élevée, parfois d'emblée, plus souvent de façon progressive.

La respiration est ralentie et peut prendre (ce qui est signe de très grave pronostic) le rythme de Cheynes-Stockes.

— Dans les cas de moyenne gravité :

Ce sont les plus fréquents dans lesquels on note l'absence de signes de localisation et le plus souvent l'évolution vers la guérison.

— Enfin, il est des cas où la symptomatologie est très réduite, marquée seulement par une *céphalée plus ou moins violente*. Dans ces cas, la P. L. n'est justifiée que pour mesurer la tension du liquide C.-R. (position couchée) et d'en voir les variations en cas d'aggravation.

A côté des accidents diffus, une très grande place doit être faite aux accidents de compression localisée :

Liés au développement d'un hématoïde extra-dural, sous-dural ou même intracérébral, ils sont curables chirurgicalement.

Leur tableau clinique peut être caractéristique :

L'intervalle libre : le blessé était dans le coma, il en sort ; il y retombe progressivement.

Apparaissent des signes d'aggravation progressive de compression céphalée, obnubilation progressive.

Ralentissement du pouls qui tombe à 60, 50, vomissement.

Des signes de localisation qu'il faut d'ailleurs savoir discuter :

Mydriase, paralysie croisée, signes d'excitation pyramidale. Ce qui est très important dans ce tableau, c'est l'accentuation des signes d'heure en heure.

Mais très souvent le tableau est moins caractéristique.

L'intervalle libre est absent ou très court (ce qui est de mauvais pronostic) ; les signes de localisation peuvent faire défaut. Là encore, demeure très important le caractère progressif de l'évolution. Il est enfin nécessaire de préciser le côté de l'hématome et son siège en profondeur si possible (pronostic).

L'hématome extra-dural amène un intervalle court ; il y a prédominance de signes d'inhibition cérébrale ; les signes de localisation sont relativement nets et assez précis.

L'hématome intra-dural entraîne un intervalle libre plus long, souvent passant inaperçu ; l'aggravation se fait par étapes ; les signes d'irritation corticale prédominent ; les signes de localisation sont souvent très diffus.

Ces différences n'ont rien d'absolu : il existe en effet des hématomes mixtes intra et extra-duraux communiquant par un orifice au travers de la dure-mère.

Quant à l'hématome intra-cérébral, il n'a pas de caractères propres sinon que d'entraîner des accidents très tardifs ; et si lors d'une trépanation décidée sur l'existence de signes certains de compression localisée, on ne trouve pas d'hématome, on est en droit de ponctionner l'encéphale, profitant du moindre indice d'altération du cortex.

(A suivre.)

ROGER-JEAN CHEVALLIER.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

(4) Suite. — Voir Gaz. des hôpit., 1935, n° 81, p. 1374.



# céréossine

## Minéralisateur complet

Parathyroïdine

Vitamines D

## Reconstituant physiologique

Phytophosphine

Hémoglobine

Nucléines

CÉRÉOSSINE

Simple

Cachets  
Granulés  
Poudre  
Comprimés

Irradiée

Cachets  
Granulés

Méthylarsinée

Galacolée

Cachets

Présence de  
Vitamines  
biologiquement  
contrôlée



fixe le Calcium

### POSOLOGIE

Cachets, Poudre  
(par cuill. à café)

Adultes, 2  
Enfants, 1

Comprimés

Adultes, 4  
Enfants, 2

Granulés  
(par cuill. à café)

Adultes, 4  
Enfants, 2  
Nourrissons, 1

Echantillons: Laboratoires DEHAUSSY, 66, Rue Nationale, 66 Nord (LILLE).

LE DIURÉTIQUE RÉNAL PAR EXCELLENCE

# SANTHÉOSE

LE PLUS FIDÈLE, LE PLUS CONSTANT, LE PLUS INOFFENSIF DES DIURÉTIQUES

SES QUATRE FORMES

**PURE**

Le médicament régulateur par excellence, d'une efficacité sans égale dans l'artério-sclérose, la présclérose; l'albuminurie, l'hydropisie, l'urémie.

**PHOSPHATÉE**

L'adjuvant le plus sûr des cures de déchloruration et de désintoxication de l'organisme, dans la neurasthénie, l'anémie et les convalescences.

**CAFÉINÉE**

Le médicament de choix des cardiopathies, fait disparaître les œdèmes et la dyspnée, renforce la systole, régularise le cours du sang.

**LITHINÉE**

Le traitement rationnel de l'arthritisme et de ses manifestations; jugule les crises, enrayer la diathèse urique, solubilise les accidents urinaires.

DOSES: 2 à 4 Cachets par jour. — Ces cachets sont en FORME DE CŒUR et se présentent en boîtes de 24.

PRODUIT FRANÇAIS

4, rue du Roi-de-Sicile — PARIS —

PRODUIT FRANÇAIS

**VOMISSEMENTS**

Vomissements de la grossesse

Mal de mer

Etats nauséux

ATONIE GASTRIQUE

# CETRAROSE

du Docteur GIGON  
à base d'Acide protocétrarique.

## MODE D'EMPLOI

20 à 30 gouttes en une fois sur un morceau de sucre ou dans un peu d'eau, dose pouvant être répétée plusieurs fois, sans dépasser 200 gouttes par 24 heures.

Laboratoire des Produits du Dr GIGON

A. FABRE, Pharmacien

25, Bd Beaumarchais - PARIS

THÉRAPEUTIQUE IODORGANIQUE &amp; RADIODIAGNOSTIC

## LIPIODOL LAFAY

Huile Iodée à 40 %

**Pour combattre**

Asthme  
Artériosclérose  
Lymphatisme  
Rhumatisme  
Algies diverses  
Sciatique  
Syphilis

**Pour Explorer**

Système Nerveux  
Voies respiratoires  
Utérus et trompes  
Voies urinaires  
Sinus nasaux  
Voies lacrymales  
Absès et fistules

Ampoules, Capsules, Emulsion, Comprimés

A. GUERBET & C<sup>ie</sup>, Pharmacien, 22, Rue du Landy — S'-OUEEN, près Paris.

MÉT- JEP-CARRÉ

## LE VALÉRIANATE DE PIERLOT

est NEUROTROPE

*Il se fixe de préférence sur la surface extérieure de la Cellule Nerveuse.*

Il reste toujours et malgré tout  
l'unique préparation efficace et inoffensive pour le cerveau et le cœur,  
résumant tous les principes *sédatifs et névrossthéniques* de la  
**VALÉRIANE officinale.**

H. RIVIER, Ph<sup>ien</sup>, Succ<sup>r</sup> de LANCELOT & C<sup>ie</sup>, 26 et 28, Rue Saint-Claude --- PARIS



La Lancette Française

## GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6<sup>e</sup>. Tél. : Danton 48-31.PUBLICITE : M. A. THIOILLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6<sup>e</sup>) - Téléph. : LITRÉ 54-93.

## PRIX DE L'ABONNEMENT

## FRANCE

3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.  
Etudiants : 25 francs par an.

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

## ETRANGER

Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.  
Tous les autres pays : 75 francs.

## SOMMAIRE

## REVUE GÉNÉRALE

Le facial sensitif périphérique au point de vue physiopathologique, par M. F. LÉVY.

CONGRÈS DES COLITES. (Fin. Compte rendu, par M. CATTINAT.)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MARSEILLE

Thèses soutenues pendant l'année 1934-1935.

## SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences. — Académie de médecine.

## INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Un super-doctorat en médecine, par M. A. HERPIN.

## REVUE DES THÈSES

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

## INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Epreuve écrite de pathologie médicale.* — Séance du 15 octobre. — Question donnée : « Signes, diagnostic et traitement de la méningite cérébro-spinale à méningocoques. »

Questions restées dans l'urne : « 1. Signes, diagnostic et complications de l'insuffisance aortique syphilitique. — 2. Signes, diagnostic et traitement des angines diphtériques. — 3. Question sortie. — 4. Symptômes et diagnostic des cancers du pancréas. — 5. Signes, diagnostic et traitement de la tuberculose des glandes surrénales. — 6. Diagnostic des hématomés. — 7. Symptômes, diagnostic et traitement du tétanos. — 8. Symptômes et diagnostic des cancers du foie. »

*Epreuve écrite de pathologie chirurgicale.* — Séance du 16 octobre. — Question donnée : « Fractures des corps vertébraux de la région dorso-lombaire. »

Questions restées dans l'urne : « 1. Question sortie. — 2. Diagnostic des lésions traumatiques fermées de la région de l'épaule. — 3. Complications des ulcères de la petite courbure de l'estomac. — 4. Diagnostic des pyuries chez la femme. — 5. Les abcès froids dans le mal de Pott. — 6. Diagnostic des occlusions chroniques de l'intestin. — 7. Examen, surveillance et indications thérapeutiques chez un blessé atteint de traumatisme de la région temporo-pariétale (plaies par armes à feu exceptées). — 8. Diagnostic et indications thérapeutiques dans les plaies pénétrantes de poi-

trine. — 9. Accidents et complications de l'avortement et leur traitement. »

Répartition du jury : *Anatomie.* — MM. Renard, Lian, Boidin, Sauvé et Leveuf.*Pathologie médicale.* — MM. Pagniez, Crouzon, Papillon, Ramond et Lamy. (M. Pagniez ayant donné sa démission le jury ne comprendra que quatre membres.)*Pathologie chirurgicale.* — MM. Portes, Cadenat, Desplas, Ombrédanne et Fèvre.Réunion du jury : *Anatomie.* — Séances ayant lieu à l'hôpital Necker : première séance, jeudi 17 octobre, à 21 h. Exceptionnellement cette semaine : samedi 19 octobre, de 17 h. à 20 h.; dimanche 20 octobre, à 9 h. En principe : lundi et mercredi, de 10 h. à 13 h.; mardi, de 17 h. à 19 h. 30; jeudi, à 21 h.; samedi, de 17 h. à 24 h.*Pathologie médicale.* — Séances ayant lieu à l'hôpital Beaujon-Paris : première séance, jeudi 17 octobre, à 17 h. 30. En principe : lundi, mardi, samedi, à 9 h. 30 (matin); mercredi, jeudi, vendredi, à 17 h. 30.*Pathologie chirurgicale.* — Séances ayant lieu à la salle des concours de l'administration, 49, rue des Saints-Pères : première séance, vendredi 18 octobre, à 16 h. 3/4. En principe : mardi, jeudi, samedi, à 9 h. 3/4; lundi, mercredi, vendredi, à 16 h. 3/4.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — GRENOBLE. — Un concours pour l'emploi de chef de travaux de chimie à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Grenoble s'ouvrira le jeudi 16 janvier 1936, au siège de ladite Ecole.

MARINE. — Les officiers supérieurs du Corps de sante dont les noms suivent ont été nommés aux fonctions ci-après :

Médecin chef de l'hôpital Sainte-Anne : M. le médecin en chef de 1<sup>re</sup> classe Plazy, professeur à l'Ecole d'application,

OUABAÏNE ARNAUD

LABORATOIRE NATIVELLE, 27, Rue de la Procession, PARIS (XV<sup>e</sup>)

médecin des hôpitaux maritimes, en remplacement de M. Le Coniac, admis à la retraite.

Professeur à l'Ecole d'application (chaire de clinique interne et pathologie exotique) et chef des services médicaux à l'hôpital Sainte-Anne : M. le médecin en chef de 2<sup>e</sup> classe Gouriou, médecin des hôpitaux maritimes, en service à Lorient, en remplacement de M. Plazy.

— Ont été nommés, après concours, à l'emploi de professeur aux écoles annexes de médecine navale de Toulon et Rochefort, les officiers du Corps de santé dont les noms suivent :

M. Badelon, médecin de 1<sup>re</sup> classe, pour l'Ecole annexe de Toulon.

M. Hebraud, médecin de 1<sup>re</sup> classe, pour l'Ecole annexe de Rochefort.

**ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE.** — Le XLV<sup>e</sup> Congrès de chirurgie, qui aura lieu en 1936, doit être présidé par M. Victor Pauchet (Paris).

L'assemblée générale de l'Association française de chirurgie vient de désigner M. Rouvillois (armée) pour la vice-présidence.

MM. Fredet (Paris) et Abadie (Oran) ont été élus membres du Comité.

**PRIX TAESCH.** — Le prix Taesch de 7.500 fr. a été attribué en 1935 à M. Jean Bernard, interne du docteur Paul Chevallier, à l'hôpital Cochin, à Paris.

**HOMMAGE AU DOCTEUR VICTOR CATHALA.** — M. Victor Cathala quitte les hôpitaux à la fin de cette année.

Un certain nombre de ses amis, collègues et élèves ont décidé de lui offrir, à cette occasion, une médaille commémorative.

Cette médaille lui sera remise dans une réunion intime qui aura lieu chez lui, 12, boulevard de Courcelles.

La souscription donnant droit à un exemplaire de la médaille est de 100 fr.

Prière d'envoyer la souscription au docteur Lantuéjoul, 57, avenue de Ségur, Paris (VII<sup>e</sup>), ch. postaux Paris 292-42.

**A LA MÉMOIRE DU PROFESSEUR GRANDCLAUDE.** — Le groupement odontotechnique de Paris a décidé, en vue de perpétuer la mémoire de Charles Grandclaude, professeur à l'Ecole odontotechnique, professeur à la Faculté de médecine de Lille, mort victime de son dévouement professionnel, de faire exécuter un bas-relief qui sera apposé dans le nouvel amphithéâtre de l'Ecole en attendant la construction d'une nouvelle salle pour le laboratoire de recherches biologiques qu'il a créé.

Une souscription est ouverte à cet effet. Tout souscripteur d'une somme de 40 fr. (pour les étudiants 30 fr.) recevra une réplique du médaillon.

Les souscriptions sont reçues par le docteur Gérard Maurel, 4, rue Lapérouse, Paris, ainsi qu'au secrétariat de l'Ecole, 5, rue Garancière, Paris.

En outre, au cours des prochaines Journées dentaires de Paris, qui auront lieu à l'Ecole odontotechnique fin novembre de cette année, une des séances de la Société odontologique de France sera consacrée à la mémoire du professeur Charles Grandclaude et à l'exposé de son œuvre par ses principaux collaborateurs.

**ASSOCIATION INTERNATIONALE DES MÉDECINS RADIES-THÉSISTES.** — La prochaine réunion de l'Association internationale des médecins radiesthésistes aura lieu le 26 octobre, à 20 h. 30, à la mairie du VI<sup>e</sup>, place Saint-Sulpice (rez-de-chaussée, salle Herbet).

**Ordre du jour.** — 1. Etude du statut légal de la radiesthésie médicale. — 2. Les remèdes à envisager contre

l'extension charlatanesque sous le couvert de la bio-radiesthésie. — 3. Etude radiesthésique des aliments. — 4. Présentation d'appareil : le châssis du docteur Naret (de Thonon). Ses applications aux recherches radiesthésiques de laboratoire. — 5. Où en est l'enquête de l'A. I. M. R. sur les radiations du sol.

(Médecins et vétérinaires seuls admis.)

Pour tous renseignements, écrire au secrétariat général de l'A. I. M. R., 9, rue Etex, Paris (XVIII<sup>e</sup>).

**COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.** — *Clinique d'accouchements et de gynécologie.* (Clinique Tarnier.) — M. le professeur Brindeau commencera son cours de clinique d'accouchements le samedi 9 novembre 1935, à 10 h. 30 du matin, et le continuera les mardis et samedis suivants, à la même heure.

**NÉCROLOGIE.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Duprat (de Bordeaux), victime d'un abordage de bateaux en Gironde.

**XXII<sup>e</sup> Congrès d'hygiène.** — Le XXII<sup>e</sup> Congrès d'hygiène aura lieu du 21 au 23 octobre, à l'Institut Pasteur à Paris et s'occupera particulièrement de l'hygiène et de la protection de la première enfance. Il sera suivi, le 23 octobre, d'une séance de la Société de météorologie médicale, filiale de la Société de médecine publique et de génie sanitaire.

Pour tous renseignements, s'adresser au docteur Dujarric de la Rivière, secrétaire général, à l'Institut Pasteur, rue Dutot.

## ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

**Mercredi 23 octobre.** — Jury : MM. Lemierre, président ; Loeper, Tanon, Etienne Bernard. — M. Bloch. Etude clinique de la méningite morbilleuse.

**Jeudi 24 octobre.** — Jury : MM. Roussy, président ; Guilain, Lereboullet, Leroux. — M. Briet. Du goitre exophtalmique et son traitement physiothérapique. — M. Turchini. Etude de l'ostéopsathyrose. — M. Paliou. Etude de l'épidémiologie de la méningite tuberculeuse chez l'enfant.

**Lundi 21 octobre.** — (Thèse vétérinaire). — Jury : MM. Tiffeneau, président ; Henry, Simonnet. — M. Soimu. Etude toxicologique et biologique de la nielle des blés.

## RENSEIGNEMENTS

**A VENDRE** soleil médical ultraviolet parfait état. — Ecrire : E. Dupuis, 60, avenue Champs-Élysées.

ANÉMIES  
DYSPEPSIES  
ANTITOXIQUE



DOSE: 4 à 6  
TABLETTES  
PAR JOUR

**BIOXYDE DE MANGANESE COLLOÏDAL. SELS MAGNÉSIENS**  
Laboratoire SCHMIT, 71 Rue Sainte-Anne, PARIS. 2<sup>e</sup>

Insomnies  
Toux nerveuse

**BROMÉINE MONTAGU**

Phosphopinal Juvin

Reconstituant général, est en Phosphore blanc ce que le Cacodylate est à l'arsenic

Littérature et Echantillons: 10, Impasse Milard, Paris (15<sup>e</sup>)



## MALADIE VEINEUSE ET SES COMPLICATIONS

## VEINOTROPE

## VEINOTROPE M COMPRIMÉS (masculin)

POUDRE DE PARATHYROÏDE.....	0.001
POUDRE ORCHITIQUE.....	0.035
POUDRE DE SURRÉNALES.....	0.005
POUDRE D'HYPOPHYSE (lob. post.).....	0.001
POUDRE DE PANCRÉAS.....	0.10
POUDRE DE NOIX VOMIQUE.....	0.005
EXTRAIT DE MARRON D'INDE.....	0.005
EXTRAIT D'HAMAMELIS VIRGINICA.....	0.01
POUR 1 COMPRIMÉ ROUGE	

## VEINOTROPE F COMPRIMÉS (féminin)

POUDRE DE PARATHYROÏDE.....	0.001
POUDRE D'OVAIRES.....	0.035
POUDRE DE SURRÉNALES.....	0.005
POUDRE D'HYPOPHYSE (lob. post.).....	0.001
POUDRE DE PANCRÉAS.....	0.10
POUDRE DE NOIX VOMIQUE.....	0.005
EXTRAIT DE MARRON D'INDE.....	0.005
EXTRAITS D'HAMAMELIS VIRGINICA.....	0.01
POUR 1 COMPRIMÉ VIOLET	

FORMULES

COMPRIMÉS : 2 AU LEVER ET 2 AU COUCHER,  
OU SUIVANT PRESCRIPTION MÉDICALE.  
3 SEMAINES PAR MOIS.

## VEINOTROPE POUDRE

EXTRAIT EMBRYONNAIRE.....	1 gr.
PROTÉOSES HYPOTENSIVES DU PANCRÉAS.....	3 gr.
CALOMEL.....	4 gr.
TALC STÉRILE. Q. S. pour.....	100 gr.

## LABORATOIRES LOBICA

46, AVENUE DES TERNES - PARIS  
25, RUE JASMIN - PARIS (16<sup>e</sup>)

POUDRE : TRAITEMENT DES ULCÈRES SIMPLES  
ET VARIQUEUX, DES PLAIES EN GÉNÉRAL

## NÉVROSES - INSOMNIES

LOBÉLIANE  
LALEUF

ANTISPASMODIQUE PUISSANT  
EXCLUSIVEMENT VÉGÉTAL  
GOÛT ET ODEUR AGRÉABLES  
ATOXIQUE

DOSE CALMANTE = 2 à 5 cuillerées à café par jour  
DOSE HYPNOTIQUE = 1 à 3 cuillerées à café le soir

ÉCHANTILLONS ET LITTÉRATURE  
LABORATOIRES LALEUF  
20 - RUE DU LAOS - PARIS (15<sup>e</sup>)

Nouvelle adresse : 51, rue Nicolo, PARIS (XVI<sup>e</sup>).



*La combinaison phosphorée  
organique la plus assimilable  
est celle des réserves végétales.*

*Le phosphore organique des plantes  
à chlorophylle se trouve intégralement  
transposé dans la **PHYTINE**  
forme naturelle, assimilable, du  
—— phosphore végétal ——*

# PHYTINE

PHOSPHORE

CALCIUM

MAGNÉSIE

# FERROPHYTINE

PHOSPHORE

FER

# QUININO-PHYTINE

PHOSPHORE

QUININE

Ces médicaments se présentent sous forme de :

**CACHETS**Phytine  
Ferrophytine**GRANULÉ**Phytine  
Ferrophytine**COMPRIMÉS**Phytine  
Quinino-phytine

LABORATOIRES CIBA — O. ROLLAND — 109-113, BOUL<sup>d</sup> DE LA PART-DIEU, LYON



## REVUE GÉNÉRALE

## LE FACIAL SENSITIF PÉRIPHÉRIQUE AU POINT DE VUE PHYSIOPATHOLOGIQUE

Par M. FERNAND LÉVY.

L'existence de fibres sensitives dans le nerf facial étant universellement admise, tous les physiologistes accordent qu'elles ne sont pas directes, et n'émanent point du nerf lui-même.

Cette *sensibilité indirecte ou d'emprunt* a été attribuée par les uns au trijumeau (Magendie, Longet), par d'autres au trijumeau et au plexus cervical (Lund, Eschricht), par certains aux rameaux auriculaires du pneumogastrique (Claude Bernard), par d'autres enfin, au glossopharyngien. Plus récemment, on a considéré que les rameaux sensibles du facial sont fournis par l'intermédiaire de Wrisberg.

Ce nerf serait la racine sensitive de la 7<sup>e</sup> paire, le ganglion géniculé étant l'homologue d'un ganglion rachidien. Le ganglion géniculé envoie vers le nerf facial les fibres de la corde du tympan, peut-être des fibres provenant des nerfs pétreux superficiels, et enfin des rameaux purement sensitifs, destinés à un territoire cutané de l'oreille externe (zone de Ramsay Hunt). Cette zone cutanée du ganglion géniculé forme, d'après R. Hunt, une « aire conique dont le sommet est représenté par la membrane du tympan, les parois par celles du conduit auditif externe, la base répondant à la conque, tracée par le tragus, l'antitragus, l'anthélix, la fosse de l'anthélix. » Si la dissection ne nous indique pas souvent la réalité anatomique de ce rameau sensitif, celle-ci est prouvée par les méthodes physiologiques expérimentales, soit d'extirpation du ganglion de Gasser (Krause), soit d'exérèse de la racine sensitive du trijumeau (Frazier et Spiller, Cushing), de suppression combinée de la racine sensitive du V et des 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> ganglions cervicaux (Cushing, Sherrington). Entre les zones d'anesthésie respectives du V et des nerfs cervicaux, on constate toujours une zone intermédiaire correspondant au conduit auditif externe, et paraissant dépendre du ganglion géniculé. Elle serait cependant plus restreinte que la zone décrite par R. Hunt ; elle se limiterait à la conque, au sommet de l'antitragus, à une partie de l'anthélix, à la fosse de l'anthélix.

L'existence de cette sensibilité auriculaire du facial, qui dépendrait du ganglion géniculé, si elle ne ressortit pas au IX ou au X, ne doit pas nous faire oublier la contribution certaine, indéniable et anciennement avérée du V à la sensibilité du nerf facial. Les deux nerfs échangent des anastomoses tronculaires et des anastomoses terminales, qui contribuent à la formation des *plexus de la face*.

Philippeaux et Vulpian, par la section du facial, avaient mis en évidence la présence de fibres restées saines et sensibles dans le bout périphérique, dégénéré en grande partie.

Arloing et Tripier reprennent ces expériences, et démontrent que la sensibilité récurrente du facial existe aussi bien chez les solipèdes que chez les carnassiers ;

qu'il faut la chercher surtout à la périphérie et qu'elle diminue d'autant plus qu'on remonte vers le tronc. « Dans tous les cas, la sensibilité du bout périphérique est due à la présence de tubes nerveux dont les relations avec les centres trophiques et perceptifs n'ont pas été interrompues par la section » et qui proviennent, pour le facial, du trijumeau. « Ces tubes récurrents remontent plus ou moins haut dans le tronc du nerf auquel ils sont accolés ; leur nombre diminue en allant de la périphérie vers le centre. »

Si maintenant on descend le trajet nerveux, on constate que les rameaux sensitifs et moteurs semblent se réunir et forment des *plexus*.

Il y a les intrications des filets frontaux du sus-orbitaire et du temporo-facial, du nerf sous-orbitaire et de celui de l'élévateur de la lèvre supérieure (*plexus sous-orbitaire*), du nerf buccinateur et du nerf buccal (*plexus buccal*), du nerf mentonnier et de celui des abaisseurs de la lèvre inférieure (*plexus mentonnier*). Il ne s'agit pas, à proprement parler, de véritables anastomoses termino-terminales comme le croyait Magendie, mais d'un double échange par accolement, dont la distinction est encore possible, du fait de la dissection (Frohse) ou de l'expérimentation anatomopathologique (Arloing et Tripier).

Il faut mentionner la théorie de Spiller, Ivy et Johnson, de Souques et Hartmann, qui ferait passer les fibres de sensibilité profonde de la face par le facial, le ganglion géniculé et l'Intermédiaire de Weisberg. On sait que les sensibilités profondes sont triples : barsthésie ou sensibilité à la pression, sensibilité musculaire, et pallesthésie ou sensibilité osseuse. On a signalé en effet, la conservation des sensibilités profondes faciales, après section de la racine postérieure du V. De l'avis même de ceux qui pensent que le facial pourrait conduire ces impressions profondes (Hartmann), leur passage par la voie sympathique n'est pas exclu (Jonesco). D'autre part, Cushing, Daria, Miller cités par G. Rebattu et ses collaborateurs, pensent que toutes les sensibilités passent par le trijumeau.

Il reste à démêler ce qui peut dépendre du système autonome.

*Ces liaisons anatomophysiologiques des deux nerfs permettent de comprendre le retentissement des affections du trijumeau sur le nerf facial et réciproquement du nerf facial sur le trijumeau.*

Il était autrefois classique de diviser la pathologie nerveuse de la face en troubles sensitifs dus au trijumeau et en troubles moteurs dus au nerf facial. On avait bien noté, et dans les névralgies du V des troubles moteurs, et dans les paralysies faciales des réactions sensitives, mais sans trop s'y arrêter. Il n'y a pas, en réalité, de cloisons étanches dans la pathologie des 5<sup>e</sup> et 7<sup>e</sup> paires qui s'associent fréquemment. Citons parmi ces états mixtes :

- 1° Les névralgies du trijumeau avec troubles moteurs des muscles de la face (tic douloureux) ;
- 2° Les paralysies faciales douloureuses, soit simples, soit associées à un zona ;
- 3° Les névralgies du nerf facial ;
- 4° Le spasme facial, lorsqu'il s'accompagne de douleurs ;
- 5° Les névralgies des plexus de la face.

**I. Névralgies du trijumeau avec troubles moteurs des muscles de la face.** — André, au XVIII<sup>e</sup> siècle, les a décrites sous le nom de *tic douloureux*.

Il y a dans ces cas fatalement réaction associée du V et du VII, puisqu'il existe à la fois des douleurs et des secousses musculaires.

En étudiant les modalités cliniques, il est facile de distinguer deux variétés, confondues par André :

a) Dans une première série de faits, il s'agit d'attitudes antalgiques. Ce sont de véritables grimaces, d'abord volontaires, ensuite réflexes. Ces distorsions sont des secousses toniques que la volonté peut arrêter.

b) Dans une seconde série de cas, qui constituent les vrais tics douloureux, les mouvements sont d'emblée involontaires et se traduisent par des secousses cloniques. Elles n'apparaissent pas dès le début de la maladie et ne se reproduisent pas à chaque paroxysme. Elles commencent et cessent avec l'accès douloureux. Elles débutent par de petites trémulations fibrillaires et partielles des muscles qui recouvrent le territoire sensitif qui souffre.

On les voit d'abord ordinairement autour des orifices : œil, nez, bouche.

Nous les avons notées surtout dans les névralgies du maxillaire supérieur.

Chez un de nos malades, revenant dans les paroxysmes, fines et menues, elles se limitaient exactement aux muscles situés dans le domaine sensitif du maxillaire supérieur. Elles n'obéissent aucunement à la volonté qui se montre incapable de les freiner.

Il est difficile de ne pas voir, dans cette variété morbide, une irritation propagée de la 5<sup>e</sup> à la 7<sup>e</sup> paire, au niveau des plexus de la face.

**II. Paralysies faciales douloureuses.** — Il en est deux formes, les unes simples, les autres accompagnées de zona.

a) *Paralysies faciales simples.* — Jobert de Lamballe avait mentionné, il y a longtemps, les paralysies faciales avec manifestations douloureuses. Webber dit les avoir retrouvées dans plus de 50 p. 100 des cas. Charcot, Bernhardt, Erb, Grasset, Augé, Dieulafoy les signalent. Testaz décrit la paralysie faciale douloureuse.

Neumann, Gellé, Despaigne, Lannois, Dauphin en publient des cas. Les douleurs sont tantôt préparalytiques, et disparaissent quand la paralysie s'installe, ou persistent après son apparition, tantôt l'accompagnent, tantôt enfin lui sont ultérieures. Parfois voisines du trou stylomastoïdien (mastoïdiennes, sous-mastoïdiennes, intra ou rétroauriculaires), elles en sont d'autres fois éloignées. Non seulement elles peuvent siéger dans la face (œil, front), mais aussi dans les gencives. Rarement, elles diffusent à tout le V et prennent le masque d'une névralgie trigémellaire symptomatique. Leurs caractères varient du tiraillement à l'élancement et à une explosion fusante.

b) *Paralysies faciales zostériennes* (Klippel et Aynaud). — On a soutenu qu'il n'y a pas de paralysie faciale douloureuse sans zona.

L'assertion est exagérée. C'est Letulle, qui le premier (1882) a établi une relation de cause à effet entre un zona de la face et une paralysie faciale homolatérale.

R. Hunt insistant sur le rôle sensitif du facial, individualise le *zona otitique* ou *zona géniculé*, qui volontiers s'accompagne de paralysie faciale. Souques et son élève E. Baudouin pensent que le *zona otitique* est l'unique cause des paralysies faciales zostériennes. Baudouin écrit même : « Lorsque la paralysie faciale coïncide avec un *zona facial*, *cervico-facial*, ou même paraissant uniquement cervical au premier abord, on peut être sûr de trouver en même temps que l'éruption des régions indiquées, un *zona otitique*, dont la présence expliquera les troubles moteurs... »

La paralysie faciale zostérienne est consécutive à un *zona otitique* » soit isolé, soit diffusé, soit associé à un *zona trigémellaire partiel*, *occipito-collaris*, cervical pur, *occipitocervical*, cervical ou lingual.

L'opinion de Souques et Baudouin prétendant que le seul *zona auriculaire* se complique de paralysie faciale, et que Ramsay Hunt lui-même n'avait pas soutenue, n'est pas d'accord avec les faits. Dans leur magnifique travail, J. Rebattu et ses collaborateurs signalent sur 267 *zonas céphaliques* 152 p. f., soit dans plus de 60 p. 100 des cas. Suivant la localisation du *zona*, on note 101 *zonas auriculaires* ou à prédominance auriculaire avec 79 p. f., 115 *zonas du trijumeau* avec 52 p. f., 28 *zonas occipitales* avec 17 p. f., 4 cas avec éruption à localisations multiples. La paralysie faciale peut donc s'observer dans le *zona facial* en dehors d'une localisation auriculaire.

Le plus ordinairement le *zona* précède la paralysie, qui apparaît dès le 2<sup>e</sup> ou 3<sup>e</sup> jour et s'intègre dans le tableau clinique. Une paralysie faciale qui survient plus d'un mois après le *zona* ne peut raisonnablement en dépendre. Exceptionnellement, la paralysie faciale précède de peu de jours l'éruption (3 jours Remak, 5 jours Letulle, Déjerine).

Elle est homolatérale du *zona* et des phénomènes douloureux. Elle débute en général par une gêne de l'élocution, de la mastication, par une sensation de maladresse dans tout l'hémiface qui sera intéressée. Elle se constitue *progressivement*, *par étapes*, touchant d'abord les branches inférieure et moyenne du nerf, puis la branche supérieure. Elle varie dans son extension et dans son intensité. Elle n'est pas toujours totale : ce peut être une paralysie partielle limitée au facial supérieur ou au facial inférieur. Elle n'est pas toujours complète : elle est susceptible de rester au stade de simple parésie, avec gêne des mouvements volontaires et légère déviation de la face ou progresser et se muer en paralysie vraie. Si elle persiste ébauchée, on la voit quelquefois dans les *zonas* du V, exactement superposée à l'éruption. Elle est d'ordinaire bénigne. Sa durée varie de 4 jours à 4 mois : la moyenne oscille de 1 à 3 mois.

Outre les algies zostériennes « approximativement contemporaines de la lésion motrice, et ayant pour siège ou point de départ de leurs irradiations, la zone cutanée intéressée par l'éruption », J. Rebattu et ses collaborateurs rappellent qu'il existe deux variétés de douleurs dans le territoire paralysé : 1<sup>o</sup> des douleurs musculaires, 2<sup>o</sup> des névralgies trigéminales. Les douleurs musculaires sont profondes, spontanées ou se manifestant à la pression des masses musculaires inertes ; elles sont passagères. Les névralgies trigéminales symptomatiques, outre les élancements, s'accompa-



gnent de douleurs à la pression des points de Valleix. « On a même signalé la localisation des douleurs à celle des branches du V<sup>e</sup> assurant la sensibilité du territoire paralysé, dans les cas d'atteinte incomplète du nerf facial. »

Les théories n'ont pas manqué sur l'origine de cette paralysie faciale zostérienne. On ne peut plus, devant l'accumulation des faits, parler de coïncidence, mais on doit dire qu'il existe une relation de cause à effet. La clinique nous montre, elle aussi, le point de départ de la lésion à la périphérie. Comment expliquer par une lésion descendante la progression, la limitation primitive, la paralysie isolée et parcellaire du facial supérieur ou inférieur ? Incontestablement, le tronc du facial n'a pas été touché le premier, mais ses branches de division ont été atteintes auparavant. L'anatomie pathologique vient le confirmer. Les 3 cas de zona compliqués de paralysie faciale avec autopsie, de Déjerine et Théohari, de Casassus, de R. Hunt sont très nets. Déjerine et Théohari notent l'intégrité du rocher, des parois de la caisse du tympan, et l'absence de compression du tronc nerveux. Il y a dégénérescence wallérienne des branches périphériques, *d'autant plus forte qu'on s'éloigne davantage du tronc nerveux*, avec lésions maxima dans la sphère du facial inférieur. Casassus signale de grosses lésions de dégénérescence du tronc et des branches du facial. R. Hunt constate l'intégrité des racines et du tronc du facial, mais la dégénérescence de ses branches. Dans les 3 cas, les lésions nucléaires constatées ne sont pas concordantes. « Que déduire de ces quelques faits, écrivent Rebattu et ses collaborateurs, sinon que l'atteinte des branches périphériques du facial est constante, qu'elle est d'autant plus accusée que l'on pratique une coupe plus près de la périphérie, que le tronc du facial est également touché jusque dans sa portion intrapétreuse, et que ses racines sont indemnes. Par contre, le noyau du facial moteur serait le siège de lésions importantes et, semble-t-il constantes », mais, peut-être, par dégénérescence rétrograde. Il n'a jamais été fait d'examen du ganglion géniculé, et la corde du tympan a été trouvée saine par Déjerine et Théohari. Faut-il ajouter que, dans le zona, on trouve constamment les nerfs dermiques dégénérés, avec démyélinisation et infiltration persistante entre les fibres. L'affinité élective du virus zonateux pour l'ectoderme et les nerfs explique ces lésions. Le temps n'est plus où le zona était considéré, soit comme une lésion ganglionnaire sensitive, soit par extension comme une poliomyélite aiguë postérieure (Head et Campbell). C'est à la périphérie que l'anatomie pathologique et la clinique nous incitent à rechercher le point de départ des lésions. Klippel et Aynaud expliquent la paralysie faciale zostérienne par l'infection simultanée du nerf moteur et du nerf sensitif. A notre point de vue, l'origine est encore plus bas située, au niveau des plexus de la face, où fibres motrices et sensitives contiguës sont le point de départ des phénomènes inflammatoires, et expliquent la fréquence de la paralysie faciale.

Là aussi est la porte d'entrée du virus. On a vu le zona facial et buccopharyngé succéder à des traumatismes locaux ; zones du maxillaire supérieur ou inférieur consécutifs à l'application de pansements

arséniés dentaires, zones auriculaires au cours d'infections chroniques de l'oreille, zones apparaissant après un traumatisme ou des brûlures de la face.

**III. Névralgies du nerf facial.** — Au cours d'un zona ophtalmique non compliqué, Jacquet a décrit le premier, une névralgie du nerf facial, d'après la localisation des points de douleur à la pression. Il s'agissait de douleurs spontanées, mais surtout à la pression : 1° sous l'oreille droite au niveau du point d'émergence du facial hors de l'aqueduc de Fallope ; 2° sur le trajet des branches supérieure et inférieure ; 3° sur tous les muscles de la face du même côté ; 4° sur le muscle occipital. On ne constatait pas de sensibilité anormale des régions sus-orbitaire et maxillaire inférieure.

**IV. Spasme facial douloureux.** — On sait comment débute le spasme facial, en une région limitée, le plus souvent sous la paupière inférieure, quelquefois à une commissure labiale. Les accès de contracture occupent d'abord l'orbiculaire des paupières ou des lèvres ; *progressivement*, en quelques mois ou en quelques années, les crises se généralisent à tout l'hémiface qui, lors des paroxysmes, prend l'aspect de l'électrisation unilatérale d'un nerf facial.

Si le spasme facial est d'ordinaire indolore, il peut exceptionnellement se compliquer de douleurs. Nous avons observé un cas d'hémispasme coïncidant quelquefois, alternant le plus souvent avec des crises typiques de névralgie du trijumeau. Comme il est à peu près admis que le spasme facial a une origine périphérique, la solidarité anatomique et physiologique des VII<sup>e</sup> et V<sup>e</sup> paires se manifeste encore, on le voit, sur le terrain clinique.

**V. Les névralgies des plexus de la face.** — Les plexus de la face se composent de trois éléments : le moteur, le sensitif, le sympathique. Leur souffrance devrait se révéler par cette triple participation. En réalité, elle est exceptionnelle, et c'est surtout le duo fibres sensitives-sympathiques qui vibre.

On voit survenir les névralgies des plexus de la face surtout après des traumatismes accidentels ou chirurgicaux de la face, même quelquefois un certain temps après la guérison. Verneuil les a le premier décrites sous le nom de « névralgies traumatiques secondaires précoces ». Après un érysipèle, après l'exérèse de tumeurs de la région parotidienne, de la lèvre inférieure, de la langue, après une intervention sur les régions sous-maxillaire, sus-hyoïdienne, surviennent des douleurs, tantôt parties de la plaie et s'irradiant à distance, tantôt envahissant les deux zones maxillaires du côté malade, et pouvant gagner tout le côté correspondant. Une infection atténuée engendre sans doute cette névrite légère.

Les algies tardives, après cicatrisation, ont plutôt les caractères qu'on attribue aux douleurs sympathiques : picotements, brûlures, constriction, accompagnées de troubles vasomoteurs et sécrétoires homolatéraux, rougeur, sudation, larmolement, sécrétion nasale. On a même signalé des troubles de la sensibilité objective (Worms).

L'étude de la pathologie nerveuse de la face montre l'importance du facial sensitif périphérique, qui l'emporte sur celle des quelques fibres sensitives auriculaires paraissant provenir de l'Intermédiaire de Wrisber, mais qui peuvent également émaner, comme Claude Bernard le croyait, du pneumogastrique.

En tout cas, l'origine périphérique des syndromes irritatifs et paralytiques locaux semble ne faire aucun doute.

## BIBLIOGRAPHIE

1. MAGENDIE. *Journ. de physiol. expér.*, 1824, t. VI, p. 172-176. — *Leçons sur les formes et les maladies du système nerveux*, t. II, p. 103, 1839.
2. LONGET. *Traité d'anatomie et de physiol. du système nerveux*, t. II, Paris, 1842, p. 9 ; — *Traité de physiol.*, 3<sup>e</sup> édition, t. 3, Paris, 1869, p. 484.
3. CLAUDE BERNARD. *Leçons sur la physiologie et la pathologie du système nerveux*.
4. ARLOING et TRIPIER. Recherches sur la sensibilité des tendons et des nerfs de la main, *Arch. de physiol. normale et pathol.*, Paris, 1869. — Des conditions de la persistance de la sensibilité dans le bout périphérique des nerfs sectionnés. *Arch. de physiol. normale et pathol.*, Paris, 1876, p. 105.
5. KLIPPEL et AYNAUD. La paralysie faciale zostérienne. *Journal des Praticiens*, 15 avril 1899 ; *Gaz. des hôp.*, 20 mai 1899.
6. Fernand LÉVY. Essai sur les névralgies faciales. *Thèse de Paris*, 1906.
7. F. RAYMOND, Fernand LÉVY, A. BAUDOUIN. Origine périphérique du spasme facial. *Congrès des aliénistes et neurologistes de langue française*, Lille, 1906.
8. RAMSAY HUNT. Voir *Journ. of new and mental diseases*, à partir de 1907.
9. E. BAUDOUIN. Les troubles moteurs dans le zona. *Th. Paris*, 1920.
10. J. REBATTU et P. MOUNIER-KUHN, J. LACHAUME, P. BONNET et A. COLRAT. Les zones céphaliques. Rapport au Congrès des Soc. d'otoneurooculistique, 1933.

## CONGRES DES COLITES

Plombières, 11-13 septembre 1935 (1).

**XVII. Les péricolites droites.** — Rapport du D<sup>r</sup> Etienne BOLTANSKI (de Paris). — Après en avoir limité le domaine et montré la prépondérance de l'infection lymphatique dans leur genèse, l'auteur fait une étude critique des signes radiologiques proposés (image floue, irrégulière ; fixité du côlon ascendant et de l'angle droit, ectopie du grêle).

Il faut se baser sur un faisceau de signes, qui, pris isolément, n'ont pas de valeur absolue. Le diagnostic peut poser quelques problèmes délicats, en particulier avec ce que l'auteur décrit sous le nom d'iliaqualgie droite. Au point de vue thérapeutique, l'auteur cite quelques procédés nouveaux (opothérapie parathyroïdienne, vaccination surtout préventive) et s'élève contre les excès du traitement chirurgical.

**XVIII. Les colites et péricolites d'origine diverticulaire.** — Rapport des D<sup>rs</sup> J. CHARRIER et HILLEMANN. — Ces colites et péricolites sont presque toujours localisées au sigmoïde ; les auteurs décrivent les aspects radiologiques qu'elles peuvent donner.

L'évolution se fait par poussées successives, qui peuvent se reproduire pendant des années, et aboutit souvent à la sténose et à la péricolite. Parfois se produisent des accidents aigus : diverticulite aiguë, abcès, perforation.

D'autres aspects cliniques peuvent être réalisés : formes pseudo-annexielles, urinaire, mentale.

Dans la majorité des cas, ces colites sont justiciables du traitement médical.

La chirurgie s'applique aux cas compliqués, aux graves altérations de l'état général.

Dans les complications aiguës, on doit se borner à la résection du diverticule avec drainage du péritoine ; en cas d'abcès, on associera la dérivation temporaire susjacente, qui est aussi le traitement de choix des états occlusifs.

En cas de péricolite chronique, on emploiera, suivant les cas, la dérivation simple ou la résection en deux temps.

**XIX. Colites post-appendiculaires.** — Rapport des D<sup>rs</sup> BERGERET et CAROLI (de Paris). — Presque toutes les typhlites dites primitives sont actuellement considérées comme secondaires à une lésion de l'appendice (constatations opératoires). L'étude des colites chroniques d'origine appendiculaire est le point le plus important et le plus incertain.

Le manque de base anatomique précise oblige à juger d'après les résultats à distance des interventions pour appendicite chronique d'emblée.

D'une statistique importante, les auteurs ont déduit que les résultats sont moins favorables chez la femme à la thèse d'une colite d'origine appendiculaire. Dans un tiers des cas, la constipation a disparu après l'intervention, plus souvent chez l'homme (fait qu'ils attribuent à la suppression de l'épine irritative appendiculaire et de son action sur le système nerveux digestif).

L'amélioration des nausées et des migraines antérieures a été souvent notée ; la colite post-appendiculaire avec diarrhée est plus rare.

Pour terminer, les auteurs insistent sur les étapes du diagnostic et sur la difficulté d'affirmer, avant l'intervention, l'origine appendiculaire d'une colite.

**XX. Les indications chirurgicales dans les colites droites.** — Rapport du professeur agrégé GATELLIER et du D<sup>r</sup> MOUTIER (de Paris). — Les auteurs déclarent ne pas croire aux résultats thérapeutiques des opérations portant directement sur le cæco-côlon ascendant.

La mise au repos est illusoire contre l'endocolite muqueuse ; les pexies, les suspensions en cadre, les plissements sont peu utiles contre la typhlatoxie et la dilatation du côlon droit.

A l'égard des péricolites, si on peut lever aisément l'obstacle créé par une bride limitée, le décollement des adhérences étendues est beaucoup plus aléatoire (récidives, interventions successives).

En réalité, deux opérations demeurent indiquées : l'appendicectomie, la colectomie droite qui, peu choquante, peut rendre une vie normale à des sujets auxquels une auto-intoxication et des douleurs continues rendaient l'existence impossible.

*Discussion générale des rapports*, par le professeur agrégé LARDENNOIS. — L'auteur approuve les conclusions de M. Gatellier, mais avec quelque prudence.

En particulier, les libérations d'adhérences sont délicates, mais très efficaces ; la fixation du côlon par le méso n'est pas à condamner aussi nettement.

M. Lardennois conclut en se félicitant de l'accord des chirurgiens.

**XXI. Traitement médicamenteux et diététique des colites.** — Rapport du professeur Savy et du D<sup>r</sup> CHAPUY (de Lyon).

(1) Association de la Presse médicale française.

Fin. — Voir *Gaz. des hôp.*, 1935, n° 83, p. 1401.



— L'origine variable, les répercussions multiples des colites expliquent la complexité de leur thérapeutique.

Avant de l'instituer, il faut rechercher si le trouble colitique n'est pas la conséquence d'une atteinte hépatique, annexielle, appendiculaire, péritonéale...

La diététique aura pour but de maintenir une ration alimentaire suffisante, de lutter contre la diarrhée de putréfaction ou de fermentation, contre la constipation, de supprimer les irritants (cellulose) ou les mets fermentés et toxiques.

Elle devra s'adapter à l'état hépatique, souvent déficient, dont le rôle ne saurait être négligé.

Parmi les médicaments (en dehors de ceux qui, comme le stovarsol, le yatrène, réussissent dans certaines colites spécifiques), on fait appel à la médication sédatrice neuro-végétative habituelle, au sous-nitrate de bismuth (action remarquable) ou encore au charbon, au carbonate de chaux, à la médication lactique.

Enfin l'opothérapie digestive et la thérapeutique désensibilisante ont souvent leur indication.

**XXII. Vaccinothérapie locale des colites.** — Rapport du professeur BESREDKA et du D<sup>r</sup> WAHL (de Paris). — Les maladies produites par des microbes tels que les bacilles dysentériques, le vibron cholérique, le typhique et les paratyphiques se sont montrées justiciables de la vaccinothérapie buccale ; les expériences de laboratoire ont montré que ce même procédé est applicable aux colibacilles.

Dans toutes ces maladies monomicrobiennes, résultats cliniques et données expérimentales vont de pair.

Dans les colites où on trouve des germes multiples, la vaccinothérapie n'a pas le même caractère spécifique.

En pratique, on utilise surtout des auto-vaccins (suspensions de corps microbiens, cultures âgées, émulsions de selles), parfois des stocks-vaccins. On les administre par voie buccale, rénale, parfois vésicale.

L'action, souvent rapide et marquée dans les colites infectieuses aiguës et dans l'infection extra-intestinale, est moins complète et souvent peu durable dans les colites graves ulcéro-hémorragiques et dans les colites simples chroniques.

*Discussion des précédents rapports.* — M. DEJUST-DE-FIOL rappelle l'action de l'oxyde de zinc (5 à 10 pilules glutinisées de 10 centigrammes par jour).

M. SURMONT. — L'étiologie des colites est multiple. Il est nécessaire dans chaque cas de rechercher le microbe, si possible, au niveau des lésions ; de mettre en évidence son rôle pathogène par les tests biologiques.

L'auteur emploie, par voie buccale surtout, des vaccins unimicrobiens.

**XXIII. Traitement physiothérapique des colites,** par le professeur I. GUNZBURG (de Bruxelles). — Après avoir insisté sur la synergie des organes digestifs, l'auteur analyse les diverses modalités du traitement par les agents physiques.

On peut appliquer :

- a. Le mouvement ;
- b. L'hydrothérapie ;
- c. L'électricité ;
- d. La lumière.

Chacun sous différentes modalités que l'auteur envisage avant de donner, dans la seconde partie de son rapport, les indications et la formule à appliquer selon :

La période d'état ou de début ;

La variété de colite (spastique, atonique, muco-membraneuse, diarrhéique).

Dans l'ensemble, la physiothérapie constitue souvent le traitement de choix dans toutes les formes de colites (action sur les éléments neuromoteur et inflammatoire).

*Discussion de ce rapport.* — M. DAUSSET. — La galvanisation a souvent donné d'heureux résultats, supérieurs à ceux de la diathermie.

**XXIV. Le traitement hydrominéral des colites.** — Rapport du professeur agrégé Et. CHABROL (de Paris). — L'auteur oppose aux sources hyperthermales radioactives et oligométalliques dont Plombières est le type, les sources minéralisées qui contiennent en proportions variables les cations : sodium, magnésium, calcium, et les anions : chlore carbonique et sulfurique.

Le groupement de ces électrolytes permettant de distinguer :

Les eaux bicarbonatées chlorurées magnésiennes (Châtelguyon) ;

Les eaux sulfatées chlorurées (Brides, Saint-Gervais et Miers) ;

Les eaux sulfatées chlorurées bicarbonatées (Saint-Aré, Carlsbad).

La plupart de ces eaux doivent leur action laxative à l'excrétion biliaire qu'elles provoquent et agissent surtout sur la motricité de l'intestin.

En présence d'une colite spasmodique et douloureuse avec réactions neuro-végétatives, Plombières est indiqué.

Aux colites de stase et de putréfaction, Châtelguyon est tout particulièrement recommandé.

Les colites associées sont justiciables de nombre de stations (lithiase biliaire : Vichy ; goutte : Vittel), etc.

Les colites des coloniaux bénéficient de la plupart des stations précédentes.

L'auteur signale en terminant, la nécessité de traiter par les eaux, chez l'enfant, le tempérament cholérique, l'hérédité neuro-végétative, les entérites rebelles, amorceuses fréquentes de colites de l'adulte.

CATINAT.

## FACULTÉ DE MÉDECINE DE MARSEILLE

### THÈSES SOUTENUES PENDANT L'ANNÉE 1934-1935 (1)

DOCTORAT D'ÉTAT. — 35. ANTOINE. — Contribution à l'étude de la fièvre boutonneuse.

53. (de 1934) ASTESIANO. — Contribution à l'étude de la maladie de Roger chez l'enfant. A propos de 19 observations personnelles.

28. AUBANEL. — Contribution à l'étude du traitement des paralysies diphtériques.

41. AUBERT. — Contribution à l'étude des épithéliomas primitifs de la valvule iléo-cœcale.

49 (de 1934). BARADA. — De la stérilisation humaine.

12. BATTISTI. — Contribution à l'étude des relations entre les pleurésies diaphragmatiques gauches, l'aérogastrie et l'aérocologie.

52 (de 1934). BERTÉ. — Du diagnostic précoce de l'impregnation syphilitique.

33. BERTOZZI. — Le typhus murin dans le bassin méditerranéen.

39 (de 1934). BESSON. — Essai sur la méthode expérimentale en chirurgie.

8. BONDIL. — Du traitement de l'ulcus gastrique par les extraits parathyroïdiens.

24. BRUN. — Des pleurésies par perforation au cours des suppurations pulmonaires.

51 (de 1934). CAMPESTRE. — Contribution à l'étude des myosites aiguës.

21. CARLIN. — Contribution à l'étude des indications de sympathectomie péri-artérielle dans la chirurgie des membres (30 observations).

(1) Voir Thèses Montpellier, *Gaz. des hôp.*, 1935, n° 82, p. 1386.

- 55 (de 1934). CASILE. — Les aspects radiologiques du hile du poumon dans les formes aiguës de la tuberculose pulmonaire de l'adulte.
- 40 (de 1934). CAUSSE. — Quelques considérations sur les brucelloses en Ardèche.
- 50 (de 1934). CHABEUF. — Les pseudarthroses de l'extrémité supérieure du tibia. Leur traitement par les greffes osseuses.
30. COLONNA. — La tabo-paralysie. Travail de la clinique neurologique du P<sup>r</sup> H. Roger.
31. COMBALOT. — Sur la répartition des doses en curiethérapie.
- 43 (de 1934) CONRY. — L'appendicite herniaire dans la hernie crurale.
5. CORMATY. — L'ulcère de la grande courbure de l'estomac.
9. COULOMB. — Une indication de l'hystéropexie. Traitement des ulcérations rebelles des prolapsus génitaux de 3<sup>e</sup> degré.
- 57 (de 1934). COUVE. — Les faux étranglements herniaires symptomatiques.
10. ESCALLE. — Grossesse abdominale arrivant à terme.
4. FABRE. — Contribution à l'étude des indications opératoires au cours des arthrites chroniques de la hanche d'origine indéterminée chez l'adulte.
- 42 (de 1934). FAURE. — Traitement des épидидymites gonococciques par le néo-dmégon en injections intraveineuses.
- 44 (de 1934) FOUCARD. — A propos de quelques cas de peste observés à Marseille. Essai de mise au point des idées actuelles concernant l'épidémiologie et la prophylaxie de la peste.
- 58 (de 1934). FRUCTUS. — Des modifications apportées à quelques réactions sanguines par les rayons X in vitro. Travail du laboratoire d'anatomie pathologique et de pathologie expérimentale de la Faculté de médecine et du service de radiologie de l'hôpital Saint-Joseph.
6. GAILLARD. — La lithiase du rein en fer à cheval (depuis 1928).
45. GASCARD (Mme). — Contribution à l'étude des cyanoses congénitales (maladie bleue).
1. GUÉPIN. — La conception colloïdale de la vie d'après les travaux d'Auguste Lumière.
34. HAÏM. — Contribution à l'étude du traitement du Kala-Azar autochtone par les nouveaux composés d'antimoine.
17. HEINRICH. — Considérations sur le développement de la consommation du lait.
- 45 (de 1934). LATHOUMÉTIE. — Contribution à l'étude de la dilatation aiguë non opératoire de l'estomac. Dilatation aiguë primitive récidivante de l'estomac.
18. LE BA KIM. — Les acquisitions récentes sur le problème de la transmission de la leishmaniose viscérale.
- 56 (de 1934). LE FLEM. — Les complications méningées dans la méliococcie. Travail de la clinique neurologique de M. le Professeur Roger.
38. LENA. — Etude critique des voies d'accès postérieures sur les viscères de l'étage sus-mésocolique.
46. LLUCIA. — Les typhlites appendiculaires à retardement.
19. LUCIANI. — L'indoxylurie dans les colites.
49. MARI. — Les manifestations amygdaliennes dans les maladies des éléments blancs du sang.
- 47 (de 1934). MENDOUSSE. — Essai de réactivation des agglutinés par des antigènes hétérologues.
22. MÉRY. — Contribution à l'étude de la lutte antituberculeuse dans les milieux industriels.
14. MOCKERS. — Considérations sur les épanchements pleuraux non suppurés survenant au cours du pneumothorax artificiel.
25. MURAT. — Etiologie des cirrhoses du foie.
42. OZIL. — Tuberculoses extra-pulmonaires chez les tuberculeux pulmonaires améliorés par la chrysothérapie.
15. PALLUEL. — Les pleurésies contro-latérales avec épanchement au cours du pneumothorax artificiel.
36. PERETTI. — Manifestations colitiques en rapport avec la fièvre typhoïde.
48. PICAUD. — Les hémorragies de l'ovaire (étude anatomo-clinique, pathogénique et expérimentale).
13. PISCHEDDA. — Etude clinique et radiologique des ectopies cardiaques acquises au cours de la tuberculose pulmonaire.
- 54 (de 1934). POINSO (Mme), née Lamoureux. — Les reins dans la diphtérie maligne.
23. POUILLAIN. — Rôle des diverticules uréthro-prostatiques comme facteurs de chronicité de la blennorragie.
20. POUTIERS. — Considérations sur la pathologie des végétaux et ses répercussions sur l'hygiène alimentaire.
32. PRUDHOMME. — La paralysie obstétricale du membre supérieur.
39. REY. — Contribution à l'étude des kystes d'origine dentaire et paradentaire du maxillaire supérieur chez l'enfant.
29. RISS. — Les réveils de la tuberculose pulmonaire en relation avec l'intoxication par l'oxyde de carbone.
11. RISTORCELLI. — Contribution à l'étude des modifications radiologiques favorables des lésions pulmonaires tuberculeuses au cours de la chrysothérapie.
40. ROCHICCIOLI. — Traitement des blennorragies chroniques par le lavage des vésicules.
43. ROSENFELD. — Les épanchements pleuraux des cirrhotiques.
2. SANTONACCI (Mme), née Berthon. — Les urétrites primitivement colibacillaires.
44. SARDOU. — La fièvre de la vallée du Rift.
16. SAUVET. — Le traitement héliothérapique de la tuberculose chez l'homme (d'après 198 observations).
- 48 (de 1934). SÉNÉCHAL. — Les manifestations digestives au cours des aortites thoraciques.
3. SIDI. — La paralysie aiguë simple de l'estomac.
26. SOUMEIRE. — Syphilis du cône terminal et de la queue de cheval. Travail de la clinique neurologique (Professeur H. Roger).
- 46 (de 1934). SOYER. — L'aptitude à l'effort. Travail de l'Institut régional d'Education physique de Marseille.
7. TRAN CONG VI. — La question du béri-béri. Avitaminose ou toxo-infection ? Essai de mise au point des théories modernes de l'étiologie du béri-béri.
47. VAGUE. — Les hépatonéphrites aiguës, étude clinique anatomique et expérimentale.
- 41 (de 1934). VALETTE. — Fibrome et infection puerpérale. De l'indication de l'hystérectomie.
27. VERDOLLIN. — Contribution à l'étude et au dosage des hormones oestrogènes. Travail du Laboratoire de physique de la Faculté de médecine de Marseille.
- DOCTORAT D'UNIVERSITÉ. — 37. SCHALMAN. — Contribution à l'étude des résultats de l'opération de Graber-Duvernay. Travail de la Clinique chirurgicale de la Conception (Pr. J. Fiolle).

**Morphologie médico-artistique de la femme**, par André BINET, professeur agrégé, chargé de la clinique de gynécologie à la Faculté de médecine de Nancy. Un volume in-8° carré de 222 pages avec 86 figures dans le texte. Prix : 30 francs. — L'Expansion Scientifique Française, 23, rue du Cherche-Midi, Paris (6<sup>e</sup>).



## SOCIÉTÉS SAVANTES

## ACADEMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 7 OCTOBRE 1935)

Sur l'appellation des chronaxies modifiées par action des centres nerveux. — M. Louis LAPICQUE estime que les expressions *chronaxie statique* et *chronaxie dynamique* proposées par M. Bourguignon doivent être rejetées : 1<sup>o</sup> au nom de la règle des naturalistes, comme tombant en synonymie devant des expressions antérieures, qui d'ailleurs ont l'usage pour elles ; 2<sup>o</sup> au nom de la logique, comme évoquant des modalités contraires aux processus réels.

(SÉANCE DU 14 OCTOBRE 1935)

Etude de la fixation de la quinine sur les paracémies au moyen de l'examen microscopique de la fluorescence. — M. DESGREZ présente une note de M. Guillaume Valette mettant en évidence la fixation de la quinine sur des infusoires, les paramécies, au moyen de l'observation microscopique de la fluorescence.

On peut ainsi localiser l'action du toxique sur les constituants du vacuome d'une cellule vivante et démontrer l'analogie de la fixation de l'alcaloïde envisagé, avec celle d'un colorant vital basique, tel que le rouge neutre.

La coloration des huîtres de Marennes. — M. Ch. GRAVIER présente une note de M. Ranson, intitulée : Le déterminisme de la fixation saisonnière de *Navicula fusiformis* Grün (*N. ostrearia* Bony). Sa culture expérimentale en ostréiculture.

Les huîtres vertes de Marennes doivent leur sapidité spéciale à un pigment sécrété par une Diatomée, *Navicula fusiformis*, Algue planctonique marine qui a la propriété de vivre sur le fond, imprégné d'une matière organique particulière, le mucus de l'huître.

Dans certaines conditions, ce mucus se dédouble en un sucre fermentescible et en matières albuminoïdes. En présence de ce sucre, la vie de la Navicule semble exaltée : les chromatophores sécrètent activement un pigment qui se colore en bleu verdâtre de plus en plus intense. Ce travail se produit dans des conditions précises de salinité, de lumière et de pH, et presque instantanément, dans l'intervalle de quelques heures. (Les sucres fermentescibles ne se comportent pas de même.) Il s'agissait de cultiver artificiellement cette coloration. L'auteur a fait des essais dans des réservoirs naturels d'établissements ostréicoles. Ils ont été entièrement concluants ; on peut dire que la Navicule bleue peut être considérée comme domestiquée. Il reste un problème difficile à résoudre : il faut obtenir des cultures pures permanentes de la Diatomée en question.

La lumière zodiacale. — MM. CABANNÉS et DUFAY envoient, par l'intermédiaire de M. Fabry, une note sur le spectre de la lumière zodiacale, qu'ils ont étudié à la station d'astrophysique de Haute-Provence, à Forcalquier, au moyen du spectrographe à grande luminosité construit par M. Cojan.

Le résultat est que, si l'on fait abstraction de la lumière générale du ciel, le spectre propre de la lumière zodiacale est un spectre continu avec raies sombres, identique à celui de la lumière solaire. La lumière zodiacale n'est autre chose que de la lumière solaire, diffusée par des corpuscules (dont la nature reste à préciser) répandus dans l'espace au voisinage de l'orbite terrestre.

Les ectodermoses neurotropes. — M. LEVADITI et Mlle VOET. Le groupe des ectodermoses neurotropes est constitué

DINITRA



OBÉSITÉ

HYPOTHERMIES - HYPOSPHYXIES  
HYPOTHYROÏDIES

HYPOMÉTABOLISMES

RALENTISSEMENTS

de la NUTRITION



SOCIÉTÉ D'APPLICATIONS PHARMACODYNAMIQUES, 5 &amp; 7, rue Claude Decaen - PARIS 12

par le fait que les virus de ces maladies ont une affinité élective pour les tissus dérivés de l'ectoderme : peau, muqueuses, cornée et aussi système nerveux central. Il a été isolé en 1921 par M. Levaditi. Dans cette communication, présentée par M. Mesnil, M. Levaditi fait entrer dans ce groupe, à côté de la vaccine, de l'herpès, des encéphalites humaines, de la poliomyélite, l'encéphalite des équidés et la stomatite vésiculeuse.

**La vipère aspic du Gers.** — M. MESNIL présente également une note de MM. Césari, Bauche et Boquet sur une vipère aspic du département du Gers qui se différencie de la vipère aspic commune par un venin de coloration blanche au lieu de la coloration jaune vif du venin de cette dernière. Ce venin blanc est d'une toxicité plus prononcée.

#### ACADEMIE DE MEDECINE

(SÉANCE DU 15 OCTOBRE 1935)

**Notice.** — M. André MAYER lit une notice nécrologique sur le baron Léon Frédéricq, professeur à l'Université de Liège, associé étranger depuis 1914, récemment décédé.

**Étiologie des oreillons.** — MM. C. LEVADITI, René MARTIN, A. BONNEFON et Mlle R. SCHOEN ont entrepris des expériences dans le but de déterminer la nature de l'agent étiologique des oreillons. Ils ont réussi à conférer la parotidite au singe par injection de salive ourlienne dans le canal de Sténon. Cette salive contient un élément pathogène non cultivable et invisible, se conservant peu de temps dans la glycérine et difficilement filtrable. La maladie parotidienne du singe ne se transmet pas par contagion. Au surplus, un élément pathogène semblable existe dans certaines salives normales, quoique en bien moindre quantité. Les altérations glandulaires expérimentales n'offrent aucun caractère de spécificité. Tout porte à croire que l'infection ourlienne est due à un agent pathogène invisible, mais dont la véritable nature reste à préciser.

**Traitement du tétanos.** — M. MIRONESCO envoie une note présentée par M. LEMIERRE, sur l'importance de l'extirpation de la porte d'entrée de l'infection dans le traitement du tétanos généralisé. Bien qu'il ne s'agisse pas d'une chose nouvelle, les résultats apportés par M. Mironesco n'en sont pas moins à retenir.

Voici les statistiques qu'il apporte :

Dans 37 cas où il n'a pas été fait d'extirpation, il y a eu 20 % de décès.

Sur 17 cas où l'extirpation de la plaie a pu être faite, il n'a été constaté qu'un décès.

**Les injections d'urotropine dans la fièvre bilieuse hémoglobinurique.** — M. DANG-HANK-KIEN apporte une intéressante contribution au traitement de la fièvre bilieuse hémoglobinurique par les injections d'urotropine. Il a pratiqué des injections de 5 cmc. matin et soir, d'une solution tyndallisée contenant 25 % d'urotropine et placée dans des flacons de 50 cmc. Les résultats favorables ont permis de reprendre la quinine assez tôt en cas de nécessité.

**Sur quelques complexes antimonisés obtenus à partir de l'acide antimonique.** — MM. VOLMAR et HOFFMANN.

**Chagrins d'amour et psychoses,** par Constance PASCAL, médecin chef des asiles publics d'aliénés de la Seine. 1 vol. in-16 de 150 pages. — Prix : 16 fr. — Paris, G. Doin et Cie.

## REVUE DES THÈSES

**La vagotonine dans les états anxieux (1),** par M. P. GARDIEN-JOURD'HEUIL.

« I. L'étude clinique des réactions organiques des états anxieux montre la part importante du système organo-végétatif, en particulier de l'élément spasmodique dans leurs manifestations.

La plupart des états anxieux s'observent chez des sujets qui présentent la constitution émotive de Dupré.

II. Parmi les réactions organiques des émotions, les manifestations organo-végétatives sont primordiales :

Selon la théorie, généralement admise, de Cannon, ces réactions sont dues, soit à l'ébranlement direct et primitif du sympathique, soit à l'action secondaire de substances sympathicomimétiques, en particulier de l'adrénaline.

On peut donc se demander si l'hyperémotivité et, par suite, certains états anxieux, ne sont pas conditionnés par de l'hyperexcitabilité sympathique et par de l'hyperadrénalinémie.

III. Les multiples recherches des auteurs dont l'attention a été attirée par l'importance des manifestations organo-végétatives dans les états anxieux, montrent qu'un grand nombre d'anxieux sont des hyperémotifs qui présentent une activité fonctionnelle anormale de leur système organo-végétatif, et en général de l'hyperexcitabilité et de l'hypertonie sympathiques.

IV. La vagotonine, hormone pancréatique découverte, isolée et étudiée par le professeur D. Santenoi et ses collaborateurs, après plus de dix années de recherches, présente, entre autres, les propriétés physiologiques et pharmacodynamiques suivantes :

1° Elle diminue le tonus et l'excitabilité réflexe sympathiques.

2° Elle diminue l'efficacité de l'adrénaline.

3° Elle augmente le tonus et l'excitabilité réflexe parasympathiques.

V. Les premiers essais de thérapeutique des maladies mentales par la vagotonine, effectués par le professeur P. Combemale et Deschildre, montrent les résultats satisfaisants obtenus dans certains cas par l'emploi de cette hormone qui n'a rien de commun, comme nous l'avons rappelé, avec les extraits pancréatiques désinsulinés du type Angioxyl.

VI. Nos recherches personnelles nous ont permis de faire les constatations suivantes :

Un certain nombre d'états anxieux ne paraissent pas favorablement influencés par la vagotonine : ce sont ceux de la psychose maniaque dépressive, ceux de la mélancolie présénile et sénile, ceux qui sont passés depuis longtemps à l'état chronique.

Au contraire, les anxieux hyperémotifs qui présentent un syndrome sympathicotonique avec réflexe solaire fortement positif, bénéficient généralement, au point de vue mental, de la thérapeutique par la vagotonine.

Fréquemment, seule l'anxiété est influencée, mais dans certaines psychoses où les troubles de la cénesthésie sont habituellement décrits, nous avons obtenu des guérisons totales suivies de la sortie des malades.

En outre, l'administration de vagotonine provoque fréquemment une amélioration de l'état physique des malades avec parfois, diminution de l'hypertension artérielle et ralentissement du rythme cardiaque.

Étant donné l'action physiologique et pharmacodynamique de la vagotonine, elle est particulièrement indiquée chez les anxieux qui, en outre, sont atteints de troubles

(1) Th. de Nancy, 1935. — Paris, Le François.



# EUPHORYL

DERMATOSES  
PRURIGINEUSES  
PRURITS  
ANAPHYLAXIES  
CUTANÉES  
INTOXICATIONS

3 CACHETS PAR JOUR  
CAS AIGUS : INJECTIONS  
INTRAVEINEUSES

Créé et expérimenté dans les Hôpitaux de Paris



LABORATOIRES "ANA", 18, AV<sup>UE</sup> DAUMESNIL . P



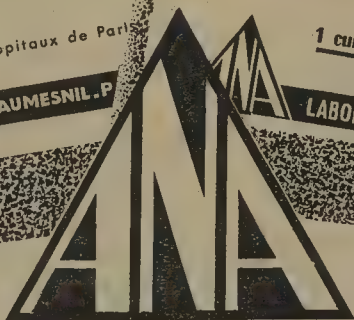
## Euphoryl infantile

(GRANULE SOLUBLE)

TROUBLES DIGESTIFS  
DERMATOSES  
PRURITS  
ANAPHYLAXIES ALIMENTAIRES  
INSUFFISANCE HÉPATIQUE

POSOLOGIE  
1 cuillère à café par année d'âge.

LABORATOIRES "ANA", 18, AV. DAUMESNIL . PARIS



18, AV<sup>UE</sup> DAUMESNIL . PARIS . XII<sup>e</sup>



## hirudinaise

(DRAGÉES)

DOSE MOYENNE : 4 A 6 DRAGÉES PAR JOUR

INSUFFISANCES VEINEUSES  
INFECTIONS  
VASCULO-SANGUINES

PHLÉBITES - SEPTICÉMIES  
AMÉNORRÉES

Le premier produit spécialisé à base d'Extrait de Sangsues.  
Créé et expérimenté dans les Hôpitaux de Paris.



LABORATOIRES "ANA", 18, AVENUE DAUMESNIL — PARIS



## Salicylate SURACTIVÉ "ANA"

SALICYLATE DE SODIUM  
en combinaison  
CALCIO-MAGNÉSIENNE  
THIOSULFATÉE

24 gr.  
SALICYLATE de Na  
SURACTIVÉ  
15 fr.

SOLUTION  
1/2 cuill. à café ou 70 gouttes = 1 gr. de Salicylate de Na suractivé

AMPOULES (INTRAVEINEUSES)  
10 cc. = 1 gr. de Salicylate de Na suractivé

ses 4 avantages :

- 1 - Suractivation 170 %.
- 2 - Goût agréable
- 3 - Tolérance parfaite
- 4 - Concentration forte

Rhumatisme articulaire aigu et ses complications

ALGIES  
INFECTIONS - SEPTICÉMIES  
TROUBLES HÉPATIQUES



LABORATOIRES "ANA", 18, AVENUE DAUMESNIL . PARIS . XII<sup>e</sup>



fonctionnels relevant de son rôle de régulateur physiologique, tels que :

1° Les hypertensions oscillantes et variables, mal supportées, avec fourmillements, crampes, spasmes, céphalées, insomnies, cas dans lesquels on observe fréquemment des troubles de l'activité fonctionnelle du système organo-végétatif ;

2° Certaines tachycardies avec palpitations, douleurs angineuses précordiales ;

3° Certains cas de mauvais état général, avec amaigrissement, hyperglycémie, anémie.

Les incidents de cure sont de plus en plus rares et bénins depuis que l'on dispose de vago-tonine bien purifiée.

Il n'est pas indiqué de prescrire la vago-tonine chez les vieillards athéromateux, les insuffisants cardiaques et les malades atteints d'affections organiques du système nerveux central.

VII. Une série d'observations qui nous ont été communiquées, ou qui ont été publiées, montrent également les effets satisfaisants de l'administration de vago-tonine dans divers états anxieux.

VIII. Bien que la vago-tonine nous paraisse particulièrement indiquée dans les états anxieux avec hyperémotivité et sympathicotomie, en raison de l'innocuité de la thérapeutique par cette hormone, il nous paraît utile de poursuivre systématiquement des recherches sur son administration dans les états anxieux ; il est possible qu'on en puisse tirer des indications plus précises.

## INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

### UN SUPER-DOCTORAT EN MÉDECINE

On se souvient que, jadis, il fut question d'instituer un diplôme d'études médicales supérieures ; mais ce projet n'eut guère de succès auprès du corps médical, accoutumé à apprécier les valeurs sans qu'il soit besoin d'ajouter examens ou parchemins au diplôme normal. Et il n'en fut plus question.

Il semble qu'on veuille aujourd'hui sinon reprendre l'idée, tout au moins instituer la chose, et cela dans des conditions véritablement paradoxales. Si, en effet, le diplôme de Bouchard devait être d'essence scientifique, puisque délivré par les Facultés et l'Instruction Publique, celui qu'on se propose de créer présentement n'aurait guère d'attache qu'avec le ministère du Travail et encore indirectement. Et cependant, bien que peu reluisant, il n'en aurait pas moins une portée pratique beaucoup plus grande que celui qui a failli le précéder.

Il ne saurait, bien entendu, être question pour l'obtenir d'études quelconques, de travaux scientifiques, de concours ou d'examens : la condition nécessaire et suffisante serait d'être agréé par les caisses d'assurances sociales comme médecin contrôleur !

Cela ressort du projet de modification des assurances sociales. Ce projet se caractérise, en effet, par une extension telle des pouvoirs des médecins contrôleurs, que si ces dispositions étaient édictées jamais, ils apparaîtraient comme des super-médecins à côté du simple médecin praticien, dont le rôle s'amenuiserait de plus en plus jusqu'à devenir pas grand'chose sinon rien du tout.

Nous avons déjà parlé des prétentions des caisses de faire établir par leurs médecins contrôleurs une liste des spécialités admises pour les assurés sociaux qui deviendraient ainsi des malades de seconde zone ; les médecins praticiens seraient aussi de seconde zone, puisque leurs prescriptions seraient limitées par un aréopage constitué par les super-médecins contrôleurs. Et nous croyons savoir que les cais-

ses n'ont pas renoncé encore à cette prétention singulière.

Mais ce rôle de mentors des médecins libres ne se bornerait pas à ce point particulier : qu'il s'agisse du taux de remboursement des ordonnances, de la distribution des bons de lait, des soins aux assurés en cas de maladies ne comportant pas cessation de travail, de ceux à distribuer aux malades non guéris au bout de six mois, partout nous voyons se dresser, avec sa férule, le médecin contrôleur qui décidera de l'attribution des prestations et de la modalité comme du taux de remboursement des prescriptions pharmaceutiques.

Et le praticien n'aura qu'à se bien tenir, à être bien sage et bien respectueux s'il veut que son malade ne subisse pas de brimades, et s'il veut surtout que ce malade ne lui soit point subtilisé sous un prétexte quelconque, lorsque pendant six mois il lui aura prodigué ses soins.

Il lui faudra fatalement trahir, au profit de ce censeur, les secrets de son malade, puisqu'il devra en obtenir un allègement de ses charges, si son ordonnance dépasse le minimum fixe de 25 francs ; puisqu'il devra obtenir également de son bon plaisir que son malade ne soit point détourné de son cabinet au profit d'un plus docile ou d'une de ces maisons de soins dont rêvent toujours les caisses.

Et au nom de quelle autorité s'exercera cette censure ? Certes pas scientifique, puisqu'elle émanera indirectement du ministère du Travail et directement des caisses, dont on ne peut que constater l'incompétence égale en matière thérapeutique ; financière, alors : et c'est bien ce qui sera le plus grave ; car, quelle que puisse être la bonne volonté de ces contrôleurs, ils n'en sont pas moins des salariés des caisses et obligés de suivre aveuglément les directives de leurs conseils d'administration. Si bien que la valeur des produits comme les doses risquent fort d'être fonction de l'état de la trésorerie : singulière façon de traiter « comme des malades ordinaires » les malheureux assujettis.

Tout cela est la conséquence de l'erreur initiale commise : les caisses sont des organismes administratifs qui n'ont pas à s'immiscer dans le traitement des malades. Pourquoi avoir admis la discussion avec elles de choses qu'elles ne pouvaient ni connaître, ni comprendre et qui ne les regardaient pas ? On en est ainsi venu à cette fameuse Commission nationale et on est effaré de voir jusqu'où elle a pu suivre les Caisses, en arrivant à remettre en question les principes les plus importants de la charte médicale.

A. HERPIN.

**L'immunité par mécanisme physico-chimique (1),** par R. DUJARRIC DE LA RIVIÈRE. Préface du Professeur d'Arsonval.

L'auteur expose le résultat des recherches qu'il a poursuivies pour établir l'existence et la valeur d'une immunité par mécanisme physico-chimique. Il étudie d'abord certaines actions physiques et chimiques sur la cellule (action des rayons ultra-violets, rapport sur le pouvoir antiseptique de certains corps et l'étendue de leur dissociation électrolytique).

Il précise ensuite les rapports existant entre quelques phénomènes physiques (floculation des sérums) et certaines modifications humorales.

La troisième partie de l'ouvrage — la plus étendue — traite de l'adsorption et du transport des globules rouges des toxines, des anatoxines et de certains médicaments.

L. G.

(1) In-8 de 73 pages avec 2 planches. — Prix : 18 fr. — Paris, Masson et C<sup>ie</sup>.

Le Directeur-gérant : D<sup>r</sup> François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.



# BISMUTHOÏDOL

Bismuth colloïdal à grains fins, solution aqueuse

*Procédé spécial aux Laboratoires ROBIN*

**Injectons sous-cutanées, intra-musculaires ou intra-veineuses**

Immédiatement absorbable — Facilement injectable

**COMPLÈTEMENT INDOLORE**

1 ampoule de 2 cmc. tous les 2 ou 3 jours.

R. G., 221.839, Seine.

**LABORATOIRES ROBIN, 13, Rue de Poissy, PARIS**

LABORATOIRES R. HUERRE, Docteur ès Sciences, Pharmacien, 12, Boulevard Bonne-Nouvelle. — PARIS

## Traitement de la Séborrhée

ET SURTOUT DE L'ALOPÉCIE SEBORRHÉIQUE (chute des cheveux banale) CHEZ L'HOMME ET CHEZ LA FEMME

PAR LE

**CHLOROSULFOL VIGIER**

ET PAR LES

**SAVONS VIGIER**

à l'Essence de Cadier et à l'Essence de Cèdre

ÉCHANTILLONS ET LITTÉRATURE SUR DEMANDE

# OLÉTHYLE-BENZYLE

**Tout Déprimé**  
» **Surmené**

**Tout Cérébral**  
» **Intellectuel**

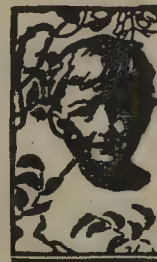
**Tout Convalescent**  
» **Neurasthénique**

est justiciable  
de la :

**NEVROSTHENINE FREYSSINGE**

6, Rue Abel  
PARIS (12<sup>e</sup>)

Gouttes de glycérophosphates alcalins (0.40 par XX gouttes).  
XV à XX gouttes à chaque repas. — *Ni sucre, ni alcool.*



**USAGE ENFANTS**  
**DES DOCTEURS**

**SUC D'ORANGE MANNITE**  
**INOFFENSIF — DÉLICIEUX**

**NÉO-LAXATIF**  
**CHAPOTOT**

Echant.: 58, Boulevard Ornano, PARIS

**INFECTIONS**  
**AIGUES**  
**FIÉBRILES**

# SEPTICEMINE CORTIAL

7, r. de l'Armorique  
PARIS (XV<sup>e</sup>)

**CHARBON DE PEUPLIER** sous forme de **GRAINS ANISÉS** et **CHARBON TISSOT**  
Hameçont, divisent, aseptisent, expulsent.  
DIVISION du **BOL ALIMENTAIRE** et conséquences : **MAUVAISES DIGESTIONS, MIGRAINES, LOURDEURS de TÊTE**  
**CONSTIPATION** HÉMORROÏDES, etc. — Une cuillerée à café avalée comme des graines de lin, après chaque repas.  
Toutes Pharmacies. — Échantillons : PARIS, 34, BOULEVARD DE CLICHY (Service 21)



# UNE NOUVELLE FORME DE LA BULGARINE

Adultes et enfants : **XX** gouttes } 4 fois  
 Enfants de moins de }  
 3 ans et nourrissons : **X** gouttes } par jour

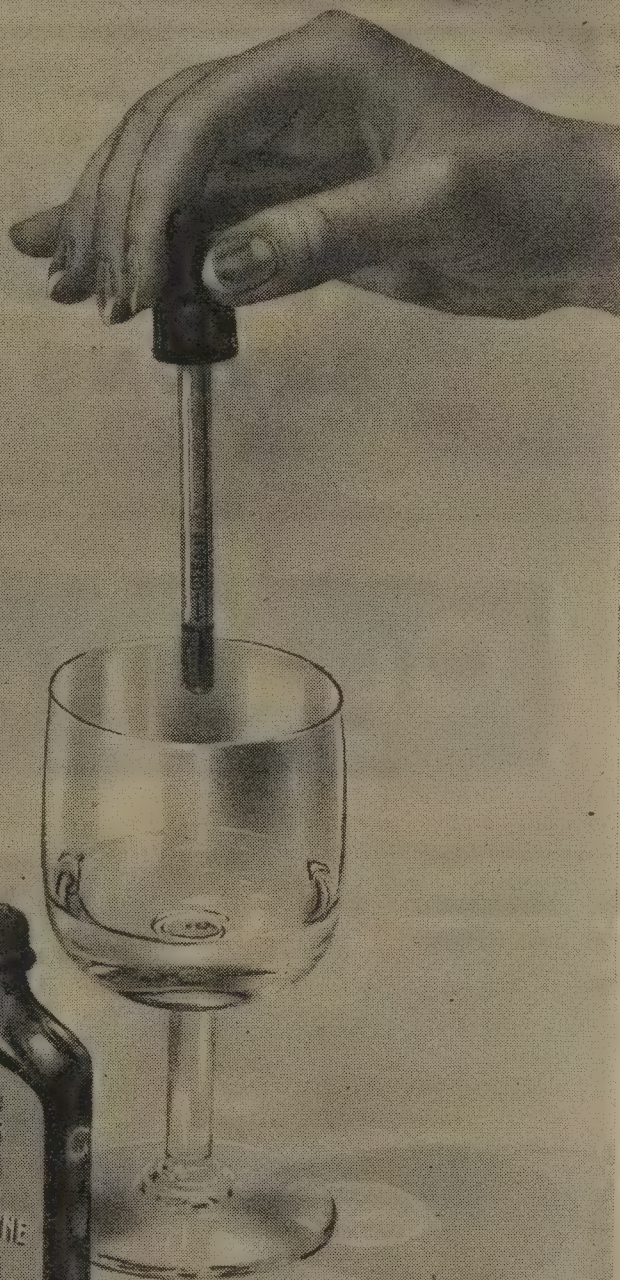
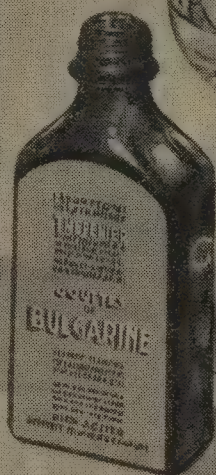
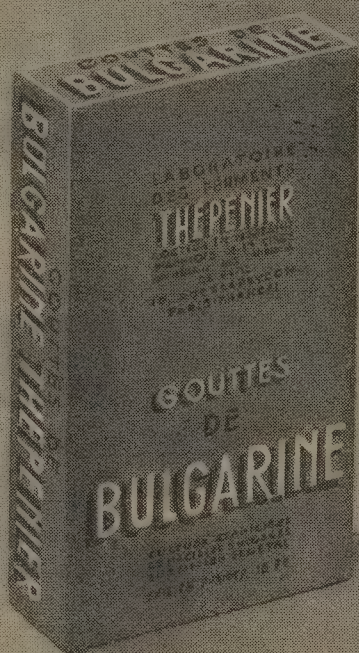


DIAGRAM - ADAM

LABORATOIRE DES FERMENTS DU DR. THÉPÉNIER  
 10, RUE CLAPEYRON - PARIS 8<sup>e</sup>



*La Lancette Française***GAZETTE DES HOPITAUX****CIVILS ET MILITAIRES****PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI**

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

**49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6<sup>e</sup>. Tél. : Danton 48-31.**PUBLICITE : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6<sup>e</sup>) - Téléphone : LITRÉ 54-93.**PRIX DE L'ABONNEMENT****FRANCE**

3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.

*Etudiants* : 25 francs par an.

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

**ETRANGER**

Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.

Tous les autres pays : 75 francs.

**SOMMAIRE****NOTICE NÉCROLOGIQUE***Pierre Ménétrier*, par M. le professeur VILLARET.**NOTES DE MÉDECINE PRATIQUE***Le lait d'ânesse*, par M. L. BABONNEIX.**XLIV<sup>e</sup> CONGRÈS DE L'ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE.** (Compte rendu, par M. DARIAU.)*Première question* : « Infarctus du mésentère. » Rapporteurs :

- MM. AMBLINE (Paris) et Ch. LEFEBVRE (Toulouse).

*Discussion.***CHRONIQUE***Amitiés françaises.***NOTES POUR L'INTERNAT***Fractures de la base du crâne (fin).***INFORMATIONS****HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — Liste alphabétique des candidats ayant remis trois copies :**

M. Adam, Mlles Adda, Albulesco, Mme Aldou, MM. Allilaire, Alperine, Anquetil, Mlle Arditti, MM. Arnold, Arrighi, Arsitch, Artisson, Aslanian, Attali, Mlle Aubin, MM. Audoly, Audry, Auregan, Aurenche, Aussannaire, Avenier, Azoulay,

Babou, Bachet, Bailly, Balazuc, Mlle Balossini, MM. Bancaud, Barbier (Jacques), Barbier (Paul), Bareau, Bargain, Mlle Barillon, M. Bastard, Mlle Bataille, MM. Bauchart, Baudon, Bauer, Bayle, Beauvils, Bell, Mlle Bellettre, M. Belotte, Mme Benoît, Mlle Bentkowski, MM. Bernard (Lucien), Bernard (Pierre), Bessil, Biarreau, Bibas, Blanchard (André), Blanchard (Jacques), Blinder, Bloch, Blondeau, Mlle Blumenfeld, MM. Boennec, Boissonnat, Boivin, Bolivar, Bolo, Bonduelle, Bonnet, Botreau-Roussel, Bouche, Boudon, Bouillée, Mme Boulenger, MM. Boulenger (Pierre), Bourdeau, Bourdin, Bourguine, Bourlière, Bouvier, Bracوني-Leclerc, Bret, Breton (Pierre), Bretton (Roger), Mlle Brille, MM. Brissaud, Brisset, Buffard, Butzbach (Jean), Buval,

Cagny (de), Cahen, Cahuet, Callerot, Campagne, Camus (Jean), Canetti, Carasso, Carle, Caruana, Mlle Casalis, MM. Caufment, Chabasseur, Chalochet, Champagne (Pierre), Chappé, Chappelart, Charollais, Chartrain, Mlle Cheikh, MM. Chessebeuf (Louis), Chevalier (Anthelme), Chiara

Jean de), Chiche, Chigot, Clamageran, Claracq, Clerc (Pierre), Clotteau, Combes, Comte, Cornet, Mlle Corre, MM. Cossart, Costa, Cotillon, Coulet, Coulombeix, Coutin, Coville, Cuvereaux,

Mlle Damiens, MM. Danel, Darmendrail, Mlle Darhovsky, MM. Darris, Dastugue, Daudier, Daverne, Debain, Debelut, Debeyre, Debost, Degand, Deguillaume, Delabroise, Delair, Delatour, Delouche, Delzant, Denizet, Dennewald, Depierre, Deroide, Deschamps, Desclaux, Déséglise, Desfossés, Desgeorges, Deuil, Dos-Ghali, Mlle Doumic, M. Douville, Mlle Dreulle, MM. Droguet, Dubarry, Mlle Dubois (Cécile), MM. Dubois (Jacques), Dubos, Ducros, Dufour (André), Dufour (Jean), Dugrenot, Mlle Dumont, MM. Dupond, Dupuis, Durret, Dutter,

Ebstein, Elbaz, Eman-Zadé, Eon, Etevé, Etienne, Eudel, Mlle Eyraud,

MM. Faugeroux, Fayein, Mlle Feder, MM. Feld, Fénelon, Ferrand (Guy), Ferrand (Michel), Ferrari, Ferrasson, Feuillet (Charles), Feuillet (Pierre), Filippi, Fischgrund, Florès, Fonteix, Fonteneau, Fortin, François (André), François (Pierre), François-Dainville, Fraquet, Frebet, Freret, Fressinaud-Masdefeix, Froissant,

Galand, Gallaut, Galimard, Gandeul, Gandrille, Gaquière, Gaumé, Gauthier (Raymond), Gautreau, Geffriaud, Geffroy, Geismar, Genevrièr, Gertzberg, Gharib, Gheorghiu, Mlle Ghinsberg, MM. Gibon, Gimault, Giraud (Paul), Girault (Louis), Mlle Giret, MM. Glénard, Godlevsky, Gordet, Goudot, Goulesque, Goupy, Goury-Laffont, Gout, Grand, Grégoire, Grislain Mlle Grumbach, MM. Gruner, Guebel, Guenon des Mesnards, Guéret, Guillemain, Guiot, Guittard,

Hacker, Hagnet, Halley y Mirallès, Hardel, Hausmann, Hébert, Mlle Helman, MM. Hemeury, Henrot, Mlle Heulot, MM. Hochedel, Huber,

Israël,

Jacquemin, Jacquet (Maurice), Jacquot, Jalladeau, Ja-

**DIGITALINE NATIVELLE**LABORATOIRE NATIVELLE, 27, Rue de la Procession, PARIS (XV<sup>e</sup>)

main, Jaupitre, Joinville, Joly, Joublin, Jouon, Joussemet, Jugnet, Mlles Jurain, Juster,

MM. Kaepelin, Kaufmann, Kavoussi, Klotz, Kropff, Kuss, Labayle, Lacombe, Lacorne, Lacroix, Lagailarde, Lajouanine, Mlle Lambert (Alice), MM. Lambert (Léon), Lambert (Raymond), Mlle Lamothe (Brigitte), MM. Lamotte (Michel), Laneuville, Lang (Paul), Lange (René), Langevin, Mlle de Larminat, MM. Lartigue, Lascaux, Lataix, Laubry (Pierre), Laumonnier, Leandri, Leboff, Le Bozec, Lebrun (Michel), Lecœur, Lecoite, Mlle Lecuyer, MM. Lefebvre (René), Lefer, Mlle Lefèvre (Jacqueline), MM. Legris, Le Loc'h, Lemaissier, Lenoir (Jean), Lenoir (Georges), Lenormant, Lepintre, Leroy (Marc), Lesca, Lesieur (Pierre), Le Sourd, Le Sueur (Guy), Lesure, Mme Levachkevitch, MM. Lévy, Libert, Liénard, Lignières (de), Lignon, Mlle Lindeux, MM. Livory, Loeper, Logeard, Loiseau (Jacques-Pierre), Loiseau (James), Lomède, Mlle Lotte, MM. Loubrieu, Loze, Luteraan,

Magder, Mlle Mage, MM. Magne-Rouchaud, Maignan, Maillard (Claude), Maillard (Jean), Marcault, Marchon, Mlles Marcille, Maréchal, M. Mariani, Mlle Marquis, MM. Marre, Martin (Jean), Martinet, Martinon, Maschas, Mlle Massiot, MM. Massot-Gourdin, Mathieu (André), Mathieu (Claude), Mme Mattei, MM. Mattei (Marc), Matteo (di), Maurice (Henri), Medioni, Meillon, Menanteau, Metzger, Mlles Meugé, Meunier, MM. Meyer (Henri), Milliez, Molimard, Mlle Monin, M. Monod (Marc), Mlle Montalant, MM. Montis (de), Morhange, Mostini, Motte, Mouchot, Moullé, Mousseau, Mozziconacci, Musset,

Nadiras, Nedelec, Negellen, Nespoulous, Netter, Neveu, Mlle Neyman (de), MM. Nguyen-Van-Vang, Nick,

Mlle Ocanesoff, M. Olbinsky, Mlle Olivier, M. Olivier (Marcel), Mlle Onfray, MM. Ordonneau, Orliac, Oudot,

Pahmer, Paingault, Parant, Pastier, Paugam, de Paulo, Payer, Pécunia, Pellerat, Pequignot, Mme Perol, MM. Perol (Etienne), Petit (Camille), Petit (Norbert), Phéline, Philippe, Piguët, Pillet, Mlle Pinard, MM. Pineau (Maurice), Pinet, Placa, Plas, Mlle Pochon, MM. Pointeau, Poissonnet, Porret, Pouch, Poussier, Mlle Prettre, M. Prin, Mlle Provendier, MM. Prudhommeaux, Prunel, Pruvot,

Rabant, Rabourdin (Jean), Rabourdin (Marcel), Rault (André), Rault (Jean), Raynaud, Raymondaud, Renault, Richard, Ristelhueber, Robert (Jean), Robey, Robin (Jean), Rocca Serra (de) Rochet, Rodde, Rollin, Rometti (Aldo), Ronsin, Rouault, Rougé, Rougier, Roujon, Roulland, Rousseau (Xavier), Rousseau (Guy), Rousset, Rouyer, Rouzaud, Rozée Belle-Isle, Rudaux,

Mlle Sachnine, M. Sagaut, Mlle Saint-Paul, MM. Saks, Samain, Mlle Saulnier, MM. Sayous, Schaefer, Schapira, Schneider, Sénéchal (André), Sénéchal (Paul), Sénéchal (Jean), Sérane (Jacques), Serreau, Sevilleano, Mlle Seyrig, M. Sicard (Pierre), Mlle Simon (Antoinette), MM. Sobieski, Striber, Mlle Stahland, MM. Statlender, Steinberg, Stevenin, Strass, Mlle Sulzer,

MM. Takar, Tardieu, Taveau, Temime, Ternier, Mme Ternois, MM. Tetreau, Thaon (Michel), Mme Thaon, Mlle Thévenot, M. Thieblot, Mlle Thiollier, MM. Thorel, Thoyer-Rozat, Tiret, Torre, Toufesco, Toulouse, Mlle Tourneville, MM. Tran Van Con, Trémolières, Trouvé, Tulou, Turlotte, Tzanetis

Vassal, Verdez, Vermenouze, Vernes, Verstraete, Vettier, Veyrières, Vialard, Vialatte, Viguié, Vila, Villanova, Villaret, Villey-Desmeserets, Vincent (Max), Vincent (André), Vissian, Vivien,

Walther, Wechsler, Weil (Jacques), Weill (François), Weiss, Wetterwald, Mlle Wetzlar, M. Wiehn, Mlle Willoq, MM. Wintrebert, Wolf fromm (René), Mlle Wolf fromm (Hélène),

MM. Zahler, Zivy, Zwillingier.

**COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. —**  
*Clinique des maladies infectieuses.* (Hôpital Claude-Bernard.) — M. le professeur A. Lemierre fera sa première leçon clinique le jeudi 14 novembre 1935, à 11 h., et continuera son cours les jeudis suivants, à la même heure.

— *Clinique médicale.* (Hôpital Saint-Antoine.) — M. le professeur Maurice Loeper fera la première leçon de son cours de clinique le jeudi 14 novembre 1935, à 11 h., à l'amphithéâtre de la clinique médicale de l'hôpital Saint-Antoine (amphithéâtre Hayem), et continuera son enseignement les jeudis suivants, à la même heure.

— *Clinique obstétricale.* (Clinique Baudelocque.) — M. le professeur Couvelaire reprendra son cours de clinique le vendredi 15 novembre, à 11 h., et le continuera les lundis et vendredis suivants, à la même heure.

**NÉCROLOGIE.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Louis Rampal (de Marseille), décédé à Lamanon, à l'âge de 84 ans; Félix Sesquès, médecin honoraire des hôpitaux de Marseille; Camille Vian (de Toulon); Trouvé, ancien député et ancien sénateur de la Haute-Vienne; Henri Ferré (de Paris); Albert Ray (armée); Chopard, conseiller général de Pontarlier, décédé à Besançon.

## CHRONIQUE

### AMITIÉS FRANÇAISES

Il y a un an, avec un groupe de de médecins italiens, nous visitâmes les champs de bataille autour de Reims. Après nous être inclinés devant les tombes si nombreuses, de nos amis anglais, nous nous étions recueillis fraternellement devant l'immense nécropole de Bligny où reposent tant de héros italiens tombés, eux aussi, sur le sol de France, pour la défense du droit.

Ces souvenirs s'imposent à la pensée de tous dans les circonstances angoissantes que nous traversons. Comment ne pas les rappeler au sujet de l'émouvante déclaration que le comité France-Italie nous communique et dont voici le texte :

« Les médecins de France, ralliés autour de la section médicale du Comité France-Italie, répondant à l'appel émouvant du Syndicat national des médecins italiens, leur expriment leurs sentiments d'amitié fraternelle.

Durant les heures graves que traverse l'Italie et où des forces contradictoires peuvent précipiter la civilisation occidentale dans le chaos, ils sentent la valeur essentielle de la Latinité.

Pénétrés d'une même culture, obéissant aux mêmes disciplines, forts de l'influence que leur rôle social leur confère, ils ne peuvent admettre un désaccord qui serait monstrueux. »

Au moment où nous écrivons ces lignes, une heureuse détente paraît se produire. Elle nous permet d'espérer que nous ne verrons pas cette chose inconcevable : des amis oubliant les sacrifices consentis en commun pour assurer enfin la paix du monde.

F. L. S.

**SARTHE A VENDRE** très gentille propriété rapport et agrément. Maison de maître, parf. état, Ferme, Bois, cont. totale : 47 hectares. Libre. Prix demandé 325.000 francs. Ecrire à M. Lambert, 10, avenue Reille à Paris. N° 464

Toux  
Ossyphée

**IODEINE MONTAGU**

**QUATAPLASME**

du **D' LANGLEBERT**  
pansement complet  
Phlegmasies, eczémas, brûlures, etc



# Traitement du Parasitisme intestinal

## par les Pyréthrine (du Pyrèthre)

C. R. Acad. Sciences, p. 1847, 1923

C. R. Acad. Médecine, 24-4 1928

C. R. Soc. Thérapeutique, 9-5 1928

# CHRYSÉMINE

## Pyréthrine Carteret

Sans contre-indications

Aucune toxicité

Dose quotidienne pour adultes :

**Ascaris, Oxyures, tous helminthes et protozoaires** = 5 Perles ou 150 Gouttes .

Cure de 5 jours consécutifs à renouveler après 8 jours de repos (plusieurs dans le cas des oxyures).

**Trichocéphales et Tœnias** = 12 Perles ou 300 Gouttes

Cure de 2 jours consécutifs — diète préalable la veille du début de la cure.

Pour les enfants, abaisser ces doses suivant l'âge en commençant par 50 gouttes.

Perles glutinisées et gouttes — Prescrire { **CHRYSEMINE PERLES**  
**CHRYSEMINE GOUTTES**

Echantillons et Littérature :

Laboratoires CARTERET, 15, rue d'Argenteuil, PARIS (1<sup>er</sup>)

**DIARRHÉES DES TUBERCULEUX**  
**DIARRHÉES CATARRHALES**

**SPIROCHÉTOSES**  
**ET PARASITOSES**  
**INTESTINALES**  
**HELMINTHIASES**

# Stovarsol

ACIDE OXYACÉTYLAMINOPHÉNYLARSINIQUE

ACTION ANTIPARASITAIRE, ANTISEPTIQUE  
ET ANTIFERMENTESCIBLE

FAIBLE TOXICITÉ MALGRÉ LA TENEUR  
ÉLEVÉE DU STOVARSOL EN ARSENIC

PROPRIÉTÉS RECONSTITUANTES

ADMINISTRATION FACILE

Société Parisienne d'Expansion Chimique • **SPECIA**  
MARQUES POULENC FRÈRES ET USINES DU RHONE  
86, rue Vieille-du-Temple, 86 - Paris-3°

COMPRIMÉS :

à 0 gram. 25

à 0 gram. 05

à 0 gram. 01

# ANGIOLYMPHE

= Principes Actifs d'Orchidées

**Tous ÉTATS DÉFICIENTS - PRÉTUBERCULEUX - TUBERCULOSE**

AUCUNE TOXICITÉ — PAS DE CONTRE INDICATIONS

Injections intra-musculaires indolores — 2 à 5 cc. par séries de 10 à 12 injections

# ARGYCUPROL

= Ag (10 %) + Cu (0,1 %)

Attaque le Gonocoque et les Associations microbiennes

**BLENNORRAGIE** aiguë (traitement abortif) ou Chronique et  
leurs Complications - **AFFECTIONS GYNÉCOLOGIQUES :**  
Métrites simples ou gonococciques, Vulvite, Vulvo-Vagi-  
nites, etc. - **OPHTALMOLOGIE - DERMATOLOGIE**

Injections urétrales, Vaginales, Grands lavages uréthro-vésicaux

INDOLORE — NON CAUSTIQUE — NE PROVOQUE PAS DE RÉTRÉCISSEMENTS

Echantillons et Littérature : **LABORATOIRES de l'ANGIOLYMPHE**, 4 bis, rue Hébert, COURBEVOIE



## PIERRE MENETRIER

(1859-1935)

Par M. le professeur MAURICE VILLARET.

La mort a frappé douloureusement le monde médical et scientifique en lui ravissant il y a quelques semaines l'un des savants dont il s'honorait le plus : le professeur Ménétrier. Par une tragique coïncidence, la triste nouvelle nous parvenait en Mer Noire, un an exactement après que nous apprenions en Baltique la mort prématurée d'un de nos hygiénistes les plus éminents et les plus regrettés. La cruelle disparition de M. Ménétrier ne fut pas diffusée par T.S.F. dans le monde entier ; elle ne toucha pas le grand public, et nous n'en prenions connaissance que fortuitement et après un long retard, dans une lettre qui nous annonçait simplement la grande perte que venait de faire la Science médicale française. Fait frappant, car il symbolise bien ce que fut cette vie toute de laborieuse modestie.

Ce qui caractérise, en effet, avant tout la noble carrière de celui que nous pleurons, c'est qu'elle fut celle non seulement d'un grand savant, mais d'un savant désintéressé, dédaigneux du bruit et des honneurs. Grand exemple d'une vertu peu commune ! Honorons-la d'autant plus, en méditant sur cette belle maxime de l'Ethique de Spinoza : « Ce qu'on appelle la vaine gloire est un contentement de soi alimenté par la seule opinion de la foule : cette opinion n'étant plus, le contentement lui-même disparaît, c'est-à-dire ce bien suprême aimé de tous ; de là vient que celui qui ne tire de gloire que de l'opinion de la foule, tourmenté d'une crainte quotidienne, s'efforce, s'agite et se donne du mal pour conserver son renom ».

Cet été encore, peu avant les vacances, Pierre Ménétrier continuait à assister fidèlement aux mardis de l'Académie de Médecine et aux vendredis de la Société médicale des Hôpitaux. On le voyait se diriger, voûté certes, mais d'un pas ferme et sûr, directement vers la salle des séances. Il était sobre de parole et de geste, mais un regard fin et pénétrant animait son visage émacié, laissant transparaître la belle intelligence dont on connaissait tout le charme et toute la séduction.

Qui aurait jamais pu penser que ce corps frêle, ne semblant vivre que par l'esprit qui l'illuminait, succomberait non pas à la maladie, mais à un tragique accident ? Par quel paradoxe, ce vieillard, dont le cerveau restait si jeune encore, mais qui vivait frileusement et comme au ralenti dans le recueillement et le repos nécessaires à sa fragile santé, a-t-il trouvé la mort sur les grandes routes, victime d'un drame brutal de la vie moderne ? Comment cette terrible catastrophe, qui aurait dû logiquement éteindre subitement une flamme aussi précaire, la laissa-t-elle brûler plusieurs jours, semblant épargner de graves lésions à cet organisme d'apparence si débile, lui conservant toute son intelligence si critique, si avertie, pour que, comme si toutes ces forces de résistance s'étaient à la fois subitement effondrées, la mort, dont il semblait avoir triomphé, finisse par l'emporter ? Autant d'énigmes sur lesquelles il serait vain de méditer, car seule demeure la réalité douloureuse : le Professeur Ménétrier n'est plus.

\*\*\*

Pierre Ménétrier naquit à Paris le 7 décembre 1859. Elève brillant du Collège Rollin, il manifesta de très bonne heure un goût prononcé pour les lettres et pour l'histoire. Ses dispositions remarquables eussent pu l'orienter vers l'Ecole Normale ou vers l'Ecole des Chartes, ou encore l'inciter à poursuivre la carrière de son père, qui laissa un nom comme critique littéraire. L'amitié qu'il contracta avec Gougelet, un de ses camarades de collège, en décida tout autrement et les deux jeunes gens entreprirent ensemble leur médecine.

Dès le début de ses études, Pierre Ménétrier fut remarqué par son premier et tout jeune maître, bientôt son ami, M. Siredey, dont la grande affection s'exprimait il y a quelques semaines encore, devant la dépouille du défunt, en des termes d'une éloquente et poignante émotion.

Externe des hôpitaux en 1879, interne trois ans plus tard, il devint l'élève de Balzer, de Grancher, de Troisier, de Delens, de Fournier, de Jaccoud, cependant qu'il se liait d'amitié avec les plus distingués de ses collègues : Gilbert, Duflocq, Gaucher, Lejars, Barbillon, Hartmann, Netter, Roger, Walther, pour ne citer que quelques-uns parmi ses plus intimes.

Directeur des travaux, puis chef de clinique de Jaccoud, il se signala au concours de l'Agrégation de 1892 par des épreuves retentissantes ; sa leçon sur les angines pseudo-membraneuses, sa démonstration sur le bassin ostéomalacique forcèrent l'admiration de tous et l'imposèrent comme agrégé, dans une promotion particulièrement brillante où figuraient G. H. Roger, Gaucher et Marfan.

Deux ans plus tard, en 1894, il était nommé médecin des hôpitaux.

\*\*\*

Dès l'aube de sa carrière scientifique, jeune interne encore, Pierre Ménétrier subit l'irrésistible attrait des grands problèmes qui passionnaient les chercheurs de cette époque : la pathologie infectieuse et la cancérologie.

Le professeur G. H. Roger rappelait il y a quelques années, lors d'une touchante cérémonie en l'honneur de son collègue, comment le jeune savant, dans une réunion d'amis, avait autrefois enthousiasmé son auditoire en résumant et commentant un ouvrage récemment paru sur l'immunité.

Dès la fin de son internat, Pierre Ménétrier trouve dans l'épidémie de grippe de 1886 l'occasion de donner la mesure de ses rares qualités d'observation et d'esprit critique. Il étudie les pneumopathies grippales et, dans une thèse aujourd'hui classique, il montre que la pneumonie dite grippale, en dépit de quelques particularités secondaires, est bien due au pneumocoque.

Plus tard, il complète nos connaissances sur les diverses modalités de l'infection pneumococcique, en envisageant successivement la bronchite capillaire, l'œdème pulmonaire, la sinusite, l'angine pseudo-membraneuse, la péricardite, la péritonite, la méningite.



Mais le pneumocoque n'est pas le seul germe pathogène à retenir l'attention du bactériologue. Pierre Ménétrier étudie les infections streptococciques, l'endocardite végétante, l'érysipèle. Il consacre d'importantes recherches au rôle pathogène du bactérium coli mais montre aussi la facilité avec laquelle ce microbe envahit l'organisme après la mort ou même pendant l'agonie. Cette donnée prendra plus tard toute son ampleur avec la notion des « germes de sortie ».

Il faudrait citer ici encore une série de travaux, que Ménétrier mena avec sa conscience scientifique habituelle, sur la fièvre typhoïde, la tuberculose, la morve, le charbon, la rage, l'actinomycose.

\*)  
\*\*

Mais, si fécondes qu'aient été les recherches de Pierre Ménétrier dans le domaine de la pathologie infectieuse, elles ne sauraient l'emporter sur l'œuvre immense qu'il accomplit en s'adonnant durant sa vie entière à l'étude du cancer.

C'est surtout par la méthode anatomo-pathologique qu'il s'attaqua au problème si mystérieux de l'apparition et du développement des tumeurs.

Une notion fondamentale lui parut bientôt se dégager de l'analyse méthodique des lésions : « Le cancer n'est pas une forme morbide primitive mais l'aboutissant d'états pathologiques multiples antérieurs et préparatoires ».

Dans une série de travaux, il insiste sur ces états : « Bien que multiples, ils peuvent se grouper sous deux chefs principaux : hyperplasies inflammatoires ou fonctionnelles et malformations du développement, les unes et les autres résultant de modalités anormales du développement des tissus et de processus de multiplication des cellules ».

Il étudie de nombreux exemples de cancer d'origine hyperplasique et montre les transitions insensibles qui unissent les simples proliférations inflammatoires aux tumeurs bénignes telles que les papillomes ou les adénomes, et celles-ci aux cancers proprement dits. « Les irritations de toute nature, inflammations, irritations fonctionnelles, qui mettent en jeu l'activité proliférative des cellules, aboutissent par leur répétition prolongée, chronique, à des états hyperplasiques qui sont la matrice des cancers. »

Il en est de même des anomalies de prolifération des cellules embryonnaires ou fœtales. Elles peuvent être le point de départ de cancers d'origine hétérotopique, l'hétérotopie constituant en pareil cas, « par les suppressions fonctionnelles et les troubles biologiques qu'elle entraîne dans l'évolution des cellules, le facteur dominant de l'incitation néoplasique ».

En étudiant ainsi le mode de développement du cancer, Pierre Ménétrier fut amené à découvrir certains types de tumeurs et à préciser pour beaucoup d'autres d'intéressantes particularités morphologiques et évolutives. Avec Balzer, il décrit les adénomes sébacés métatypiques, dont l'aboutissant extrême est l'épithéliome sébacé, véritable forme cancéreuse et maligne. Il consacre d'importantes recherches au néoplasme du poumon, en particulier à l'épithéliome primitif des bronches, aux adénomes du sein, au cancer de l'estomac, au cancer de l'utérus, à celui des glan-

des génitales. Le polyadénome gastrique à centre fibreux, le splénome, le plasmodiome malin sont des tumeurs qu'il découvre et dont il donne d'emblée une description parfaite.

On ne saurait faire ici l'énumération, même très incomplète, des principaux travaux qui ont valu à Pierre Ménétrier sa juste notoriété de cancérologue. Sa vaste expérience personnelle apparaît sans cesse à la lecture du traité de Pathologie générale de Bouchard et surtout des deux importants volumes du traité de Médecine et de Thérapeutique de Gilbert et Carnot, dans lequel il résuma l'ensemble de ses idées et de ses recherches, ouvrage qui compte à bon droit parmi les plus documentés et les plus vécus dont puisse s'enorgueillir la science médicale française.

Aux confins de la cancérologie et à côté des myélomes, les hyperplasies du système hématopoïétique, les lymphadénies, les leucémies ont été l'objet d'importantes études de Pierre Ménétrier, et il n'est pas d'article récent sur la leucémie myéloïde qui ne fasse de larges emprunts à la remarquable monographie qu'il publia sur ce sujet avec Aubertin.

Dans cette longue série de travaux, qui pour longtemps encore associera son nom à l'étude du cancer, Pierre Ménétrier fit appel surtout à la méthode histopathologique. Mais ce serait une erreur de croire que l'observation microscopique des lésions fut son seul et exclusif moyen d'enquête. Il savait au besoin recourir à l'expérimentation, et les qualités de rigueur et de méthode du biologiste ne le cédaient en rien à celles de l'anatomiste. C'est ainsi qu'un des premiers, il pratiqua des greffes du cancer chez les souris, comme il avait étudié autrefois la pustule maligne expérimentale sur cet animal et sur le cobaye. Il connaissait bien les maladies spontanées des animaux de laboratoire et savait tenir compte des erreurs d'interprétation dont elles pouvaient être le point de départ. Le cancer expérimental du goudron lui parut justifier sa conception que les tumeurs sont l'aboutissement des irritations chroniques : il reprit à son sujet de nombreuses expériences et fut un des premiers à obtenir par le goudron un cancer compliqué de métastases.

\*)  
\*\*

Malgré sa prédilection pour l'étude de l'anatomie pathologique et du cancer, Pierre Ménétrier avait volontiers qu'il tenait de son père un véritable culte pour toutes les questions touchant à l'Histoire. D'une érudition surprenante, il sut mettre ce culte au service de la médecine et fut pour elle l'un des meilleurs historiens de notre époque.

Déjà, comme agrégé, il avait, durant le deuxième semestre de 1899, remplacé le professeur Laboulbène et fait un exposé général de l'histoire des sciences médicales depuis ses origines jusqu'à la découverte de la circulation.

Il devait, en 1919, devenir à son tour titulaire de la chaire de son prédécesseur. Le magistral éloge de Laënnec, auquel il consacra sa leçon inaugurale, donne une idée de la précision de son exposé, de la clarté de son récit, de la portée de ses vues d'ensemble et de ses déductions générales. Son cours était bien une véritable Histoire de la Médecine, un peu sévère



peut-être parce que dégagé de l'effet facile et artificiel des « histoires de la Médecine », mais d'un enchaînement impeccable, d'une déduction rigoureuse, faisant assister l'auditoire à la progression insensible des idées et des doctrines médicales, à ce long effort du passé dont l'évocation est si précieuse pour la formation même du médecin.

Membre, puis président de la Société française d'Histoire de la Médecine, il avait compris la nécessité d'un ouvrage didactique de grande envergure portant sur l'Évolution générale des Sciences médicales et chirurgicales. Il en avait commencé la réalisation, aidé de nombreux collaborateurs qui s'étaient groupés autour de lui. Le destin n'a pas voulu lui laisser achever l'œuvre entreprise, à laquelle il travaillait sans cesse et qu'il avait depuis si longtemps conçue.

\*  
\*  
\*

C'est dans la vie intime de son service hospitalier qu'il est souvent le plus aisé d'approcher un grand maître et d'apprécier toutes les belles qualités de son intelligence et de son cœur. Pierre Ménétrier fut successivement médecin de l'hôpital Tenon et de l'Hôtel-Dieu. Aussi bon clinicien qu'il était savant anatomiste, il examinait minutieusement tous ses malades, s'orientant toujours vers le diagnostic le plus logique, se méfiant des hypothèses trop hardies qui, sous leur dehors séduisant, contreviennent trop souvent à la discipline rigoureuse de l'analyse des faits. A lui pouvait s'appliquer la phrase de Malebranche dans « La recherche de la vérité » : « Il y a des esprits de deux sortes : les uns remarquent aisément les différences des choses, et ce sont les bons esprits ; les autres imaginent et supposent de la ressemblance entre elles, et ce sont les esprits superficiels ».

Sa thérapeutique était simple, inspirée avant tout du grand principe : « primum non nocere » ; mais il l'appliquait avec confiance, sans scepticisme décourageant, et, lorsque la maladie était au-dessus des ressources de l'art, il savait trouver dans sa bonté naturelle les paroles de réconfort et de consolation qui sont comme un suprême adoucissement aux plus pénibles et plus irrémédiables misères.

Rien n'était aussi simple, aussi dénué d'apparat, que la visite quotidienne de P. Ménétrier dans son service à l'Hôtel-Dieu ; mais il ne se passait guère de jours qu'on ne vînt le trouver au milieu de ses élèves ou dans son laboratoire pour l'entretenir de quelque cas difficile, lui demander d'interpréter quelque coupe et puiser sans réserve à la source fécondante de son expérience, de son jugement, de son érudition.

\*  
\*  
\*

La notoriété que s'était acquise Pierre Ménétrier dans le domaine médical et tout particulièrement dans celui du cancer devait le désigner bientôt pour un siège à l'Académie de Médecine : il fut élu en 1914 et siégea comme Président annuel en 1930. Là, comme dans les diverses Compagnies savantes auxquelles il appartenait, à la Société Médicale des Hôpitaux, à la Société du Cancer, P. Ménétrier fit preuve d'une assiduité et d'une régularité véritablement exemplaires. Il

était présent dès le début des séances, écoutait sans rien perdre les communications, et sa grande érudition le conduisait bien souvent à prendre la parole lors de la discussion. Tous ceux qui l'ont entendu ont gardé le souvenir du charme de son intervention. En quelques phrases d'une élégante clarté, avec une logique implacable appuyée sur une documentation surprenante, il donnait son avis qui, dans bien des cas, clôturait les débats. Parfois une légère pointe d'ironie animait son argumentation, mais celle-ci restait toujours courtoise, mesurée, soucieuse avant tout de ne blesser personne.

Si Pierre Ménétrier s'était valu l'estime sans réserve de tous ses pairs, s'il était l'objet de l'admiration et de l'affection de tous ses élèves, si son nom était universellement connu dans les milieux scientifiques à l'étranger, sa réputation, contenue par une modestie farouche, n'avait pu rompre le cercle de fer où l'enfermait son désintéressement absolu.

Au lendemain de la guerre, comme un de ses collègues l'accompagnait au sortir de l'Académie : « Mon cher ami, lui dit celui-ci, pourquoi ne portez-vous pas votre Légion d'honneur ? Cette décoration aurait-elle à vos yeux perdu de sa valeur ? » — « Mais, répliqua Ménétrier, la première condition pour l'arborer n'est-elle pas pour le moins qu'elle m'ait été décernée ? » On la lui donna à l'occasion du Centenaire de l'Académie de Médecine, après toute une vie d'abnégation scientifique, de dévouement hospitalier. Et quand il l'eut, il ne négligea pas de la porter.

\*  
\*  
\*

Si pleine que fut la vie scientifique de Pierre Ménétrier, si peu ménagère qu'elle était pour lui de son temps et de ses loisirs, elle ne l'absorbait cependant pas tout entier. Le savant était doublé d'un homme de cœur, et au culte de la science il savait associer celui de la famille. Il avait pour sa mère une piété filiale touchante qui commandait tous ses actes à tous les instants. Il eut l'heureuse fortune de la conserver longtemps et, lorsque le grand âge vint affaiblir la vieille maman, ce fut le fils qui, jalousement, avec l'aide de sa sœur, veilla sur ses derniers ans. Le spectacle était émouvant de voir, par un de ces jours gris de novembre, ces deux vieillards cheminer lentement dans les allées du Luxembourg : la patine de l'âge rapprochait leur silhouette comme le voile roux de l'automne unifiait celle des arbres du vieux parc. Quand la mort amena l'inévitable séparation, l'affection de Ménétrier se concentra sur les siens, sur sa sœur, ses neveux et nièces, ses élèves, ses amis qu'il confondait tous dans une même sollicitude et que nous confondons tous dans un même sentiment de douloureuse sympathie.

Que nos collègues Stevenin et Henri Bénard veuillent bien croire que nous sommes de cœur avec eux, et que, comme eux, nous ressentons vivement la perte irréparable qu'ils ont faite.

Car c'est avec une indicible émotion qu'on a vu la mort tourner la dernière page de ce livre d'or que fut la vie de Pierre Ménétrier, tout entière de dévouement, d'incessant labeur, de désintéressement, de modestie.

## NOTES DE MÉDECINE PRATIQUE

LE LAIT D'ÂNESSE<sup>1</sup>

Par M. L. BABONNEIX,  
Médecin de l'hôpital Saint-Louis.

**Composition chimique.** — D'après Duclaux, 1.000 grammes de lait d'ânesse contiennent :

Caséine.....	13 <sup>9</sup>
Albumine.....	2 <sup>5</sup> 4 <sup>5</sup>
Graisse.....	10 <sup>5</sup>
Sucre.....	65 <sup>5</sup> 4
Sels.....	4 <sup>5</sup> 3

Sa valeur calorique serait de 350 à 400 (J. Cathala), de 464 calories par litre (Köning).

Ses enzymes et enzymoïdes paraissent de même nature que ceux du lait de femme.

Ce lait se rapproche donc du lait de femme par sa teneur en caséine et en sucre, comme par la nature de ses enzymes et enzymoïdes ; il s'en distingue par sa pauvreté en graisse.

Il se différencie du lait de vache par sa pauvreté en caséine, en albumine, en graisse et en sels minéraux.

Il est très inférieur aux deux, en ce qui concerne sa valeur alimentaire : 350 et 464 calories, contre 650 pour le lait de femme, et 700 pour le lait de vache.

**Caractères physico-chimiques.** — Les plus importants sont que, sous l'influence de la présure, du suc gastrique ou des acides, il se prend en grumeaux fins, qui passent facilement par les trous du biberon, et que sa digestion ne donne pas de résidus nucléiniques (Elleberger).

Ajoutons que ses sels ont sans doute un pouvoir diurétique (H. Barbier) et que c'est un lait vivant, puisque, donné cru, les selles des enfants auxquels on l'administre sont en général demi-molles, jaunes et homogènes (Id.).

**Indications.** — Elles étaient jadis très étendues. Aujourd'hui, elles sont singulièrement restreintes, et, dans la plupart des cas où on le prescrivait jadis, on lui préfère le bibeurre ou le lait sec. Nous l'avons, cependant, prescrit avec succès dans les cas suivants :

1° *Intolérance pour le lait de vache*, qu'il soit cru, bouilli, pasteurisé, sec ou concentré ;

2° *Etats de débilité* (H. Barbier) et de prématuration : « les enfants atteints de ces affections naissant avec un faible pouvoir digestif, si faible même que le lait de femme « provoque chez eux une indigestion permanente, qui se « traduit par la diarrhée granuleuse et glaireuse et une « chute de poids très rapide ». (Ribadeau-Dumas et Fouet) ;

3° Certaines *hypothrepsies*, à foie et à pancréas défaillants (H. Barbier), ne supportant pas le lait de femme (Ribadeau-Dumas et Fouet) ;

4° *Entérites cholériformes*, la période aiguë une fois passée ;

5° *Syndrome pylorique* en rapport avec un lait trop gras (H. Barbier).

Encore faut-il remarquer, avec M. J. Cathala, que les débiles ayant des besoins caloriques d'autant plus étendus qu'ils ont un poids plus faible, le lait d'ânesse ne peut leur être administré que pour une courte période de temps.

**Manière de l'administrer.** — Deux conditions indispensables (A.-B. Marfan).

1° *Une alimentation convenable de l'animal*, qui doit être nourri de fourrage sec, les ânesses nourries de fourrage vert donnant un lait qui peut provoquer, chez le nourrisson, une diarrhée mortelle (J. Parrot). Au fourrage sec, on peut ajouter de l'avoine, du maïs concassé, du son. Les déchets de betteraves, de carottes, de choux, les drèches, les tourteaux, comme l'eau de vaisselle, sont interdits (Casamayor).

L'ânesse doit être âgée de 8 à 10 ans et avoir déjà mis bas plusieurs fois ; elle peut fournir, pendant 8 à 10 mois, 1 litre et demi à 2 litres de lait par jour, à condition qu'on lui conserve son ânon (Saint-Yves Ménard).

2° *Une traite aseptique* : le professeur Pinard a signalé le cas de trois nourrissons, nourris avec un lait contaminé, enlevés par une gastro-entérite suraiguë. Les professeurs Brindeau et Marfan ont observé, dans des circonstances analogues, une stomatite ulcéreuse mortelle.

Les doses sont à peu près celles du lait de femme (Marfan). M. H. Barbier conseille pour commencer 100 gr. par kilogramme.

**Avantages.** — Ils ne sont pas négligeables :

1° *Le lait d'ânesse est très bien supporté*, en raison de sa pauvreté en graisse, et les nouveau-nés le digèrent mieux que celui des autres animaux (Marfan, Péhu, Ribadeau-Dumas) ;

2° *Il peut être donné cru*, la tuberculose étant exceptionnelle chez l'ânesse ;

3° *Son usage n'expose pas à la tuberculose* ;

4° *Chez les débiles et à la période de transition des entérites cholériformes, il est supérieur au lait de vache, même modifié* (Marfan).

**Inconvénients.** — Les principaux sont :

1° *Sa faible valeur alimentaire.* — « Quand on nourrit des débiles ou des hypothrepsiques âgés seulement de quelques semaines, au début, il est bien digéré et le poids des enfants augmente assez régulièrement, quoique faiblement. Mais après quinze ou vingt jours, il cesse de s'accroître » (Marfan). Il permet au nourrisson de se maintenir, mais non de prospérer (Péhu, G. Blechmann). Aussi doit-il être réservé, soit aux nouveau-nés, soit aux nourrissons malades.

2° *Son prix « inabordable »* (G. Blechmann) ;

3° *La difficulté de s'en procurer* ;

4° *Sa conservation difficile.*

« Il ne peut guère être utilisé que dans les grandes villes, car on doit le chercher deux fois par jour » (G. Blechmann).

5° *La possibilité, à la suite de son emploi, de diarrhées, parfois cholériformes* (A.-B. Marfan), ou de phénomènes d'anaphylaxie (H. Barbier) ;

6° *L'impossibilité de le couper ou de le faire bouillir.*

## Chemins de fer Paris-Lyon-Méditerranée

Un nouveau bureau de tourisme P.-L.-M. vient de s'ouvrir en plein cœur de Paris, 88, rue Saint-Lazare. Téléphone Trinité 04-80.

Que vous voyagiez seul ou en groupe, en France ou à l'étranger, vous trouverez là tout ce qu'un véritable touriste doit savoir avant de partir : ce que lui coûtera son déplacement, s'il trouvera à l'arrivée ou en cours de route bon gîte et bonne table, comment visiter toutes les curiosités de la région où il se rend, comment organiser sa saison de cure ou de détente. Il sera offert à votre gré de nombreux voyages forfaitaires, des circuits complets, plus intéressants les uns que les autres, et aux meilleures conditions de prix et de confort.

Ce bureau qui complète d'une façon heureuse celui de la gare de Lyon, à Paris, sera votre meilleur conseiller. N'hésitez pas à le consulter : vous lui devrez vos plus beaux voyages.

(1) V. en plus des ouvrages d'A.-B. MARFAN, *L'allaitement*. Paris, 1930, in-8° (p. 643-646) et de R. MATHIEU, *Encyclopédie médico-chirurgicale*, Sect. Pédiatrie, Paris, 1930, in-4° ; G. BLECHMANN, *Nourrissons, enfants*. Paris, 1926, in-18, p. 22 ; J. CATHALA, *Pathologie du nourrisson*. Paris, 1931, p. 169 ; L. RIBADEAU-DUMAS et FOUET, Les indications du lait d'ânesse. *Société de pédiatrie*, 10 juillet 1923, p. 280-285 des *Bulletins*.



# XLIV<sup>e</sup> CONGRÈS DE L'ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE

Paris, 7-12 octobre 1935 (1).

## PREMIÈRE QUESTION

### Infarctus du mésentère.

Résumé du rapport de MM. AMELINE (de Paris)  
et Ch. LEEBVEYRE (de Toulouse).

Les rapporteurs font remarquer que l'étude de l'infarctus du mésentère ne saurait être séparée de celle de l'infarctus de l'intestin, quelles que soient les relations unissant ces deux ordres de lésions.

Il s'agit d'une infiltration diffuse de toutes les tuniques intestinales par les éléments figurés du sang, à la faveur d'une effraction vasculaire plus ou moins accusée. Tous les degrés peuvent se rencontrer, depuis la « simple cyanose » jusqu'à l'« apoplexie complète » de l'intestin.

Ainsi considéré, l'infarctus intestino-mésentérique s'explique aisément : les vaisseaux du mésentère s'obstruent pour une raison quelconque ; il en résulte un infarctissement de la portion correspondante de l'intestin. Au total, un phénomène purement mécanique supprime l'apport sanguin ou la circulation de retour et s'accompagne très rapidement d'une irruption sanguine à travers des capillaires rompus.

A cette simplicité de la pathogénie s'oppose la gravité du pronostic. Bien des auteurs considèrent cet infarctus comme « au-dessus » des ressources de la chirurgie.

Depuis quelques années, ces notions, qui paraissaient jusqu'alors définitivement établies, se sont vues sérieusement attaquées. Il est hors de doute que des guérisons spontanées ont été observées. Des cas ont été rapportés où des infarctus intestino-mésentériques indubitables ne s'accompagnaient d'aucune lésion vasculaire. Le contraire a été vu également.

Il ne faut plus considérer le système vasculaire mis en cause comme un réseau inerte, mais se souvenir de son innervation, du rôle complexe du sympathique et du vague dans les phénomènes pathologiques responsables. Le sang lui-même présente des propriétés spéciales à ce niveau de l'économie où il s'enrichit justement des produits de la digestion.

Les rapporteurs ont pensé que le travail qui leur avait été confié consisterait surtout à concilier ces faits nouveaux et les données classiques.

Après un court chapitre sur « l'historique » de la question, les auteurs tracent un résumé des notions anatomo-pathologiques et physiologiques indispensables à la lecture de leur travail, puis s'ouvre le chapitre de l'étiologie.

**Etiologie.** — Le nombre des observations publiées paraît très inférieur à celui des cas réellement rencontrés. Quoi qu'il en soit, les rapporteurs ont pu grouper un millier de ces observations environ, dont plusieurs sont contrôlées.

De l'examen de ces cas, il semble que ni le pays, ni la race, ni le climat ne constituent des conditions prédisposantes. Il en est de même de la profession. Le sexe, par contre, jouerait un rôle plus certain puisque l'infarctus entéro-mésentérique se présenterait deux fois chez l'homme pour une fois chez la femme.

Le maximum de fréquence oscillerait entre 56 et 60 ans.

Les causes, difficiles à déceler dans la plupart des cas, peuvent se classer de la façon suivante :

- I. Causes d'ordre local,
- II. Causes d'ordre général.

**A. Causes d'ordre local.** — Un groupe important d'infarctus relève certainement d'une *origine mécanique*. Ce sont ces cas qui parfois guérissent spontanément. Il s'agit d'un volvulus, d'une occlusion par brides, adhérences ou étranglement ; une gêne de la circulation en résulte qui aboutit à l'infarctus. A l'ouverture du ventre, cet infarctus est manifeste, mais il n'est pas toujours possible d'en découvrir la cause exacte.

Quelques observations ont été publiées où le rôle du traumatisme paraît indéniable.

Il existe une histoire unique mais typique de thrombose mésentérique par corps étrangers. L'intervention avait montré un iléon bleu foncé avec un mésentère très rouge congestionné. Sur le bord de l'intestin, on découvrit deux fragments de fil de fer dont l'un avait perforé un vaisseau important.

Il est clair qu'une compression prolongée par une tumeur, un bloc d'adhérences ou de péricécité, une mésentérite rétractile, peut être à l'origine d'un infarctus. La compression peut aussi provenir d'une adénopathie mésentérique volumineuse.

Bon nombre d'affections des organes abdominaux prédisposent à l'infarctus, notamment les hernies et les ulcères digestifs. La physiologie normale elle-même joue son rôle, et certains auteurs précisent que le début des accidents coïncide souvent avec la période active de la digestion. La part des infections est considérable : entérites, dysenteries, typhoïde, appendicite surtout.

On a noté, chez un garçonnet de 12 ans, un iléon infarcté avec vaste hématome mésentérique sous l'influence de nombreux ascaris. L'enfant guérit sans autre résection qu'une appendicectomie.

Un cas de rétrécissement du rectum est à retenir chez une femme de 45 ans à Wassermann positif. A l'opération, on reconnut une gangrène totale du rectum, du sigmoïde et de la moitié inférieure du côlon descendant. Aucune pulsation n'était perçue au niveau de l'artère mésentérique inférieure. Il s'agissait d'un processus infectieux parti du rétrécissement rectal.

La coexistence d'un cancer des côlons est loin d'être rare et dans ces cas il convient de tenir compte de l'infection surajoutée propre aux néoplasmes du tube digestif.

La cirrhose du foie, dans la statistique dont disposent les rapporteurs, est signalée sept fois. Tous les infarctus siègeaient sur le grêle et le mésentère était lésé. Quatre fois le tronc porte et ses branches étaient totalement thrombosés, deux fois la thrombose se limitait à la veine mésentérique supérieure.

La lithiase biliaire et la cholécystite sont citées à titre de phénomènes accessoires dans quelques observations.

Les splénomégalies seraient assez fréquemment rencontrées. La lésion splénique peut précéder l'infarctus, mais elle peut aussi évoluer parallèlement à lui. L'infarctus est parfois consécutif à l'ablation de la rate.

Une observation de Desbonnets et Loheac signale une pancréatite chronique avec poussée suppurative. Handfort a rencontré un carcinome de la tête du pancréas et Farah une pancréatite suppurée.

L'infarctus peut se produire au cours d'une grossesse, après l'accouchement ou l'avortement.

Lapeyre, ayant opéré un pyosalpinx par hystérectomie vit éclater chez sa malade, 18 mois plus tard, un syndrome abdominal grave. Il découvrit une anse grêle noirâtre, un mésentère épaissi et dur et dut pratiquer la résection de 90 centimètres d'intestin.

(1) Association de la Presse médicale française.

En dehors de toute intervention et du seul fait de son évolution, le fibrome utérin peut engendrer un infarctus ; mais ce dernier se rencontre plus souvent après l'hystérectomie. Les mêmes remarques s'appliquent au cancer utérin.

Le rôle des néphrites et des infections uro-génitales de l'homme est difficile à établir.

**B. Causes d'ordre général.** — Beaucoup de ces causes se rattachent aux lésions de l'appareil circulatoire. Les cardiopathies s'inscrivent au premier rang, notamment l'endocardite et la myocardite ; suivent de très près les affections mitrales et aortiques ; puis à distance, l'angine de poitrine, la persistance du trou de Botal.

Parmi les lésions artérielles, il faut citer l'athérome, l'artério-sclérose, toutes les artérites, la maladie de Raynaud et la maladie de Buerger.

Le rôle des phlébites, des varices généralisées est encore plus important. La totalité des cas d'infarctus imputables à l'appareil circulatoire atteint le quart des observations dont disposent les rapporteurs.

L'état du sang circulant n'est pas négligeable dans la production de ces accidents, et les auteurs rapprochent le purpura abdominal de l'infarctus.

Les lésions isolées du poumon et de la plèvre semblent sans action. Toutefois Krüger relate un cas de thrombose de la veine mésentérique supérieure chez un pneumonique de 67 ans, et Folliasson un cas de thrombose de l'artère homonyme au 8<sup>e</sup> jour d'une broncho-pneumonie.

Les infections locales ou générales se rencontrent dans l'histoire de bien des infarctus.

Les suppurations pelviennes, les abcès pyohémiques multiples, les ostéomyélites constituent autant de conditions favorables à la production de l'infarctus, et cela surtout s'ils siègent près de la zone dangereuse des plexus sanguins du petit bassin.

La fièvre typhoïde, la grippe, le rhumatisme articulaire aigu, le paludisme, la blennorrhagie sont souvent cités. Enfin le rôle de la syphilis serait considérable étant donné l'affinité bien connue du spirochète pour le système vasculaire.

Certains troubles de la nutrition sont fréquemment relevés dans les observations, notamment l'obésité et surtout le diabète.

Parmi les intoxications, la morphinomanie, le saturnisme, l'alcoolisme et le tabagisme sont à retenir. Un seul cas signale l'action des gaz de combat (Desplas), mais il existait une infection dysentérique dont le rôle était sans doute prépondérant.

Les altérations des glandes endocrines ne semblent pas intervenir dans la production de l'infarctus entéro-mésentérique. Cependant, les notions que nous possédons sur le rôle des surrénales dans l'hypertension artérielle et les artérites oblitérantes justifieraient sans doute des recherches nouvelles.

Le système nerveux ne semble avoir aucune relation avec les faits pathologiques qui nous intéressent. Un seul cas d'infarctus est signalé par Trenel et Senac chez un épileptique.

Une place à part doit être faite à l'ensemble des infarctus post-opératoires. Ce sont surtout les interventions portant sur l'abdomen : parois et contenu, qui sont suivies d'infarctus. L'appendicectomie et la hernie étranglée se placent au premier rang.

Les travaux portant sur les thromboses et embolies post-opératoires abondent dans la littérature contemporaine ; et pourtant, un doute plane sur cette question encore mal élucidée. Au total, l'expérience clinique semble avoir démontré :

1° Que la thrombose post-opératoire survient surtout après les laparotomies ;

2° Qu'elle augmente de fréquence avec l'âge des malades ;

3° Que sa localisation habituelle se fait en dehors du territoire de la veine porte.

En dépit d'indications étiologiques aussi nombreuses, un cinquième des cas demeure sans explication clinique et nécropsique. C'est vers ce bloc des « infarctus cryptogéniques » que doivent tendre certainement les recherches futures.

**Etude clinique. Diagnostic.** — Le diagnostic a paru longtemps au-dessus des possibilités de la clinique.

S'il faut en croire les rapporteurs, une analyse attentive des symptômes devrait permettre ce diagnostic au moins dans certains cas. En vain avons-nous recherché dans la consciencieuse énumération des signes cliniques le fondement d'un diagnostic aussi important. Il nous semble que longtemps encore l'esprit chirurgical le plus averti hésitera, fera des hypothèses, et en définitive se trompera souvent.

C'est peut-être au fond une question d'expérience. Le chirurgien prévenu opérera plus facilement. Dans le doute, il saura « ne pas s'abstenir » et parfois son geste assurera la guérison. Mais vouloir peser ces signes dont aucun n'est pathognomonique, vouloir les classer par ordre de valeur et conclure au diagnostic ferme nous paraît quelque peu hasardé.

Tantôt les accidents débutent brutalement et tantôt progressivement. C'est généralement par des phénomènes douloureux que s'ouvre la crise avec un peu de fièvre, au cours de la digestion.

La douleur siège avec une fréquence marquée dans la fosse iliaque droite, mais elle peut s'orienter autour de l'ombilic, vers l'épigastre ou le flanc droit.

Les vomissements sont de règle. On peut noter de la diarrhée ou de la constipation, du mœlena parfois.

L'inspection du ventre donne encore des renseignements très variables. On le trouve normal d'aspect ou nettement augmenté de volume, mobile ou immobile pendant la respiration forcée. Il présente souvent des mouvements péristaltiques visibles.

La résistance pariétale montre une défense variable allant de la défense légère au ventre de bois. L'hyperesthésie cutanée est de règle.

La percussion révèle d'ordinaire une sonorité exagérée, ou, plus rarement de la matité.

Le malade est agité, shocké. Son pouls oscille le plus souvent entre 120 et 140.

Tous ces signes ne peuvent qu'éveiller des soupçons. Il convient alors suivant le conseil de Mondor, de rechercher par la palpation et la percussion ce boudin intestinal gorgé de sang, à paroi épaisse de 6 à 7 millimètres qu'accompagne un mésentère épais de 6 à 7 centimètres et qui ne saurait passer inaperçu. La percussion de cette masse mésentéro-intestinale donnerait un son assez spécial : le « météorisme mat ». Quoi qu'il en soit, il convient dans cette recherche difficile du diagnostic de faire appel à tous les procédés de laboratoire à notre disposition. Les auteurs les passent rapidement en revue.

Les affections confondues le plus souvent avec l'infarctus entéro-mésentérique sont : l'occlusion, la péritonite, l'appendicite aiguë, l'étranglement herniaire, le volvulus, l'invagination et les pancréatites. Sur 198 observations, le diagnostic d'infarctus fut posé et vérifié 26 fois (13 %).

**Pathogénie et mécanisme.** — Tous les auteurs, au moins tous ceux de la période d'avant-guerre, ont vu dans l'infarctus intestino-mésentérique la conséquence d'un trouble ou d'une lésion vasculaire. Sans doute, d'autres facteurs qui ont été tenus pour secondaires et accessoires, jouent-ils cependant un rôle plus important. Les rapporteurs en sont convaincus, et après avoir étudié l'infarctus de cause arté-



rielle, celui de cause veineuse et celui de cause mixte, en arrivent à considérer l'infarctus que n'accompagne aucune lésion vasculaire manifeste.

Les observations abondent où la résection d'une anse intestinale infarctée s'accompagne d'un jet artériel tout à fait normal lors de la section du mésentère. Les examens histologiques des tissus prélevés confirment l'intégrité vasculaire. [Cogniaux, Guibal et Rousseaux, Moulonguet, Fontaine, Petit-Dutaillis, Patel et J. Gosset.]

*Les infarctus qui guérissent spontanément.* — A considérer simplement la statistique sur laquelle repose ce travail, vingt cas vérifiés par une laparotomie exploratrice ont guéri seuls, à moins que l'anesthésie locale ou générale ayant permis la laparotomie ait eu une vertu thérapeutique.

On a vu parfois [Riche, Grégoire, Banzet] au cours d'une « exploratrice » l'intestin lésé reprendre une coloration satisfaisante, et la guérison s'en suivre.

Peut-être les infarctus qui guérissent seuls sont-ils justement les infarctus sans lésion vasculaire.

*Le rôle du système nerveux.* — Il paraît considérable. C'est le « spasme artériel » qui prépare l'infarctus.

La section des splanchniques et l'extirpation du plexus solaire montraient déjà à Claude Bernard un état congestif de l'intestin avec diarrhée séreuse et exagération de l'automatisme moteur de l'estomac et du grêle.

Laignel-Lavastine, pratiquant en série l'ablation du plexus solaire, a toujours vu survenir des phénomènes diarrhéiques et de l'hyperémie de l'intestin par vaso-dilatation marquée.

Lorsqu'au cours d'une laparotomie on voit rétrocéder des lésions étendues du grêle, on ne peut s'empêcher de penser qu'à ce moment le spasme vasculaire cesse, sous l'action bienfaisante de l'anesthésie, et permet une reprise de l'irrigation normale.

*Le rôle des bactéries et du contenu intestinal.* — Solieri a montré, il y a déjà 30 ans, qu'au niveau des parois de l'intestin infarcté pullulaient des germes en forme de bâtonnet. L'influence des bactéries est incontestable dans l'évolution de l'infarctus. La gangrène secondaire, les perforations et la péritonite sont sous leur dépendance directe.

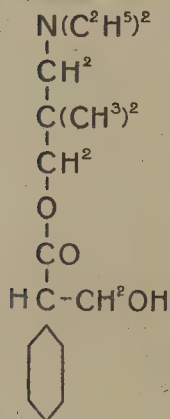
*Le rôle du sang et du milieu intérieur.* — Il est curieux de noter que le rôle du sang dans la production de l'infarctus n'a jamais suscité de recherches suivies.

Toutefois, Lagane voit une condition prédisposante dans le phénomène de la coagulation. Il rappelle l'expérience de Klebs : si l'on introduit des gouttelettes de paraffine dans l'artère pulmonaire d'un chien, on peut ne pas déterminer d'infarctus, mais celui-ci est fatal, si au préalable on a trempé les gouttelettes dans une substance coagulante. On a eu l'occasion de vérifier des thromboses tellement généralisées qu'on ne saurait les expliquer que par une cause humorale. C'est ainsi qu'Ackman rapporte l'autopsie d'un sujet dont l'aorte, l'artère mésentérique supérieure, l'artère rénale droite, l'artère tibiale antérieure et toutes les branches de la veine mésentérique supérieure présentaient une thrombose totale.

S'il faut en croire Havelicek, la coagulation du sang périphérique serait souvent la conséquence d'un mélange de ce sang et du sang du système porte. On peut admettre que dans certaines circonstances une compression cave facilite l'utilisation des anastomoses porto-caves périphériques et crée le mélange de ces deux sangs, générateur de thrombose.

Sur les conseils du professeur Duval, les auteurs ont tenté de vérifier cette intéressante hypothèse. Les résultats, dans l'ensemble demeurent incomplets et d'interprétation difficile ; certains cependant incitent à persévérer dans ces expérimentations.

# Syntropan



ester-3-diéthylamino-2,2-diméthylpropylique de l'acide tropique.

## Spasmolytique

### "ROCHE"

Comprimés : 1 à 3 pro die  
Ampoules : 1 à 3 pro die  
Suppositoires : 1 à 2 pro die

Réalisation synthétique de la médication atropinique sans mydriase, sécheresse de la bouche etc...

Produits F. HOFFMANN - LA ROCHE & C<sup>IE</sup>, 10, Rue Crillon, PARIS (IV<sup>e</sup>)

Le shock, qu'il soit nerveux, toxique ou anaphylactique ne serait pas sans influence. [Grégoire-Binet.]

Ce magnifique travail se termine par un chapitre consacré à la thérapeutique chirurgicale et médicale de l'infarctus intestino-mésentérique.

Cette redoutable affection mérite bien sa réputation de haute gravité. Cependant l'étude des statistiques accuse une évolution dans le sens d'une légère amélioration.

### Discussion

M. CORNIOLEY (de Genève), d'une série d'expériences personnelles, tire les conclusions que voici :

I. L'infarcissement commence au niveau des capillaires de la muqueuse, gagne la muscularis, puis la musculuse.

II. Les lésions de dégénérescence vacuolaire à type Zenccker des fibres musculaires sont constantes.

III. L'obstruction artérielle ou veineuse par thrombose n'a jamais été observée dans les vaisseaux mésentériques.

L'auteur insiste sur l'importance du choc dans la production des infarctus étudiés. Ce choc s'expliquerait fréquemment par la mise en liberté brutale d'une certaine quantité d'histamine. Il s'étonne qu'on n'insiste pas davantage sur le rôle incontestable des troubles de la circulation lymphatique dans la formation de l'infarctus entéro-mésentérique.

M. LERICHE (de Strasbourg) pense que l'origine de l'infarctus doit être recherchée dans une explication plutôt physiologique qu'anatomique.

Les causes multiples exposées par les rapporteurs ne constituent que des « circonstances secondaires ». L'infarctus favorisé par ces circonstances ne se montre cependant que sur un terrain préparé. Il n'y a pas de différence essentielle entre la circulation au niveau des membres et la circulation au niveau des viscères. L'une et l'autre sont sous la dépendance du système nerveux vaso-moteur artériel. Le rôle du spasme est ici plus important que celui de l'oblitération. C'est pourquoi, bien souvent, on peut assister, par cessation ou suspension du spasme, à un retour évident de la vie dans l'anse intestinale extériorisée.

MM. FONTAINE et KUNLIN (de Strasbourg), sous la direction de Leriche, ont fait de multiples expériences, dont ils tirent les conclusions suivantes :

I. L'infarctus se traduit par une « nécrose blanche » ou par une rougeur plus ou moins marquée des tuniques intestinales. Cette dernière lésion est de beaucoup la plus fréquente. La ligature artérielle seule est incapable de la produire. Il faut y ajouter une vaso-constriction périphérique et vider l'anse altérée de tout le sang qu'elle contient.

II. Si l'on pratique la ligature de l'artère mésentérique au delà de la 6<sup>e</sup> collatérale, on obtient un infarctus avec gangrène rapide, voire avec perforation intestinale. De telles lésions sont incompatibles avec l'existence.

III. On peut obtenir le même résultat par injection d'adrénaline, créant ainsi brutalement une vaso-constriction périphérique.

Ces auteurs ont utilisé la sympathectomie péri-artérielle au niveau de la mésentérique supérieure après avoir lié cette dernière. Par ce procédé, comme par l'ablation des plexus et des chaînes sympathiques, ils sont arrivés à limiter les désastres ischémiques ; même, ils ont pu, sans susciter la formation de lésions nouvelles, reporter leurs ligatures expérimentales au delà de la 6<sup>e</sup> collatérale.

M. HAVLICEK (de Tchécoslovaquie) a mis en évidence l'existence d'anastomoses directes artério-veineuses pré-capillaires. Ces anastomoses sont excessivement nombreuses dans l'organisme et se comptent par milliards. Leur rôle serait beaucoup plus considérable que celui des capillaires. A la suite de ses travaux, nombre d'auteurs ont confirmé cette découverte au niveau des différents viscères.

La chaleur activerait le fonctionnement de ces anastomoses, aussi est-il à conseiller d'irradier le champ opératoire par les UV au cours de toute intervention.

M. DZIEMBOWSKI (de Bydgoszcz, Pologne) note que les infarctus par thrombose mésentérique que voient les chirurgiens sont généralement considérés par eux comme relevant de l'artériosclérose ; ceux que signalent les anatomo-pathologistes sont plutôt sous la dépendance des endocardites.

Malgré son extrême fréquence, l'endocardite ne semble pas jouer un rôle marqué en chirurgie abdominale.

L'auteur considère l'artère mésentérique supérieure comme terminale. Son occlusion embolique serait plus souvent observée que celle de la mésentérique inférieure. Il étudie en détail la symptomatologie et le diagnostic des infarctus en fonction de ses observations personnelles.

M. DE FOURMESTRAUX (de Chartres) rapporte cinq observations d'infarctus. Les résultats opératoires sont, dit-il, peu brillants, mais pleins d'enseignement.

Quatre fois il tenta une thérapeutique active par résection ou extériorisation. Il eut quatre décès.

Une autre fois, l'auteur se borna à une laparotomie exploratrice simple, et le malade guérit.

M. COTTE (de Lyon) a observé deux cas d'oblitération des vaisseaux mésentériques.

Dans l'un d'eux, une simple iléo-stomie à la Witzel amena la cessation d'un iléus paralytique sur une anse infarctée et la guérison. Dans le second cas, il s'agissait d'une très vieille femme présentant une thrombophlébite avec pyéléphlébite. L'état trop précaire du sujet interdit la résection d'un méso profondément altéré. Mort rapide.

M. PILATTE (de Cannes) a rencontré chez un homme obèse de 56 ans un infarctus d'une longueur de 80 centimètres. Il pratiqua une extériorisation rapide. La mort survint en quelques heures.

Chez une femme de 62 ans, il vit un infarctus de 60 centimètres. Extériorisation et anastomose au pied et au bouton. On nota d'abord une amélioration de l'état de l'anse traitée, mais une fistulisation se produisit au voisinage du bouton, causant une péritonite rapidement mortelle.

MM. CONTIADES, PALMER et UNGER (de Paris) rapportent les expériences faites par eux pour arriver à une explication neuro-humorale histaminique de l'infarctus, dont le mécanisme comporte :

I. Un stimulus des terminaisons nerveuses de la sensibilité vasculaire ou une excitation antidromique de leur trajet ;

II. La mise en liberté d'une substance histaminique au niveau de ces terminaisons, donnant naissance à un réflexe d'axone ;

III. Une vaso-dilatation consécutive persistante avec rapts hémorragique.

(A suivre.)

E.-A. DARIAU.

**Restauration et prothèse maxillo-faciales, fractures, pertes de substance, difformités**, par les D<sup>rs</sup> PONROY et PSAUME, préface du professeur LEMAITRE. Un volume de 502 pages avec 338 figures (tome VIII de la pratique stomatologique). Prix : broché, 65 fr., relié toile, 80 fr. — Paris, Masson et Cie.

**L'oscillateur à longueurs d'onde multiples**, par Georges LAKHOVSKY. Petit in-8 de 58 pages avec 20 figures. — Paris, G. Doin et Cie.

**Acquisitions nouvelles dans le domaine de la blennorragie**, par le D<sup>r</sup> G. FRANCK. Un volume in-12 de 85 pages. Prix : 10 fr. — Paris, Amédée Legrand.



Par l'Extrait hépatique foetal  
les Tréphones embryonnaires  
le Sérum hémopoïétique

# le Tréphonyl

**SOUS SES TROIS FORMES**

- 1°. Boîte de 6 ampoules de 10 cc.
- 2°. Boîte de 10 ampoules de 5 cc.
- 3°. Flacon de Sirop de 300 grammes

*constitue le traitement spécifique*

de  
**TOUTES les ANÉMIES**

de **TOUTES les**  
**DÉFICIENCES ORGANIQUES**

Prix : 18 Frs.



Par **VOIE BUCCALE** Exclusivement

UN à DEUX FLACONS-AMPOULES DE 10 cc.  
DEUX à QUATRE FLACONS-AMPOULES DE 5 cc.  
DEUX à TROIS CUILLERÉES DE SIROP PAR JOUR

*Echantillons et Littérature*

Laboratoires du D<sup>r</sup> ROUSSEL  
97, r. de Vaugirard, PARIS-6°  
TÉLÉPHONE : LITRÉ 68-24



## NOTES POUR L'INTERNAT

FRACTURES DE LA BASE DU CRANE<sup>1</sup>

## B. — Complications survenant après les 48 premières heures

Dans certains cas, le *diagnostic est facile*, ce sont ceux où les accidents relèvent d'un hématome (le plus souvent sous-dural) dont les signes sont tardifs.

Dans d'autres cas, le *diagnostic est difficile* ; les accidents relèvent de *déséquilibre dans la tension du liquide céphalo-rachidien*, soit hypo soit hypertension.

C'est dans ces cas qu'un examen méthodique permettra de poser des *indications thérapeutiques d'ailleurs délicates*.

Le plus souvent, le coma s'aggrave ou persiste. Des signes de *compression bulbaire s'installent* plus ou moins rapidement (troubles du pouls, de la respiration).

La mydriase avec abolition du réflexe à la lumière, la stase papillaire, l'augmentation de la tension rétinienne témoignent d'une hypertension intracranienne.

L'étude de la *pression du liquide céphalo-rachidien* (position couchée) est capitale :

a) *Hypertension*, elle peut être très élevée et si elle est libre, elle est susceptible d'amélioration par P. L.

b) *Hypotension*, elle est inférieure à 10 cm. d'eau.

c) *Y a-t-il blocage ?*

L'épreuve de Queckenstedt ne permet pas de différencier le *blocage complet* du *blocage incomplet*.

En pratique, l'*élévation progressive de la tension artérielle sans élévation de la tension rachidienne* caractérise le blocage :

Si une *petite soustraction de liquide C.-R.* amène une *baisse de la tension artérielle*, il y a *blocage incomplet ou temporaire*.

Si la *tension artérielle ne baisse pas*, le *blocage est complet*.

Dans les cas de *blocage*, la *ponction ventriculaire* permet de supposer 3 *éventualités* :

— Les 2 *cavités ventriculaires* sont effacées : il faut suspecter l'*œdème généralisé cérébral*.

— Une *cavité ventriculaire est dilatée*, l'autre est effacée, il faut penser à un *hématome* du côté effacé.

— Les 2 *cavités sont distendues*, il doit s'agir d'un *blocage postérieur*.

Cet exposé des *complications immédiates* des fractures de la base peut paraître bien long ; en effet, leur nombre est *relativement peu fréquent* ; mais il semble nécessaire d'en fixer, le plus nettement possible, les allures cliniques de manière à pouvoir mettre en œuvre une thérapeutique chirurgicale.

## COMPLICATIONS SECONDAIRES

Elles sont à tout coup mortelles : ce sont des *complications infectieuses réalisant une méningite septique*.

Elle peut survenir du 4<sup>e</sup> au 12<sup>e</sup> jour, le plus souvent au 6<sup>e</sup>. Le malade accuse une très violente céphalée, il présente du strabisme, de la photobie ; il fait souvent des convulsions, du délire. Sa température monte en flèche à 40°.

Il survient rapidement des paralysies, du collapsus et la mort en 2, 3 jours.

La P. L. donne issue, au début, à du liquide louche, puriforme, puis purulent et le germe trouvé est le plus souvent du *streptocoque*.

Séquelles.

Elles sont des plus variables et peuvent se voir même

chez des fracturés n'ayant pas présenté de gros signes de commotion ou de contusion cérébrale.

Au minimum, on peut observer un ensemble réalisant le *syndrome subjectif des blessés du crâne* :

Vertige, céphalée, déficience intellectuelle, fatigabilité intellectuelle, vertiges, éblouissements.

D'autres fois, ce sont des *crises d'épilepsie localisées*, traduisant des *lésions cicatricielles* macro ou microscopiques. Il faut noter leur tendance à s'améliorer progressivement. Quant aux *paralysies*, celles apparues *primitivement* ne *rétrocedent pas*, les *paralysies secondaires* peuvent s'améliorer ; elles frappent la 6<sup>e</sup> et la 7<sup>e</sup> paire. Les paralysies de la 8<sup>e</sup> paire peuvent toucher l'*appareil de transmission* ou l'*appareil de réception* (plus grave) dont on fera la discrimination par les épreuves de Rinn et de Weber.

## DIAGNOSTIC

Nous n'insisterons pas sur le diagnostic des fractures de la base du crâne ; il est simple. On éliminera facilement en présence d'une *épistaxis*, une *fracture des os du nez* ; devant une *otorragie*, une *fracture du conduit auditif externe* ; enfin les problèmes étiologiques que peut poser un coma : précession de la chute sur le coma ou non.

La P. L. viendra parfaire ce diagnostic étant sous-entendu que dans l'immense majorité des cas toute fracture de la base s'accompagne de présence de sang dans le liquide C.-R.

## INDICATIONS THERAPEUTIQUES

En présence de toute fracture de la base, il est nécessaire de nettoyer et de désinfecter les oreilles et le nez, mais surtout de surveiller très attentivement le blessé : *prendre le pouls, la tension artérielle*, déceler l'apparition de signes d'atteinte encéphalo-méningée.

1° Dans les 24 premières heures : — l'abstention est la règle dans les cas très graves et dans les cas bénins ;

— Un accident de *compression localisée* commande l'intervention : trépanation pour rechercher l'hématome en se fiant sur les signes de localisation et s'ils ne sont pas logiques en trépanant du côté des lésions locales crâniennes.

— En dehors de ces cas, s'il survient un syndrome d'*hypertension intracranienne*, la trépanation sous-temporale bilatérale ne doit pas être systématique ; bien souvent la *rachicentèse* faite sous *contrôle manométrique* permet d'amener de notables améliorations. Quant au *drainage sous-occipital* d'Ody, ses résultats sont favorables visant à supprimer les caillots accumulés dans la grande citerne et pouvant être la cause d'un blocage. Dans les cas d'*œdème cérébral*, l'injection de *solutions hypertoniques* (solution sucrée 4<sup>e</sup> à 60 %, sulfate de magnésie 15 %) par voie intra-veineuse amène d'excellents résultats.

— Dans les cas d'*hypotension intracranienne*, l'injection d'*eau distillée* ou de *sérum physiologique* intraveineux rétablira une pression normale du liquide céphalo-rachidien.

2° Après la 48<sup>e</sup> heure.

On aura parfois à lutter contre un syndrome hypotensif.

Dans les cas de *blocage total*, la ponction ventriculaire s'impose ; si le blocage est supposé postérieur par accumulation de caillots dans la grande citerne avec compression du bulbe, la trépanation postérieure d'Ody est formellement indiquée.

3° Enfin les *accidents infectieux* restent encore à l'heure actuelle au-dessus des ressources de la chirurgie.

ROGER-JEAN CHEVALLIER.

Le Directeur-gérant : D<sup>r</sup> François LE SOURD.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1935, n° 81, p. 1374 ; n° 83, p. 1406.



---

OPOTHÉRAPIE CARDIAQUE

la

# CRINOCARDINE LALEUF

AMPOULES BUVABLES  
A BASE D'EXTRAITS SPÉCIAUX CONCENTRÉS DE  
MYOCARDE . PANCRÉAS . FOIE . REIN  
MUSCLE STRIÉ

RÉALISE

SANS CONTRE-INDICATIONS

L'ORGANOTHÉRAPIE  
POLYVALENTE ET SYNERGIQUE

DES

## AFFECTIONS CARDIO-VASCULAIRES

---

ÉCHANTILLONS . LITTÉRATURE  
LABORATOIRES LALEUF  
20, RUE DU LAOS . PARIS-15<sup>e</sup>

---

Nouvelle adresse : 51, rue Nicolo, PARIS (XVI<sup>e</sup>).

# ESTOMAC

# SEL DE HUNT

**HYPERCHLORHYDRIE  
FERMENTATIONS ACIDES  
GASTRALGIES**

**LABORATOIRES ALPH. BRUNOT  
16, Rue de Boulainvilliers, PARIS**

*avez-vous lu :*

LES APPLICATIONS CLINIQUES DE L'INSULINE EN DEHORS DU DIABÈTE

L'ATHÉRAPEUTIQUE DU DIABÈTE PAR L'INSULINE

LE LABORATOIRE D'ENDOPANCRIINE est à votre disposition pour vous envoyer ces deux brochures

48, RUE DE LA PROCESSION — PARIS-15<sup>e</sup>

**Épilepsie!!**

dans l'état actuel de la Science, les

**Dragées Gelineau**

(Bromure de potassium arsenical et Picrotoxine) demeurent toujours

**le remède le plus actif, le plus puissant à combattre l'Épilepsie**

J. Mousnier, Sceaux (Seine) près Paris.

**RHIZOTANIN CHAPOTOT**

Tanin de Fraiser - Sels de chaux et de magnésie

**Tonique -- Reconstituant -- Recalcifiant**

Anémies — Bronchites chroniques — Prétubercules.  
Amélioration rapide des Accidents Diarrhéiques et des Néphrites Albuminuriques.

**Cachets pour adultes -- Poudre pour enfants**  
**Granulé pour adultes et enfants**

Éch. Méd. grat. P. AUBRIOT, Ph. 56, bd Ornano, PARIS-18<sup>e</sup>



*La Lancette Française***GAZETTE DES HOPITAUX****CIVILS ET MILITAIRES****PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI****ADMINISTRATION ET RÉDACTION :****49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6<sup>e</sup>. Tél. : Danton 48-31.****PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIÈRE, 116, boulevard Raspail, PARIS (6<sup>e</sup>) - Téléph. : Littré 54-93.****PRIX DE L'ABONNEMENT****FRANCE**

3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.

*Etudiants : 25 francs par an.*

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

**ETRANGER**

Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.

Tous les autres pays : 75 francs.

**SOMMAIRE****REVUE GÉNÉRALE***La résistance à l'insuline dans les affections du foie, par M. le professeur G. CARRIÈRE, MM. P.-J. GINESTE et BELBENOIT.***FACULTÉ DE MÉDECINE DE TOULOUSE***Thèses soutenues pendant l'année 1934-1935.***SOCIÉTÉS SAVANTES***Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société de pédiatrie.***SYNDICAT NATIONAL DES CHIRURGIENS FRANÇAIS***Assemblée générale 1935.***PRATIQUE MÉDICALE****LIVRES NOUVEAUX****PRODUITS NOUVEAUX****ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS****INFORMATIONS**

**HÔPITAUX DE PROVINCE. — MARSEILLE. —** A la suite de la nomination comme professeur de clinique médicale de M. le docteur Ch. Mattei et de son passage à l'Hôtel-Dieu, et de la nomination comme médecin chef de service des hôpitaux de M. le docteur Gaston, les services de médecine des hôpitaux ont été répartis comme suit :

Hôpital de la Conception : 1<sup>er</sup> service, chef de service, M. A. Rouslacroix; adjoint, M. A. Raybaud;

2<sup>e</sup> service, chef de service, M. J. Monges; adjoint, M. R. Poinso.

3<sup>e</sup> service, chef de service, M. J. Payan; adjoint, M. J. Turriès;

Tuberculeux, chefs de service, MM. Gaston et Périot; adjoint pour les deux services, M. Isémein;

Enfants, chef de service, M. P. Giraud; adjoint, M. Poinso;

Contagieux, chef de service, M. Jean Piéri; adjoint, M. Jean Olmer.

Hôpital Salvator, 1<sup>er</sup> service, chef de service, M. J. Combes; 2<sup>e</sup> service, chef de service, M. de Luna; adjoint pour les deux services, M. Brahic; contagieux, chef de service, M. Jean Piéri; adjoint, M. Jean Olmer.

Hospice de Sainte-Marguerite, 1<sup>er</sup> service, chef de service, M. Petit; adjoint, M. Jean Olmer; 2<sup>e</sup> service, chef de service, M. Berthier; adjoint, M. A. Raybaud.

— NANTES. — Après concours, M. le docteur Fernand Baron a été nommé oto-rhino-laryngologiste suppléant des hôpitaux de Nantes.

**GUERRE. —** M. le médecin général inspecteur Cadiot, directeur du Service de santé de la région de Paris, a été placé, à compter du 22 octobre 1935, dans la 2<sup>e</sup> section (réserve) du Corps de santé militaire.

Comme nous l'avons déjà annoncé, il est remplacé à la direction de la région de Paris par M. le médecin général inspecteur Savornin.

— Liste complémentaire des candidats admis à l'Ecole du Service de santé militaire à la suite du concours de 1935 (section de médecine) (déduction faite des candidats Guérin, Le Poncin, Nicolas et Le Barillec, classés respectivement 68<sup>e</sup>, 69<sup>e</sup>, 72<sup>e</sup> et 78<sup>e</sup>, qui ont opté pour l'Ecole principale du Service de santé de la marine à Bordeaux.

Candidats concourant à quatre inscriptions : MM. Salvagniac, Richard, Hulin, Robert, Périn, Dutilh, Rejenet, Libouban, Dulac, Papet, Hénault, Lefebvre des Noëttes.

— Un concours sera ouvert le mardi 10 décembre 1935, à 9 h., à l'Ecole d'application du Service de santé militaire à Paris (Val-de-Grâce, 277 bis, rue Saint-Jacques) pour l'admission à cinq emplois, en principe, de médecin sous-lieutenant de l'armée active des troupes métropolitaines.

Les candidats admis à concourir devront :

1<sup>o</sup> Etre Français ou naturalisés Français depuis dix ans au moins;

2<sup>o</sup> Etre possesseurs du diplôme d'Etat français de docteur en médecine;

3<sup>o</sup> Avoir eu moins de vingt-neuf ans au 1<sup>er</sup> janvier 1935;

4<sup>o</sup> Avoir satisfait au 31 décembre 1935 aux obligations imposées par la loi sur le recrutement de l'armée;

Laboratoire Mialhe - 8 Rue Favart - Paris - 2<sup>e</sup>

La feuille de digitale se prescrit:

**Digi-LANATINE**Extrait total des glycosides  
du Digitalis Lanata

5° Souscrire l'engagement de servir au moins pendant six ans dans le corps de santé de l'armée active à partir de leur nomination au grade de médecin sous-lieutenant.

Les demandes d'admission au concours devront être adressées avec toutes pièces à l'appui au ministre de la Guerre (direction du Service de santé, 1<sup>er</sup> bureau, personnel), avant le 23 novembre 1935.

Pour tous renseignements complémentaires, les intéressés pourront s'adresser, soit au ministère de la Guerre (direction du Service de santé, 1<sup>er</sup> bureau), soit aux directeurs du Service de santé des régions. (J. O., 18 oct. 1935.)

**ASSOCIATION AMICALE DES ANCIENS MÉDECINS DES CORPS COMBATTANTS.** — Sous la présidence de M. Jean Chiappe le 19 octobre 1935, réunis à l'occasion de leur dîner d'automne, les anciens médecins des corps combattants ont acclamé la résolution de l'Union des combattants France-Italie. Ils ont couvert de signatures l'adresse de la section médicale France-Italie, exprimant leurs sentiments d'amitié fraternelle au syndicat national des médecins italiens.

Dans une éloquente improvisation, M. Jean Chiappe a souligné avec force l'influence sociale qu'auraient pu exercer les anciens combattants et plus spécialement leurs médecins. Et salué d'applaudissements enthousiastes, il a évoqué la grande figure médicale et nationale de leur ancien, le docteur Georges Clemenceau.

**COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.** — **CLINIQUE MÉDICALE PROPÉDEUTIQUE.** (Professeur : M. Emile SERGENT.) — *Cours de revision d'une semaine* (4 au 9 novembre 1935) *sur les acquisitions médicales pratiques de l'année en pathologie interne.* — Ce cours aura lieu sous la direction du professeur Emile Sergent et de M. C. Lian, agrégé, médecin de l'hôpital Tenon, avec la collaboration de MM. Harvier, professeur à la Faculté; Abrami, Aubertin, Chabrol, Duvoir, agrégés, médecins des hôpitaux; Gilbert-Dreyfus, P. Pruvost, Weissenbach, médecins des hôpitaux; Joannon, agrégé; Blechmann, Gaston Durand, Henri Durand, Fernet, Périssou, anciens internes des hôpitaux.

*Programme du cours.* — I. Chaque matin, dans un hôpital différent, 9 h. 1/2 à 11 h., exercices pratiques au lit des malades; — 11 h. à midi, démonstration pratique.

Lundi 4, M. Lian, hôpital Tenon; — Mardi 5, M. Aubertin, hôpital de la Pitié; — Mercredi 6, professeur Sergent, hôpital Broussais; — Jeudi 7, M. Fernet, hôpital Saint-Louis (service de M. Weissenbach); — Vendredi 8, M. Chabrol, hôpital Saint-Antoine; — Samedi 9, M. Périssou, hospice de la Salpêtrière (service du professeur Guillaumin).

II. L'après-midi, à l'hôpital Broussais; 3 h. à 4 h., démonstration pratique (service ou laboratoire du professeur Sergent); — 4 h. 1/4 à 5 h. 1/4 et 5 h. 1/2 à 6 h. 1/2, conférence clinique (amphithéâtre de la clinique du professeur Sergent).

La leçon de clôture du cours sera faite par le professeur Sergent et aura comme sujet : Tuberculose et contagion.

Lundi 4, 3 à 4 h., M. Henri Durand (tuberculose); 4 h. 1/4 à 5 h. 1/4, M. Lian (cœur et vaisseaux); — 5 h. 1/2 à 6 h. 1/2, M. Pruvost (appareil respiratoire).

Mardi 5, 3 à 4 h., M. Lian (cœur et vaisseaux); — 4 h. 1/4 à 4 h. 3/4, M. Périssou (neurologie); — 4 h. 3/4 à 5 h. 1/4, M. Gilbert-Dreyfus (nutrition); — 5 h. 1/2 à 6 h. 1/2, M. Chabrol (foie et voies biliaires).

Mercredi 6, 3 à 4 h., M. Périssou (neurologie); — 4 h. 1/4 à 5 h. 1/4, M. Duvoir (médecine légale); — 5 h. 1/2 à 6 h., M. Harvier (endocrinologie); — 6 h. à 6 h. 1/2, M. Abrami (pathologie générale).

Jeudi 7, 3 à 4 h., M. Fernet (peau et syphilis); — 4 h. 1/4 à 5 h. 1/4, M. Fernet (peau et syphilis); — 5 h. 1/2 à 6 h. 1/2, M. Gaston Durand (intestin).

Vendredi 8, 3 à 4 h., M. Weissenbach (médecine générale); — 4 h. 1/4 à 5 h. 1/4, M. Gaston Durand (estomac); — 5 h. 1/2 à 6 h., M. Joannon (hygiène); — 6 h. à 6 h. 1/2, M. Aubertin (sang).

Samedi 9, 3 h. à 4 h., M. Blechmann (pédiatrie); — 4 h. 1/4 à 5 h. 1/4, M. Blechmann (pédiatrie); — 5 h. 1/2 à 6 h. 1/2, professeur Sergent (appareil respiratoire).

Un certificat sera délivré aux médecins ayant suivi régulièrement le cours.

S'inscrire à la Faculté de médecine : ou bien au secrétariat les lundis, mercredis et vendredis (guichet n° 4), de 14 à 16 h.; ou bien tous les jours, de 9 à 11 h. et de 14 à 17 h. (sauf le samedi), salle Béclard (A. D. R. M.).

Droit d'inscription : 250 fr.

— *Cours de clinique chirurgicale.* (Hospice de la Salpêtrière.) — M. le professeur A. Gosset commencera son cours de clinique chirurgicale le jeudi 14 novembre 1935, à 11 h. 1/4, et le continuera les jeudis suivants, à la même heure.

**NÉCROLOGIE.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Alfred Lefebvre (de Chauny); Joseph Gourdon, ancien chargé du cours d'orthopédie à la Faculté de médecine de Bordeaux, à qui l'on doit l'organisation du centre de rééducation des mutilés de Bordeaux et un grand nombre de remarquables travaux en orthopédie; M. Jean Villette, étudiant en médecine, fils du docteur J. Villette (de Malo-les-Bains), à qui nous adressons l'expression de notre bien vive sympathie; M<sup>me</sup> Gausse-Ziegelmann, ancienne interne des hôpitaux, puis chef de clinique de la Faculté de médecine de Montpellier.

**Pallas.** — La quatrième livraison de *Pallas* vient de paraître. Pour montrer l'intérêt soutenu de cette belle publication, il suffit de signaler quelques-uns de ses articles : une lettre du professeur Richet; Anatole France et les médecins, par J.-J. Brousson; une enquête sur le tempérament chirurgical; une visite à Epidaure, par M. Paul Moret; le dernier article — écrit à 103 ans — du vénéré M. Guéniot; la médecine au cœur de l'Afrique sauvage, par Christian de Caters; le médecin de théâtre, par le docteur Ogliastri de Gentile; une enquête de Lauwick; des contes, des variétés. Comme toujours, une magnifique présentation artistique, dont il convient de féliciter le brillant rédacteur en chef, notre confrère Crinon.

ANÉMIES  
DYSPEPSIES  
ANTITOXIQUE



DOSE: 4 à 6  
TABLETTES  
PAR JOUR

BIOXYDE DE MANGANESE COLLOÏDAL SELS MAGNÉSIENS  
Laboratoire SCHMIT, 71 Rue Sainte-Anne, PARIS. 2<sup>e</sup>

**Phosphopinal Juif**  
Reconstituant général, est au Phosphore blanc ce que la Cacodylate est à l'Arsenic  
Littérature et Echantillons: 10, Impasse MILRO, PARIS. 13<sup>e</sup>

Néuralgies  
Névrites

**BROMEÏNE MONTAGU**

Sirap  
Granules

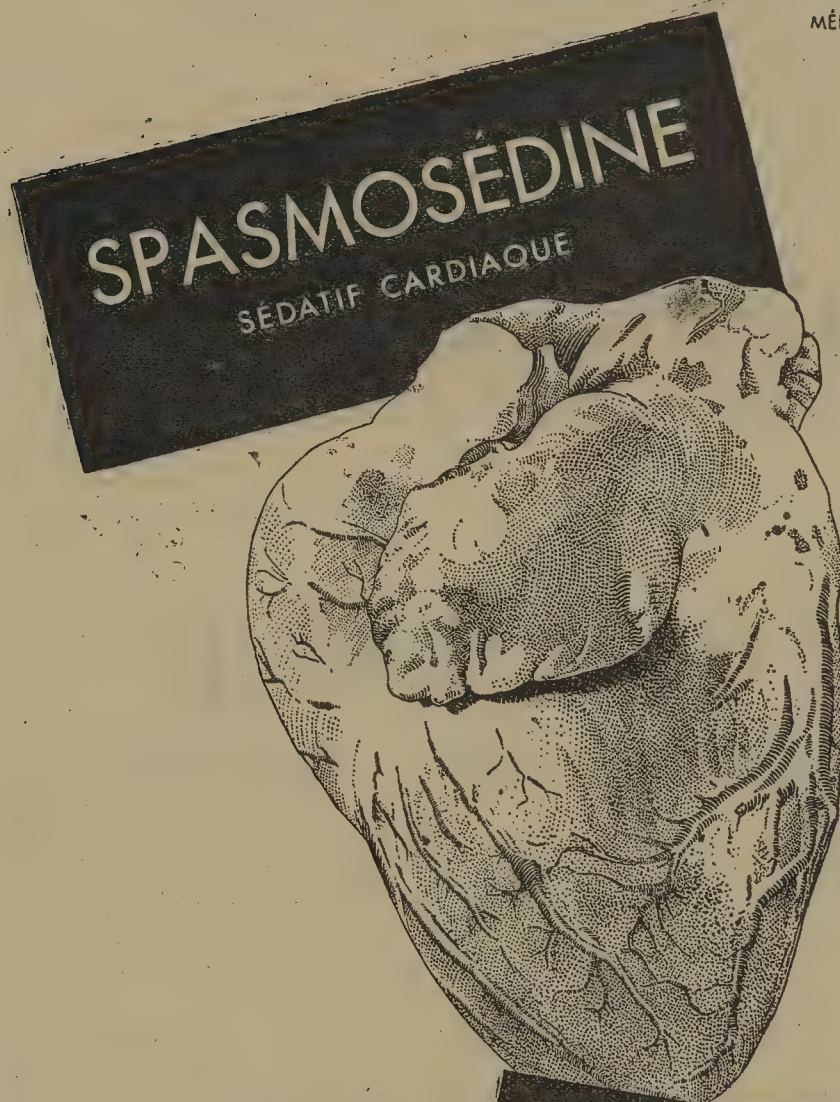
**CROSNIER**

Cure  
sulfureuse



LABORATOIRES DEGLAUDE  
15, BOUL<sup>g</sup> PASTEUR, PARIS (XV<sup>e</sup>)

MÉDICAMENTS CARDIAQUES  
SPÉCIALISÉS



**SPASMOSEDINE**  
SÉDATIF CARDIAQUE

**DIGIBAÏNE**  
TONIQUE CARDIAQUE

*les 2 médicaments cardiaques essentiels*



## EXTRAITS OVARIENS DISSOCIÉS

*Action physiologique sur les troubles menstruels*



# AGOMENSINE

Active et sollicite les fonctions menstruelles

*Aménorrhée, règles rares, trop espacées, oligoménorrhée*

# SISTOMENSINE

Modère et régularise les fonctions Menstruelles

*Règles profuses, trop prolongées, trop fréquentes*

*Dysménorrhées non lésionnelles*



# ANDROSTINE

Extrait complémentaire

*Troubles nerveux et psychiques d'origine génitale*

*Anxiété et nervosisme de la carence sexuelle*

*Troubles de la puberté et de la ménopause*

---

**LABORATOIRES CIBA, O. ROLLAND, PHARMACIEN**

109-113, BOULEVARD DE LA PART-DIEU, LYON



## SYNDICAT NATIONAL DES CHIRURGIENS FRANÇAIS

*Assemblée générale 1935.*

Le Syndicat des Chirurgiens français a tenu son Assemblée générale le 9 octobre 1935, sous la présidence du professeur J.-L. Faure.

Plus de 250 chirurgiens assistaient à cette Assemblée particulièrement importante.

Un certain nombre de résolutions ont été votées :

**I. Brevet universitaire de Chirurgie.** — L'Assemblée générale approuve le rapport de M. le professeur Gosset, réclame la création dans le plus bref délai d'un brevet universitaire de chirurgie, dont l'obtention devra exiger de sérieuses garanties professionnelles.

**II. Conventions Caisses-Maisons de santé.** — Le Syndicat des Chirurgiens français ;

1° Considérant que l'entente directe est pratiquement sauvegardée dans le dernier texte de la Commission nationale Caisses-Confédération, adopte ce texte.

2° Estimant que les médecins traitants ne peuvent communiquer des renseignements d'ordre diagnostique ou thérapeutique qu'à des médecins tenus eux-mêmes au secret professionnel, est d'avis que l'article 378 du Code pénal doit être renforcé par une adjonction astreignant le médecin contrôleur au secret professionnel vis-à-vis de ses commettants.

3° Réclame la discrimination des honoraires chirurgicaux et un remboursement distinct pour les honoraires du médecin traitant assistant à l'opération, pour les fournitures opératoires, pharmaceutiques, objets de pansement et pour les frais d'hébergement.

4° S'oppose à ce que les Caisses possèdent un pouvoir discrétionnaire permettant d'exclure arbitrairement des Maisons de santé honnêtes et techniquement suffisantes ; toute clinique éliminée devant pouvoir bénéficier d'une juridiction d'appel où l'élément chirurgical serait largement représenté.

**III. Cliniques privées.** — Le Syndicat des Chirurgiens français estime que :

Les Maisons de santé privées constituent actuellement, même lorsqu'elles sont placées sous le signe de la philanthropie, une formule libérale de l'exercice de la chirurgie.

Elles réalisent pour beaucoup d'entre nous l'instrument nécessaire.

Chercher à réglementer par une formule unique, d'application impossible, mais d'apparence égalitaire, des formations aussi disparates que les Maisons de santé privées, c'est vouloir inutilement créer chez nous encore du désordre, en nous divisant.

**IV. Modifications à la Nomenclature chirurgicale.** — L'Assemblée adopte les conclusions de la Commission compétente présentées par le docteur Buizard.

**Bureau.** — Le Conseil d'administration a élu à l'unanimité son Bureau pour trois ans :

Président : professeur J.-L. Faure, Paris ; Vice-Présidents : professeur Gosset, Paris ; professeur Lambret, Lille ; docteur Buizard, Paris ; Secrétaire général : professeur Marquis, Rennes ; Secrétaire général adjoint : docteur Deniker, Paris ; Trésorier : docteur Iselin, Paris ; Archiviste : docteur Sureau, Paris ; Conseiller juridique : M<sup>e</sup> Sauvard, Paris.

**L'orthodontie à base d'acier,** par le docteur Lucien DE COSTER. Un volume de 200 pages avec 107 figures. — Paris, Masson et Cie.

## LIVRES NOUVEAUX

**Les nourrissons débiles et prématurés. Etude diététique (1),** par L. RIBADEAU-DUMAS et Marie LATASTE.

L'infériorité pondérale du nouveau-né est loin d'être exceptionnelle. Son degré le plus léger, chez le prématuré simple, est déjà une cause de difficultés souvent sérieuses dans l'alimentation ; chez le débile vrai, le problème est plus difficile encore. Aussi faut-il savoir le gré le plus réel aux auteurs d'avoir fait de la présente étude un guide succinct et logiquement ordonné, d'où sont éliminées toutes les considérations purement théoriques.

Faible capacité gastrique du prématuré, besoins en protéines et en sels, intolérance relative aux graisses et aux hydrates de carbone, rôle des vitamines, sont les éléments primordiaux à connaître pour choisir une ligne de conduite. Le praticien trouvera ici un guide ; l'esprit critique et l'esprit d'observation, ses instruments d'usage quotidien, lui permettront de diriger au mieux l'élevage du prématuré et du débile, tant en ville qu'à l'hôpital, et d'appliquer dans la réalité les notions explicites et implicites que lui fournira ce petit volume. L'étude des troubles digestifs et des accidents infectieux, si redoutables à de tels nourrissons, termine un opuscule conçu dans le même esprit de simplicité et de clarté qui a toujours valu aux études issues des mêmes plumes un succès mérité.

L. BABONNEIX.

**Leçons de physiologie (2),** par LÉON BINET, professeur à la Faculté de médecine de Paris, avec la collaboration de MM. Arthus, E. Benhamou, R. Fabre, J. Haguenau, Mme C. Jeramec, MM. J. Gosset, M. Kaplan, J. Marie, J. Patet, A. Sicard, M. Sureau.

Dix-sept conférences de biologie appliquée faites par le professeur L. Binet et ses collaborateurs, dans son service, en vue de réaliser un enseignement de *physiologie médico-chirurgicale*. Ces conférences portent sur des sujets variés auxquels des recherches et des travaux récents d'ordre biologique confèrent un intérêt certain pour la médecine et la chirurgie.

Les sujets traités sont les suivants : la réanimation, par Léon Binet. — Sur la physio-pathologie des embolies artérielles, par Jean Patet. — L'athérome artériel, par Léon Binet. — Le pneumothorax des tuberculeux, par Julien Marie. — A propos de la pathogénie et du traitement des ulcères gastro-duodénaux, par Jean Gosset. — Le colibacille, par Mme Colette Jeramec. — L'occlusion intestinale, son syndrome humoral. Son traitement dit médical, par Léon Binet. — La pancréatite aiguë hémorragique, par Léon Binet. — L'exploration fonctionnelle de la rate, par Ed. Benhamou. — La néphrite aiguë (thérapeutique expérimentale), par Léon Binet. — Introduction à l'étude des maladies de la moelle épinière, par J. Haguenau. — Les grands syndromes douloureux de la face, par André Sicard. — Le rachitisme spontané et le rachitisme expérimental. — Les substances antirachitiques par le professeur René Fabre. — Thymus et glandes sexuelles (résultats cliniques de l'opothérapie thymique), par M. Kaplan. — Le diagnostic biologique de la grossesse, par M. Sureau. — Les venins, par André Arthus. — Les injections d'huile, par Léon Binet.

L. G.

(1) Médecine et Chirurgie pratiques. — Paris, Masson et Cie.

(2) In-8 de 246 pages avec 53 figures et 4 planches en couleurs. — Prix : 40 fr. — Paris, Masson et Cie.

# LE SPARTO-CAMPBRE LE SPARTOVAL

Deux nouveaux Sels de la SPARTÉINE en thérapeutique cardiovasculaire, nouveaux dérivés où les propriétés de la Spartéine sont potentialisées et renforcées :

le **Campbre** dans le

## SPARTO-CAMPBRE

CAMPHO-SILFONATES de SPARTÉINE et de SODIUM

TONICARDIAQUE  
ET DIURÉTIQUE

Synergie médicamenteuse puissante possédant toutes les indications de l'huile camphrée et de la Spartéine.

### FORMES :

Ampoules de 2 et 5 c. c.  
(médicament d'urgence)

Dragées (médicament d'entretien)

l'acide valérianique dans le

## SPARTOVAL

ISOVALÉRIANATE NEUTRE DE LA SPARTÉINE

CARDIO RÉGULATEUR  
ET NEUROSÉDATIF

Médicament des algies et troubles fonctionnels cardiaques et cardio-vasculaires.

Traitement des arythmies.

Dragées dosées à 0 gr. 05.

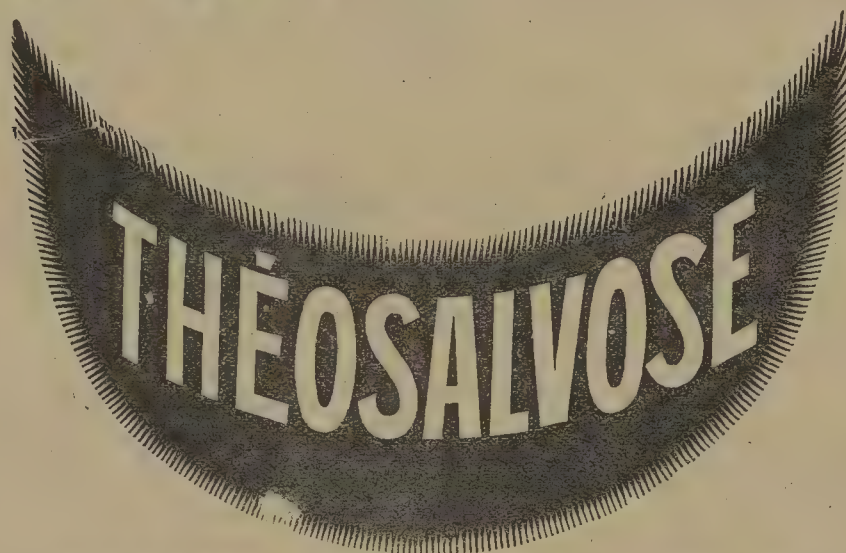
Laboratoires CLIN. — COMAR & C<sup>ie</sup>, 20, rue des Fossés-Saint-Jacques, Paris.

## DIURÉTIQUE D'UN POUVOIR REMARQUABLE D'UNE FIDÉLITÉ CONSTANTE

Pure  
Digitalique  
Strophantique  
Spartéinée  
Scillitique  
Barbiturique

Phosphatée  
Lithinée  
Caféinée

Ne se délivrent  
qu'en cachets



Cachets dosés

1 gramme 15

et à

0 gramme 50

de Théosalvose

DOSE MOYENNE :

1 à 2 grammes

par jour.

## THÉOBROMINE FRANÇAISE garantie chimiquement pure

Artériosclérose — Affections cardiaques et rénales — Albuminuries — Intoxications  
Urémie — Uricémie — Goutte — Rhumatismes — Hydropisie — Maladies infectieuses

Laboratoires André GUILLAUMIN

PARIS — 13, rue du Cherche-Midi, 13 — PARIS

R. G., 2.10.2. Seine.



REVUE GÉNÉRALE

## LA RÉSISTANCE A L'INSULINE DANS LES AFFECTIONS DU FOIE

Par M. le professeur G. CARRIÈRE,  
MM. P.-J. GINESTE et BELBENOIT.

(Travail de la Clinique médicale de l'hôpital Saint-Sauveur  
à Lille.)

**I. Historique.** — L'action de l'insuline sur le foie a fait l'objet de très nombreux travaux.

La plupart sont dus à des biologistes. Parmi les recherches les plus récentes, nous citerons seulement :

— A l'étranger, celles d'Olmsted et Harvey ; Barbour, Chaïkoff et Mac Leod ; Lawrence et Mac Cance ; Rossi, San Martino, Schmidt, Goldblatt et Corkill.

— En France, il faut faire une place à part aux travaux de Rathery, Gilbert et Laurent, ainsi qu'aux recherches de Santenaise et de ses collaborateurs, qui devaient aboutir à la découverte de la vagotonine.

Mais dans le domaine de la pathologie, le problème de l'action de l'insuline n'a pas été l'objet d'une attention aussi marquée.

En Allemagne, Boller et Ueberack ont étudié, en 1932, la résistance à l'insuline dans les cas d'ictère.

Plus récemment, Marcel Labbé, Boulin et Balmus, à propos de lésions hépatiques graves observées dans 4 cas de coma diabétique insulino-résistant, mettaient en cause l'exagération de la résistance à l'insuline constatée dans certains cas de cirrhoses et dans le diabète-bronze.

Dans ces conditions, il nous a paru qu'une recherche systématique de l'action de l'insuline sur la glycémie au cours des affections du foie devait revêtir un double intérêt :

— Au point de vue pathogénique, elle permettait d'aborder de façon précise le problème des rapports de l'insuline avec la fonction glycogénique du foie ;

— Au point de vue pratique, elle pouvait peut-être jeter les bases d'un nouveau test pour l'étude de la fonction hépatique, tandis que le problème de l'insulino-résistance lui donnait une nouvelle actualité.

**II. Technique.** — La technique que nous avons adoptée en vue de cette étude est très simple : elle dérive directement de celle qu'a préconisée Sendaril dans son épreuve de l'hypoglycémie provoquée.

Après dosage de la glycémie à jeun, on pratique l'injection intra-musculaire d'une quantité standard de 15 unités d'insuline Byla. Puis on effectue des dosages glycémiques de demi-heure en demi-heure, pendant les deux heures qui suivent l'injection.

Tous nos dosages ont été réalisés sur sang veineux fluoruré par la méthode de Baudouin.

**III. Résultats.** — Nos expériences ont d'abord porté sur 9 sujets normaux, exempts de toute tare hépatique et pris comme témoins.

Nous avons noté chez eux les résultats suivants :

La glycémie à jeun variait entre 0,72 à 0,86 % ;

Après injection de 15 unités d'insuline, la chute glycémique atteignait 38 % à 55 % du taux initial ;

Le maximum de la chute glycémique se produisait soit 1/2 heure, soit 1 heure après l'injection d'insuline ;

Une heure 1/2 après l'injection, la glycémie était toujours revenue à son taux normal.

Nous avons ensuite effectué la recherche de la réaction de l'hypoglycémie provoquée chez 18 sujets présentant cliniquement des troubles hépatiques d'étiologie variée. Nous résumons leurs observations, classées suivant la nature ou l'apparence clinique de la lésion hépatique.

**1. HÉPATOMÉGALIES D'ORIGINE CARDIAQUE.** — Cinq *asystoliques avec gros foie cardiaque*, œdème des membres inférieurs et ascite ont fait l'objet de notre étude.

Dans 4 cas, nous avons trouvé une glycémie à jeun variant entre 0,69 et 0,77 ; une chute glycémique oscillant entre 41 et 62 %, la courbe d'hypoglycémie atteignant sa valeur minima dans 3 cas 1/2 heure, et dans 1 cas 1 heure après l'injection d'insuline.

Dans le 5<sup>e</sup> cas, la glycémie à jeun était de 0,92 ; la chute glycémique était de 22 % du taux initial, la valeur minima de la courbe d'hypoglycémie n'étant atteinte qu'une heure 1/2 après l'injection d'insuline.

*La résistance à l'insuline, normale ou diminuée dans les 4 premiers cas, était donc fortement augmentée dans le 5<sup>e</sup>.*

Or l'étude des observations de ces 5 malades nous permettait de faire une distinction très nette :

— Dans les 4 premières observations, il s'agissait de cardiaques décompensés depuis peu, dont les manifestations cliniques, et en particulier l'hépatomégalie, devaient rapidement obéir à la cure digitale.

Dans le dernier cas au contraire, il s'agissait d'un rétrécissement mitral avec asystolie irréductible. Chez ce malade, les divers tonicardiaques restaient sans action appréciable. Mais, fait intéressant à noter, cette asystolie était avant tout une asystolie hépatique avec gros foie dur réalisant le type classique de la cirrhose cardiaque, s'accompagnant de subictère des conjonctives et même d'ictère des téguments.

**2. ICTÈRES INFECTIEUX BÉNINS.** — Nous avons pu réunir 4 observations d'ictères à évolution favorable.

Dans 3 cas : la glycémie à jeun variait entre 0,75 et 0,85. la chute maxima de la glycémie était de 37 % à 49 % et se produisait 1/2 heure à 1 heure après l'injection d'insuline.

Dans le 4<sup>e</sup> cas, la glycémie à jeun était de 0,89 ; la chute maxima de la glycémie était atteinte 1 heure 1/2 après l'injection d'insuline, et n'était que de 17 % du taux initial.

*La résistance à l'insuline était donc nettement plus marquée qu'à l'état normal.* Or l'étude de l'observation montrait qu'il s'agissait cette fois d'un homme ayant déjà présenté depuis plusieurs années d'autres poussées d'ictère, toutes survenues à l'occasion d'excès de boissons. Le foie était petit, la rate percutable ; il n'y avait pas d'ascite. On pouvait donc discuter le diagnostic de cirrhose alcoolique au début.

**3. CIRRHOSSES ATROPHIQUES DE LAËNNEC AVEC ASCITE.** — Nous n'avons pu disposer que de deux malades atteints de cette affection,

La glycémie à jeun était de 0,88 et 0,97 ;

La chute maxima de la glycémie était de 8 % et 27 % et s'observait dans les deux cas 1 heure 1/2 après le début de la réaction : la résistance à l'insuline était donc fortement augmentée dans les deux cas.

4. CIRRHOSSES HYPERTROPHIQUES DE NATURES DIVERSES. — La série de ces observations peut se diviser ainsi :

— 2 cas de cirrheses hypertrophiques anascitiques chez des tuberculeux pulmonaires :

Glycémie à jeun : 0,92 et 0,85.

Chute maxima de la glycémie : 22 % et 31 % du taux initial, survenant 1 heure et 1 heure 1/2 après l'injection d'insuline.

— 1 cas de cirrhose hypertrophique ascitique, de nature indéterminée :

Glycémie à jeun : 1 gr. 05.

Chute glycémique maxima : 12 % du taux initial, survenue 1 heure 1/2 après l'injection d'insuline.

— 1 cas de cirrhose hypertrophique chez un syphilitique ancien, présentant des symptômes frustes de tabès.

Glycémie à jeun : 0,98.

Chute glycémique : 27 % du taux initial, 1 heure après l'injection d'insuline.

Quelques mois après cette étude, le malade devait mourir rapidement à la suite d'hémorragies profuses, avec des signes d'anémie intense. Nous n'avons pu recommencer à ce moment sur lui notre réaction.

5. ICTÈRE GRAVE. — Nous n'avons pu recueillir qu'une observation de ce genre, cas d'ailleurs rapidement mortel, avec signes nerveux et hémorragies diffuses, survenu chez un homme présentant une cirrhose hypertrophique alcoolique.

La glycémie à jeun, prise quelques jours avant la mort, était de 0,68 ; la chute glycémique maxima fut de 59 % du taux primitif et se produisit une demi-heure après l'injection d'insuline.

Il y avait donc hypoglycémie et diminution de la résistance à l'insuline.

6. CANCER DU FOIE. — Les deux cas étudiés s'accompagnaient d'un état cachectique, avec ascite et œdème des membres inférieurs.

La glycémie à jeun était de 0,68 et 0,57.

L'abaissement de la glycémie obtenu était de 35 % et 42 % et s'observait une demi-heure après l'injection d'insuline.

Il est évidemment difficile de tirer une conclusion quelconque de ces deux observations :

— D'une part, l'épreuve de résistance à l'insuline donne un résultat limite entre la réaction normale et la réaction pathologique ;

D'autre part, l'état de cachexie dans lequel se trouvaient les malades introduisait un nouveau facteur de déséquilibre dans le métabolisme hydrocarboné.

Nous ne croyons donc pas pouvoir tenir compte de ces observations dans la discussion de nos résultats.

IV. Discussion des résultats. — En résumé, chez 18 sujets présentant cliniquement des manifestations hépatiques allant de l'hépatomégalie simple à l'ictère

grave, l'épreuve de l'hypoglycémie insulinique provoquée nous a donné les résultats suivants :

Dans 7 cas, la chute glycémique obtenue variant entre 37 % et 62 % du taux initial peut être considérée comme normale ou subnormale (les chiffres normaux étant de 38 à 55 %).

Dans 2 cas de cancer du foie, l'état des malades ne nous a pas permis de tirer de conclusions.

Dans les 9 derniers cas, nous avons observé une augmentation nette de l'insulino-résistance, caractérisée par :

1° La moindre importance de la chute glycémique (variant entre 8 % et 31 %, au lieu de 38 % et 55 %) ;

2° Le retard fréquent de la chute glycémique, qui s'est le plus souvent produite une heure et une heure et demie après l'injection d'insuline, alors qu'elle se produisait au bout de 1/2 heure à 1 heure chez les sujets normaux.

Analysons maintenant d'un peu plus près ces résultats.

Les 7 cas où la réaction s'est montrée négative peuvent se ranger sous deux chefs différents :

— Dans les 6 premiers cas, il s'agissait de sujets présentant des troubles légers et fugaces de la fonction hépatique : asystolie récente avec congestion passive du foie, cédant aisément à la cure digitalique ; ictère bénin infectieux ou catarrhal.

— Dans le dernier cas, il s'agissait au contraire d'un ictère grave avec hypoglycémie, marquant une altération profonde de la fonction hépatique avec issue rapidement mortelle.

Les 9 cas où l'épreuve a révélé une augmentation de la résistance à l'insuline traduisent au contraire une remarquable homogénéité :

— Dans tous ces cas, en effet, il s'agit de sujets présentant une altération chronique et marquée du foie, avec glycémie normale ou hyperglycémie :

Cirrhose de Laënnec ;

Cirrhose hypertrophique tuberculeuse, syphilitique ou de nature inconnue ;

Cirrhose cardiaque.

Ainsi, avec toutes les réserves qu'impose le nombre restreint d'observations sur lesquelles nous devons nous baser, nous sommes amenés aux conclusions suivantes :

V. Conclusions. — 1. La résistance à l'insuline est augmentée au cours des altérations chroniques et marquées du foie, avec glycémie normale ou hyperglycémie, c'est-à-dire, de façon générale, dans les cirrheses. Nos conclusions dans ce domaine rejoignent donc celles de MM. Marcel Labbé et Boulin (C. R. Société de Biologie 1934).

2. La résistance à l'insuline est normale ou diminuée :

— Dans les altérations légères et fugaces du foie, telle la congestion passive et récente du foie d'origine cardiaque ou les ictères bénins ;

— Mais aussi dans l'altération profonde et rapide du foie avec hypoglycémie et évolution rapide vers la mort dans une symptomatologie d'ictère grave.

3. Les variations considérables observées dans la résistance à l'insuline des sujets normaux doivent ren-



dre prudent dans l'interprétation des résultats observés chez les hépatiques, la chute glycémique obtenue chez les sujets normaux variant approximativement entre 40 et 55 % du taux initial.

4. L'augmentation de la résistance à l'insuline ne peut être considérée comme un signe pathognomonique des affections du foie.

Il s'agit là d'un symptôme commun à de nombreuses affections endocriniennes.

D'une façon générale, on observe ce phénomène dans l'hyperfonctionnement de la thyroïde, des surrénales et de l'hypophyse : on l'a aussi signalé dans la maladie de Basedow, dans les syndromes génito-surrénaux et surréno-vasculaires, dans le gigantisme et l'acromégalie.

On l'observe également dans les hypofonctionnements du pancréas, du testicule et de l'ovaire.

Enfin nous avons signalé dans une étude antérieure que la résistance à l'insuline était augmentée dans le symptôme de sympathicotomie pure, et dans certains cas de neurotonie.

5. Toutes ces réserves étant faites, *l'augmentation de la résistance à l'insuline nous semble un bon symptôme de l'atteinte du foie*, et l'épreuve d'hypoglycémie provoquée mérite de prendre place parmi les nombreux tests proposés à l'heure actuelle pour l'étude de la fonction hépatique, à côté des épreuves d'hyperglycémie provoquée, de glycosurie et de galactosurie provoquées.

Comme les autres résultats fournis par ces épreuves, l'augmentation de la résistance à l'insuline n'est pas spécifique d'une altération, d'une lésion de la cellule hépatique. Mais elle se recommande par la simplicité de sa réalisation, et surtout par le fait qu'elle semble s'appliquer à un territoire nettement délimité dans la pathologie hépatique : celui des altérations chroniques et à longue échéance de la glande, c'est-à-dire, en somme, le domaine des cirrhoses.

6. Mais il faut encore considérer que cette épreuve ne constitue pas un symptôme banal d'insuffisance hépatique. A côté d'une valeur diagnostique qui nous semble réelle, elle a le mérite de poser un double problème : d'une part, la question du mécanisme de cette réaction particulière à l'insuline au cours des hépatites chroniques ;

— D'autre part, la question du rôle possible du foie dans les diabètes insulino-résistants.

VI. Pathogénie de l'augmentation de la résistance à l'insuline dans les cirrhoses. — L'augmentation de la résistance à l'insuline dans les cirrhoses soulève en effet un problème pathogénique du plus haut intérêt : celui du mécanisme de l'action de l'insuline sur la fonction glycogénique du foie.

Pour expliquer cette élévation de l'insulino-résistance, trois hypothèses peuvent être envisagées.

Nous allons les passer en revue successivement.

1. *L'insuline permettrait la fixation de glucose dans le foie sous forme de glycogène.*

L'augmentation de la résistance à l'insuline dans les cirrhoses traduirait une gêne de la glycogénèse en rapport avec l'altération de la fonction hépatique.

Certains auteurs, tels Murao et Dambrosi, ont en effet observé à la suite d'injections d'insuline une augmentation de la teneur du foie en glycogène.

Mais la grande majorité des auteurs, avec Olmsted et Harvey, Lawrence et McCance, MacLeod et Corkill, Rathery et ses collaborateurs, ont au contraire obtenu par l'insuline une diminution des réserves glycogéniques du foie, et c'est leur opinion qui paraît prévaloir aujourd'hui.

Enfin, les expériences de Ducuing, Rouzaud et d'autres physiologistes ont montré qu'après hépatectomie, l'injection d'insuline provoquait encore un abaissement de la glycémie : ils apportaient ainsi la preuve que l'action de l'insuline s'exerce, non sur la glycogénèse, mais sur la glycogénolyse au niveau des tissus.

Dans ces conditions, il nous semble impossible d'attribuer l'augmentation de la résistance à l'insuline dans les cirrhoses à une diminution de la glycogénèse hépatique.

2. *Il existerait dans les cirrhoses une intoxication chronique de l'organisme, provoquant une diminution du pouvoir glycolytique des tissus.*

Cette intoxication serait liée soit à l'insuffisance de la fonction antitoxique du foie, soit à la sécrétion de toxines par le foie malade. Il est en effet très admissible, par exemple, que la diminution des fonctions hépatiques de protéinolyse et de cholestérololyse puisse provoquer des troubles dans l'activité des tissus.

Cette théorie expliquerait pourquoi l'exagération de la résistance à l'insuline s'observe uniquement dans les altérations chroniques et marquées de la fonction hépatique, entraînant une intoxication prolongée de l'organisme.

3. *Enfin, la cirrhose hépatique ne serait pas uniquement une maladie du foie, mais s'accompagnerait de modifications plus ou moins profondes dans l'ensemble du système endocrinien, expliquant les perturbations observées dans le jeu normal des hormones.*

Cette hypothèse reçoit de l'anatomie pathologique et de la clinique un certain nombre d'arguments.

En 1932, Barrelet montrait, au cours de la cirrhose de Laënnec, des altérations anatomiques profondes au niveau de la plupart des glandes endocrines.

D'autre part, l'étude clinique a fait apparaître, dans l'évolution des cirrhoses, la présence de nombreux symptômes rattachés aujourd'hui à la séméiologie endocrinienne : tels sont les troubles de la croissance et de la morphogénèse, déjà signalés par Gilbert et Lereboullet sous le nom de gigantisme et de nanisme biliaires ; les troubles sexuels, comme l'impuissance et l'aménorrhée ; les troubles de l'équilibre neuro-végétatif, de l'équilibre humoral.

L'existence de troubles endocriniens au cours des cirrhoses semble donc, à l'heure actuelle, un fait acquis. Elle s'explique par deux ordres de causes :

Il est d'abord des facteurs qui peuvent agir simultanément sur le foie et sur l'ensemble du système endocrinien : ce sont des infections, comme la syphilis et la tuberculose ; ou des intoxications, comme l'alcoolisme chronique.

Mais les troubles de la fonction hépatique peuvent retentir directement sur les glandes endocrines. Dans

les altérations glandulaires ainsi provoquées, on peut reconnaître l'action de plusieurs facteurs :

— *Un facteur toxique*, lié à l'insuffisance de la fonction antitoxique du foie ;

— *Un facteur trophique*, lié à un trouble de la fonction hépatique de nutrition ;

— *Un facteur mécanique*, lié à un trouble de la circulation portale, qui se manifeste au niveau des organes à sécrétion interne situés aux sources de cette circulation, comme la rate et le pancréas.

Enfin le foie appartenant lui-même au système endocrinien, il convient de joindre aux facteurs que nous venons d'énumérer le rôle certain des lois de l'équilibre endocrinien : tout dysfonctionnement d'une glande endocrine entraîne des modifications dans le fonctionnement des autres glandes appartenant à ce système, modifications dont il est encore difficile de connaître l'étendue et la valeur.

Telles se présentent les trois théories susceptibles, à notre avis, d'expliquer l'exagération de la résistance à l'insuline au cours des altérations chroniques du foie. Il nous serait difficile de trancher entre l'hypothèse d'une diminution du pouvoir glycolytique des tissus, ou celle des troubles généraux du système endocrinien. Peut-être ces deux facteurs jouent-ils également leur rôle, sans qu'il nous soit possible de juger de la part qui revient à chacun d'eux.

Cette discussion nous donne cependant un aperçu intéressant sur la pathogénie du diabète hépatique : celui-ci ne serait pas dû, ainsi qu'il paraîtrait au premier abord vraisemblable, à un trouble de la fonction glycogénique du foie : la cause de l'hyperglycémie des cirrhoses, comme celle du diabète pancréatique, se localiserait, non pas au niveau du foie, mais au niveau des tissus.

**VII. Le problème de l'insulino-résistance.** — Abordons maintenant le dernier point de la question : le rôle possible du foie dans les diabètes insulino-résistants.

L'association du diabète et d'une cirrhose hépatique a été signalée depuis longtemps comme un facteur d'insulino-résistance partielle.

Après les observations isolées publiées par plusieurs auteurs (parmi lesquels il faut retenir les noms de Widal et Abrami, Mauriac et Aubertin), Marcel Labbé et ses collaborateurs ont eu le mérite d'envisager les premiers la question dans son ensemble, avec les déductions qu'elle comporte.

L'étude anatomo-pathologique du foie dans le diabète pancréatique a permis à MM. Marcel Labbé, Boulin et Balmus de distinguer 4 types différents dans les lésions observées :

1. Des cirrhoses banales, impossibles à distinguer des cirrhoses qui ne surviennent pas chez les diabétiques ;

2. Des cirrhoses bronzées ;

3. La surcharge graisseuse du foie ;

4. Des hépatites dégénératives, graisseuses ou non, avec hépatomégalie, effacement plus ou moins complet de la structure lobulaire et altérations cellulaires. Les auteurs ont trouvé 4 exemples de ces dernières lésions à l'autopsie de malades morts de coma diabétique insulino-résistant.

Trois hypothèses plausibles ont pu être invoquées

— Soit qu'on admette l'atteinte du foie par les corps cétoniques, hypothèse justifiée par les recherches expérimentales ;

— Soit qu'on admette l'action toxique de l'insuline sur le foie (Fischer) ;

— Soit qu'il s'agisse de lésions constituées, du moins en partie, antérieurement au coma.

On peut trouver une justification de cette dernière opinion dans l'hépatomégalie considérable (3 kg 400) rapportée dans l'une des observations de Marcel Labbé.

Il semble difficile d'admettre que cette hépatomégalie ait pu se constituer en quelques jours.

Mais on est alors forcément conduit à une nouvelle hypothèse pour expliquer l'origine de ces lésions : celle d'une intervention possible des lésions hépatiques dans l'insulino-résistance présentée par les malades en question, hypothèse que vient confirmer l'augmentation de la résistance à l'insuline au cours des cirrhoses.

Nous sommes ainsi amenés à distinguer, de façon toute théorique, deux classes dans le diabète consomptif :

D'une part, le diabète pancréatique proprement dit, obéissant parfaitement à la cure insulinique ;

D'autre part les diabètes insulino-résistants.

Sans attribuer au foie l'origine de tous les cas d'insulino-résistance, il n'en est pas moins tentant de voir, dans l'altération de la fonction hépatique, la cause possible de l'insuccès du traitement insulinique.

Dans l'étiologie sans doute complexe des diabètes insulino-résistants, il serait ainsi possible d'individualiser un syndrome hépato-pancréatique où le dysfonctionnement hépatique jouerait un rôle de premier plan.

#### BIBLIOGRAPHIE

1. BARRELET. Les glandes à sécrétion interne dans la cirrhose de Laënnec, *Annales d'Anat. pathol. méd.-chir.*, 1932.
2. Marcel LABBÉ, B. BOULIN, BALMUS. Lésions dégénératives du foie et coma diabétique insulino-résistant, *Presse méd.*, 1935. — M. LABBÉ et BOULIN. Hypoglycémie insulinique dans les cirrhoses, *C. R. Société de Biol.*, 1934.
3. LANGA. L'équilibre glycémique dans les affections du foie, *Minerva méd.*, 1933.
4. BOLLER et UEBERACK. Résistance à l'insuline dans les cas d'ictère, *Klin. Woch.*, 1932.
5. G. PARTURIER, *Syndromes hépato-endocriniens*, Doin, édit., 1935.
6. RATHERY-GIBERT, LAURENT. *C. R. Soc. de Biol.*, 1930-1932.
7. SANTENOISE, FUCHS, VIDALOVITCH. *Id.*
8. BARBOUR CHAIKOFF, MAC LEOD. *Amer. Journ. of Physiol.*, 1927.
9. ROSSI. *Biochimica e Terap. sper.*, 1928.
10. SCHMIDT. *Archiv. f. experiment. path. u. Pharm.*, 1930.
11. CORKILL. *Journ. of Physiol.*, 1932.
12. MEYTHALER et STANHKE. Action de l'hormone pancréatique après suppression du passage hépatique physiologique. *Arch. f. exp. Path. u. Pharm.*, 1930.
13. GOLDBLATT. Action de l'insuline sur le glycogène hépatique. *Biochemic. Journ.*, 1930.
14. DUCUING, ROUZAUD, SOULA. Exclusion circulatoire du foie, *C. R. Soc. Biol.*, 1929.



## FACULTÉ DE MÉDECINE DE TOULOUSE

## THÈSES SOUTENUES PENDANT L'ANNÉE 1934-1935 (1)

DOCTORAT D'ÉTAT. — 26. ANDRIEU. — Le rhumatisme tuberculeux.

3. ARJAC. — De la reposition sanglante de luxations de l'épaule primitivement irréductibles.

54. ASTORGUE. — Contribution à l'étude du traitement des dystocias pelviennes.

5. AUSSEIL. — Syphilis de l'estomac.

9. BACQUE-MOURET. — Recherches sur la filtration en radiothérapie profonde.

14. BARREAU. — De la myopathie progressive primitive.

41. BOBOUL. — Hernies et éviscérations vaginales consécutives à l'hystérectomie.

42. BOSQ. — Des fractures méconnues du rachis à symptomatologie tardive.

31. BOUDEY. — L'intoxication arsenicale en viticulture. Etude d'un de ses mécanismes peu connu.

43. BOUYSSOU. — Traitement des fractures du maxillaire inférieur. Etude de 22 observations.

25. BOYER. — Contribution à l'étude de la névralgie phrénique.

44. CADÈNE. — Contribution à l'étude des dysenteries amibiennes autochtones.

10. CARRIÈRE. — Contribution à l'étude de la phrénicectomie dans le traitement des hémoptysies tuberculeuses.

33. CHOIGNON. — Contribution à l'étude des interventions pour ulcères gastro-duodénaux perforés en péritoine libre.

29. CHWARTZ. — La reprise de la curiethérapie seule ou

associée aux Rayons X dans le cancer du col de l'utérus déjà traité par les radiations.

11. CLANET. — Contribution à l'étude des adhérences vraies et totales du placenta.

48. CLARENS. — Contribution à l'étude clinique du mode d'évaluation de quelques éléments de l'urine. Application à l'étude des relations entre le rapport urée sur ammoniacque. L'acidité urinaire, l'ammoniacque et les acides organiques éliminés.

12. COMMUNAL. — Contribution à l'étude du métabolisme des chlorures chez les tuberculeux.

66. COMPANYO. — Les conjonctivites folliculaires.

18. COURSIÈRES. — Contribution à l'étude de l'ostéomyélite costale post-typhoïdique.

68. CROZAT. — A propos de la diphtérie trachéo-bronchique (primitive et secondaire).

32. Cwik. — Contribution à l'étude du cancer bilatéral du sein.

72. DALMON. — Traitement des ulcères gastro-duodénaux par les extraits para-thyroïdes.

22. DAVIDOVITCH. — L'endocardite maligne à évolution lente du cœur droit.

7. DENOUN. — Vraies et fausses métastases à distance du cancer du col de l'utérus.

1. DEUPÈS. — Phlegmon du plancher buccal et canal de Bochdaleck.

39. DILON. — Etude clinique de la contusion thoraco-abdominale.

71. DUSSARTHO. — Modifications liquidiennes dans les fractures de la base du crâne.

65. FEBVRE. — Esters gaiacolés et thiocol. Comparaison de leur élimination et de leur action pharmacodynamique.

30. FOURNEAU. — Contribution à l'étude de la physiologie de la corde vocale.

51. GALIBERT. — Fractures de la base du premier métacarpien.

(1) Voir *Gaz. des hôp.*, 1935. — Thèses de Montpellier, n° 82, p. 1386; Thèses de Marseille, n° 84, p. 1417.

## DINITRA



## OBÉSITÉ

HYPOTHERMIES — HYPOSPHYXIES  
HYPOTHYROÏDIES

HYPOMÉTABOLISMES

RALENTISSEMENTS

de la NUTRITION



SOCIÉTÉ D'APPLICATIONS PHARMACODYNAMIQUES, 5 & 7, rue Claude Decaen - PARIS 12<sup>e</sup>

67. GALLAUD. — Contribution à l'étude du traitement de la démence précoce par la pyréthérapie.
52. GÉRAUD. — Sur le traitement de l'occlusion intestinale par calcul biliaire.
24. GRAND. — La disjonction traumatique de la symphyse pubienne.
49. HAY. — Les retards de consolidation de fractures, leurs traitements.
6. IZARD. — Cancers de la margelle du larynx.
19. JOFFRE. — Localisation et extraction des projectiles dans la région de la hanche.
45. LACUBE. — Forage trans-trochantérien du col fémoral des arthrites chroniques de la hanche.
60. LAFARGE. — Contribution à l'étude clinique de l'invagination intestinale aiguë de la deuxième enfance.
13. LANSAC. — Stockage lacunaire chez le chien dépancréaté.
61. LASSERRE. — De la tuberculose aiguë au cours du premier âge.
8. LAURENT. — La guanidine. Sa recherche dans le sang du cancéreux.
23. LEBHAR. — La dissociation auriculo-ventriculaire et la myocardite diphtérique.
57. LOGEAS. — Contribution à l'étude de la phrénicectomie dans le traitement de la tuberculose pulmonaire.
73. LOURTAU. — Contribution à l'étude de la séroflocculation de Henry.
34. MAZERAN. — Contribution à l'étude du diagnostic et traitement du cancer de l'ampoule de Vater.
56. MAZET. — Contribution à l'étude des anus chirurgicaux de l'intestin grêle.
46. MIFFRE. — Contribution à l'étude du venin de cobra dans le traitement des tumeurs et des algies cancéreuses.
63. MIRG (Mlle). — Contribution à l'étude de la calcification des cartilages costaux dans les diverses formes anatomo-cliniques de la tuberculose pulmonaire.
76. NAUDY. — Sténoses sous-vatériennes chroniques.
70. NICOUL (Mlle). — Les anévrismes de la crosse aortique d'origine rhumatismale.
27. PARAN. — Les plâtres à extension pour le traitement clinique, anatomique et expérimental.
2. PONS. — Les septicémies à bacille *perfringens*. Etude des fractures.
40. PRADÈRE. — Les manifestations nerveuses au cours de la scarlatine.
47. RABINOVITCH. — Contribution à l'étude des associations de la fièvre de Malte et de la fièvre typhoïde.
20. RAYMOND. — Contribution à l'étude de la thérapeutique des fibromes de l'utérus.
55. REGY. — Contribution à l'étude thérapeutique et anesthésique de l'alcool éthylique intraveineux.
17. RESSÉQUIER. — Etude de la digitalisation continue.
4. RIVIÈRE (Mme), née Fraisse. — La pronation douloureuse des jeunes enfants.
59. ROQUETANIÈRE. — Etude, indications et valeur respectives de l'urétéro-pyélographie instrumentale et de l'urographie veineuse.
75. ROUEL. — Pyorrhées et diabètes. Leurs relations réciproques.
37. RULLIÈRE (Mlle). — Cæcum mobile et volvulus chronique du cæcum. Brève étude de l'appendicite chronique.
21. SAUNAL. — Traitement de l'invagination intestinale aiguë du nourrisson.
15. SINGER. — Contribution à l'étude de l'éviscération spontanée post-opératoire précoce.
38. SIRE. — Contribution à l'étude des azotémies extra-rénales par oligurie.
69. SMILEVICI. — Drainage forcé du liquide céphalo-rachidien, expérimentation. Applications thérapeutiques.
35. TERRISSE. — Contribution à l'étude de l'énurésie. Son traitement par le sulfarsénol.
53. THÉRY. — Contribution à l'étude clinique des occlusions de l'appendicite.
50. TICHÉ. — Formes cliniques des adénopathies d'origine dentaire.
64. TISSANDIER. — Néphrites chroniques-azotémiques sans hypertension artérielle.
16. VIGUIER. — Le syndrome de Brown-Sequard d'origine syphilitique.
28. WEISELBERG. — Contribution à l'étude de l'ostéomyélite aiguë cervico-épiphyssaire du fémur.
36. ZABLOT. — Contribution à l'étude des sections de brides au cours du pneumothorax.

DOCTORAT D'UNIVERSITÉ. — 134. AFTIMOS. — Contribution à l'étude des kystes de l'ovaire inclus sous le ligament utéro-ovarien.

141. ARANA SOTO. — Contribution à l'étude des insuffisances pancréatiques externes. Leur importance en pathologie et leur traitement.

136. BARAN. — Contribution à l'étude du distichiasis congénital vrai et de son traitement.

131. BENTIN. — L'autonomie du mongolisme.

130. DIMITRI K. MANITZA. — Diabète et traumatisme.

132. HASSAN-NAGA (Mohamed). — Contribution à l'étude des anévrismes jugo-carotidiens.

137. HAVIS (Mme), née Niller. — Sur l'étude des échanges respiratoires dans l'obésité.

133. HO-MOU. — Forme à début hémoptoïque de la spirochétose ictéro-hémorragique.

135. MENDELEVITCH. — Malaria et paralysie générale.

139. QUEVEDO RODRIGUEZ. — Contribution à l'étude des temps secondaires dans la thoracoplastie extra pleurale d'indication pulmonaire.

140. RAHIMI (Hossein Choli). — Contribution à l'étude de la rachianesthésie dans la césarienne basse.

138. REZAI. — Contribution à l'étude de la pensée délirante et athymhormique.

129. SHNYDEROVITZ. — La médecine dans l'antiquité hébraïque d'après la Bible et le Talmud.

## SOCIÉTÉS SAVANTES

### ACADEMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 21 OCTOBRE 1935)

Remarques sur la streptococcémie, avec exposé des nouveaux résultats donnés par la sérothérapie antistreptococcique dans cette infection du sang. — M. H. VINCENT. L'invasion du sang par le streptocoque est habituellement subordonnée à deux conditions essentielles, tenant, l'une à l'état d'anergie du sujet infecté ; l'autre, au caractère peu antigène et à une propriété spéciale d'adaptation du microbe au milieu sanguin. Les maladies infectieuses préexistantes (grippe, rougeole, diphtérie, etc.) et les associations microbiennes secondaires, les maladies générales, les lésions viscérales chroniques, surtout hépatiques et rénales, les fortes hémorragies (*post partum*, par exemple), le surmenage et tout ce qui amène le déficit alexique, sont parmi les principales de ces causes. L'autre facteur résulte de ce que le sang étant un milieu de culture peu favorable, le streptocoque possède la faculté de s'adapter à ce milieu et de former des souches séro-résistantes.

La septicémie à streptocoques comportait jusqu'à ces dernières années un pronostic très grave, que la sérothérapie est venue effacer.

Aux résultats thérapeutiques donnés par cette méthode, et qui ont été publiés par de nombreux auteurs, il m'a paru



utile de joindre ceux qui m'ont été communiqués. Leur ensemble répond à 310 cas de septicémie et de méningite, cérébro-spinale déterminées par le streptocoque. Ces infections, dont la sévérité n'a pas besoin d'être soulignée, s'accompagnaient très souvent de complications multiples, très souvent aussi associées : phlegmon de l'orbite, myocardite intense, péricardite suppurée, endocardite aiguë récente, néphrite hémorragique, péritonite suppurée généralisée, pleurésie double suppurée, broncho-pneumonie double, fracture du crâne, méningite, abcès du cerveau, etc. Il faut joindre à ces lésions un degré très avancé et fréquent de déglobulisation et de carence en alexine du sang.

Enfin, nombre de malades guéris avaient été traités tardivement, de deux à trois et même à quatre semaines (Harven et Fallas) après le début de leur infection. Certains, qui ont reçu le sérum un jour et même quelques heures avant leur mort, n'ont pu bénéficier de ce traitement spécifique.

Sur le chiffre total de 310 malades qui ont été soumis à la sérothérapie antistreptococcique, le nombre des guérisons a été de 252 ; celui des décès, de 58.

La proportion des guérisons ressortit, par conséquent, à 81,30 pour 100 malades ; celle des décès à 18,70 pour 100 malades. Les malades traités dans les premiers jours de l'infection, avant le stade d'hémo-résistance du streptocoque, ont guéri le plus facilement et le plus vite, souvent en 5 ou 6 jours ; chez les autres, la guérison, quand elle a lieu, survient généralement entre le 6<sup>e</sup> et le 11<sup>e</sup> jour.

Si l'on envisage les résultats de la sérothérapie suivant l'origine médicale, chirurgicale, oto-rhino-pharyngée, puerpérale, etc., des septicémies, on voit qu'ils oscillent individuellement autour des proportions précédentes. Les septicémies d'origine otitique ou rhino-pharyngée ont ce-

pendant bénéficié le plus de la sérothérapie, sans doute parce que celle-ci est appliquée plus précocement : 85,55 guérisons pour 100 malades. Enfin, les méningites cérébro-spinales d'origine otitique ou traumatique ont donné 64,65 pour 100 de guérisons. On peut estimer que, dans ces derniers cas, l'emploi aussi rapide que possible de cette méthode et l'association des injections intra-rachidiennes et sous-cutanées de sérum abaisseront sensiblement la mortalité.

La sérothérapie combinée (sous-cutanée et intra-pleurale, intra-péritonéale, intra-articulaire) rend les plus grands services dans les complications suppurées des séreuses qui surviennent au cours de la septicémie.

#### ACADEMIE DE MEDECINE

(SÉANCE DU 22 OCTOBRE 1935)

**Rapports.** — M. POUCHET donne lecture d'un rapport sur des demandes d'autorisation de sources minérales.

M. LEMIERRE lit un rapport sur les travaux concernant le service d'hygiène et les maladies contagieuses en 1934.

**Recherches sur la pression moyenne.** — MM. H. VAQUEZ et R. GIROUX, à propos de quelques tracés de pression intra-artérielle recueillis sur des malades atteints d'insuffisance aortique, d'arythmie complète ou d'alternance, étudient les valeurs comparées des différentes pressions : maxima, minima et moyenne.

Dans l'insuffisance aortique, malgré la grande différence entre les pressions extrêmes, la pression moyenne reste normale.

La Méthode du Docteur PAUL FERRIER

## RÉGIME ET PHOSPHOCALCASE

est indiquée en vue d'un traitement physiologique de la

## TUBERCULOSE

quelles qu'en soient la forme et la localisation.

Strictement appliquée aux formes dites graves, elle a pour but de les transformer rapidement, en formes bénignes et curables.

Littérature et échantillons : LABORATOIRE DE LA PHOSPHOCALCASE, BOURGOIN (Isère)

Reconstituant - Tonique  
Hémopoïétique - Anti-Toxique

# PHYTOSPLENOL

Granulés  
ou Dragées

J. PLE DOCTEUR EN PHARMACIE - 111<sup>bis</sup> rue de Turenne PARIS 3

Dans l'arythmie complète, alors qu'il est extrêmement difficile de mesurer la pression maxima et impossible de mesurer la pression minima, MM. Vaquez et Giroux présentent des tracés de pression intra-artérielle très instructifs. Ces tracés montrent de très grandes variations dans les chiffres de pression maxima et minima, variations qui peuvent atteindre 8 à 10 cm. de Hg et davantage pour la Mx, 4 à 5 cm. pour la minima, tandis que la pression moyenne reste à peu près fixe, oscillant à peine d'1/2 à 1 cm. de Hg.

Il en est de même dans l'alternance.

Les auteurs insistent sur cette constance de la pression moyenne ; c'est, non dans les pressions extrêmes, mais dans la moyenne, qu'il faut chercher l'expression du régime qui règne dans les vaisseaux. Cette fixité de la pression moyenne chez des sujets atteints d'une affection ou d'un trouble grave du cœur, explique ce fait paradoxal que, très malades en réalité, ils puissent être, en apparence, bien portants. On comprend l'importance de pareille constatation.

**Diminution de la tuberculose à Lyon. Rôle des dispensaires.** — M. Paul COURMONT a établi une statistique très serrée, portant sur trente ans (1900-1930).

La mortalité par tuberculose a baissé à Lyon de 55 % depuis 25 ans. En 1900-1905, il mourait 1.600 tuberculeux par an pour un Lyon de 459.000 habitants (35,4 p. 10.000) ; en 1925-1930, il n'en meurt plus que 800 pour un Lyon de 580.000 habitants (15,7 p. 10.000).

Cette baisse considérable atteint les meilleurs chiffres signalés par les nations en tête de l'hygiène antituberculeuse, telles que l'Angleterre, les Etats-Unis, l'Allemagne, etc...

Les causes de cette diminution ne peuvent être cherchées qu'en partie, dans l'amélioration des conditions générales de vie, mais, surtout, dans l'organisation très ancienne, progressive et puissante des moyens de cure (2.000 lits pour Lyon) et, surtout, des organismes de prévention. C'est une question très importante de juger du rôle des institutions antituberculeuses dans la diminution du fléau.

Grâce aux conditions historiques et géographiques de la lutte à Lyon, l'auteur démontre le rôle prépondérant des moyens de prévention et, surtout, des dispensaires antituberculeux. Lyon possède les plus anciens dispensaires (celui de Jules Courmont date de 1905), et, actuellement, neuf couvrent la ville de leur réseau prophylactique, s'occupant en 1934 de 16.000 malades et de plus de 6.000 tuberculeux.

L'action évidente des dispensaires est marquée par les faits suivants. C'est dans les quartiers à dispensaires anciens et actifs que la mortalité, extrêmement élevée, a commencé à diminuer, et cette diminution s'est étendue, maintenant, à presque toute la ville. Mais, un seul arrondissement présente une diminution moitié moindre de celle des autres, gardant une mortalité élevée et stable (26 p. 10.000) ; au lieu de 15,7 pour le reste de la ville et 10 à 12 pour certains arrondissements : or, c'est le seul arrondissement privé de dispensaire et de presque toute prophylaxie pendant ces trente années.

C'est une démonstration fort importante que l'amélioration générale des conditions de vie n'est pas la seule cause de l'abaissement de la tuberculose dans une grande ville et qu'il faut chercher cette cause surtout dans l'activité des organismes de prévention et des dispensaires.

Il serait à désirer que des travaux analogues soient faits pour toutes les grandes villes de France.

M. Courmont demande aussi que les déclarations des certificats de décès soient exactement remplies par les médecins : ce n'est qu'à cette condition (réalisée en partie à Lyon) qu'on pourra savoir si la prophylaxie de la tuberculose est partout en bonne voie, la question est de toute importance.

**Cure sulfatée calcique et régulation neuro-humorale.**

— M. DESGREZ présente un travail de MM. D. Santenoise, L.

Merklen, Th. Brieu, E. Stankoff et M. Vidacovitch. L'étude parallèle des modifications neurovégétatives d'une part et humérales d'autre part entraînées chez le chien chloralósé par l'ingestion d'eau sulfatée calcique a permis de distinguer :

a) Dans une première phase, plus ou moins précoce et durable, une hypercalcémie souvent notable, coïncidant avec une augmentation d'excitabilité sympathique ;

b) Dans une deuxième phase, une augmentation de l'excitabilité parasympathique ;

c) Dans une troisième phase enfin, un abaissement de la calcémie, avec diminution, souvent très notable, de l'excitabilité réflexe sympathique et de l'excitabilité des appareils sympathiques périphériques.

Ce tableau d'ensemble des effets de l'ingestion d'eau sulfatée calcique est toutefois susceptible de modifications tenant à l'état neuro-végétatif de l'animal ; chez les animaux hypovagotoniques, la phase d'hypercalcémie et d'hyper-sympathicotomie est précoce et de longue durée ; la phase d'excitation du parasympathique et celle d'hypocalcémie ne se manifestent que tardivement. Chez les vagotoniques, au contraire, la phase d'hypercalcémie et d'hyper-sympathicotomie est extrêmement fugace ou même totalement absente, alors que l'hypocalcémie et la diminution d'excitabilité sympathique sont précoces et durables.

Des ingestions antérieures quotidiennes d'eau sulfatée calcique ont également un rôle. Dans les premiers jours, l'ingestion d'eau sulfatée calcique entraîne une hypercalcémie notable et une sympathicotomie intense, et l'augmentation d'excitabilité parasympathique n'est alors que tardive. Mais au bout de quelques jours, l'hypercalcémie et l'hyper-sympathicotomie sont rapidement jugulées ; l'effet parasympathique apparaît assez précocement, suivi d'hypocalcémie et de diminution de l'activité du sympathique. Enfin, chez les animaux soumis à la cure depuis 20 à 25 jours, on n'observe pas de phase d'hypercalcémie ni d'hyper-sympathicotomie ; la réponse parasympathique est prédominante ; l'hypocalcémie et l'hyposympathicotomie sont la règle.

**Variations parallèles de la phosphatémie et de la calcémie au cours de l'héliothérapie.** — MM. AIMÉ et CAYLA. Dans une deuxième note faisant suite à celle qu'ils ont apportée le 30 juillet, les auteurs montrent que les variations soulevées par la phosphatémie et la calcémie au cours de l'héliothérapie sont parallèles. A une augmentation de la phosphatémie correspond une élévation de la calcémie et inversement.

Cependant la calcémie qui possède un régulateur plus efficace que celui de la phosphatémie sera un test moins sensible des modifications profondes que provoque l'héliothérapie dans l'organisme.

## SOCIÉTÉ DE PÉDIATRIE

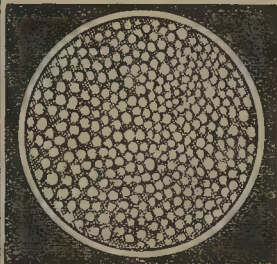
(SÉANCE DU 15 OCTOBRE 1935)

### Ostéomalacie guérie par parathyroïdectomie unilatérale.

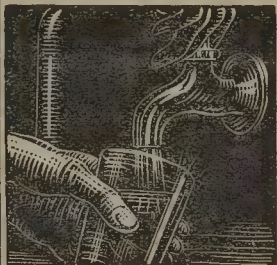
— M. LEVESQUE présente un enfant atteint de décalcification grave de tout son squelette, compliquée de fractures spontanées et présentant des stigmates radiologiques particuliers. Les différents traitements essayés, et en particulier l'héliothérapie, n'eurent aucune influence sur la recalcification. Par contre, l'ablation de deux parathyroïdes histologiquement normales amena une rapide guérison.

**Acro-dynie familiale.** — M. BLECHMANN et Mlle LECOMTE présentent un enfant de trois ans qui présente depuis quinze mois les signes d'une acro-dynie fruste, caractérisée surtout par des troubles vasomoteurs et une tristesse par-

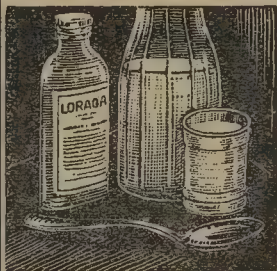




Goutte de Loraga dans laquelle on se rend compte de la ténuité et de la régularité des globules d'huile de paraffine, constituant une véritable émulsion très homogène.



Pour les malades aimant absorber leur médicament dans de l'eau, une cuillerée à soupe de Loraga dans un verre, ajouter de l'eau et boire le tout.



Pour les enfants qui répugnent, par principe, à prendre des médicaments : une ou deux cuillerées à café dans du lait.



"Une émulsion doit couler aisément", dit le bon pharmacien. Le Loraga satisfait à cette exigence sous tous les climats.



# LORAGA

Emulsion originale d'huile de paraffine et d'agar-agar avec phénolphthaléine

## Régulateur physiologique de l'intestin

S'incorpore intimement au contenu intestinal. Donne au bol fécal la consistance et la plasticité normales. Stimule doucement le péristaltisme sans provoquer de spasmes.

**INDICATIONS :** Toutes formes de constipation et à tout âge. — Paresse intestinale au cours de la grossesse et pendant la période de lactation. — Atonie intestinale des vieillards.

**TOLÉRANCE PARFAITE - AUCUNE ACTION SECONDAIRE PAS D'ACCOUTUMANCE NI DE SUINTEMENT HUILEUX**

LITTÉRATURE ET ÉCHANTILLONS SUR DEMANDE A MM. LES MÉDECINS

## LABORATOIRES SUBSTANTIA

M. GUÉROULT, Pharmacien

13, Rue Pagès

SURESNES (Seine)



ticulière. Le seul point important est que deux frères aînés de cet enfant ont été antérieurement atteints de la même maladie et sont actuellement guéris.

**Résultats éloignés d'une hépatectomie partielle pour épithélioma du foie.** — MM. ARMAND-DELILLE, FÈVRE et LESTOCQUOY complètent l'observation d'une fillette déjà présentée à la Société en mai 1934. Cette fillette de 11 ans avait supporté une hépatectomie partielle pour un épithélioma du foie. Elle resta bien portante pendant 14 mois. A ce moment, on intervint à nouveau pour enlever une tumeur abdominale récemment apparue, formée par un volumineux ganglion néoplasique du ligament gastro-colique. Six mois après cette seconde opération, l'état général de cette enfant reste bon.

**Forme fruste de dolichosténomélie.** — Mme ROUDINESCO présente un petit malade présentant une forme fruste de cette curieuse affection.

**Luxation congénitale des rotules chez un Mongolien.** — M. HEUYER et Mme ROUDINESCO présentent un enfant atteint de luxation bilatérale de la rotule par suite d'une hypotonie musculaire du quadriceps et non pas du fait de malformations osseuses. Il existe des mouvements anormaux dans presque toutes les articulations.

**Syphilis congénitale spléno-hépatique fébrile et réactions du kala-azar.** — MM. WEILL-HALLÉ, AUBERT, MOUCHOTTE et RAMBERT présentent un cas de syphilis congénitale frappant le foie et la rate et s'accompagnant de fièvre élevée. En raison du séjour récent de l'enfant dans le Midi, ils avaient soulevé l'hypothèse d'un kala-azar et avaient pratiqué les différentes réactions biologiques de cette affection : celles-ci se sont montrées à plusieurs reprises positives. Cependant, le diagnostic de leishmaniose ne fut pas confirmé par la ponction de la rate, et le traitement spécifique amena une rétrocession des signes observés. Les auteurs concluent donc à la non-spécificité absolue des réactions biologiques du kala-azar.

**Trois cas de pleurésie purulente à streptocoques guéris par la sulfamidochrysoïdine.** — MM. TIXIER et ECK rapportent trois observations de pleurésie purulente à streptocoques guéries sans intervention chirurgicale et n'ayant laissé à leur suite aucune séquelle. Ils insistent sur les heureux effets donnés par ce médicament dans toutes les affections streptococciques.

**Un cas de cancer primitif du poumon chez une enfant de cinq ans.** — MM. LEREBoullet, GARNIER et COURTIAL rapportent l'observation d'une enfant entrée à l'hôpital pour un syndrome clinique remontant à un mois et donnant l'impression d'une pleurésie à gros épanchement. Mais les ponctions successives ne ramenèrent que quelques gouttes de sang, et la radiographie démentit également l'existence d'un épanchement. Le mauvais état général et la marche progressive de la maladie firent porter le diagnostic de cancer primitif du poumon. L'enfant mourut subitement dix jours plus tard; et à l'autopsie, on put constater l'existence d'une tumeur bourgeonnante occupant tout l'hémi-thorax droit et ne s'accompagnant d'aucune métastase. L'examen histologique pratiqué par M. Delarue montra qu'il s'agissait d'un épithélioma primitif du poumon du type à petites cellules.

**Granulie pulmonaire subaiguë terminée par méningite tuberculeuse.** — M. BETHOUX a suivi pendant quatre mois une enfant chez laquelle on avait découvert fortuitement par l'examen radiologique une granulie pulmonaire. La cuti-réaction était encore négative, ce qui fait penser à une primo-infection. Après cette phase d'évolution torpide sur-

vint une brusque aggravation et l'enfant finit par succomber de méningite tuberculeuse. L'auteur conclut que la granulie froide doit être considérée comme une simple variété de la granulie d'Empis.

## PRATIQUE MÉDICALE

### A PROPOS DES FEMMES NERVEUSES (1)

Par M. le docteur N. QUÉNÉR.

On sait que la moindre perturbation dans la sécrétion folliculaire détermine les troubles les plus variés et qu'il faut essayer, pour combattre ces troubles, de redonner à l'organisme la folliculine qui lui manque. De là son emploi dans la plupart des dysovaries.

Parmi ces manifestations du dysovarisme, les manifestations nerveuses sont peut-être les plus fréquentes : il peut s'agir d'angoisse, d'énervement, de modifications du caractère allant jusqu'à la mélancolie et la jalousie morbides, de délires, d'insomnies, et le tout s'accompagne généralement de troubles du système nerveux végétatif, de palpitations, de dyspnée, d'aérophagie, etc... Une bonne thérapeutique sera étiologique d'abord. Après avoir redressé, si besoin, les erreurs de régime et d'hygiène générale, on s'adressera à l'opothérapie folliculaire. Mais on se trouvera particulièrement heureux d'adjoindre à cette thérapeutique causale une thérapeutique symptomatique qui donnera un soulagement immédiat. Le bromure sera tout indiqué. Ces deux médications, folliculine et bromure, se trouvent réunies dans l'œstrobrol, association du sédobrol à la folliculine.

La présentation est la même que celle du sédobrol, ce qui dispense de dire ses avantages qui sont bien connus ; chaque tablette renferme 1 gramme de bromure de sodium et 100 unités internationales de folliculine. On en donne matin et soir dans une demi-tasse d'eau bouillante, une ou deux tablettes.

## ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

### THESES

**Lundi 28 octobre.** — Jury : MM. Champy, président ; Robert Debré, Marcel Labbé, Valléry-Radot. — M. LEPETZ. Le début de la tuberculose chez le nourrisson.

**Mardi 29 octobre.** — Jury : MM. Balthazard, président ; Bezançon, Gougerot, Piédelièvre. — M. BONNEL. Etude d'une réglementation des spécialités pharmaceutiques. — M. JORROT. Image radiologique triangulaire para-médiastinale de la base du poumon. — M. LITTNER. La fièvre du 9<sup>e</sup> jour sans éruption au cours du traitement par les arsénicaux.

**Mercredi 30 octobre.** — Jury : MM. Grégoire, président ; Ombrédanne, Tanon, Quenu. — M. CARLOS SABA. Contribution au diagnostic des fibromes sous-muqueux par l'hystérioriographie. — M. ROLLAND. Etude de l'absence congénitale du radius. — M. GOLDSTEIN. Hygiène des installations de pétrole en Roumanie.

(Thèses vétérinaires). — **Mardi 29 octobre.** — Jury : MM. Rathery, président ; Nicolas, Simonnet. — M. BLANCHARD. Lipidose rénale du chat normal et néphrose lipodique de l'homme.

(1) Concours méd., Paris, 1934, n° 51.



**ESTOMAC - INTESTIN****DYSPEPSIE****ENTÉRITE****GASTRALGIE****CHEZ L'ENFANT  
CHEZ L'ADULTE****VALS-SAINT-JEAN****EAU de RÉGIME, FAIBLEMENT MINÉRALISÉE et GAZEUSE***Envoi gratuit d'Echantillons et de Notices à MM. les Docteurs sur demande adressée  
DIRECTION-VALS-GÉNÉRALE : 53, Boul. Haussmann, Paris (9<sup>e</sup>). Téléphone 227-76.***ANÉMIE PALUDEENNE.** — Source Dominique.**VALS-LES-BAINS.** — Saison du 1<sup>er</sup> juin au 1<sup>er</sup> octobre.**MEDICATION CHLORHYDRO-PEPSIQUE****DYSPEPSIES****Anorexie****Vomissements****LIENTÉRIE****ELIXIR GREZ  
ET PILULES****CHLORHYDRO-  
PEPSIQUES****Amers et Ferments  
digestifs****DOSIS :** 1 verre à liqueur ou 2 à 3 pilules par repas. *Enfants :* 1 à 2 cuillerées à dessert**Dépôt :** 49, Rue de Maubeuge, PARIS — Envoi franco Echantillons.**CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-  
MEDITERRANÉE**

*Billets de fin de semaine Paris-Gap-Briançon réduits de 40 %. — Par les douces journées d'été de fin de semaine, vous allez chercher le repos, l'oubli, le grand air à travers la Savoie, le Dauphiné, le Jura, le Morvan ; mais il est une autre région où désormais vous pouvez goûter également les délices du week-end, le Briançonnais, dont le cadre est favorable à une vile calme et délassante.*

*La gare de Paris P.-L.-M. délivre, jusqu'au 31 octobre, des billets d'aller et retour de fin de semaine avec réduction de 40 %, à destination des gares de la ligne de Gap à Briançon, valables du vendredi midi au mardi midi ; moitié prix pour les enfants de 3 à 7 ans.*

Adopté par les hôpitaux de Paris

**GYNERGÈNE****"SANDOZ"***Tartrate de l'Ergotamine cristallisée - Principe actif spécifique de l'ergot***LE PLUS PUISSANT DES HÉMOSTATIQUES UTÉRINS - INHIBITEUR DU SYMPATHIQUE****AMPOULES**

1/2 cc. à 1 ampoule.

**COMPRIMÉS**

1 à 2, trois fois par jour.

**GOUTTES**

XV à XXX gouttes, 3 fois par jour.

**PRODUITS SANDOZ, 20, rue Vernier. — PARIS-17<sup>e</sup>****B. JOYEUX, Pharmacien de 1<sup>re</sup> classe****SULFOÏDOL ROBIN****Granulé - Capsules - Injectable - Pommades - Ovules****ARTHRITISME CHRONIQUE - ANÉMIE REBELLE****PHARYNGITES - BRONCHITES - FURONCULOSE - ACNÉ - VAGINITES****URÉTRO-VAGINITES - INTOXICATIONS MÉTALLIQUES****R. C., 221.839,  
Seine.****LABORATOIRES ROBIN, 13 Rue de Poissy, PARIS**



*Mercredi 30 octobre.* — Jury : MM. Strohl, président ; Coquot, Vergé. — M. BARISELLE. Abatage et anesthésie des animaux par les courants électriques.

*Jeudi 31 octobre.* — Jury : MM. Tanon, Brumpt, Panisset, Vergé, Henry, Lesbouyries. — M. FOUQUET. La Freiborak : le bas étal. — M. ROBERT. Maladies parasitaires et maladies infectieuses du gibier à poil.

## PRODUITS NOUVEAUX

**GRANULE REYNOLS** (Hexaméthylène tétramine, Benz. lithine, soude). — Indications : Antiseptique urinaire, Diurétique.

**GYNO-GOUTTES ISCOVESCO** (Extrait ovarien). — Indications : Toutes les indications de l'opothérapie ovarienne.

**HEPACTUPRYL** (Extrait de Foie de veau frais, Citrate de fer ammoniacal, Acétate de cuivre). — Indications : Hémostatique, Reconstituant.

**IRRICALCIUM** (Vitamine D, Inosito-hexaphosphate double de ch. et mag., Glucon. chaux, Ph. magn., Parathyroïde, Surrénale, Thymus). — Indications : Troubles de la nutrition, Déminéralisation, Asthénie.

**LAXATIF HELDER** (Phénolphtaléine). — Indications : Constipation, Congestion, Maladies du foie et estomac.

**NEUROPHYTOL** (Inositol. chaux et Magnésie, Nucléinate Manganèse, P. Noix vomique, P. de Cola). — Indications : Reconstituant général.

**OXYFEDRINE** (Oléate d'Oxyquinoléine, Oléate d'éphédrine, Trichlorobutanol, Menthol, Eucalyptol, Ess. Cèdre, Bergamote). — Indications : Solution Balsamique, Décongestionnante.

**PEPTYLENE** (Peptone viande, Sulf. magnésie, Essence d'anis). — Indications : Cholagogue.

**PHOSBIAN** (Phosphose, Arrhénal, Oranges, Cacao, Noix vomique, etc.). — Indications : Reconstituant, Reminéralisateur.

**SEDIANO** (Acétyl salicyl diéthylmalonylurée, Acétyl salicyl éthoxypara acétanilide). — Indications : Sédatif de toutes douleurs.

**SODAMINE** (Salic. Soude, Urotropine, Ammoniaque, Ess. anis, Teint. Aconit, Drosera, Belladone). — Indications : Maladies infectieuses aiguës ou chroniques du nez, de la gorge et des oreilles.

**SOLUTION DE POUILLES** (Sulf. Magn., Ph. Soude, Cit. Soude, Sal. Soude, Benz. Soude, Hexaméthylène-tétramine, Extr. fl. Artichaut, Teint. Basilic, Fenouil, Menthe). — Indications : Estomac, Foie, Intestin.

**STAELLINE B.** — Indications : Infections gingivales et péri-apicales.

**SUFROLAX** (Soufre ppté, Bile déchol., Erepsine, Ferm. lactiques, Pancréatine, Extr. Laminaria, Rhamnus, Ch. activé, Hypos. Magnésium). — Indications : Régulateur physiologique des fonctions intestinales et biliaires.

**TORRASME** (Ephédrine, Val. Caféine, Bromopyrine, Diméthylanthine, Cinchona). — Indications : Spécifique des crises d'asthme.

**TRICARBOL** (Pancréatine, Bismuth, Charbon). — Indications : Antispasmodique, Antiputride, Digestif.

**UROSIPHON** (Médicament végétal de Java (Orthosiphon Stamineus). — Indications : Lithiases, Hyperazotémie, Uriémie, Pyélonéphrites, Rhumatismes goutteux, etc...

**VALAX** (Cardon de Provence, Rhamnus, Psyllium, Cascara sagr., Podophyllin, Belladone, Jusquiame, etc.). — Indications : Constipation.

### ENCARTAGES DE PUBLICITÉ DANS LA GAZETTE DES HOPITAUX

A la requête de nos lecteurs et pour faciliter leur documentation, notre service de publicité (A. Thiollier, 116, boulevard Raspail, Paris VI<sup>e</sup>) est à leur disposition pour recevoir, par envois groupés sous une seule enveloppe, les demandes **D'ÉCHANTILLONS** (*joindre une demande par produit*) ou de renseignements et les répartir entre les différents laboratoires intéressés.

#### L'aluminium dans le matériel médical et chirurgical

Nous venons de recevoir une intéressante brochure sur le matériel médical et chirurgical et sur les applications de l'aluminium dans ce matériel.

Cet ouvrage, qui se divise en trois parties principales :

- Les applications médicales de l'électricité ;
- Le matériel chirurgical ;
- L'appareillage orthopédique et prothétique ;

contient de nombreuses photographies et des descriptions très complètes d'appareils.

Dans la première partie sont décrits les appareils de l'industrie radiographique, les appareils d'électrothérapie, ceux pour l'application des courants à haute fréquence et également les appareils d'actinothérapie.

La deuxième partie décrit le matériel d'asepsie, le mobilier chirurgical et le matériel d'éclairage chirurgical.

La troisième partie est consacrée à l'appareillage orthopédique et prothétique.

Nombreuses sont les raisons qu'ont les fabricants de ces divers appareils d'envisager l'utilisation du métal, assez nouveau au point de vue médical et chirurgical, qu'est l'aluminium :

D'abord sa légèreté, ensuite sa résistance mécanique et sa résistance aux agents chimiques, d'autre part sa conductibilité électrique et thermique élevée, ses hautes qualités réfléchissantes aux rayons tant lumineux que calorifiques, sa perméabilité aux rayons ordinaires, son opacité aux rayons infra-rouges, son excellente réflexion des rayons ultra-violet, enfin sa facilité d'entretien, qui n'est pas un élément négligeable eu égard aux exigences d'asepsie de la chirurgie moderne (1).

(1) On peut se procurer gracieusement cette brochure sur simple demande adressée à l'Aluminium français, 23 bis, rue de Balzac, Paris (VIII<sup>e</sup>).

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.



**UROMIL**

ÉTHÉR PHÉNYL CINCHONIQUE — PIPÉRAZINE — HÉXAMÉTHYLÈNE TÉTRAMINE

**MOBILISE — DISSOUT  
ÉLIMINE****L'ACIDE URIQUE****ARTHRITISME**

Dr L. BELIERES, 19, RUE DROUOT-PARIS

**SIROP GUILLIERMOND****IDO-TANNIQUE****AFFECTIONS CARDIO-VASCULAIRES, AFFECTIONS PULMONAIRES CHRONIQUES  
LYMPHATISME, GOITRE, DERMATOSES, ALBUMINURIE****DOSES : 2 à 4 cuillerées à bouche, à dessert ou à café suivant l'âge****PRESCRIRE :****SIROP GUILLIERMOND, un flacon****BERTAUT-BLANCARD FRÈRES  
64, Rue de La Rochefoucauld, PARIS (9<sup>e</sup>)****SULFARSENOL  
ARSENOS-SOLVANT**

ADOPTÉS PAR LES HOPITAUX

**EKTOPHANOL**

SELS DE LITHIUM DE L'ACIDE PHENYLQUINOLEINE CARBONIQUE

*Indications :* Rhumatismes musculaires ou articulaires, aigus ou chroniques, Goutte, Sciatique, Lumbago, etc.LABORATOIRES DE BIOCHIMIE MÉDICALE CH. DESGREZ, Dr en Ph<sup>ie</sup>, 19-21, rue Van-Loo, PARIS XVI<sup>e</sup> — Tél. Auteuil 26-62**Granules de CATILLON**

à 0,001 Extrait Titré de

**STROPHANTUS**C'est avec ces granules qu'ont été faites les observations discutées à l'Académie de Médecine en 1889.  
elles prouvent que 2 à 4 par jour donnent une diurèse rapide, relèvent vite le cœur affaibli, dissipent  
ASYSTOLIE, DYSPNÉE, OPPRESSION, ŒDÈMES, Affections MITRALES, CARDIOPATHIES des ENFANTS et VIEILLARDS**Granules de CATILLON 0,0001****STROPHANTINE**

GR.

**TONIQUE du CŒUR par EXCELLENCE — TOLÉRANCE INDÉFINIE**

Prix de l'Académie de Médecine pour "Strophantus et Strophantine", Médaille d'Or Expos. Univ. 1900

PARIS, 3, Boulevard St-Martin. — R. C. Seine 48283





# *Iodogénol Pépin*

Artério-Sclérose

Lymphatisme

Arthritisme

PÉPIN & LÉBOUCQ  
30, Rue Armand-Sylvestre  
COURBEVOIE (Seine)



*La Lancette Française***GAZETTE DES HOPITAUX**

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6°. Tél. : Danton 48-31.

PUBLICITE : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6°) - Téléph. : Littré 54-93.

**A. D. R. M.**  
FACULTÉ DE MÉDECINE  
PARIS

## PRIX DE L'ABONNEMENT

## FRANCE

3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.

*Etudiants : 25 francs par an.*

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

## ETRANGER

Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.

Tous les autres pays : 75 francs.

**SOMMAIRE**

## ACTUALITÉS

*La maladie des pêcheurs d'éponges nus (maladie de Skevos Zervos), par M. R. LEVENT.*

UNION THÉRAPEUTIQUE. Assemblée générale annuelle.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX

*Thèses soutenues pendant l'année 1934-1935.*

PRATIQUE MÉDICALE

LIVRES NOUVEAUX

NOTES POUR L'INTERNAT

*Diagnostic des dyspnées laryngées.***INFORMATIONS**

FACULTÉS DE MÉDECINE. — PARIS. — *Concours du clinicien.* — M. Moline a été nommé à un emploi de chef de clinique titulaire, sans indemnité, à la chaire de thérapeutique médicale.

GUERRE. — 1° Sont nommés professeurs à l'Ecole d'application du Service de santé militaire, à compter du 20 décembre 1935, les professeurs agrégés du Val-de-Grâce ci-après désignés :

Chaire de neuro-psychiatrie, médecine légale, législation, administration et Service de santé militaire, déontologie : M. le médecin commandant Pomme, de l'Ecole du Service de santé militaire de Lyon.

Chaire de médecine opératoire et de thérapeutique chirurgicale : M. le médecin commandant Delaye, de l'Ecole d'application du Service de santé militaire.

Chaire de chirurgie spéciale : M. le médecin commandant Guillermin, délégué dans les fonctions de professeur à l'Ecole d'application du Service de santé militaire;

2° Est nommé professeur agrégé libre chargé d'enseignement à l'Ecole du Service de santé militaire, à compter du 10 octobre 1935 :

M. le médecin commandant Meersseman, professeur agrégé du Val-de-Grâce, à l'Ecole du Service de santé militaire.

PRIX NOBEL DE MÉDECINE. — Le prix Nobel de médecine (biologie) a été attribué pour 1935 au professeur Hans Spemann, de l'Université de Fribourg-en-Brisgau.

Ancien directeur du Kaiser-Willhelm institut de biologie à Berlin, il est actuellement professeur de zoologie à Fribourg. Ses travaux ont porté surtout sur le mécanisme de l'évolution, l'étude de la constance des formes dans la nature et les greffes cellulaires.

MÉDAILLON DU PROFESSEUR A. CHAUFFARD. — Les collègues, élèves et amis du professeur A. Chauffard, dans le but de perpétuer son souvenir, ont décidé de faire poser un médaillon le représentant dans l'amphithéâtre de l'hôpital Saint-Antoine qu'il illustra de son enseignement magistral.

Une souscription est ouverte dans ce but. Les souscripteurs de 100 fr. recevront une réduction en bronze du médaillon.

Prière d'envoyer les souscriptions par chèque, chèque postal (Paris 599), ou mandat au trésorier, M. Georges Masson, 120, boulevard Saint-Germain, Paris (VI°).

L'ASSOCIATION GÉNÉRALE DES MÉDECINS DE FRANCE, qui groupe 10.000 médecins et qui a distribué l'an dernier plus d'un million de francs à la famille médicale dans la gêne, voudrait faire mieux, elle fait donc appel à tous les médecins qu'elle ne compte pas encore dans ses rangs.

Une collaboration de plus en plus intime avec la Confédération des syndicats médicaux français permet d'espérer que tous les médecins syndiqués non encore membres de l'Association comprendront la nécessité urgente, en ces temps difficiles, d'adhérer simultanément aux deux groupements.

L'A. G. n'est plus uniquement une œuvre de charité, comme elle l'a été depuis 75 ans et comme le croient encore certains : son service de retraites individuelles (maximum 30.000 fr.), ses prêts d'honneur, secours immédiats au décès, bourses aux familles nombreuses, l'allocation de droit — en voie de création et qui pourrait être l'amorce de la retraite

**NATIBAÏNE**

ASSOCIATION DIGITALINE NATIVELLE ET OUABAÏNE ARNAUD

LABORATOIRE NATIVELLE, 27, Rue de la Procession, PARIS (XV°)

demandée par le Corps médical — montrent l'activité et la modernisation de ce grand groupement professionnel.

L'Association générale des médecins de France qui, de par son rôle, voit de très près les déresses médicales, voudrait donc que tout jeune médecin soit soucieux de son avenir et s'inscrive dès le lendemain de sa thèse, il fera ainsi acte de solidarité et aussi de sage prévoyance.

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétariat général, 95, rue du Cherche-Midi, Paris (VI<sup>e</sup>).

**RESPONSABILITÉ.** — Devant le Conseil de préfecture interdépartemental de Nice est actuellement posée une intéressante question concernant la responsabilité des hospices civils.

Pendant son service, une femme de chambre, M<sup>lle</sup> X..., s'enfonça dans la paume de la main gauche une aiguille qui se brisa. Pour retirer le tronçon resté dans les chairs la jeune fille dut aller à l'hôpital Saint-Roch de Nice où un interne de service pratiqua une incision. L'aiguille fut extraite, mais le nerf cubital fut lésé, ce qui eut pour conséquence une paralysie de trois doigts de la main.

En dédommagement de cette incapacité partielle, la victime de cet accident obtint du tribunal civil de Nice une rente de 1.087 fr. 50 que, conformément à la législation sur les accidents du travail, ses maîtres furent condamnés à payer. Le jugement précisait que pour les dommages résultant de l'article 1382 du Code civil dont étaient redevables les hospices civils de Nice, il y avait lieu de s'adresser à la juridiction administrative, seule compétente. C'est pourquoi M<sup>lle</sup> X... a adressé requête devant le conseil de préfecture en demandant aux hospices cent mille francs d'indemnité. A sa requête se sont joints ses maîtres qui demandent, à leur tour, d'être relevés et garantis par les hospices pour le paiement de la rente à laquelle ils ont été condamnés.

L'affaire a été plaidée devant le conseil. L'avocat des hospices civils de Nice déclare que l'interne qui a opéré M<sup>lle</sup> X... l'a fait nonobstant les règlements de l'établissement qui interdisent aux internes non pourvus du diplôme de docteur de pratiquer une opération chirurgicale. Il a donc outrepassé le mandat reçu et il doit seul être tenu pour responsable.

L'affaire a été mise en délibéré.

**AVIS DE CONCOURS.** — Un concours sur épreuves et sur titres est ouvert pour la nomination d'un médecin chef de pavillon au sanatorium Roux, à Arnières, près Evreux.

Les candidats devront justifier d'une pratique antérieure dans un établissement de cure, d'une connaissance approfondie de la phthisiologie et d'une certaine expérience dans la conduite d'un sanatorium.

Outre les avantages ordinaires consentis aux médecins des sanatoriums, le traitement varie de : 2<sup>e</sup> classe, 50.000 à 56.000 fr. ; 1<sup>re</sup> classe, 58.000 à 65.000 fr.

La limite d'âge pour l'inscription des candidats est de 40 ans. Il pourra être tenu compte pour le recul de cette limite d'âge des services rendus dans un sanatorium public ou assimilé.

Adresser les demandes de renseignements et les dossiers à M. le médecin inspecteur des établissements de la Renaissance sanitaire, 23, rue du Renard, Paris (IV<sup>e</sup>). Le registre d'inscription sera clos le 10 novembre.

**Dix jours à Noël sur la Côte d'Azur.** — Le XII<sup>e</sup> Voyage International de Noël sur la Côte d'Azur, organisé par la Société Médicale du Littoral Méditerranéen, aura lieu du 26 décembre au 4 janvier. La concentration se fera à Nice, le jeudi 26 décembre. La journée sera consacrée à la visite de cette grande cité et à une réception officielle. Les jours

suivants, les voyageurs verront l'Observatoire de Nice, le monument d'Auguste à La Turbie, le château médiéval de Roquebrune et parcourront la célèbre Voie Romaine de Nice à Menton. Ils visiteront cette gracieuse et antique station, avec le château de Grimaldi, le Laboratoire du D<sup>r</sup> Voronoff et le Cap-Martin. Ils seront ensuite officiellement reçus dans la Principauté de Monaco, avec son Musée Océanographique unique dans le monde, ses jardins tropicaux et le Palais de ses Princes. Puis ils verront Monte-Carlo et son Casino à la célébrité mondiale, Beaulieu et sa flore tropicale, Villefranche et sa rade, le Mont-Boron avec son inoubliable panorama. Le retour s'effectuera le 29 décembre à Nice et la journée du 30 sera consacrée à une excursion dans les Alpes, avec déjeuner à la Station de Sports d'Hiver de Beuil. Le 31 décembre, on parcourra Cagnes la Cité des peintres, Vence et ses sanatoria, Grasse ville des parfums et centre climatique de la zone intérieure.

Le 1<sup>er</sup> janvier, les voyageurs seront les hôtes de Cannes, où ils assisteront à la Fête traditionnelle des Bains de mer du Nouvel An. Après avoir déjeuné à l'Institut d'Actinologie de Vallauris, ils seront reçus à l'Hôtel de Ville de Cannes, à 17 heures ; puis un dîner de gala leur sera offert à 20 heures au Casino municipal. La journée du 2 janvier sera consacrée à la visite du Cannet, de Juan-les-Pins et de son poste radiophonique, d'Antibes et de son Cap, d'où l'on admirera le panorama des Alpes et de la Côte, d'Hyères à San-Remo. Le 3 janvier, on parcourra les Montagnes de l'Estérel, Fréjus, Saint-Raphaël et l'on reviendra à Cannes par l'admirable route de la Corniche-d'Or, avec les riantes cités d'Agay, du Trayas et de Théoule. La dislocation se fera à Cannes, le 4 janvier.

Ce voyage offre à ses adhérents des vacances agréables et utiles, où les réceptions luxueuses alternent avec les démonstrations scientifiques les plus instructives, dans le cadre magique des plus beaux paysages du monde. Les trente années d'expérience de la Société organisatrice leur assurent une technique, un confort et une économie inégalables. Tous les membres recevront un permis de parcours individuel à demi-tarif, valable durant un mois sur les chemins de fer français et des avantages importants sur les chemins de fer italiens et roumains. Les adhérents qui ne peuvent participer à la totalité du voyage bénéficieront d'une réduction correspondante de la cotisation.

Pour tous autres renseignements, on peut, dès à présent, écrire au Secrétariat de la Société Médicale, 24, rue Verdi, à Nice.

**Voyage aux Indes.** — Le Club Alpin Français se prépare à envoyer, au cours de l'année 1936, une expédition à la conquête de l'une des plus hautes cimes du monde, dans l'Himalaya.

Ce vaste projet comporte une exploration à la fois sportive et scientifique de régions considérées comme les moins accessibles du globe.

Signalons aussi qu'à cette occasion, une visite touristique de l'Inde, celle-là confortable et sans risques, sera spécialement organisée en décembre prochain. L'on peut obtenir à ce sujet tous les renseignements voulus, bibliographie, documentation illustrée, itinéraires des voyages accompagnés et conditions de participation, en s'adressant par lettre ou par fil aux Voyages Pratiques Exprinter, 26, avenue de l'Opéra, Paris (1<sup>er</sup>). Tél. : Opéra 56-41.

**OUATAPLASME**

du D<sup>r</sup> L'ANGLEBERT  
PANSEMENT COMPLET  
Phlegmasie, eczémas, brûlures, etc

**Phosphopinal Juif**

Reconstituant général, est au Phosphore blanc ce que le Cacodylate est à l'Arsenic

Littérature et Echantillons : 10, Impasse Milord, Paris (13<sup>e</sup>)

Insomnies  
Toux nerveuse.

**BROMÉINE MONTAGU**



# Traitement du Parasitisme intestinal par les Pyréthrinés (du *Pyrèthre*)

{ C. R. Acad. Sciences, p. 1847, 1923  
C. R. Acad. Médecine, 24-4 1928  
C. R. Soc. Thérapeutique, 9-5 1928

# CHRYSEMINE

Pyréthrinés Carteret

AUCUNE TOXICITÉ

SANS CONTRE-INDICATION

PERLES

GOUTTES

ASCARIS, OXYURES ET TOUS HELMINTHES OU PROTOZOAIREs = cent cinquante gouttes ou trois perles glutinisées par jour.

TRICHOCEPHALES ET TÆNIAS = trois cents gouttes ou douze perles glutinisées par jour.

Pour les enfants, abaisser ses doses suivant l'âge en commençant par cinquante gouttes.

Echantillons et Littérature : LABORATOIRES CARTERET, 15, rue d'Argenteuil, PARIS.

Hypertensions  
ET TOUS ÉTATS  
SPASMODIQUES  
DE LA MUSCULATURE  
LISSE

BENZOATE DE BENZYLE



# OLETHYLE-BENZYLE

Le seul en **GÉLULES**  
**CAPSULES**  
**MOLLES**

Littérature - Echantillons - Posologie  
LABORATOIRE CENTRAL DE PARIS  
122 Rue du Faubourg Saint-Honoré Paris

**ATONIE INTESTINALE  
POST - OPÉRATOIRE**

# PROSTIGMINE

## "ROCHE"

Une injection de 1<sup>cc</sup> sous-cutanée ou intramusculaire indolore  
déclanche l'évacuation des gaz  
rétablit la paix abdominale

Aucune action secondaire  
aux doses thérapeutiques.

Chaque Ampoule contient 0 Milligr. 5 de l'ester diméthylcarbamique du m-oxyphényl-triméthylammonium-méthyl-sulfate.

Produits F. HOFFMANN - LA ROCHE & C<sup>ie</sup>, 10, Rue Crillon, PARIS (IV<sup>e</sup>).

# AGOCHOLINE

(GRANULÉ SOLUBLE)



**CHOLECYSTITES CHRONIQUES  
CONGESTION DU FOIE**

Lithiase biliaire - Ictère et Cholémie

Dyspepsies réflexes - Constipation  
Migraines, Vertiges, Eczéma, Prurit

d'origine  
hépatobiliaire

**Posologie :** 1 à 3 cuillerées à café le matin à jeun, dans  
un demi verre d'eau chaude.

**LABORATOIRES DU D<sup>r</sup> ZIZINE**  
24, 26, Rue de Fécamp - Paris (XII<sup>e</sup>)



## PRATIQUE MÉDICALE

### LE TRAITEMENT DE LA MALADIE DE BASEDOW (1)

Par le docteur Jean ACHARD (d'Audes).

C'est depuis 1931 que Schurmeyer et Wissmann ont traité un grand nombre de Basedow au moyen de diiodotyrosine à raison de 10 à 20 centigrammes par jour. Leurs résultats, confirmés par ceux de Kommerell, 1931, peuvent se résumer ainsi :

1° Diminution rapide en quelques jours de l'hypermétabolisme, sans exception. Cependant, après cette chute, le métabolisme de base s'accroît de nouveau si la diiodotyrosine continue d'être administrée d'une façon régulière. Mais une nouvelle administration, après cessation temporaire du traitement, provoque une nouvelle diminution du métabolisme de base ;

2° Augmentation considérable du poids corporel ;

3° Amélioration des symptômes objectifs et subjectifs tels que la tachycardie. Ces deux ordres de phénomènes restent indépendants de la remontée du métabolisme de base ;

4° Les basedowiens légers ou de gravité moyenne peuvent rester longtemps améliorés après un seul traitement ;

Il n'y a pas d'accoutumance au médicament. Le traitement par la diiodotyrosine est tout à fait indiqué pour préparer la thyroïdectomie.

L'action pharmacodynamique de cet acide aminé ne repose pas, d'après ces auteurs, sur l'action seule de l'iode.

Depuis cette époque ont paru de nombreux travaux cliniques parmi lesquels on doit citer ceux de Guttman, Sobal, Parhon, Baliff, Del Castillo, Parade, Sainton, Coulon, la thèse de A. Commerma et surtout celle d'Horovitz (Strasbourg, 1934). Cette dernière étude particulièrement documentée est une excellente mise au point de la question.

L'auteur apporte à ce travail sa contribution personnelle ; il publie un cas très grave de Maladie de Basedow traité par la diiodotyrosine (Roche) dont il a constaté la facilité d'absorption et la parfaite tolérance.

## LIVRES NOUVEAUX

L'alimentation du nourrisson malade (2), par M. PEHU et P. BERTOYE.

Deuxième édition, entièrement remaniée, d'une étude déjà ancienne, dont l'objet s'est entièrement renouvelé du fait des travaux de ces dernières années.

Après avoir étudié rapidement la pathogénie des troubles digestifs du nourrisson malade, telle qu'on peut actuellement se la représenter, qu'ils soient l'élément principal ou l'accessoire dans l'affection en cours, les auteurs étudient les divers laits : laits naturels, laits modifiés dont l'importance ne cesse de s'accroître dans l'état social actuel, laits fermentés ; les farines, bouillies et soupes ; les divers régimes sans lait à base de protéines animales ou végétales, de légumes, de fruits ; enfin l'importance des vitamines et de l'eau sous ses diverses formes.

Ils étudient ensuite les applications dans les divers troubles digestifs aigus et chroniques, dans les dystrophies, dans les états allergiques enfin, des divers procédés diététiques.

Ce manuel, conçu dans un esprit essentiellement pratique, condense en quelques chapitres tout ce qui est néces-

saire pour le médecin, ne donnant de la théorie ou de l'histoire que le strict indispensable ; il se termine sur un bref chapitre de renseignements pratiques concernant les valeurs caloriques, la teneur en vitamines, etc., des diverses substances pouvant entrer dans l'alimentation d'un nourrisson, sorte de formulaire abrégé aisé à consulter.

L. BABONNEIX.

Réactions labyrinthiques et équilibre. L'ataxie labyrinthique (1), par G.-G.-J. RADEMAKER, professeur à l'Université de Leyden. Préface du professeur Georges GUILLAIN.

Dans les traités de physiologie, d'otologie et de neurologie, les labyrinthes sont considérés comme des organes de l'équilibre. Selon ces traités, la fonction essentielle des labyrinthes est le maintien et le rétablissement de l'équilibre du corps. Mais vainement on cherche de quelle manière les labyrinthes accomplissent cette tâche, par quelles réactions ils régularisent l'équilibration.

Le professeur Rademaker, de Leyden, dont les travaux sur le noyau rouge, le labyrinthe, la statique du corps sont universellement connus et font autorité, publie dans cet ouvrage des recherches encore inédites sur le problème de l'équilibration, il réalise une synthèse d'expériences personnelles poursuivies durant de longues années sur ce sujet d'une importance primordiale.

L'auteur donne une place prépondérante dans le problème de l'équilibration, aux réactions labyrinthiques des extrémités, puisque c'est par elles, c'est-à-dire par les membres, que l'équilibre est maintenu. Pour aborder le problème de l'équilibration, il considère comme indispensable d'explorer le labyrinthe, non pas avec les épreuves caloriques habituelles qui ne sont pas physiologiques, mais uniquement avec des excitants physiologiques tels que la chute ou la rotation.

Il étudiera donc dans ce livre en plusieurs chapitres trois groupes de réactions labyrinthiques :

1° Les réactions provoquées par des mouvements verticaux rectilignes ;

2° Les réactions provoquées par des mouvements de rotation ;

3° Les réactions déterminées par des changements de position des labyrinthes par rapport à la direction de la force de gravité.

Ces données physiologiques ont des applications à la clinique humaine. L'ensemble des chapitres consacré à « l'Epreuve d'adaptation statique » mérite, par ses caractères pratiques, de retenir tout spécialement l'attention et de prendre place dans la sémiologie neurologique.

Un important et très intéressant chapitre comprend une étude sur l'ataxie labyrinthique et son mécanisme après labyrinthectomie unilatérale.

L. G.

(1) In-8 de 262 pages avec 124 figures. — Prix : 80 fr. — Paris, Masson et C<sup>ie</sup>.

Coquillages et fièvres typhoïdes. Un point d'histoire contemporaine, par le docteur V. M. BELIN. Un volume grand in-8° de 230 pages. — Prix : 15 fr. — Presses Universitaires de France, 49, boulevard Saint-Michel, Paris (5<sup>e</sup>).

Acupuncture et médecine chinoise vérifiées au Japon, par le docteur T. NAKAYAMA, traduction de T. SAKURAZAWA et G. SOULIÉ DE MORANT. Préface de G. SOULIÉ DE MORANT. Grand in-8° de 85 pages, avec 18 illustrations et graphiques. — Collection Hippocrate, en dépôt chez Le François.

(1) Concours méd., Paris, 3 fév. 1935, n° 5

(2) Les Actualités médicales. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

# CONSTIPATION

AUCUNE ACCOUTUMANCE

ACTION RÉGULIÈRE  
ET CONSTANTE

1 à 6 comprimés par jour  
aux repas ou au coucher  
Commencer par deux comprimés



LABORATOIRES LOBICA  
46, AVENUE DES TERNES - PARIS  
25, RUE JASMIN - PARIS (16<sup>e</sup>)

à base de :

- POUDRE DE MUQUEUSE  
INTESTINALE
- EXTRAIT BILIAIRE
- FERMENTS LACTIQUES
- AGAR-AGAR

# TAXOL

POSOMÉTRIE ABSOLUMENT RIGOREUSE

## CALOMEL

## VICARIO

PETITS COMPRIMÉS

Un milligramme, quart et demi-centigramme  
un, deux et cinq centigrammes  
DÉSAGRÉGATION RAPIDE

NÉVRALGIES — GRIPPE — RHUMATISMES

## NOPIRINE

## VICARIO

ASPIRINE RENFORCÉE

Pharmacie VICARIO, 17, boul. Haussmann, PARIS



## ACTUALITÉS

### LA MALADIE DES PÊCHEURS D'ÉPONGES NUS (maladie de Skevos Zervos)

L'attention des cliniciens français vient d'être attirée à nouveau par le même auteur qui, voici trente ans, la décrit pour la première fois, sur une affection qui frappe certaines populations du Dodécanèse se livrant à la pêche des éponges. Cette maladie ne semble pas avoir été observée en d'autres régions du globe où se pratique aussi cette pêche, jusqu'à présent tout au moins. En dehors de son caractère professionnel, et peut-être régional, la « Maladie des pêcheurs d'éponges nus » présente cet autre intérêt d'être une confirmation clinique des travaux de Portier et Richet (1902) sur les venins d'actinie.

C'est en 1903 (1) que le Dr Skevos Zervos, d'Athènes, publia son premier travail sur un sujet qui, depuis cette époque, est demeuré pour lui un sujet d'intérêt quotidien. Dès cette époque aussi, les médecins grecs reconnurent l'intérêt de cette étude, de nombreuses communications au sein des sociétés savantes helléniques en font foi. La nouvelle étude publiée récemment par le Dr Skevos Zervos (2) montre que rien d'essentiel dans son étude première n'a comporté de correction importante.

C'est d'une façon toujours uniforme qu'apparaissent les accidents. Il s'agit presque toujours de pêcheurs adultes ; quelques auteurs ont pourtant observé des cas survenus chez le jeune enfant sans avoir pu préciser les conditions du contagion.

La façon dont s'effectue la récolte des éponges rend aisée à comprendre l'atteinte du sujet : se jetant d'une barque, les pêcheurs plongent entièrement nus, emportant pour lest une lourde pierre amarrée par une longue corde au bord de la barque et par laquelle on peut la hâler pour de nouvelles plongées ; cette corde sert aussi à guider la remontée du pêcheur et à conserver un moyen de communiquer avec lui.

A une profondeur d'une vingtaine de mètres, le pêcheur trouve le fond et déracine à la main les éponges qu'il nettoie grossièrement et dépose dans une grande poche de fort filet qu'il porte attachée à son cou et qui lui pend au-devant du corps, sans interposition aucune. Parvenus à bout de souffle les pêcheurs remontent à la surface, laissent leur butin à bord et plongent à nouveau tant que le jour le permet.

Le soir venant interrompt les plongées et les pêcheurs restant à bord procèdent durant la nuit au nettoyage plus complet et au tri de leur butin.

Les éponges arrachées entraînent avec elles du sable et de menus débris de roche et surtout des actinies, petits Coelentérés de 1/2 à 4 cm. de long, d'une teinte foncée assez analogue à celle de l'éponge. La partie supérieure est pourvue d'une embouchure autour de laquelle s'épanouissent deux rangées de tentacules formant corolle (anémones de mer), de teinte blanche, déliés et très mobiles, organes de défense et appareil

de capture pour les proies dont se nourrit l'actinie. La fine membrane qui les revêt est, en effet, pourvue d'organes urticants sur lesquels nous reviendrons ; l'embouchure de l'animal laisse, d'autre part, sous la moindre influence, échapper une sécrétion blanchâtre venimeuse elle aussi. On comprend donc que toutes les parties du tégument du pêcheur, au contact desquelles se trouvent l'actinie ou ses sécrétions, entrent en réaction. Les lésions s'observent donc aux mains et aux pieds et sur toute la face antérieure du corps : thorax, abdomen, organes génitaux et membres inférieurs. Les autres localisations sont moins fréquentes, aucun point du tégument ne pouvant cependant être exclu à priori. C'est surtout pendant la pêche, un peu moins pendant le nettoyage de l'éponge que se fait le contact dangereux.

Les accidents survenant au cours de la pêche siègent à la face antérieure du corps ; ceux qui naissent des manipulations à bord frappent les mains et les pieds. C'est en général au pédoncule d'implantation de l'éponge, plus rarement dans sa cupule, que se fixe l'actinie.

L'importance des accidents est naturellement en raison de l'intimité du contact dangereux, mais dans tous les cas, et même au cours de la plongée, leur apparition est soudaine, contemporaine du contact et antérieure à toute lésion tégumentaire notable.

Dès le contact avec l'actinie, le pêcheur ressent in situ une démangeaison et une brûlure qui diffusent rapidement au voisinage ; il y a parfois une sensation de piqûre à laquelle s'ajoute vite une cuisson bientôt intolérable.

Très vite se décèle le point d'envenimation : parfois une petite érosion de la taille d'une morsure de sangsue, habituellement une croûte cornée entourée d'une zone rouge et œdémateuse.

Alors apparaissent les signes de diffusion : extension rapide de l'œdème, douleur ; après quelques heures, rougeur de plus en plus foncée tournant à une teinte violacée ou même noirâtre. Signes généraux : frissons, vomissements, céphalée, soif violente, fièvre souvent très élevée. En même temps courbature et endolorissement de tout le corps, tandis que persistent les douleurs locales.

Fièvre, frissons et manifestations générales persistent plusieurs jours et l'on voit dans la région atteinte se former une plaque sphacélique ou même de petits abcès. Ceux-ci s'ouvrent au bout de quelques jours et l'état général s'améliore, mais il persiste pendant des semaines et parfois des mois une lassitude et une asthénie marquées. La cicatrisation des ulcérations sphacéliquiques et des abcès est des plus lentes, des semaines ou même des mois, laissant une cicatrice déprimée, indélébile.

Aussi ces accidents sont-ils extrêmement redoutés des pêcheurs, d'autant plus que la première atteinte ne donne aucune immunité. Ces faits ne sont cependant pas exceptionnels, tout au moins à l'île de Calymnos, autour de laquelle la pêche est particulièrement active.

Leur gravité varie naturellement avec les sujets et le nombre des contacts ; elle est réelle mais la vie ne semble pour ainsi dire jamais en danger. C'est à peine si en cinquante ans on a observé 2 ou 3 décès parmi

(1) Bull. de l'Acad. de méd., 1903 ; Semaine méd., 1903.

(2) Sk. ZERVOS. La Maladie des pêcheurs d'éponges nus (avec Bibliographie), J.-B. Baillière, 1935.

de nombreuses centaines d'envenimés, encore s'agissait-il de sujets tarés : alcooliques certains, parfois obèses et suspects même de diabète. Dans un de ces cas, l'auteur a observé des accidents de gangrène diffuse qui ont entraîné une mort très rapide.

A noter l'influence saisonnière sur la virulence de l'actinie : celle-ci paraît d'une particulière virulence en août et septembre ; les variations saisonnières de la virulence sont d'ailleurs assez fréquentes chez les animaux venimeux.

Les circonstances d'apparition et les symptômes ne laissent guère place à une erreur de diagnostic.

Quant au traitement, la médecine ne dispose actuellement ni au point de vue général, ni même contre les accidents locaux, d'aucun moyen héroïque ni même spécifique.

Les topiques que les pêcheurs emploient et les lavages à l'eau de mer sont sans efficacité. Le mieux semble être l'aspiration du venin au moyen d'une ventouse in situ, en général sans débridement ; le lavage à l'eau ammoniacale et l'application fréquemment renouvelée de compresses humides légèrement antiseptiques, traitement symptomatique des troubles généraux et des abcès.

Aucune protection vestimentaire ne semble entrée en usage.

\*\*

Parmi les nombreux animaux venimeux, les Coelentérés ont depuis longtemps une place bien méritée ; l'éponge est au contraire à peu près le seul des Méta-zoaires marins inférieurs qui semble inoffensif. La fonction venimeuse des Coelentérés a fait l'objet de nombreux travaux tant cliniques qu'expérimentaux.

Si en clinique il est rare de rencontrer les accidents dus aux diverses actinies, animaux sédentaires — accidents pourtant connus — il est beaucoup plus fréquent d'observer ceux qui sont dus aux méduses ; certaines d'entre elles, le Rhizostome et surtout la Physalie ou galère ont été l'objet d'observations précises à l'occasion d'accidents particulièrement graves et dans l'ensemble comparables à ceux des pêcheurs d'éponges de Skevos Zervos. Même douleur locale poignante, durable, avec irradiation, mêmes douleurs généralisées par la suite ; mêmes troubles généraux avec fièvre élevée, se compliquant parfois d'une angoisse et d'une dyspnée particulières.

Les accidents locaux dus aux méduses se bornent pourtant en général à des papules d'urticaire, encore le contact est-il moins intime et moins prolongé qu'avec les actinies de la pêche aux éponges.

Un autre caractère commun à la Physalie et à l'Actinie de Calymnos est la virulence par voie digestive. Les pêcheurs du Dodécanèse emploient l'une, les indigènes des Antilles emploient l'autre pour empoisonner les animaux qu'ils veulent détruire (chiens, rats, etc...) en les incorporant à leurs aliments. Les médecins antillais ont soupçonné certains empoisonnements criminels d'être dus à la même pratique. Il y aurait même transfert de toxicité de la méduse à l'animal qui s'en est nourri, comme le font impunément certains poissons normalement inoffensifs, mais qui deviendraient de ce fait des aliments dangereux.

Chez les actinies, aussi bien que chez les méduses, l'appareil venimeux est constitué par les mêmes cellules dites cnidoblastes ou cnidocytes diversement réparties. Chez l'actinie, les cnidoblastes siègent dans l'épithélium de revêtement des tentacules périoraux. Ils existent aussi sur la plupart des cloisons incomplètes rayonnées qui segmentent la cavité digestive. Les uns et les autres participent aussi bien à l'attaque d'une proie et au moins à sa paralysie jusqu'à digestion qu'à la défense de l'actinie. Tous ces cnidoblastes comportent en effet une spacieuse vacuole pleine du liquide venimeux et urticant et un long filament à pointe acérée et fragile. Celui-ci, dénommé cnidocyte, est au repos pelotonné dans la cellule, mais s'évagine brusquement pour la moindre excitation et va frapper la proie ou l'agresseur, s'insinuant dans son revêtement cutané où il injecte en se brisant le liquide venimeux. Dans le liquide laiteux que l'actinie laisse sourdre par sa bouche sur le tégument du pêcheur on trouve sans doute comme chez les autres actinies une purée de cnidocytes rompus, témoins de l'acheminement du venin vers l'extérieur.

- Dès 1902, Portier et Richet étudiant les venins des Physalies et des Actinies ont précisé le mécanisme de l'envenimation par ces animaux. Bien des points précisés par eux rappellent les faits observés par Skevos Zervos. De son côté cet auteur, frictionnant avec une Actinie l'épiderme rasé d'un chien, a provoqué en quelques minutes rubéfaction et prurit intenses ; les accidents locaux ont ensuite évolué comme chez l'homme ; phlyctènes, abcès cutanés avec gangrène aux points de pénétration du venin.

Portier et Richet, employant une macération dans l'eau glycinée de tentacules d'Actinie, ont obtenu chez l'animal des effets comparables à ceux des extraits aqueux de filaments de méduse (hypnotoxine) et portant surtout sur le système nerveux central.

Un extrait alcoolique au contraire (actinotoxine) donne chez le chien des effets tout différents et dans une certaine mesure proportionnés à la dose administrée : à dose légère, prurit intense et éternuements, congestion violente avec hypersécrétion nasale ; à dose moyenne, vomissements, douleurs abdominales, diarrhée sanguinolente, ténésme rectal ; à dose plus forte, douleurs abdominales plus intenses, prostration, insensibilité ; à dose toxique, mort par arrêt du cœur d'abord, de la respiration ensuite. A l'autopsie, congestion violente du péritoine et des viscères, en particulier du tractus gastro-intestinal.

Les auteurs ont pu décomposer cette actinotoxine en deux composants d'effets différents :

L'un, actinocongestine, a des effets électifs sur le tube digestif : vomissements, diarrhée, congestion intense de tout le tractus ; à dose suffisante, la mort survient dans l'insensibilité totale avec paralysie progressive au milieu de vomissements et de diarrhée sanglants avec douleurs abdominales et ténésme rectal violents.

L'autre substance, par eux dénommée thalassine, est pruritogène et urticante sans effets intestinaux ; elle est dans une certaine mesure antagoniste de la précédente, mais cette action empêchante n'est ni intense ni durable. La première intoxication ne protège nullement contre les intoxications ultérieures puisque c'est en étudiant les troubles dus à la congestine que Por-



tier et Richet ont découvert l'anaphylaxie. Toutes deux semblent dans leurs effets notablement influencées par la susceptibilité très variable d'un sujet à l'autre.

Il ne semble pas qu'en clinique aucun cas d'anaphylaxie dû à l'actinie ait été signalé bien que Skevos Zervos mentionne la multiplicité des accidents qui atteignent les pêcheurs d'éponges au cours de leur existence. Les nuances discordantes entre le tableau clinique et les réalisations expérimentales doivent sans doute être attribuées aux conditions d'action du poison naturel et à sa composition précise que les procédés d'extraction ne sont pas sans doute sans modifier.

Il n'en demeure pas moins que la maladie de Skevos Zervos, tant par ses accidents locaux que par les troubles généraux qui s'y associent, est un complexe où se juxtaposent divers traits des désordres réalisés par Portier et Richet au moyen de leurs produits isolés. L'expérience clinique du médecin hellène vient donc corroborer de la plus intéressante façon les conclusions expérimentales des savants français.

R. LEVENT.

## UNION THÉRAPEUTIQUE

Paris, 9 octobre 1935 (1).

La première séance de l'Union thérapeutique, fondée il y a deux ans à l'occasion du premier Congrès international thérapeutique et due à l'heureuse initiative du professeur Lœper, s'est tenue le 9 octobre 1935, à la Faculté de médecine de Paris en même temps que la séance plénière de la Société de Thérapeutique.

La séance du matin eut lieu dans le beau cadre de la salle du Conseil sous la présidence de M. le doyen Roussy et en présence d'un représentant du ministre de la Santé publique. Cette séance, comme celle de l'après-midi, furent de véritables séances de travail où l'exposé des rapports dont nous donnons ci-joint un bref aperçu suscita, sous l'active impulsion du président, le professeur Lœper, de fort intéressantes discussions.

Ces réunions furent assidûment suivies, non seulement par de nombreux médecins et pharmacologues parisiens, mais encore par plusieurs de nos plus éminents confrères de la province et de l'étranger.

Dans la soirée, un banquet réunit les congressistes à la Maison de la Chimie.

Le prochain Congrès international de thérapeutique, organisé par l'Union thérapeutique, aura lieu à Berne en septembre 1936, sous la présidence du professeur Burgi.

**Les sels de quinine en thérapeutique cardiaque.** — M. C. PEZZI, après un court aperçu historique sur la question, prend, tout d'abord, en considération la quinine, car elle est, de tous les alcaloïdes du quinquina, le plus important en thérapeutique cardiaque. Cette drogue, en effet, est le seul médicament capable de faire disparaître une arythmie complète par fibrillation auriculaire en rétablissant le rythme normal. L'auteur examine les cas qu'il faut traiter par cette médication et les cas où il faut savoir s'abstenir. Il indique aussi, brièvement, les modalités du traitement et il envisage, enfin, le mode d'action de la quinidine sur la fibrillation auriculaire.

La quinine, par contre, est préférable à la quinidine dans le traitement de l'extrasystolie et de la tachycardie paroxysmique. Si dans le premier trouble du rythme, cette drogue

doit être administrée par voie orale, dans le second, aussi bien la quinine que la quinidine ne donnent aucun résultat par cette voie. Il faut s'adresser à la voie intraveineuse ; toutefois, il ne faut y recourir que quand toutes les autres méthodes employées pour couper l'accès ont échoué. Et même, dans ces conditions, il faut être prudent et s'adresser à la quinine, suivant la méthode préconisée par Clerc et l'auteur, et jamais à la quinidine.

Enfin, la quinine trouve son indication dans les états névrosiques du cœur où rentrent une foule de sujets, pour la plupart des nerveux, sans lésions organiques, mais dont le système nerveux végétatif, dérégulé dans un de ses deux composants, altère surtout le rythme cardiaque. Ce sont ces sujets que les cardiologues appellent différemment : instables, cardiaques, palpitants, cœurs irritables, cœurs de guerre, hyperkynétiques du cœur. Le professeur Clerc et l'auteur ont montré l'action sédative de la quinine sur le vague en paralysant son centre bulbaire et son action modératrice sur l'excitabilité du sympathique, d'où son indication dans les états névrosiques du cœur.

**Nos connaissances actuelles sur l'hormone mâle.** — M. GUY LAROCHE, professeur agrégé à la Faculté de médecine, montre combien nos connaissances sur l'hormone mâle sont en retard sur la folliculine.

L'étude des tests physiologiques devait précéder l'étude des sécrétions internes des testicules. Ce sont le test de la croissance de la crête du chapon, les tests des modifications cytologiques de la prostate et vésicules séminales, le test de la mobilité des spermatozoïdes, le test de l'éjaculation électrique du cobaye, les tests de la glande de Cooper et du *vas deferens*, le test de la parure de noces de la bouvière castrée.

Ces tests ont une inégale valeur. Le test de la crête du chapon est considéré comme le plus régulier et spécifique.

Les premières tentatives d'extraction de substances actives furent faites sur le testicule de taureau par Mac Gee, Laqueur, Frattini et Marino. Ces essais furent abandonnés lorsque Butenandt, en 1931, eut isolé de l'urine l'androstérone qui fut considérée comme la véritable hormone mâle. La formule est  $C^{19}H^{30}O^2$  correspondant à une oxycétone tétracyclique. Son activité est de 150 à 200 y pour une unité-coq. Ultérieurement, Butenandt isola des urines une autre hormone qui existe en quantité à peu près égale à l'androstérone, mais d'activité plus faible, la déhydro-androstérone ( $C^{19}H^{28}O^2$ ). La synthèse de ces hormones fut réalisée par Ruzicka à partir du cholestérol dès 1934.

Tel était l'état de la question en 1935. Le problème a été bouleversé par la découverte de Laqueur d'une nouvelle hormone, retirée cette fois du testicule : la testostérone, 7 à 10 fois plus active que l'androstérone. Sa synthèse vient d'être faite par Butenandt et Ruzicka à partir du cholestérol. Sa formule est analogue à celle de l'androstérone, mais elle n'est pas saturée et la place des groupements O et « OH » est différente.

Il est peu probable d'ailleurs que nous connaissions maintenant toutes les substances actives du testicule.

Un fait très intéressant qui ressort des recherches récentes sur les hormones génitales est leur ambo-sexualité. Ni l'androstérone, ni la folliculine ne sont particulières au mâle et à la femelle.

L'élimination de folliculine dans l'urine du mâle, en particulier chez l'étalon, est considérable.

L'androstérone n'agit que sur certains caractères sexuels et sur les organes accessoires de la reproduction et non sur les cellules spermatiques. Mais on ignore encore ce que donnera la testostérone. Selon les espèces, la sécrétion hormonale est continue ou intermittente ; elle est réglée par l'hypophyse.

Le rapporteur discute ensuite la loi du tout ou rien de Pézard qui ne paraît pas avoir le caractère absolu que d'au-

(1) Association de la Presse médicale française.

cuns ont voulu lui donner, et la loi des seuils différentiels et des terrains récepteurs.

Enfin, à côté de l'action excitatrice du testicule existe une action chalone à l'égard de certains caractères sexuels, bien mise en lumière par M. Champy.

L'auteur termine son rapport en évoquant les espoirs que l'on a toujours eus dans les effets thérapeutiques des hormones mâles, mais il déclare qu'il faudra beaucoup de prudence pour en juger. La difficulté de l'étude clinique des hormones génitales chez l'homme restera toujours extrême en raison de l'importance des facteurs psychiques. Aussi sera-t-il nécessaire d'utiliser des tests aussi objectifs que possible.

M. ZUNZ souligne que l'action des corps cristallisés isolés comme hormones est peut-être très différente de ce qui s'observe dans la nature.

**La chirurgie du splanchnique dans l'hypertension artérielle.** — M. René FONTAINE, après avoir rappelé l'anatomie et la physiologie du splanchnique, aborde l'étude expérimentale de la splanchnicotomie dans l'hypertension artérielle, et montre que si cette opération entraîne une diminution certaine de la tension artérielle, la durée et l'importance de cette chute de pression mériteraient d'être davantage précisées.

Pratiquement, chez l'homme, la splanchnicotomie a déjà donné des résultats intéressants. Mais des observations plus nombreuses et plus longtemps suivies sont nécessaires pour juger de sa valeur définitive, et pour décider laquelle des interventions jusqu'ici essayées : surrénalectomie unilatérale, surrénalectomie bilatérale subtotalaire (de Courcy), rhizotomie ventrale à la manière d'Adson, ou splanchnicotomie de Pende, doit être considérée comme la plus efficace dans l'hypertension chronique permanente.

M. PEZZI souligne la difficulté qu'il y a à interpréter les résultats de ces interventions du fait des guérisons spontanées.

M. TOURNADE montre que la section des splanchniques n'agit que sur un seul des mécanismes de l'hypertension artérielle et non sur le mécanisme entier ; elle est souvent, de ce fait, rapidement compensée.

**Les composés antimoniaux utilisés dans le traitement des affections parasitaires.** — M. Jean LA BARRE expose qu'au cours de ces dernières années, la chimie synthétique a mis à la disposition de la thérapeutique une série de composés antimoniés nouveaux dont l'application au traitement des maladies parasitaires a rendu d'importants services. Les dérivés inorganiques, tels que l'émétique, furent appliqués dès 1908 dans le traitement des trypanosomiasés par Nicolle, ainsi que par Broden et Rodhain. Cette même thérapeutique fut utilisée avec succès aux Indes par Napier qui signalait de très nombreux cas de guérison dans le kala-azar et la bilharziose.

Parmi les composés de l'arsenic pentavalent, il y a lieu de retenir l'action favorable du stibényle et du stibosan dans les trypanosomiasés et les leishmaniosés. D'autre part, en combinant l'antimoine trivalent avec deux molécules de pyrocatechol, on isolait l'antimosan et la fouadine très recommandés dans le traitement de certains cas de bilharziose humaine.

Enfin, l'emploi des dérivés antimoniaux de l'oxyquinoline dans les cas de maladie du sommeil, sous forme de tristibine, a donné à Van Hoof des résultats intéressants chez des sujets rebelles au traitement arsenical, et chez lesquels l'émétique était inefficace ou mal toléré. Ces mêmes agents doivent, d'après Barneoud, occuper une place de choix parmi les médicaments capables d'assurer la guérison de la bilharziose vésicale.

M. LORMAND montre que les produits antimoniaux à base urérique, comme l'uréastibamine, sont peu nettement définis et qu'il ne faut pas fonder sur eux de trop grands espoirs.

M. ZUNZ souligne l'instabilité de ces composés.

M. LAUNOY souligne l'intérêt de la synergie antimoine-arsenic.

M. BONNIN croit à l'activité de l'uréastibamine ; il montre l'intérêt des thiomalates. La médication stibiée s'étend actuellement à des affections de plus en plus nombreuses.

**Les spasmes viscéraux et l'équilibre physico-chimique et hormonal des humeurs.** — Le professeur Nicolas PENDE (Gênes) montre que le problème des spasmes viscéraux est du domaine de la pathologie neuro-humorale ; il s'agit d'une « intrication intime nerveuse électrolytique-colloïdale-hormonale » qui constitue le terrain adéquat. Ce terrain peut être préparé par l'existence d'une « diathèse » spasmophile constitutionnelle, qui montre en particulier une grande excitabilité du pneumogastrique, avec état alcalosique du sang et des urines.

En fait, la théorie d'Eppinger et Hess demeure, avec cette restriction, que le parasympathique ne peut pas décider de ses effets sans le concours de la régulation chimique locale des viscères mêmes. Or cette régulation est complexe ; elle comprend, non seulement les hormones et les ions, mais encore certains métabolites circulant dans le sang et qui sont libérés au niveau des tissus de l'organe qui fonctionne.

Les états hypertoniques des fibres lisses sont en rapport avec le quotient de Loeb, modifié par Rona, Takahasi et Gyorgy :

$$\frac{K + \text{Phosphates} + \text{CO}_3\text{H}}{\text{Ca} + \text{Mg} + \text{H}}$$

Autrement dit, l'excitabilité neuro-musculaire augmente si dans les humeurs augmentent les phosphates, les carbonates et le potassium, avec modification alcalosique, ou si diminuent le calcium, le magnésium et les acides.

C'est surtout au calcium qu'est dévolue la note prédominante quand celui-ci diminue.

D'autre part, les phosphates, le potassium, l'alcalose sanguine augmentent la tendance aux spasmes musculaires.

En ce qui concerne les hormones et les métabolites du sang, les sympathomimétiques, ainsi que l'adrénaline et la parathormone, la thyroxine et le cholestérol empêchent le spasme en diminuant la phosphatémie et favorisent l'acidose.

Les parasympathomimétiques, comme l'acétylcholine, déterminent des contractures toniques en favorisant la libération du potassium ionique.

Parmi les hormones : la rate, les glandes lymphatiques et le thymus favorisent les spasmes viscéraux en élevant la phosphatémie, et en déterminant une orientation alcalosique. De même, l'adrénaline, la parathormone abaissent la phosphatémie et élèvent la calcémie et déterminent une acidose agissant sur l'orthosympathique.

En résumé : l'hyperalcalose, l'hypocalcémie, l'hyperpotassiémie, l'hyperphosphatémie, la prédominance parasympathique, la prédominance des hormones parasympathicotoniques (acétylcholine, insuline, l'hormone thymique et de la rate, la pituitrine) ou l'insuffisance d'hormones sympathicotoniques (adrénaline, parathyroïde) entraînent les spasmes viscéraux.

La thérapeutique générale de tous les syndromes spasmiques viscéraux sera donc celle qui est capable d'élever le calcium tonique du sang, de diminuer les phosphates alcalins du sang et l'alcalose, surtout s'il est possible de mettre en évidence chez les sujets une diminution du pH et une augmentation de la réserve alcaline. Le professeur Pende donne les bases d'une alimentation pauvre en po-



tassium (avoine, lait, viandes, poissons, œufs, graisses, fromages, etc.), riche en calcium.

Comme médication : l'HCl, l'acide phosphorique officiel, le chlorure d'ammonium, le chlorure de magnésium, le chlorure de calcium.

Parmi les hormones : l'adrénaline et l'extrait parathyroïdien.

Quant à la correction de la dystonie neuro-végétative, « être prudent » avec les remèdes à action sur le système nerveux végétatif : atropine, belladone, surtout associée à la papavérine. Dans les cas à dominante vaso-constrictive artérielle : papavérine et acétylcholine vagotrope.

**Sur les substances spasmogènes et spasmolytiques.** — M. E. BURGI (de Berne) donne un rapport sur ces substances. Il les classe en substances agissant sur le système nerveux, et en d'autres excitant directement les fibres musculaires. Les substances dénommées parasympathicomimétiques, comme la *pilocarpine*, l'*arécoline*, l'*ésérine* et ses dérivés, et le groupe de la *choline*, peuvent par l'intermédiaire du système parasympathique provoquer des spasmes dans les muscles lisses de l'estomac, de l'intestin, de l'utérus et des bronches, tandis que les dérivés de la *choline* dilatent généralement les vaisseaux sanguins, pour lesquels ils sont donc spasmolytiques. C'est surtout l'*acétylcholine* et quelques-uns de ses dérivés, qu'on emploie pour combattre l'atonie des intestins et les angiospasmés. Les sympathicomimétiques ont des effets analogues à ceux des parasympathicomimétiques, et sont surtout représentés par l'*ergot de seigle* et ses dérivés, dont on se sert souvent en accouchement et en gynécologie contre l'atonie et les hémorragies de l'utérus. Burgi mentionne encore le *plomb*, poison dont l'action spasmogène pour les intestins est très compliquée, et le *chlorure de baryum*, qui excite directement les fibres musculaires, et dont on ne se sert que dans des recherches expérimentales.

Ce sont, avant tout, les substances *sympathicomimétiques* et *parasympathicomimétiques*, qu'on emploie pour faire disparaître des spasmes. Le premier groupe est représenté par l'*adrénaline* et ses dérivés, ainsi que par des substances voisines comme l'*éphédrine*, l'*éphétonine* et le *sympathol*. Ces substances augmentent le tonus du système nerveux sympathique, elles diminuent les spasmes de l'intestin et des bronches, mais augmentent les mouvements de l'utérus, et contractent généralement les artères, action qui renforce la pression sanguine. Les artères coronaires sont, au contraire, dilatées par ces substances. On peut donc s'en servir aussi bien pour supprimer les spasmes des intestins, des bronches et des vaisseaux artériels du cœur (angine de poitrine) que pour augmenter la pression artérielle.

Parmi les autres substances spasmolytiques, l'*atropine*, inhibiteur du système parasympathique, et la *papavérine*, paralysant directement les muscles lisses, sont les plus appréciées dans la pratique médicale.

L'auteur mentionne un grand nombre de dérivés modernes de l'*atropine*, comme l'*eumydrine*, la *perparine*, le *syntropan* et d'autres, et des substances voisines de la *papavérine* comme la *narcotine*, l'*akinétone* et l'*octavérine*. La *morphine* est spasmogène pour l'estomac, mais elle paralyse les mouvements péristaltiques. On peut encore employer les vrais *narcotiques* tels que le chloral, le véronal et d'autres comme substances spasmolytiques, parce qu'ils paralysent non seulement le cerveau mais aussi les nerfs périphériques et les muscles.

Pour faire disparaître des spasmes, on se sert encore et avec beaucoup de succès des associations de médicaments appartenant aux différents groupes des substances spasmolytiques.

**Traitement médical des spasmes viscéraux.** — M. Jacques DECOURT démontre que le traitement des spasmes viscé-

raux peut s'exercer directement sur l'appareil terminal viscéro-moteur, véritable centre de l'activité automatique des organes, ou indirectement par l'intermédiaire du système nerveux.

Les médications utilisables sont de trois ordres. Les unes empruntent les éléments physiologiquement actifs : calcium, magnésium, ions acides, hormones. Les autres recourent à des substances étrangères, représentées par toute la gamme des alcaloïdes antispasmodiques que l'auteur passe en revue en s'efforçant de les classer d'après leur action pharmacodynamique. Les autres enfin agissent par voie réflexe ou par l'intermédiaire des centres psychiques.

En clinique, l'emploi de ces différents moyens thérapeutiques découle de l'analyse approfondie de chaque cas particulier. Schématiquement, le déclenchement d'un spasme viscéral peut se concevoir de la façon suivante : une irritation locale, portant sur le viscère lui-même, excite à son niveau les terminaisons sensitives, et, par un arc réflexe plus ou moins long, provoque en retour une excitation motrice génératrice du spasme viscéral. Mais dans ce cycle pathologique, la part n'est pas toujours égale entre l'excitation sensitive et la réponse motrice spasmodique.

Tantôt la lésion organique initiale justifie, en quelque sorte, l'intensité du spasme viscéral. Ici le traitement antispasmodique n'est qu'épisodique et, le paroxysme passé, doit faire place au traitement étiologique.

Tantôt, au contraire, la réaction spasmodique apparaît hors de proportion avec la lésion organique initiale et implique une réactivité anormale du système nerveux, à laquelle doit s'adresser principalement le traitement : ainsi dans l'asthme, dans les colites spasmodiques, etc...

Nombre de spasmes viscéraux évoluent sur un terrain spécial, constituant une véritable « diathèse spasmodique » dont l'auteur s'efforce de préciser les bases physio-pathologiques pour en déduire les traitements appropriés.

Il montre ainsi successivement le rôle de la sensibilisation anaphylactique et de la diathèse colloïdoclasique, de la carence calcique, de l'alcalose, des troubles endocriniens, des facteurs psychiques, des réflexes conditionnés, et enfin des épines irritatives locales drainant vers tel ou tel appareil les manifestations spasmodiques. Chacun de ces facteurs comporte des indications thérapeutiques particulières.

**L'électrothérapie des spasmes et des algies viscérales.** — M. DELHERM (de Paris) signale que les principales modalités utilisées sont : le *courant voltaïque*, dont l'action antalgique et antispasmodique est bien connue depuis Remak ; le *courant faradique*, la *d'Arsonvalisation* de tension sous formes d'effluves ; celle de quantité : diathermie, ondes courtes, ces dernières se propagent surtout par les viscères. Toutes les deux doivent être utilisées avec une intensité calorique modérée, contrairement à l'opinion courante, parce que si les courants de d'Arsonval diminuent l'excitabilité neuro-musculaire, la chaleur l'augmente. Les infrarouges, les ultra-violets ont aussi leur rôle à jouer : ces derniers sur l'état général. La *radiothérapie* comporte des indications fréquentes, mais il faut bannir la radiothérapie destructive pour se cantonner dans la radiothérapie fonctionnelle qui, appliquée à doses modérées, agit sur le vasympathique.

Dans l'angine de poitrine, on effectue les séances de radiothérapie sur la région précordio-aortico étoilée et sur la zone postérieure correspondante. Nemours, sur 54 cas, a eu 33 reprises de travail, après disparition totale des crises ; avec Beau, nous avons un pourcentage assez comparable. La diathermie ou les ondes courtes ont donné à Meyer de bons résultats (34 cas : 14 améliorations importantes immédiates, 12 améliorations retardées, 8 échecs) dans le spasme d'effort. Ces résultats sont mauvais quand il existe des défaillances ventriculaires.

Dans l'asthme, la radiothérapie du thorax a donné à diverses observations sur 109 cas, 27 p. 100 de guérisons, 18 p. 100 d'améliorations, 24 p. 100 d'échecs. La radiothérapie splénique et la mixte donnent encore : 35 p. 100 de guérisons, 44 p. 100 de grosses améliorations ; la statistique porte sur 355 cas. Delherm, Giroux, Kistinos ont irradié avec succès le pancréas. La téléroentgenthérapie a donné de bons résultats dans quelques essais faits par Delherm et Stuhl. Les ultra-violets en applications générales sont souvent merveilleux dans l'asthme infantile.

Les douleurs gastriques sont très améliorées dans 35 p. 100 des cas par la radiothérapie (Oury) avec des doses élevées, surtout dans les algies hyperacides, l'ulcus médical, les séquelles douloureuses des gastro-entérostomies ; le courant voltaïque calme également les algies du plexus solaire. La galvano-faradisation agit sur le spasme accompagné de douleurs dans la constipation. Il en est de même de la diathermie. Le lavement électrique lève le spasme de la colique de plomb ; la haute fréquence, sous forme d'effluves, type Oudin, guérit par un traitement ambulatoire 80 p. 100 des fissures anales. Les périviscérités douloureuses sont presque toujours guéries dans les cas non opérés, dans 30 p. 100 des cas post-opératoires (Delherm, Morel, Savignac). Dans la cholécystite subaiguë, la cure de Vichy est mieux tolérée grâce à la diathermie (Rouzaud, Aimé) et des séries intercalaires entre les cures agissent d'une manière très favorable.

En gynécologie, le vaginisme cède souvent très bien à la faradisation des tensions, aux ondes courtes ; la dysménorrhée à la galvanisation négative et même aux ondes courtes intravaginales (Delherm, Fainsilber). Les algies d'origine annexielle inflammatoires sont justiciables de l'actinothérapie, de la radiothérapie (tuberculose) ou des ondes courtes.

## FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX

### THÈSES SOUTENUES PENDANT L'ANNÉE 1934-1935 (1)

DOCTORAT D'ÉTAT. — 39. ABADIE. — Etiologie et pathogénie du pemphigus chronique vrai.

52. ALÉONARD. — Etude statistique sur les gros enfants.

57. AMPHOUX. — Contribution à l'étude de l'apnée volontaire.

27. AUBERT. — Les altérations chorio-rétiniennes périphériques dans la myopie forte.

66. BAGARRY. — Récidive de la lithiase rénale après opérations conservatrices.

62. BARNAY. — La tuberculose à Casablanca.

41. BARON. — Contribution à l'étude des phénols urinaires.

97. BARRAU. — Le traitement de la douleur dans le cancer inopérable.

72. BARREAU. — Contribution à l'étude des cancers de la prostate.

42. BARROUX. — Contribution à l'étude de l'hémiatrophie linguale.

134. BAUDET. — Contribution à l'étude de la dégénérescence calcaire des fibromyomes de l'utérus.

1. BEAUMONT. — La strychnine dans le barbiturisme aigu.

127. BEAUVIEUX. — Traitement de la tuberculose oculaire par l'antigène méthylique.

48. BEC. — Les formes hémorragiques de la fièvre typhoïde.

106. BERGUES. — L'insuffisance respiratoire nasale et sa prophylaxie scolaire.

92. BERTRAND. — Les traitements des paralysies diphtériques et la méthode phylactique.

167. BÉTÉGAN. — Contribution à l'étude de la météoropathologie.

55. BIRIER. — Le décollement épiphysaire du calcanéum.

16. BOURGAIN. — Le chien réservoir de virus.

26. BOURLAND. — Contribution à l'étude des hydronéphroses par vaisseaux anormaux du rein.

54. BOUTHILLIER. — Contribution à l'étude de la prophylaxie des complications pulmonaires en chirurgie gastrique.

33. BRUN. — Un village préventorium alpin.

65. BRUYANT. — Contribution à l'étude de la syphilis tertiaire du col de l'utérus.

24. CABIBEL. — Contribution à l'étude des cysto-épithéliomes de l'ovaire.

156. CAER. — De la précocité de l'intervention dans l'avortement infecté.

18. CAILLET. — Le rire et le pleurer spasmodiques.

105. CAMBORDE. — Le diagnostic des appendicites pelviennes chez la femme.

91. CARO. — Epanchements pleuraux des typhiques et paratyphiques.

73. CARRÈRE. — Les maladies professionnelles des cimentiers dans le département de la Gironde ; enquête personnelle.

145. CARTRON. — Le traitement des brûlures par l'acide tannique.

99. CASTELLA. — La fièvre chez les cancéreux ; les cancers fébriles.

40. CASTERA. — Des syphilis tertiaires cutanéomuqueuses méconnues.

115. CATOR. — Pneumopéricarde et pyopneumopéricarde.

58. CAZENAVE. — L'organotropisme des germes et des médicaments.

117. CESSAC. — Grossesse et cancer du rectum.

161. CHARBONNIER. — Le ramollissement des cals des os longs.

101. CHIRLE. — Contribution à l'étude des indications opératoires dans la maladie de Basedow.

155. CLAUZEL. — Les colites amibiennes.

59. CLÉMENT. — Regard sur la satire médicale au XVIII<sup>e</sup> siècle.

119. COMAT. — Le bouton d'Orient. Son réservoir de virus.

3. CORCELLE. — Contribution à l'étude de l'ophtalmie sympathique.

153. CORNETTE DE SAINT-CYR. — Les péritonites à pneumocoques à évolution subaiguë et chronique.

81. COURDURIER. — La culture de l'« entamoeba histolytica ».

108. COUTURIER. — Etude critique des divers traitements des angiomes des paupières.

60. COUZI. — Etude de deux cas de méningococcémie à forme pseudo-palustre (méningococoques C).

31. COY. — Contribution à l'étude de la pathologie et du traitement de l'hémorragie rétroplacentaire.

168. CRESTÉ. — De l'intoxication par la digitale et la digitaline.

85. CROS. — Contribution à l'étude de la numération des plaquettes sanguines en clinique.

98. DARÉ. — Contribution à l'étude du traitement de la syringomyélie par la radiothérapie.

147. DELMAS-MARSALET. — Contribution à l'étude de la trophicité dans les varices.

170. DEZEST. — Contribution à l'étude de la structure et de l'histophysiologie des voies aérophores intrapulmonaires.

(1) Voir Gaz. des hôp., 1935. — Thèses de Montpellier, n° 82, p. 1386 ; Thèses de Marseille, n° 84, p. 1417 ; Thèses de Toulouse, n° 86, p. 1451.



# ARMANITE

*Manganite d'Argent*

**BACTÉRICIDE**

**NON TOXIQUE**

**KERATOPLASTIQUE**

Suspension aqueuse (1% et 0,5%)

Pommade — Poudre

Ovules (gynécologie et urologie)

(ulcères, brûlures, infections cutanées)

**LABORATOIRES DE L'ARMANITE : 1 & 3, VILLA SAINT-MANDÉ - PARIS (12<sup>e</sup>)** Téléphone : Diderot 00-53

**TRAITEMENT  
DE L'ALCALOSE**

**GÉNACIDE**

LABORATOIRE

MONTAGU

49, B<sup>d</sup> de PORT-ROYAL

PARIS

**LABORATOIRES CARTERET**

**LIQUIDE  
et  
COMPRIMES**

**ANTISEPTIQUE GÉNÉRAL**

*Sans odeur et non toxique*

**LUSOFORME**

*Formol saponiné*

**DÉSINFECTANT -- DÉSODORISANT**

S'EMPLOIE EN SOLUTION AQUEUSE à 1/4 ou 1/2 p. 100 en GYNECOLOGIE, OBSTÉTRIQUE, CHIRURGIE

**Échantillon et Littérature : 15, rue d'Argenteuil, PARIS**

132. DOULIOUS. — Contribution à l'étude du traitement des hémorroïdes par les injections sclérosantes.
51. DOUMAX. — Les phlébites de la grossesse.
93. DUBROCA (P.). — Les ruptures de pyosalpinx en péritoine libre.
166. DUBROCA. — Les chancres mous extra-génitaux.
135. DUC. — La prophylaxie de la tuberculose chez les étudiants d'Indochine en France.
80. DUCELIER. — A propos de l'épidémie d'infections typhoïdes ayant sévi à Bordeaux à la fin de l'année 1933.
144. DUPIN. — Le diagnostic positif et différentiel des tumeurs cérébrales chez l'enfant.
138. DUPUY. — L'infection puerpérale colibacillaire.
49. DURAND. — Contribution à l'étude clinique des adamantinomes.
126. ELLIE. — Contribution à l'étude des néphrites des pneumococciques.
25. EPERGUE. — Les hernies de l'appendice.
118. ESBELIN. — Des troubles consécutifs à la gastro-entérostomie.
34. EZEL. — Les réactions méningées et les méningites au cours des paratyphoïdes A et B.
29. FEILLARD. — Les perforations en péritoine libre des ulcères peptiques.
173. FELLONNEAU. — Traitement des kystes essentiels des os.
71. FORCÈS. — Contribution à l'étude du chalazion.
122. FOUASSIER. — Contusions rénales et pyélographie intraveineuse.
90. FOUGERAT. — Etude clinique et pathogénique de la mort subite dans la fièvre typhoïde.
165. GALLAIS. — Contribution à l'étude de l'aniridie congénitale totale et partielle.
46. GENIAUX. — Traitement chirurgical des arthrites et ostéo-arthrites suppurées du poignet.
70. GILLOT. — Plaquettes sanguines et « phlegmatia alba dolens ».
140. GIRAUD. — Contribution à l'étude de la môle hydatiforme.
125. GODARD. — Contribution à l'étude des méningites lymphocytiques bénignes à étiologie indéterminée.
121. GRONDEAU. — Contribution à l'étude expérimentale de l'essoufflement.
111. GUIBERT. — Les perforations de la vésicule biliaire en péritoine libre.
159. GUICHARD. — Valeurs comparées des différents éléments de la capacité vitale.
53. HÉCAEN. — Manie et inspiration musicale. Le cas Hugo-Wolf.
13. HERVÉ. — Les épидидymites à staphylocoques.
102. HERVO. — Pronostic et traitement des plaies de la sclérotique.
158. HIRIBERRY. — Variations physiologiques de la température humaine.
2. HOANG TICH MINH. — L'amibiase cutanée. Etude histologique. Essai pathologique et thérapeutique.
87. HODOYER. — Contribution à l'étude des péritonites aiguës primitives chez l'enfant.
148. HOSTIER. — Contribution à l'étude de la tension artérielle des cancéreux.
23. JÉZÉQUEL. — La pinguécule.
30. JOURDAN. — Contribution à l'étude des indications de l'hystérectomie dans les affections puerpérales.
36. JOUVE. — Les données actuelles du problème hérédité-contagion.
86. JULLIEN-VIÉROZ. — La transfusion du sang conservé chez l'homme.
83. KERVAN. — Les opérations de dérivation par implantation des uretères dans l'intestin dans le traitement des fistules vésico-vaginales et urétero-vaginales.
143. LABARTHE. — La doctrine uniciste des maladies familiales spino-cérébelleuses.
79. LACOMBE. — Contribution à l'étude étiologique de l'hémiplégie infantile.
4. LACOSTE. — Contribution à l'étude du traitement Curie et roentgénéthérapique du cancer du col utérin.
63. LACRAMPE. — Contribution à l'étude des lésions de l'uretère pelvien au cours des interventions gynécologiques.
160. LACROIX. — Statistiques de la clinique gynécologique.
19. DE LAJUDIE. — Les lésions du col restant après hystérectomie subtotale.
131. LANGE. — Du traitement radiumthérapique dans les tumeurs de la vessie.
14. LANGLOIS. — La pathogénie des parotidites post-opératoires.
109. LAPOUGE. — Le silicate de soude en thérapeutique.
100. LASSERRE. — Contribution à l'étude du cancer bilatéral du sein.
110. LASSERRE. — Contribution à l'étude des dystocies.
76. LATOUCHE. — Contribution à l'étude expérimentale de la cholestérolémie dans les néphrites.
130. LAUMONIER. — De la conduite à tenir dans les sections artérielles traumatiques de la racine des membres envers la veine satellite saine.
78. LAURET. — Contribution à l'étude de l'hypertrophie cardiaque idiopathique du nourrisson.
96. LAVAUD. — Le traitement chirurgical des complications rénales des épithéliomas du col utérin.
112. LAVIGNE. — Du pyopneumothorax tuberculeux et de son traitement actuel.
12. LE BLOUCH. — Contribution à l'étude de l'étranglement de l'appendice dans une hernie crurale.
157. LE BOUSSE. — Sur la fréquence relative des différentes variétés anatomo-pathologiques de kystes de l'ovaire.
69. LE BRAS. — Contribution à l'étude des indications de l'opération césarienne supra-symphysaire dans les présentations du siège.
163. LE FALCHIER. — Conséquences de la terminalité des artères du rein.
50. LEFEBVRE. — Contribution à l'étude des anthrax et furoncles de la lèvre supérieure et de leurs complications.
114. LE GALL. — Contribution à l'étude des métrites séniles avec pyométrie.
84. LE GOFF. — Contribution à l'étude des kystes dermoïdes bilatéraux des ovaires.
20. LE HÉCHO. — Contribution à l'étude des hernies de la trompe.
88. LE LOURD. — Sur les troubles oculaires au cours de l'hydrocéphalie oculaire.
141. LEMARCHAND. — Etude critique sur l'opération de Steinack n° 2.
32. LE PIVERT. — Contribution à l'étude de la dystrophie épithéliale de Fuchs.
123. LE ROUX (Mlle). — A propos de laryngites aiguës tardives compliquant la rougeole au cours d'une épidémie bordelaise en 1933.
10. LE ROY. — De la tuberculose du col de l'utérus.
113. LUONG AN AN. — La vulvo-vaginite gonococcique de l'enfance et son traitement par la vaccinothérapie.
103. MAILLOT. — Le cancer du col de l'utérus survenant après la ménopause.
8. MANO. — L'hypotension palustre.
77. MARILLEAU. — Essai sur les maladies des personnages de Balzac.
128. MARTIN. — Contribution à l'étude des accidents toxiques provoqués par l'ingestion des substances abortives.
171. MARTON. — Contribution à l'étude du carbone en thérapeutique.
6. DE MASSON D'AUTUME. — Des accidents sanguins de l'autothérapie.



Troubles digestifs  
de l'enfance

1 cuillère à café  
par année d'âge

# EUPHORYL INFANTILE

GRANULÉ SOLUBLE

DERMATOSES  
PRURITS  
ANAPHYLAXIES

LABORATOIRES "ANA"  
18, AVUE DAUMESNIL - PARIS

Granules de CATILLON

## STROPHANTUS

à 0,001 Extrait Titré de

C'est avec ces granules qu'ont été faites les observations discutées à l'Académie de Médecine en 1889, elles prouvent que 2 à 4 par jour donnent une diurèse rapide, relèvent vite le cœur affaibli, dissipent ASYSTOLIE, DYSPNÉE, OPPRESSION, ŒDÈMES, Affections MITRALES, CARDIOPATHIES des ENFANTS et VIEILLARDS

Granules de CATILLON 0,0001

## STROPHANTINE

GR.

TONIQUE du CŒUR par EXCELLENCE — TOLÉRANCE INDÉFINIE

Prix de l'Académie de Médecine pour "Strophantus et Strophantine", Médaille d'Or Expos. Univ. 1900

PARIS, 3, Boulevard St-Martin. — R. C. Seine 48283

A. GUERBET & C<sup>o</sup> PHARMACIENS

THERAPEUTIQUE & RADIOLOGIE

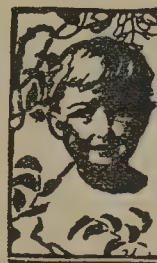
## LIPIODOL

LAFAY

Huile iodée à 40%.  
0. gr. 54 d'iode par cm. 3

22, Rue du Landy - St-Quen - près Paris

R. C., 225 781



USAGE ENFANTS  
DES DOCTEURS

SUC D'ORANGE MARRITE  
INOFFENSIF - DÉLICIEUX

NÉO-LAXATIF  
CHAPOTOT

Echant. : 56, Boule Ornano PARIS

DÉSINFECTION — CHLORAMINE  
INTESTINALE — FREYSSINGE

1 à 3 pilules à chaque repas. - 6, Rue Abel, PARIS - Aucune contrindication

# SIROP DU D<sup>R</sup> REINVILLIER

(Lauréat de l'Académie de Médecine de Paris)

au Phosphate de Chaux hydraté

TUBERCULOSES - RACHITISME - MALADIES DES OS & DU SYSTÈME NERVEUX

DENTITION DIFFICILE

DOSES : 2 à 4 cuillères à bouche, à dessert ou à café suivant l'âge

ASSIMILATION  
COMPLÈTE

PRESCRIRE :

SIROP REINVILLIER, un flacon

BERTAUT-BLANCARD FRÈRES

64, Rue de La Rochefoucauld, PARIS (9<sup>e</sup>)

AS D'ACIDE  
LIBRE

68. MAURIC. — Contribution à l'étude des pyélonéphrites staphylococciques.
38. MEAR. — Contribution à l'étude des angiomes de la choroïde.
7. MÉLÉNEC. — Le Botulisme et sa symptomatologie oculaire.
154. MESPLIER. — Contribution à l'étude de l'uricémie chez les tuberculeux pulmonaires.
104. MINGASSON. — Contribution à l'étude de la technique de l'hystérectomie totale (Wertheim excepté).
67. MONDON. — Contribution à l'étude des fistules vésico-intestinales de nature syphilitique.
43. MONIN. — Etude de la réaction de Vernes à la résorcine dans les lésions dermato-vénériennes.
74. MOREAU. — Les épanchements sanguins traumatiques du tissu osseux (Etude médico-légale).
45. MORET. — La salpingographie.
35. NGUYEN VAN BON. — L'appendicite et la fièvre typhoïde.
17. ORSINI. — Les ascites d'aspect laiteux leur classification, leur pathogénie.
139. OZIER. — Contribution à l'étude des fistules pancréatiques.
21. PELLISSIER. — Nécrose de la cornée dans la kératite intestinale. Considérations médico-légales.
172. PERIER. — L'invagination intestinale chronique de l'adulte.
5. PERPÈRE. — Contribution à l'étude du mégacæsoophage.
129. PÉRY. — Les présentations de la face et leurs traitements.
151. PHELIPPAUD. — Oribase et l'hydrologie au IV<sup>e</sup> siècle.
146. PHELIPPEAU. — Contribution à l'étude des cirrhoses biliaires chez l'enfant.
169. PHUNG NGOC TUÉ. — Contribution à l'étude de la sparganose oculaire en Indochine.
107. PINSON. — Contribution à l'étude de la mastoïdite jugo-bigastrique de Moutret.
61. PLUMAUZILLE. — Le problème de l'assistance aux tuberculeux et Clairvivres.
149. POUYANNE (Mme). — Contribution à l'étude de l'emploi de la broche de Kirschner chez l'enfant.
94. PRÉVOT. — Les hémorragies génitales à l'âge de la ménopause.
64. QUÉRÉ. — Contribution à l'étude du varicocèle pelvien.
75. QUINIOU. — Une page d'histoire de la médecine sociale « l'Assurance-invalidité ».
164. REVELLAT. — Contribution au traitement de cystite tuberculeuse par le lactosmose.
47. RICHARD. — Contribution clinique à l'étude des amauroses transitoires congénitales des nouveau-nés.
89. RIOU (Noël). — Etude clinique et pathogénique de la myopie forte unilatérale.
82. RIOU (René). — Contribution à l'étude des hématoécèles pelviennes infectées.
22. RONCIN. — Contribution à l'étude de la pathogénie des hémorragies de la rétine.
162. ROUSSEAU. — L'emploi de l'urographe intraveineux dans le diagnostic de la tuberculose rénale.
15. ROUX. — Etude radiologique du volvulus de l'estomac.
9. ROZIER (Mme), née CHABANNAIS. — Le rôle néfaste des avortements chez la femme.
44. SALLÉ. — L'avenir social des tuberculeux.
137. SARDOU. — L'eczéma allergique.
150. SÈGUE-BUXEROLLE. — Mode et snobisme. Leur rancçon pathologique.
136. SENTENAC. — La méthode de Kantorowicz.
56. SILVÉRIE. — Contribution à l'étude physiologique et expérimentale de la pression veineuse chez la femme enceinte.
95. SOUBDÉ. — Contribution à l'étude de l'endoscopie utérine.
120. SOURREIL. — Le xeroderma pigmentosum.
133. SOUSBIELLE. — Etude de l'approvisionnement en eau potable de Bayonne dans les cinquante dernières années.
11. TABURET. — Valeur de la réaction de Wassermann au cours de la puerpéralité.
142. TARRAUBE. — Les bones végéto-minérales de Préchacq-les-Bains (Landes).
152. TAXIL. — Recherches anatomiques et anthropologiques sur la première côte.
28. THÉNOZ. — Contribution à l'étude de la lithiase du pancréas.
124. VALARCHÉ. — Contribution à l'étude de l'emphysème sous-cutané généralisé chez les enfants.
37. VERD. — Le Gréco. Remarques sur la peinture et la folie.
116. VIRATEL. — Sténoses postopératoires précoces de l'anastomose après gastrectomie.
- DOCTORAT D'UNIVERSITÉ. — 252. ARMESTAR. — Tuberculose pulmonaire et grossesse.
259. BERTORINI JORDAN. — Contribution à l'étude des écoulements de sang par le mamelon.
257. GRONER. — Les réactions meurtrières des hypochondriaques.
256. PEZECHGUI. — L'hygiène des inhumations en Islam.
245. POPOFF. — Les eaux minérales de Bulgarie.
258. SAFT. — Fractures isolées ou associées de l'extrémité supérieure du radius.
253. TCHAOUCHEFF. — La lutte contre le cancer en Europe et projet de son organisation en Bulgarie.
248. VAPTZAROFF. — Contribution à l'étude des tumeurs de Krukenberg.

**Les Fiches de Pratique médicale** (Direction scientifique : Montpellier ; Administration : 15, boulevard Baudouin, Bruxelles), dont nous recevons de nouvelles et imposantes séries (plus de 1.000 pages), toutes mises à jour 1935, tiennent bien leurs promesses et répondent au programme tracé par les promoteurs et souhaité par les praticiens.

Il nous paraît utile de rappeler que chaque Fiche de 2, 4, 8 ou 12 pages in-8°, rédigée et signée par un professeur de Faculté ou un médecin qualifié, traite d'une question de pratique courante et rappelle au médecin l'essentiel de ce qu'il doit connaître d'une question médico-chirurgicale.

La réunion de ces Fiches constitue donc un excellent organe de documentation du médecin omnipraticien. C'est en même temps un instrument de travail commode et pratique.

Le Fichier sera constamment tenu à jour, car dès qu'une notion nouvelle sera acquise, une nouvelle Fiche sera immédiatement rédigée et ira remplacer automatiquement dans le Fichier l'exemplaire qui paraîtra vieilli. De cette manière, le médecin aura sur son bureau de travail un organe de renseignements toujours complété, rajeuni, modernisé ; le plus souvent ce Fichier suffira à lui seul pour le documenter. Le classement alphabétique ou systématique lui permettra de trouver immédiatement la Fiche voulue.

Rappelons encore que l'ouvrage, qui doit comprendre un millier de documents couvrant 3.000 pages de carton classées dans une boîte appropriée, sera achevé au cours de la présente année, tandis que dès 1936 paraîtront les Fiches de remplacement.

Cette publication sera certainement bien accueillie dans le corps médical. Elle est appelée à un gros succès.



**La plupart des états de carence****sont des carences complexes.****Les quatre vitamines sont nécessaires.**

Les troubles d'hypo-calcémie qui conduisent au rachitisme et pour lesquels l'ergostérol irradié (Vitamine D) donne de si beaux résultats ne sont presque jamais purs. Les troubles de l'appétit, l'anémie, les troubles du développement indiquent que le sujet souffre aussi du manque des facteurs de croissance et d'utilisation nutritive qu'apportent les autres vitamines.

Il existe des vitamines dans les végétaux frais, mais l'expérience prouve qu'elles y sont en quantités trop faibles pour réduire les états de carence déjà caractérisés. Ceux-ci ne cèdent qu'aux vitamines offertes en abondance sous forme concentrée.

# **Le Vitamyl Irradié**

apporte de l'Ergostérol irradié en solution huileuse finement émulsionné dans un extrait concentré de Vitamines A. B. et C. et permet de réaliser cette médication poly-vitaminique.

**sous sa forme la plus active,**

car l'Ergostérol irradié s'y trouve en solution huileuse, condition nécessaire pour lui permettre de garder son efficacité,

**sous une forme agréable,**

en solution, le goût de l'émulsion huileuse est complètement masqué par la saveur légèrement sucrée du milieu glyceriné; en dragée le médicament est un véritable bonbon.

**RACHITISME — CARENCES et PRÉ-CARENCES**

**TROUBLES de CROISSANCE — DÉMINÉRALISATION**

Solution : 2 à 3 cuill. à café par jour — Dragées : 4 à 6 par jour. — Demi-dose chez l'Enfant.

**Laboratoires AMIDO, 4, Place des Vosges, PARIS-IV<sup>e</sup>**

TOUTES les Affections du **FOIE** et du **REIN** :  
1 à 2 capsules à chacun des deux principaux repas de :

# **CAPARLEM**

**HUILE DE HAARLEM** (au Juniperus Oxycedrus)

**QUALITÉ INCOMPARABLE ET ACTIVITÉ INSOUPEÇONNÉE**

**Laboratoire Lorrain de Produits Synthétiques purs — ETAIN (Meuse)**

## NOTES POUR L'INTERNAT (ORAL)

## DIAGNOSTIC DES DYSPNÉES LARYNGÉES

## DIAGNOSTIC POSITIF

Le diagnostic des dyspnées consiste d'abord à reconnaître l'origine laryngée de la dyspnée. Cela grâce à ses caractères spéciaux :

- C'est une dyspnée *inspiratoire* ;
- C'est une *bradypnée* ;
- Elle s'accompagne de *tirage sus-sternal*, avec *abaissement inspiratoire du larynx* ;
- C'est enfin une dyspnée avec *cornage*.

## DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Ce sont de tels signes qui affirment le diagnostic de dyspnée laryngée et permettent d'éliminer les autres dyspnées. Celles de :

1) La *broncho-pneumonie*, dont les caractères sont schématiquement très différents : dyspnée expiratoire, polypnée, battement des ailes du nez.

En réalité, le diagnostic peut être difficile, car la laryngite et la broncho-pneumonie peuvent se voir au cours d'une même affection : la rougeole.

2. L'*asthme* : dans sa forme typique de l'asthme de l'adulte, il s'agit bien aussi d'une bradypnée, mais son début brusque, les caractères mêmes de la dyspnée : expiratoire, l'expectoration caractéristique, viennent signer le diagnostic.

3. L'*abcès rétropharyngien* : surtout fréquent chez le nourrisson. Un fait important : la dysphagie y précède toujours la dyspnée.

4. Les *dyspnées trachéales* : qu'elles soient dues à une compression ou à un corps étranger (importance de la radio).

5. Les *dyspnées nasales* faciles à éliminer.

6. Enfin chez le nourrisson : l'A. T. B., l'hypertrophie du thymus.

En réalité, mise à part la broncho-pneumonie, le diagnostic différentiel d'une dyspnée laryngée est habituellement facile.

Ce qui peut être délicat, c'est de la rattacher à sa cause.

## DIAGNOSTIC ÉTIOLOGIQUE

Nous l'envisagerons d'abord chez l'enfant, puis chez l'adulte.

A. Chez l'enfant : I. Dans le cas de *dyspnée aiguë*, cas de beaucoup le plus intéressant, où le diagnostic étiologique doit être rapidement posé en vue du traitement.

Deux grandes causes : les laryngites, les corps étrangers du larynx.

a) LES LARYNGITES. 1. C'est la *laryngite diphtérique* ou croup qui domine toutes les autres : par sa fréquence, par sa gravité.

Le croup réalise en effet une dyspnée laryngée typique, quand on a pas vu l'enfant à la phase dysphonique et qu'on n'a donc pas pu pratiquer la sérothérapie précoce.

Ce qui pose le diagnostic à cette période, c'est : a) l'existence d'une dyspnée permanente, entrecoupée d'accès de suffocation d'allure dramatique, avec cyanose, sueurs, angoisse ; terminés parfois par le rejet de mucus fibrineux caractéristiques.

b) C'est l'existence de la phase dysphonique antérieure, retrouvée par l'interrogatoire de l'entourage, avec toux rauque, voix éteinte.

Un tel diagnostic impose une sérothérapie massive, associée aux antispasmodiques, aux bains chauds pour essayer

d'empêcher les accès. Mais surtout si les accès se répètent ou se prolongent, il faut se tenir prêt à *tuber*. Il ne faut à aucun prix laisser le tirage s'établir de façon permanente, plus d'une heure. On évite ainsi l'évolution vers la phase asphyxique terminale, de pronostic fatal.

2. Les autres laryngites. — a) *Ulcéreuse* : qui réalise un syndrome laryngé typique. Elle survient en général au cours d'une rougeole, posant un diagnostic difficile avec le croup. En effet :

— L'association : toux rauque plus voix rauque (et non voix éteinte) ;

— La douleur à la pression des cartilages ; sont des signes différentiels plus théoriques que réels et dont l'interprétation est des plus difficiles.

Le diagnostic est cependant important, car dans la laryngite ulcéreuse, il ne faut pas *tuber*.

b) *Striduleuse* : avec son début brusque et nocturne, sa dyspnée d'emblée maximum, sa résolution rapide sous l'influence des compresses chaudes.

Elle a une double étiologie :

Ce peut être une laryngite striduleuse simple chez un adénoïdien le plus souvent, ou une laryngite striduleuse relevant de la rougeole (importance de la recherche systématique du S. de Köplick pour les différencier).

β. LES CORPS ÉTRANGERS DU LARYNX. — Seront reconnus :

1. A la notion de l'annamèse ;

2. A l'existence d'accès suffocants intermittents ;

3. Aux modifications de la voix quand ils sont sus-glottiques.

Caractères cliniques qu'on confirmera par la laryngoscopie et la radioscopie. Elles précisent à la fois l'existence du corps étranger et son siège. Ce diagnostic impose l'intervention souvent délicate.

A côté de ces grandes causes, citons encore : la *laryngite aiguë banale* avec gros œdème ou sur un larynx trop étroit.

Les *œdèmes laryngés au cours de la varicelle*, de la scarlatine.

Le *spasme de la glotte*, au cours des premiers mois de la vie.

II. Dans le cas de *dyspnée chronique*, c'est l'examen laryngoscopique qui montrera : un *papillome* du larynx, une *sténose cicatricielle* du larynx, chez un enfant anciennement tubé et pendant trop longtemps tubé.

B. Chez l'adulte. — Le diagnostic des dyspnées laryngées se pose moins souvent :

a) Dans le cas de *dyspnée aiguë* : une grande cause est l'*œdème du larynx* avec son début souvent brutal. Il peut relever :

— D'une maladie infectieuse : varicelle, grippe ou même œdème « a frigore » ;

— D'une néphrite brightique ;

— D'une intoxication par l'iode ;

— D'une maladie de Quinke (œdème angio-neurotique) ;

— De la propagation d'une infection bucco-pharyngée (angine de Ludvig).

b) Dans le cas de *dyspnée chronique*, beaucoup plus fréquente.

C'est l'examen laryngoscopique qui montre la cause :

*Tuberculose laryngée* chez les tuberculeux pulmonaires avérés le plus souvent ;

*Syphilis laryngée* ;

*Tumeurs laryngées* et avant tout le cancer du larynx.

Telles sont les diverses causes des dyspnées laryngées. Retenir que le diagnostic se pose surtout chez l'enfant et que chez lui il faut toujours penser au croup.

J.-CH. GIRAUD.

Le Directeur-gérant : D<sup>r</sup> François LE SOURD.



## LIVRES NOUVEAUX

**Néphropathies et Néphrites. Leçons cliniques (1),** par le Dr F. RATHERY, professeur à la Faculté de Médecine de Paris, médecin de l'Hôpital de la Pitié, membre de l'Académie de Médecine.

Le professeur Rathery a réuni dans ce volume une série de leçons cliniques consacrées aux Néphropathies et aux Néphrites. Toutes ces leçons sont empreintes de cette lucidité et de cette simplicité d'exposition qui ont assuré le succès de l'enseignement du professeur Rathery.

Les auditeurs de ces Leçons y retrouveront à leur lecture tout l'intérêt qu'ils ont pris à les suivre et le praticien éloigné pourra y prendre les éléments utiles au diagnostic et au traitement des affections néphritiques qui se présentent à lui.

Voici les Leçons cliniques exposées dans cet ouvrage :

Hypertension artérielle précoce. — Crise d'hypertension au cours d'une néphrite chronique. — Néphropathie simple et albuminurie juvénile. — Néphrite avec œdème et syndromes lipidique et protidique. — Néphrite hyperchlorémique sans œdème. — Albuminurie juvénile à type de néphrite mixte avec œdème. — Néphrite chronique maligne de l'adolescent. — Néphrite azotémique pure. — Néphrite aiguë et érythème noueux. — Amylose rénale. — Le diabète rénal. — Tuberculose et néphrite, néphrose lipidique ou syndrome protidolipidique.

L. G.

(1) Grand in-8 (16,5×25,5) de 208 pages. — Prix : 45 fr. — Paris. J.-B. Baillière et fils.

**Avez-vous lu :**

LES APPLICATIONS CLINIQUES DE L'INSULINE EN DEHORS DU DIABÈTE

L'ATHÉRAPEUTIQUE DU DIABÈTE PAR L'INSULINE

LE LABORATOIRE ENDOPANCRIEN est à votre disposition pour vous envoyer ces deux brochures

48, RUE DE LA PROCESSION — PARIS-15<sup>e</sup>

# "CALCIUM-SANDOZ"

Injectable, sans inconvénients, par la voie intramusculaire et la voie veineuse

**Ampoules de 5 cc. et 10 cc.**  
(solutions à 10 % et à 20 %)

**Tablettes chocolatées**

**Comprimés effervescents**

**Poudre granulée**

**Ampoules de 2 cc.,**  
(solution à 10 %)

3 à 6 par jour.

2 par jour.

3 cuillérées à café par jour.

Une ampoule tous les jours  
ou tous les 2 à 3 jours.

**FORME NOUVELLE : "Calcium-Sandoz" Sirop.**

PRODUITS SANDOZ, 20, rue Vernier. — PARIS-17<sup>e</sup>

B. JOYEUX, Pharmacien de 1<sup>re</sup> classe

**CHARBON DE PEUPLIER** sous forme de **GRAINS ANISÉS** de **CHARBON TISSOT**  
Humectent, divisent, aseptisent, expulsent.  
et conséquences : MAUVAISES DIGESTIONS, MIGRAINES, LOURDEURS DE TÊTE  
DIVISION du BOL ALIMENTAIRE HÉMORROÏDES, etc. — Une cuillérée à café avalée comme des graines de lin, après chaque repas.  
**CONSTIPATION** Toutes Pharmacies. — Échantillons : PARIS-34, BOULEVARD DE GIGHY (Service 2)

LE DIURÉTIQUE RÉNAL PAR EXCELLENCE

# SANTHÉOSE

LE PLUS FIDÈLE, LE PLUS CONSTANT, LE PLUS INOFFENSIF DES DIURÉTIQUES

SES QUATRE FORMES

**PURE**

Le médicament régulateur par excellence, d'une efficacité sans égale dans l'artério-sclérose, la présclérose; l'albuminurie, l'hydropisie, l'urémie.

**PHOSPHATÉE**

L'adjuvant le plus sûr des cures de déchloruration et de désintoxication de l'organisme, dans la neurasthénie, l'anémie et les convalescences.

**CAFÉINÉE**

Le médicament de choix des cardiopathies, fait disparaître les œdèmes et la dyspnée, renforce la systole, régularise le cours du sang.

**LITHINÉE**

Le traitement rationnel de l'arthritisme et de ses manifestations; jügule les crises, enrayer la diathèse urique, solubilise les accidents urinaires.

DOSES : 2 à 4 Cachets par jour. — Ces cachets sont en FORME DE CŒUR et se présentent en boîtes de 24.

PRODUIT FRANÇAIS

4, rue du Roi-de-Sicile  
PARIS

PRODUIT FRANÇAIS

# SULFARSENOL

## ARSENOS-SOLVANT

ADOPTÉS PAR LES HOPITAUX

## EKTOPHANOL

SELS DE LITHIUM DE L'ACIDE PHENYLQUINOLEINE CARBONIQUE

Indications : Rhumatismes musculaires ou articulaires, aigus ou chroniques, Goutte, Sciatique, Lumbago, etc.

LABORATOIRES DE BIOCHIMIE MÉDICALE CH. DESGREZ, Dr en Ph<sup>ie</sup>, 19-21, rue Van-Loo, PARIS XVI<sup>e</sup> — Tél. Auteuil 26-62

## OLÉOCHRYSINE LUMIÈRE

CHRYSOTHÉRAPIE — CALCITHÉRAPIE

Suspension huileuse d'aurothiopropanol sulfonate de calcium  
Tuberculose — Rhumatismes — Syphilis — Dermatoses

Imprègne l'organisme lentement, régulièrement et sans interruption pendant 4 ou 5 jours  
Résultats inégalés par tout autre traitement chimique

## ALLOCHRYSINE LUMIÈRE

AUROTHÉRAPIE

PAR VOIE INTRAMUSCULAIRE

Traitement de la Tuberculose sous toutes ses formes

Absorption facile et rapide — Tolérance parfaite — Aucune réaction locale, ni générale

## CRYOGÉNINE LUMIÈRE

LE MEILLEUR ANTIPYRÉTIQUE

ET ANALGÉSIQUE

Action véritablement rapide dans la fièvre et la douleur

Ne détermine pas de sueurs profuses, ni de tendance au collapsus, ne ferme pas le rein, ne provoque pas de vertiges — Pas de contre-indications

## CRYPTARGOL LUMIÈRE

COMPOSÉ ARGENTIQUE STABLE, ATOXIQUE

Aussi antiseptique que le nitrate d'argent

Non irritant, kératoplastique — Aucune intolérance digestive ou cutanéomuqueuse — Jamais d'argyrisme

## EMGÉ LUMIÈRE

MÉDICATION HYPOSULFURIQUE MAGNÉSIENNE

Prophylaxie et traitement de tous les troubles liés à un état d'instabilité humorale

ANTI-CHOC

Littérature et Echantillons gratuits sur demande à la

Sté A<sup>me</sup> des Produits Chimiques Spéciaux "BRÉVETS LUMIÈRE"

45, rue Villon, LYON — Bureau à PARIS, 3, Rue Paul-Dubois



*La Lancette Française***GAZETTE DES HOPITAUX**

CIVILS ET MILITAIRES.

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6°. Tél. : Danton 48-31.

PUBLICITE : M. A. THOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6°) - Téléph. : Littré 54-93.

## PRIX DE L'ABONNEMENT

## FRANCE

3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.  
Etudiants : 25 francs par an.

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

## ETRANGER

Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.  
Tous les autres pays : 75 francs.

## SOMMAIRE

## REVUE GÉNÉRALE

*La tuberculose à travers les siècles*, par M. Ch. TOINON (de Marseille).

## SOCIÉTÉS SAVANTES

*Académie de médecine. — Société de médecine de Paris.*

## NÉCROLOGIE

*Le professeur Etienne.*

## CHRONIQUE

*La Journée du rhumatisme.*

## INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

*Les naturalisations de médecins et d'étudiants en médecine.*

## INFORMATIONS

**HÔPITAUX DE PROVINCE. — MONTPELLIER.** — Le concours de l'externat s'est terminé par les nominations suivantes :Externes titulaires : MM. Méténier, Costecalde, Nègre, Bosc, Chappert, Coste (Henri), M<sup>lle</sup> Sartre, MM. Yana, Savonnet, Prudent, Saussol, Romieu, Viala, Granier, Simon, M<sup>lle</sup> Rey, MM. Laporte, Pontal, M<sup>lle</sup> Vidal, MM. Bônald, Vacquier, M<sup>lle</sup> Méa.

Externes provisoires : MM. Patounas, Lescure, Béthoux, Delord, Ponsoye, Chalmeton, Coste (Jean), Jalabert.

— NANCY. — Le concours de l'externat s'est terminé par les nominations suivantes :

Externes : MM. Abel, Wacquant, Grosjean, Henry, Midon, Fabre, Mathieu, Henrion, Barachon, Grillot.

Externes à la suite : M<sup>lle</sup> Tirole, M. Guillemin, M<sup>lle</sup> Bolkowska, MM. Dumont, Bardelli, Fritsch, Bosment, Denis, Renaudin, Lacour, Martinet.**FACULTÉS DE MÉDECINE. — PARIS.** — *Concours de clinicat.* — Sont nommés chefs de clinique titulaires :

Clinique obstétricale Baudelocque : M. Lepage.

Clinique obstétricale Pitié : M. Richard, M<sup>lle</sup> Delahaye, M. Guede.

Clinique chirurgicale infantile : MM. Gorecki, Judet (ad-joint), Petit (Pierre).

Clinique oto-rhino-laryngologique : M. Gaston.

Clinique urologique : MM. Bouchard, Naggjar.

Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte : MM. Beuzart, Demirleau, Ollivier-Henry.

**UNIVERSITÉ DE PARIS.** — Le Conseil de l'Université de Paris a conféré le titre de docteur *honoris causa* de l'Université de Paris à M. W.-W. Buckland, professeur de droit romain à l'Université de Cambridge; M. Pierre Basile Mignault, avocat, ancien bâtonnier au barreau de Montréal; M. le docteur Houssay, professeur de physiologie à la Faculté de médecine de Buenos-Aires; M. Thomas Hunt Morgan, professeur au California Institute of technology, Pasadena (Californie); M. J. Bidez, professeur à l'Université de Gand; M. Wasicky, professeur à l'Université de Vienne.

Les nouveaux docteurs recevront le diplôme et les insignes de leur grade au cours de la séance solennelle de rentrée que tiendra l'Université de Paris le samedi 9 novembre prochain, à 15 h., dans le grand amphithéâtre de la Sorbonne, sous la présidence de M. le ministre de l'Éducation nationale.

**UNIVERSITÉ DE GAND.** — M. le professeur H. Vincent, membre de l'Institut, appelé par l'Université de Gand, fera mardi prochain une conférence sur la sérothérapie anti-streptococcique.**FACULTÉ DE MÉDECINE DE LAUSANNE.** — Le docteur Amsler a été nommé professeur d'ophtalmologie, en remplacement du professeur Gonin.**STATIONS UVALES.** — Un décret paru au *Journal officiel* du 27 octobre 1935 réglemente la création des stations uvaes.**LABORATOIRE D'HYGIÈNE.** — Un concours pour le recrutement de 50 médecins inspecteurs doit avoir lieu le 27 janvier 1936.

En vue de préparer les candidats, un enseignement spécial sera donné au laboratoire d'hygiène de la Faculté de médecine, sous la direction du professeur Tanon, du 11 décembre 1935 au 16 janvier 1936 (avec interruption du 22 décembre).

**OUABAÏNE ARNAUD**

LABORATOIRE NATIVELLE, 27, Rue de la Procession, PARIS (XV°).

au 10 janvier). Il comprendra 30 leçons qui auront lieu de 17 à 19 h. et trois visites matinales d'écoles.

En outre des candidats, le cours est ouvert à tous médecins ou étudiants en médecine, français ou étrangers, qui s'intéressent à l'hygiène scolaire et qui pourront recevoir un certificat d'assiduité.

Les inscriptions seront reçues au guichet n° 4 du secrétariat de la Faculté les lundi, mercredi et vendredi, de 14 à 16 h., à partir du 1<sup>er</sup> novembre. Le droit à verser est de 200 fr.

Pour tous renseignements, s'adresser au Laboratoire d'hygiène.

**CENTRE HOMOEOPATHIQUE DE FRANCE.** — La séance solennelle d'ouverture des cours a eu lieu le 29 octobre, au siège social, 25, rue Murillo, sous la présidence d'honneur de M. Camille Blaisot, sous-secrétaire d'Etat à la présidence du Conseil.

Le docteur Léon Vannier a fait une conférence sur l'œuvre du centre homoeopathique de France.

**UN JOURNAL MÉDICAL INDIGÈNE.** — Notre confrère le docteur Broquet citait récemment dans la *Revue coloniale de médecine et de chirurgie* un journal médical indigène, le *Bulletin de l'Association amicale et professionnelle des anciens élèves de l'Ecole de médecine de Dakar*.

Ce bulletin est rédigé par des médecins indigènes et notamment par des sages-femmes indigènes. C'est, croit le docteur Broquet, la première fois qu'un pareil fait se produit. Il fait honneur à l'enseignement donné à l'Ecole de médecine de Dakar.

**NÉCROLOGIE.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. Albert Baillière, éditeur à Paris, décédé à l'âge de 75 ans. Nous adressons à son cousin et associé, le docteur Georges Baillière, l'expression émue de notre affectueuse sympathie.

## INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

### LES NATURALISATIONS DE MÉDECINS ET D'ÉTUDIANTS EN MÉDECINE

Le Comité de l'Association Corporative des étudiants en médecine de Paris vient de décider de demander à M. Léon Bérard, garde des Sceaux, de modifier le système de l'enquête administrative sur les naturalisations.

Il a émis le vœu qu'aucune naturalisation d'étudiant et de médecin ne soit prononcée sans l'avis des syndicats médicaux.

M. Maurice Mordagne, journaliste médical et délégué permanent de l'Association Corporative, fait remarquer qu'il faut en finir avec tous les étrangers qui se font naturaliser après l'âge-limite du service militaire actif (30 ans s'ils sont célibataires et 28 ans s'ils sont mariés). A cet âge en effet les naturalisés ne vont pas à la caserne, mais sont abusivement nommés médecins auxiliaires des réserves (70 environ dans le G. M. P.).

Le Comité a pleine confiance en M. Léon Bérard, membre d'honneur de l'Association Corporative des étudiants en médecine, pour résoudre dans un sens équitable la question des naturalisations de médecins et étudiants étrangers.

Le Président de l'A.C.E.M. :

ANDRÉ DOMART.

## Le professeur ÉTIENNE

Nous avons appris avec une sincère émotion le décès du docteur Georges Etienne, professeur de clinique médicale à la Faculté de Médecine de Nancy, correspondant de l'Académie de Médecine, officier de la Légion d'honneur.

Si la disparition de notre confrère frappe douloureusement sa famille et ses élèves, elle plonge dans l'affliction ses amis et en particulier ceux qui, comme nous, furent ses collègues à l'Association de la Presse médicale française.

Nous l'aimions pour sa fidélité à ses amitiés.

Nous l'admirions pour la rectitude de sa vie et la sincérité de ses convictions.

Nous lui étions reconnaissants d'avoir représenté avec autant d'éclat que de dignité la pensée française dans beaucoup de circonstances, et en particulier au dernier congrès de la *Fédération de la Presse médicale latine*. Ce grand Lorrain sut alors, pour célébrer la fraternité latine, exprimer dans une forme admirable les sentiments profonds qui nous unissaient tous.

D'autres diront ce que fut le clinicien, ce que fut le savant. Nous qui avons été ses compagnons de travail nous ne pouvons que dire notre peine et nos regrets d'avoir perdu ce bon guide.

Que Madame Etienne veuille bien trouver ici l'hommage respectueux de notre sympathie la plus profonde dans le deuil qui l'accable.

F. L. S.

### LE VENDREDI 29 NOVEMBRE 1935

à 15 heures, il sera procédé publiquement au chef-lieu de l'Administration de l'Assistance Publique, 3, avenue Victoria, à l'adjudication de la fourniture des instruments de chirurgie à anneaux, des instruments en gomme, caoutchouc, cristal, etc..., nécessaires au service des divers établissements de l'Administration pendant l'année 1936, savoir :

1 <sup>er</sup> lot. Instruments de chirurgie à anneaux .....	60.000 f.
2 <sup>e</sup> — Instruments en gomme et caoutchouc .....	180.000
3 <sup>e</sup> — Gants et doigts en caoutchouc, tubes à drainage...	950.000
4 <sup>e</sup> — Gants extra-minces, moulés au trempé, sans soudure...	10.000
5 <sup>a</sup> — Articles de caoutchouc ....	350.000
6 <sup>a</sup> — Tétines et obturateurs ....	110.000
7 <sup>e</sup> — Thermomètres médic., non mis en adj.	
8 <sup>e</sup> — Seringues en cristal.....	340.000 f.

S'adresser, pour prendre connaissance du cahier des charges, au Service de l'Exploitation, de l'Approvisionnement et du Matériel, 3, avenue Victoria, à Paris, tous les jours non fériés, de 10 heures à midi et de 14 heures à 17 heures.

Dépôt des lettres de demande d'admission jusqu'au 12 novembre 1935, avant 16 heures.

ANÉMIES  
DYSPEPSIES  
ANTITOXIQUE



DOSE: 4 à 6  
TABLETTES  
PAR JOUR

BIOXYDE DE MANGANESE COLLOIDAL SELS MAGNÉSIENS  
Laboratoire SCHMIT 71 Rue Sainte-Anne, PARIS. 2

Toux  
Oxyprée **IODEINE MONTAGU**



# VACCINS CLIN

**ANTICOQUELUCHEUX**  
**ANTISTAPHYLOCOCCIQUE**      **ANTISTREPTOCOCCIQUE**  
**ANTIGONOCOCCIQUE**  
 I. MONOMICROBIEN et II. POLYMICROBIEN

## COLI-ENTÉRO-VACCIN

I. BUCCAL  
 Boîte de 6 ampoules de 5 c.c.  
 de forte concentration uniforme.

II. INJECTABLE  
 Boîte de 10 ampoules de 1 c.c.  
 à concentrations croissantes

## PNEUMO-BRONCHO-VACCIN

ADULTES - ENFANTS

Concentration élevée en microbes - Tolérance parfaite - Conservation illimitée

*Injections sous-cutanées ou intra-musculaires*

Les Vaccins Clin injectables sont délivrés en boîtes de 10 ampoules de 1 c.c.

## PYOVARGOL

POMMADE AU COL OÏDO-VACCIN CLIN

ARGENTIQUE ANTIPYOGÈNE

POUR PANSEMENTS des plaies infectées et suppurations locales

LABORATOIRES CLIN. COMAR ET Cie, 20, rue des Fossés-Saint-Jacques, PARIS

# QUINBY

QUINIO BISMUTH "formule AUBRY"

et

# SYPHILIS

# QUINBY SOLUBLE

INDOLORE - INCOLORE PROPRE - INJECTION FACILE

Adopté par :

L'Assistance-  
 Publique —  
 Les Ministères  
 de l'Hygiène et  
 des Colonies.

LABORATOIRES  
**AUBRY**

62, rue Erlanger  
 PARIS 16<sup>e</sup>

Téléphone : JASMIN 33-44

**QUINBY** EST ÉGALEMENT EFFICACE

CONTRE LA **TYPHOÏDE**

**QUINBY** EST ENCORE INDIQUÉ CONTRE

LA FIÈVRE DE **MALTE**

**LABORATOIRES CARTERET**

Pas d'accoutumance • Agit vite • Pas d'accumulation

**DIURÈNE**

"Extrait total" d'ADONIS VERNALIS

CARDIOPATHIES - ARTÉRIO-SCLÉROSE  
NÉPHRITES & CIRRHOSÉS  
OEDÈMES &  
ASCITES

LIQUIDE      PILULES

Posologie : 2 à 6 cuillerées à café  
ou 4 à 12 pilules par jour.

CONTIENT TOUS LES PRINCIPES ACTIFS DE L'ADONIS VERNALIS

Echantillon et Littérature : 15, rue d'Argenteuil, PARIS

ASSOCIATION PLURIGLANDULAIRE

**COLLOÏDINE  
LALEUF**

DRAGÉES

**OBÉSITÉ**

ET MALADIES PAR  
CARENCE DIASTASIQUE

DE 2 A 8 DRAGÉES PAR JOUR  
SUIVANT PRESCRIPTION MÉDICALE

ÉCHANTILLONS - LITTÉRATURE  
LABORATOIRES LALEUF  
20, RUE DU LAOS — PARIS - 15<sup>e</sup>

Nouvelle adresse : 51, rue Nicolo, PARIS (XVI<sup>e</sup>).



REVUE GENERALE

## LA TUBERCULOSE A TRAVERS LES SIÈCLES

Par M. CHARLES TOINON (de Marseille).

Brosser un tableau historique de la tuberculose à travers les siècles est entreprise fort attachante, puisque cette étude déborde largement le cadre de la médecine pure, et qu'elle soulève des problèmes d'ordre social, religieux, philosophique, historique et artistique.

Les documents abondent sur un aussi vaste sujet, et il peut paraître téméraire de vouloir exposer en un article, forcément très incomplet et schématique, des idées, des doctrines, des découvertes échelonnées depuis l'origine même de l'homme jusqu'à nos jours. C'est qu'en effet la tuberculose est aussi vieille que le monde. Mais il s'agit d'une maladie si protéiforme par ses lésions, ses manifestations cliniques, ses localisations morbides, ses réactions vis-à-vis des diverses thérapeutiques, que pendant des siècles on l'identifia mal.

Le mot phtisie se retrouve dans les descriptions des auteurs les plus anciens, mais avec un sens différent de celui que nous lui attribuons actuellement.

Depuis l'Inde religieuse jusqu'au siècle dernier, nos pères qualifiaient de phtisie un état maladif caractérisé essentiellement par des troubles généraux, amaigrissement et fièvre, accompagnés ou non d'expectoration, de toux, d'hémoptysies. C'est dire que par phtisie ils entendaient bien souvent une sorte de cachexie susceptible d'évoluer après grand nombre d'affections non tuberculeuses. L'obscurité régnait encore au XVII<sup>e</sup> siècle qui vit fleurir seize phtisies différentes longuement décrites par Richard Morton. L'identification et l'isolement d'une phtisie d'origine pulmonaire fut donc déjà le résultat de patients labeurs.

Comment s'étonner par conséquent des multiples tâtonnements, des hypothèses parfois les plus fantaisistes concernant les nombreux problèmes que soulèvent, en matière de tuberculose, étiologie, pathogénie, anatomie pathologique, étude clinique, traitement, prophylaxie.

L'exposé des conceptions médicales sur ces divers chapitres de la tuberculose pourrait être décrit analytiquement : Quelles furent les idées de nos prédécesseurs sur ces divers problèmes, de l'antiquité à nos jours ?

Un tableau synthétique des notions générales sur la tuberculose, siècle par siècle, nous paraît plus facile à dessiner. C'est donc ce plan que nous adopterons en étudiant les grandes étapes de la tuberculose :

1. Dans la préhistoire et en Orient ;
2. Dans l'antiquité :
  - a) En Grèce ;
  - b) En Egypte (Alexandrie) ;
  - c) A Rome ;
3. En Europe, du Moyen Age à nos jours.

Au cours de ce long voyage historique, nous nous inspirerons à maintes reprises des monographies et du remarquable ouvrage de MM. Piéry et Roshem, sur

l'histoire de la tuberculose, des travaux de L. Meunier, Cabanes et Guiart, sur l'histoire de la médecine, et de la thèse de Rémy, sur la phtisiothérapie dans l'antiquité.

**1. La Préhistoire et les peuples d'Orient.** — La tuberculose est vieille comme le monde. Des savants allemands auraient constaté, dit-on, des lésions tuberculeuses du rachis sur un squelette de l'âge de pierre. Et le mal de Pott est observé sur des squelettes d'Égyptiens de l'époque pharaonique.

*Les Hindous.* — Chez les Hindous des temps préhistoriques, des connaissances déjà remarquables sur la maladie se font jour et sont consignées dans les *Védas* : Rig Veda, Atharvaveda et Ayurveda.

Les linguistes discutent sur l'époque exacte où vécut *Sucruta*, l'auteur de l'*Ayurveda*, les opinions étant partagées entre le X<sup>e</sup> siècle avant notre ère, et l'ère chrétienne. Quoi qu'il en soit, c'est *Sucruta* qui nous donna la première description clinique, la première étude étiologique et thérapeutique de la phtisie pulmonaire.

Jusque-là, la tuberculose était considérée comme d'origine surnaturelle, les dieux présidant au destin morbide des humains. Dans l'*Ayurveda*, tout un chapitre, le 41<sup>e</sup>, est consacré à la phtisie : *rajayakshma* ou *sosha*. La cause en est humorale, par viciation des trois humeurs de l'organisme : l'air (*vata*), la pituite (*clushman*) et la bile (*pitta*).

L'idée de contagion n'est pas encore soupçonnée. Une description clinique ne peut guère y être retrouvée d'une manière didactique, mais les symptômes sont connus et la thérapeutique s'y montre à la fois hygiénique et médicamenteuse.

D'abord purement religieuse à la période védique, la thérapeutique sollicite l'intervention divine. On invoque Indra, Agni, Soma et d'autres dieux encore.

Puis, à l'époque épique la médecine devient laïque, et les méthodes de traitement s'enrichissent (*Liétard* : *Lettres historiques sur la médecine des Hindous*. Paris, 1863). Le régime alimentaire est particulièrement étudié, le mode de préparation des mets mis en relief, avec de nombreux condiments. Toutes les viandes sont permises au tuberculeux, y compris celle des lombrics, des serpents, des rats. L'emploi du jus de viande y a déjà une place d'honneur. Les légumes sont innombrables.

Quant aux médicaments, ils sont destinés à calmer la toux, le catarrhe, la fièvre, la diarrhée, sans oublier les purgatifs et vomitifs.

*Les Hébreux.* — Les Hébreux semblent avoir ignoré la phtisie pulmonaire.

Dans le formidable document que constitue la Bible, on ne retrouve aucune description rappelant la maladie. Comme le dit Lauvergne, « la phtisie, ce typhon de l'âge moderne, passe inaperçue dans l'ancienne Judée ».

Toutefois le Talmud nous enseigne que les Hébreux dépistaient la tuberculose bovine et redoutaient la contagion humaine par le bétail.

*Les Égyptiens.* — Si les papyrus ne font aucune mention de la tuberculose pulmonaire au temps des Pharaons, par contre les localisations osseuses de la

ont découvertes sur des cadavres des premières épidémies ; le mal de Pott notamment.

Aucun document original ne nous renseigne sur le traitement, encore que *Guiart* signale les cautérisations, au coton enflammé ou au cautère, et les ventouses (*Guiart* : La médecine au temps des Pharaons. Biologie Médicale, n° 7, 1922).

*Les Persans.* — La médecine de l'antiquité persane est une véritable polypharmacie. Nous retrouverons cette abondance médicamenteuse chez les Arabes, descendants directs des Persans, au point de vue médical. Rien d'étonnant, en raison de cette pléthore pharmacologique, que nous trouvions des remèdes bizarres : sirop d'araignée, poumon de renard, à côté d'une foule de médicaments calciques, balsamiques, astringents, et symptomatiques de la toux, des crachements de sang, de la fièvre. Ces différentes médications sont consignées dans le « *Liber fundamentorum pharmacologiae* » d'*Aben Mansour Mouwaffak*, paru en 970, et dans le livre du chevalier *Chardin* : Voyage en Perse et autres lieux de l'Orient. (Amsterdam, 1673 et 1711.)

Mais en ce qui concerne la tuberculose proprement dite, aucun renseignement précis dans le *Zend-Avesta*, livre sacré composé par Zoroastre.

*Les Chinois.* — Les Chinois des époques antiques (3.000 ans à 1.000 ans avant J.-C.) ont connu, semble-t-il, divers signes de la phtisie ou Caoping : toux, hémoptysies, expectoration purulente, amaigrissement.

Si son étiologie et son mode de contagion y sont inconnus, par contre la traite-t-on, comme en Perse, par une abondante pharmacopée.

Comme le signale Rémy, la thérapeutique chinoise de la tuberculose emploie toute une foule de moyens, qu'il s'agisse d'invocations magiques ou de véritables remèdes dont la majorité sont pour le moins inattendus : écaille de tortue, bave de crapaud, colle de peau d'âne noir, cornes de cerf, chair de corbeau ; extraits d'excréments humains, urine de femme ou d'enfant, crottins de porc, de cheval, sang de cerf, testicules de chien et bien d'autres encore.

Ces produits nous paraissent démoniaques. N'oublions pas cependant que, sous une forme évidemment originale, ils permettent l'absorption de chaux, arsenic, phosphore et de produits glandulaires et opothérapiques. Et d'ailleurs, de nos jours, n'employons-nous pas le venin de cobra, les larves de mouches, voire même le sang de cadavre.

**2. L'Antiquité.** — A. *En Grèce.* — C'est Hippocrate qui domine toute l'antiquité grecque, non seulement médicale, mais philosophique. Hippocrate, qui vécut de 460 à 400 avant J.-C., grand maître de l'Ecole de Cos, contemporain de Socrate et de Platon.

Hippocrate et son école considèrent que les animaux et l'homme sont composés de deux substances « divergentes par les propriétés..., convergentes par l'usage : le feu et l'eau... ».

Il y a dans l'organisme quatre humeurs : le sang, la pituite et les deux biles : la bile jaune et la bile noire ou atrabile. Quand l'une d'elles prédomine, c'est la maladie. Les humeurs viciées sont éliminées dans la « crise » et reviennent à leur équilibre normal, la « crase ».

En ce qui concerne la phtisie, les acquisitions des Hippocratiques sont de la plus haute importance.

Ils semblent accepter à l'unanimité la notion d'hérédité dans le livre « De la maladie sacrée » : « *Un phtisique naît d'un phtisique* ». Aucun texte ne nous renseigne clairement sur la doctrine admise au point de vue contagion de la phtisie. Celle-ci tient à ce que l'haleine du malade est mauvaise et lourde. On contracte la maladie parce qu'il y a dans cet air quelque chose de morbide. L'idée de la phtisie contagieuse ne sera en effet correctement exposée que par les descendants, *Aristote* et *Galien*.

Pour Hippocrate, la pathogénie de la tuberculose est humorale. La pituite corrompue tombe du cerveau sur le poumon. (De nos jours ne connaissons-nous pas l'explication simpliste donnée par le populaire du « rhume tombé sur la poitrine »). Le poumon, ainsi contaminé par le phlegme ou pituite viciée, s'ulcère et suppure.

Les connaissances anatomo-pathologiques de l'Ecole de Cos, en phtisiologie, sont certes assez précaires. Hippocrate ne décrit dans le parenchyme pulmonaire que les « *fumata* », tumeurs gonflées de pus qui finissent par s'abcéder.

Par contre, séméiologie et symptomatologie font de tels progrès chez les Hippocratiques, que de nos jours nous vivons encore sur leurs découvertes et leur enseignement en ces matières.

En effet, ils décrivent les signes principaux de la tuberculose pulmonaire, écoutent les bruits que l'on peut entendre dans la poitrine, véritables précurseurs de l'auscultation ; ils identifient les frottements pleuraux, décèlent les épanchements pleuraux par la succussion dite hippocratique.

Quant à la thérapeutique, elle englobe la plupart des prescriptions que nous faisons de nos jours.

Mais la règle est d'intervenir le moins possible, « les organismes étant leur propre médecin ». C'est le principe de la « *Natura medicatrix* » qui commandera beaucoup de diététique et de prescriptions hygiéniques, très peu de médicaments. Ces derniers se borneront aux vomitifs et purgatifs discrets, saignée et révulsion, en un mot, aux médications déplétives. Conclusion logique des théories pathogéniques. Nous avons signalé, en effet, la doctrine générale de la crise et de la crase sanguine dans les maladies. Or la tuberculose — chronique — ne comporte point de crise. D'où utilité d'agir par la déplétion qui s'oppose à la réplétion, en vertu de l'adage : « *Contraria contrariis curantur* ».

Comme traitement, les Hippocratiques conseillent l'exercice ou le repos suivant le résultat obtenu. Des précautions sont à prendre contre froid, vent, humidité, soleil. Quant à l'absorption de vieux vin, d'hydromel, de lait cru de vache, de « ptisane », elle complètera heureusement ces indications.

Le pain est la meilleure nourriture. Il faudra s'abstenir de sauces, viande de porc, aliments trop gras ou trop acides. L'ellébore, les lavements d'épithymum ou peplium, les fumigations de sandaraque, s'ajouteront à ces prescriptions. En un mot, grande sobriété de médicaments, prédominance d'hygiène et diététique.

*Euryphon*, chef de l'école rivale de Cnide, préconise en plus la révulsion ignée, jusqu'à couvrir d'escarres



la poitrine, le menton et la gorge, et l'infusion dans le poumon de vin coupé qui provoque forte toux et expectoration.

Le lait de femme ou d'ânesse, les villégiatures sur le mont Lactarius, l'invocation au divin Esculape en son sanctuaire d'Epidaure, ajouteront leurs effets salutaires à de telles pratiques.

Platon (430 av. J.-C.) est le protagoniste d'un système philosophique différent de celui d'Hippocrate. Pour lui, les phénomènes de la vie dépendent de l'âme, distincte du corps. Cette âme, il admet qu'elle a une origine divine et qu'elle est emprisonnée dans le corps. Véritable théorie dualiste de la vie qui s'oppose à la théorie uniciste et matérialiste d'Hippocrate, et de la plupart des philosophes grecs.

En phtisiologie, Platon a des conceptions que nous jugerons peu humanitaires. Il n'est pas d'avis de soigner les phtisiques — pas plus que les malades chroniques. « Le médecin, nous dit-il dans son *Traité de la République* (Oeuvres, Livre III, page 427), n'a pas à traiter ceux qui par leur mauvaise constitution ne peuvent vivre longtemps parce que cela n'est pas avantageux ni pour eux, ni pour l'Etat. »

B. En Egypte (Alexandrie). — Après le déclin de l'Ecole de Cos puis de celle de Cnide en Grèce, c'est Alexandrie qui, pendant plusieurs siècles, va devenir le foyer intellectuel et artistique où brilleront les civilisations antiques.

La phtisie y fut-elle rare ? En tout cas les documents des Alexandrins sur cette maladie sont des plus réduits.

Anatomistes et physiologistes (comment oublier Hérophile et son pressoir ?), les Alexandrins adoptent une théorie solidiste au point de vue pathogénique. Il y a trois solides : les nerfs, les veines, les artères, dit Erasistrate (300 ans av. J.-C.), qui leur adjoint d'ailleurs le sang et le « *pneuma* » ou esprit vital. C'est par leur déséquilibre qu'il faut expliquer les diverses maladies dont la cause la plus fréquente est la pléthore.

Cette pléthore est responsable de l'hémoptysie, d'après Erasistrate. Et c'est lui qui, fait remarquable, préconise la ligature des membres contre les crachements abondants de sang.

Pour calmer la toux, le chou est recommandé par ce même médecin comme une panacée. Il y adjoint thériaque, clématite, aconit, balsamiques contre les autres symptômes.

D'une manière générale les Alexandrins adoptent la polypharmacie des Egyptiens, utilisant force médicaments, à l'inverse des Hippocratiques. Et aussi, prescriptions hygiéno-diététiques avec cure de repos.

En somme, peu d'acquisitions médicales nouvelles dans cette ville savante, éclectique et sybarite, qui abrita les amours d'Antoine et de Cléopâtre.

C. A Rome. — Hippocrate dominait l'antiquité grecque. C'est Galien qui rayonne dans l'antiquité latine.

La médecine grecque s'implante à Rome au temps de Sylla (180 av. J.-C.).

Caton l'Ancien, Asclépiade et Celse sont les précurseurs de Galien. Mais aucun d'eux n'apporte d'idées originales en phtisiologie.

Caton l'Ancien (232-147 av. J.-C.) ne guérit-il pas lui aussi toutes les maladies par le chou et par des prières aux dieux ?

Asclépiade de Bithynie (100 av. J.-C.), médecin et ami de Cicéron, ordonne à ses phtisiques le lait, des frictions, le repos en litière, et aussi déclamation et escarpolette (ou jeu de balançoire). Père de l'école méthodique, il pense que le corps humain est constitué de petits atomes (nous avons remplacé cela par les colloïdes) qui circulent à travers les méats de l'organisme. Selon que ces méats sont trop relâchés ou au contraire trop resserrés, on prescrira des astringents ou des relâchants. Parmi ces derniers, saignée, révulsion, purgatifs, exercices facilitant la transpiration. Et voilà l'explication du jeu de l'escarpolette...

Quant à Celse (Aurelius Cornelius Celsus, 5 ap. J.-C.), l'Hippocrate latin, il se contente dans son « *Traité de Médecine* », de copier Hippocrate pour les signes et pronostic de la phtisie.

Médecins célèbres, ils n'apportèrent ni les uns ni les autres, rien d'original en matière de tuberculose. Après eux, des charlatans firent décliner l'exercice médical. Et c'est alors que vint Galien.

Deux de ses contemporains méritent d'être signalés.

Soranus d'Ephèse (175 ap. J.-C.) qui oppose un traitement méthodique à l'ulcère des poumons, et Arétée de Cappadoce (138 ap. J.-C.) avec sa description restée classique du phtisique grabataire.

« ...Le poulx, dit Arétée, est petit, dépressible, le sommeil est troublé, la peau se décolore. L'aspect des crachats est infiniment variable... Aux symptômes précédents s'ajoutent l'oppression, la faiblesse des poumons, l'anxiété, l'impatience, l'inappétence. Les pieds sont froids le soir et brûlent le matin... Surviennent alors des sueurs plus pénibles que la chaleur et qui s'étendent à la poitrine... La voix devient rauque, les doigts sont amaigris, renflés au niveau des articulations, montrant la forme des os ; la pulpe de leurs extrémités est élargie, les ongles sont recourbés ; le nez est aminci, pointu, les pommettes saillantes et empourprées, les yeux caves transparents, brillants (Huysmans, plusieurs siècles plus tard, décrira les yeux « vernis » des phtisiques), la face pâle, décharnée, quelquefois comme bouffie et livide...

L'aspect de ces malades rappelle en tous points celui des cadavres..., les chairs ont disparu..., on peut compter les côtes..., les omoplates soulèvent la peau et ressemblent aux ailes d'oiseau... »

Au point de vue thérapeutique, c'est Plinius l'Ancien (23 av. J.-C.-79 ap. J.-C.) qui fut l'historien de la médecine populaire à Rome, où l'on constate longtemps superstition, empirisme, recettes absurdes et répugnantes.

Le soleil est grand guérisseur : « sol est remediorum maximum », et aussi les voyages en mer auxquels Plinius préfère d'ailleurs l'air des forêts. Ses remèdes se révèlent des plus bizarres, comme au temps des Chinois préhistoriques : lézard, fiel d'ours, fumée de bouse de vache, à côté du soufre et de l'arsenic.

Puis arrivent les Grecs à Rome : Asclépiade, Thémisson de Laodicée, Celse. C'est à l'hygiène et au régime qu'ils donnent la préférence, avec longs voyages

en mer, médicaments divers et révulsion sous toutes ses formes : saignée, cautérisations au fer rouge.

Dans son *Traité de Matière médicale*, *Dioscoride d'Anazarbe* (75 ap. J.-C.) publie un fouillis de remèdes hétéroclites contre la phtisie.

*Galien* vient enfin.

*Galien* (131-201 ap. J.-C.), né à Pergame en Asie Mineure, émerge dans toute l'antiquité romaine.

Grec d'Asie, il voyage de 17 à 29 ans et se fixe à Rome à 33 ans où il devient célèbre, appuyé par l'empereur Marc-Aurèle.

Anatomiste, physiologiste, philosophe, très écouté par un nombreux public. Voici quels furent les préceptes de *Galien* en phtisiologie :

Au point de vue anatomique, même conception que les *Hippocratiques* : la phtisie est caractérisée par l'*ulcère du poumon*. « Phtisis est ulceratio pulmonis, vel thoracis, vel faucium... »

*Croyant à la contagion*, *Galien* conseille l'isolement des phtisiques. Dans son premier livre sur les « *Fièvres* », ne lisons-nous pas : « Il est périlleux de demeurer avec les phtisiques, et en tout cas avec tous ceux dont l'expiration est putride. »

La cause de la contagion n'est pas exprimée davantage.

En thérapeutique, tandis qu'*Hippocrate* dédaignait les médicaments et prônait la diététique, *Galien* les met sur le même plan et use d'une pharmacopée abondante où la cendre de poisson, le poumon de cerf, le corail et le sucre de rose sont en bonne place.

Et cependant *Galien* pense que la phtisie est incurable. Il nous explique pourquoi dans son ouvrage « *Methodus medendi* » (livre V, cap. 8 et 11). « Toute partie ulcérée, toute solution de continuité, dit-il, demande à être laissée au repos pour se cicatriser. Or le poumon est toujours en mouvement. »

Retenons cette indication qui deviendra à plusieurs siècles de distance le principe du pneumothorax artificiel.

Les successeurs de *Galien*, à Rome et à Byzance, n'ajoutent rien à son œuvre. Du ix<sup>e</sup> siècle à la destruction de l'Empire d'Orient, la médecine grecque s'étiolo lentement.

C'est par les Arabes en Orient, les cloîtres et monastères en Occident que va s'effectuer la transmission des acquisitions de l'antiquité aux générations nouvelles.

Les Arabes d'ailleurs, admirateurs des Grecs, imitent *Galien* sans y ajouter grand'chose. L'idée de contagion est même en recul. Qu'il s'agisse d'*Avicenne* (980-1037), le « prince des médecins », d'*Avenzoar* (1126-1162), d'*Averrhoes* (1126-1198) ou d'autres, ils n'offrent rien de bien original, encore qu'*Avicenne* ait conseillé le premier les injections intratrachéales d'une infusion de miel et de roses rouges (miel Rosat). D'ailleurs, le sucre de rose ou Djelendjoubin était largement employé par les Arabes.

*Gustave Le Bon* (« La civilisation des Arabes », Paris 1884), *L. Le Clerc* (« Histoire de la Médecine Arabe » Paris 1884), mettent en relief ce faible apport des Arabes en phtisiologie.

Ainsi évoluent les civilisations gréco-latine et arabe. Si nous dressons le bilan des acquisitions amassées

au cours des siècles en cette matière que constatons-nous ?

Etiologie, anatomie pathologique, pathogénie, prophylaxie restent encore dans le domaine de l'hypothèse, et la fantaisie s'y donne libre cours. Par contre, séméiologie et étude clinique sont déjà fort évoluées et fixées sur bien des points. Et la thérapeutique est abondante et variée, encore que bien souvent d'allure saugrenue.

**III. En Europe du Moyen Age à nos jours. — Le Moyen Age.** — En Gaule, après la conquête romaine, ce furent les Druides, à la fois prêtres et sorciers, qui exercèrent la médecine jusqu'au vi<sup>e</sup> siècle.

*Pansier*, dans son livre « La Médecine des Gaulois au temps des Druides » (Janus 1907, nos 8 et 9), nous éclaire sur ces pratiques où la sorcellerie tient grande place.

Au vi<sup>e</sup> siècle, le triomphe du Christianisme amena le recul des dieux païens, grecs, latins, celtiques. C'est dans les couvents qu'on enseigne alors la médecine.

Des foyers médicaux se créent dans divers centres :

*En Italie.*

L'Ecole de Salerne, vers l'an 1000, dont l'éclat fut immense. (Cf. *Becavini* : L'Ecole de Salerne et les médecins Salernitains. Paris 1888. — Cf. Helme : L'Ecole de Salerne. *Presse Médicale*, 9 avril 1910.)

L'Ecole du Mont-Cassin avec *Constantin l'Africain* qui proclame l'existence d'une phtisie d'origine pulmonaire.

*En France.*

Les Ecoles de Rennes, Chartres, et surtout celle de Montpellier (viii<sup>e</sup> siècle), et de Paris, au début du xiii<sup>e</sup> siècle. *Arnauld de Villeneuve* (1238-1314), qui illustra l'Université de Montpellier, a laissé des descriptions inspirées des Arabes, sans apport personnel.

Un seul texte intéresse la phtisie à la période gallo-romaine. Il est consigné dans l'étude de *J. Nicolas*, « La Médecine dans les œuvres de *Sidoine Apollinaire* ». (*Revue Médicale*, Mont-Dore 1901.)

Nous y constatons qu'on envoyait déjà les tuberculeux aux eaux minérales. L'évêque *Sidoine Apollinaire* (430-489) indique à un de ses amis que le Mont-Dore (Calentes Baiae), convient à la tuberculose pulmonaire débutante et qu'il est au contraire néfaste lorsque la maladie est à un stade avancé.

Quant au remède universel des Gallo-Romains : c'est le gui.

Plus tard, l'Ecole de Salerne et celle du Mont-Cassin parlent de la tuberculose. L'Ecole de Salerne, dans un livre de vers publié en 1224 par *Jean Milan* : *Flos Medicinæ*, et l'Ecole du Mont-Cassin dans l'*Antidotaire Nicolas* (Traduction française du xv<sup>e</sup> siècle publiée à Paris en 1896), nous signalent que la tuberculose est soignée par le lait, surtout celui de chèvre et d'ânesse, qui est nourrissant, le miel qui est fondant et le sel qui est dérivatif.

Malgré l'existence de ces multiples écoles la culture arabe reste prédominante et les documents originaux concernant la phtisiologie des plus rares.

**XVI<sup>e</sup> siècle : La Renaissance.** — Précarité et obscurité des travaux pendant tout le Moyen Age, telle



est la caractéristique des années écoulées depuis Galien jusqu'au xv<sup>e</sup> siècle.

Au début du xvi<sup>e</sup> siècle, au contraire, c'est un embrasement général, véritable flambée littéraire, artistique et aussi médicale. On admire l'œuvre des Grecs et des Latins. Aussi de nombreuses éditions paraissent-elles des Auteurs de l'Antiquité. Galien est imprimé dès 1490. Hippocrate est traduit en latin par Carlo en 1525 ; une édition grecque paraît en 1526 à Venise, en 1593 à Metz. Cette floraison d'éditions explique à cette époque la reviviscence de la médecine hippocratique et galienique.

Curieux de tout voir, tout entendre, tout apprendre, tout discuter, les hommes de la Renaissance se tournent volontiers vers l'alchimie.

*Théophraste Paracelse* (1493-1541), le premier médecin chimiste, identifie les symptômes des maladies à ceux des empoisonnements par l'arsenic, le plomb ou le mercure, et il en déduit que les causes des maladies sont des empoisonnements. Mais chimie et astrologie lui font oublier le rôle de la contagion, comme on peut s'en rendre compte dans « Les 14 livres des paragraphes de *Paracelse* » traduits par C. de Sarcilly (Paris, *Hervé du Mesnil*, 1631).

En phtisiologie, c'est *Jérôme Fracastor* de Vérone (1483-1553) qui domine la Renaissance. On peut consulter à ce sujet « Les Trois livres de Jérôme Fracastor » traduits par L. Meunier (Paris 1893).

Les idées sur la contagion de la phtisie n'avaient pas disparu depuis l'Antiquité. Mais c'est à *Fracastor* que nous devons d'avoir essayé de découvrir la nature de la source de contagion. Son livre parut en 1546 avec un chapitre spécial sur « la phtisie contagieuse » et constitue une date capitale pour la doctrine du contagement tuberculeux qui subira des fortunes et éclipses diverses par la suite. Mais *Fracastor* n'en déduit aucune conclusion prophylactique. Le mérite des mesures de prophylaxie reviendra aux cliniciens des siècles suivants.

A côté de *Fracastor*, citons encore parmi les phtisiologues de la Renaissance :

*Petrus Forestus* (1522-1596), de Hollande.

*Mathieu Ferrari* (1342-1412), de Pavie, avec son « *Traitement préservatif de la phtisie* ».

*Guillaume Rondelet* (1507-1566), ami de *Rabelais*.

*Ambroise Paré* (1510-1592), grand chirurgien qui s'occupa aussi de médecine et décrivit la fièvre hectique et le moyen de la combattre.

Les doctrines hippocratiques étant fort en honneur, rien d'étonnant que l'hygiène et la diététique reprennent une place prépondérante en thérapeutique phtisiologique comme au temps de l'école de Cos.

Le lait réunit tous les suffrages pour l'alimentation. Les cliniciens s'accordent sur la nécessité de donner une nourrice au phtisique. Cette dernière doit être jolie, jeune, vigoureuse, et il paraît bon de lui faire partager le lit du malade pour que celui-ci ait des prises de lait régulières. Inutile d'insister sur les dangers de telles pratiques en dehors même de la contagion...

La balnéothérapie est fort appréciée. A. *Paré* ne la conseille-t-il pas dans la fièvre hectique ?

Quant aux médicaments, ils restent nombreux, mais

un triage éclectique préside à leur prescription dans la tuberculose.

On trouve encore des formules originales : yeux et cendre d'écrevisse (moyen détourné de donner de la chaux), poudre de coquilles d'œufs dans les hémoptysies, Album Graecum ou crottes de jeunes chiens, et aussi opium, soufre, fer, mercure, arsenic, ce dernier employé *larga manu* comme poison : nous sommes à l'époque des *Borgia* et de *L'Aqua Toffana*.

Les cures thermales sont utilisées d'une manière plus systématique qu'au Moyen Age : Mont-Dore, Aix-les-Bains, Eaux-Bonnes, Spa.

Enfin on ne néglige pas la psychothérapie. *Ferrari* conseille aux phtisiques la bonne musique, les chants, les promenades dans de belles contrées, l'élégance dans l'habillement.

**XVII<sup>e</sup> siècle.** — La France ne brille guère en phtisiologie sous le Roi Soleil. L'obscurantisme règne à la Faculté de Médecine de Paris qui se dresse contre tous les chercheurs et innovateurs de l'époque.

Ce sont les Hollandais et les Anglais qui ont entrevu au xvii<sup>e</sup> siècle la notion d'unité et de spécificité de la tuberculose.

Si la Renaissance était le siècle de *Fracastor*, le xvii<sup>e</sup> siècle fut celui de *Sylvius de Leboë* avec sa découverte du tubercule en 1680.

*François Sylvius de Leboë* (1614-1672), d'origine française, s'appelait en réalité Lebois. Professeur en Hollande, à Amsterdam, il signale en 1680 la fréquence de petits tubercules dans les poumons des tuberculeux et leur parenté de nature et d'origine avec les ganglions scrofuleux.

Cette découverte de De Leboë, confirmée par des travaux d'autres cliniciens, est le résultat de recherches expérimentales méthodiques qui vont de plus en plus remplacer l'empirisme fantaisiste.

*Morton Richard* (1635-1698), un Anglais, signale à son tour l'importance considérable des tubercules dont il attribue la cause à un état de viciation du sang. C'est un contagionniste convaincu.

En clinique, il s'égare davantage en décrivant seize phtisies différentes, parmi lesquelles une forme asthmatique et une à évolution lente qui sont sans doute l'équivalent de nos formes abortive et fibreuse.

Citons enfin *Thomas Sydenham* (1625-1683) dont les travaux cependant restent au second plan.

Si la Hollande et l'Angleterre s'illustrent au xvii<sup>e</sup> siècle par les recherches de leurs phtisiologues, par contre en France c'est l'obscurantisme et le recul sous le règne de Louis XIV.

En 1645, la création à Reims d'un hôpital (hôpital Saint-Marcoul), pour isoler les écrouelleux, constitue évidemment une saine mesure de prophylaxie. Mais par ailleurs c'est la lutte ouverte de la Faculté de Médecine contre tous les travaux scientifiques et les tentatives des savants. Ne va-t-elle pas jusqu'à se refuser à admettre la contagion alors que les cliniciens l'affirmaient ?

Alors qu'*Harvey* a décrit la circulation du sang en 1628, que *Malpighi* et *Fracassati* avaient isolé le lobule pulmonaire, et *Sténon* démontré le rôle physiologique du poumon, malgré la connaissance plus

exacte du cerveau, du foie, des nerfs, des vaisseaux, et les travaux des physiologistes, on en est encore à la conception pathogénique de la phtisie par catarrhe encéphalique et pituite corrompue. Vieux reliquat de l'humorisme hippocratique.

En thérapeutique, au XVII<sup>e</sup> siècle, nous retrouvons les prescriptions des âges précédents pour ce qui touche à l'alimentation et aux médicaments, malgré les découvertes des iatro-mécaniciens et iatro-chimistes. Beaucoup de remèdes de bonnes femmes. Les fameuses pilules de *Morton* ne contiennent-elles pas des cloportes pulvérisés ? Quelques produits nouveaux importés en Europe sont aussi essayés contre la phtisie : quinquina, cacao, thé, café, et même tabac. Chocolat et café-au-lait calmeraient la toux, déclare *Mme de Sévigné*.

Contre les douleurs, rhumatismes, écouelles, la « mumie » provenant des momies d'Égypte est encore largement employée. Mais comme les momies se font rares, car les sépultures des pharaons ont été mises à large contribution, on les remplace par de la graisse d'animaux ou même d'homme qu'on se procure chez les apothicaires, auprès des bourreaux ou dans les amphithéâtres d'anatomie.

Quant à l'hygiène du phtisique, elle est orientée, en Angleterre tout au moins, vers la gymnastique et les sports sous l'impulsion de *Sydenham*. Ils favoriseraient, dit ce clinicien, la cicatrisation des ulcérations pulmonaires par augmentation du débit circulatoire dans le poumon. Et le meilleur de tous les sports c'est encore l'équitation. *Sydenham*, d'ailleurs, était propriétaire d'une belle écurie de chevaux de selle qu'il prêtait volontiers à sa riche clientèle.

**XVIII<sup>e</sup> siècle.** — Beaucoup de médecins de ce siècle furent des médecins philosophes, cherchant plus à imaginer des causes variées aux symptômes observés qu'à décrire ces derniers avec exactitude et à les voir évoluer.

Cependant un certain nombre d'acquisitions sont à signaler en phtisiologie.

L'idée de contagion prend corps et conduit à une prophylaxie souvent extrêmement sévère. Des mesures de prophylaxie sociale que l'on peut qualifier d'extrémistes ne sont-elles pas ordonnées en Espagne par l'édit du 6 octobre 1751 (roi Ferdinand VI), et en Italie par l'édit de Naples de 1782 (roi Philippe IV de Naples).

Nous savons d'ailleurs par *George Sand* que *Chopin* crachant du sang en abondance à l'Île Majorque ne put se procurer aucun domestique et fut obligé de quitter l'île.

Parmi les cliniciens, les contagionnistes sont les plus nombreux. A Nancy, en 1750, on brûle sur une place les vêtements d'une malade morte de tuberculose. *Morgagni*, le célèbre anatomo-pathologiste du XVIII<sup>e</sup> siècle (1682-1771), nous signale dans ses « Lettres » qu'il a toujours évité les autopsies de phtisiques par crainte de la contagion.

Vers la fin du XVIII<sup>e</sup> siècle et au début du XIX<sup>e</sup>, des adversaires de la contagion se dresseront avec *Portal Antoine* (1742-1832), *Bayle* et *Andral*, et une opposition se dessinera entre les idées anticontagionnistes

de l'Europe du Nord et les partisans contagionnistes de l'Europe Méridionale.

Rappelons qu'au XVIII<sup>e</sup> siècle se généralise l'emploi du thermomètre permettant une notation et surveillance enfin exactes de la fièvre du tuberculeux, bien que cet instrument eût été déjà utilisé vers 1620 par *Sanctorius* de Padoue.

*Pierre Desault*, un Bordelais, dans un livre paru en 1733, affirme que le crachat est l'agent propagateur de la tuberculose. Son œuvre a été remarquablement analysée par *Pierre Mauriac* : Un grand médecin français, le Bordelais *Pierre Desault* (1675-1737). (Bordeaux, Gounouilhou, 1923.) *Desault* semble entrevoir que la phtisie est toujours unique et de nature tuberculeuse, contrairement aux descriptions de *Morton* avec ses seize phtisies différentes.

*Desault* considère l'hérédité comme une cause prédisposante.

C'est lui qui rapproche la phtisie des écouelles, bien décrites au siècle précédent, mais dont on avait ignoré complètement la vraie nature. *Desault* les envisage comme une véritable métastase de la tuberculose pulmonaire au niveau du cou. Il attribue au mercure un rôle thérapeutique spécifique dans la « pulmonie tuberculeuse », et l'emploie aussi en emplâtre pour fondre les écouelles.

En séméiologie et en clinique, *Auenbrugger*, médecin ordinaire de la nation espagnole à l'hôpital impérial de Vienne, décrit pour la première fois la percussion en 1761. « Nouvelles méthodes pour reconnaître les maladies internes de la poitrine par la percussion », livre traduit du latin avec le texte et commenté par *Corvisart* (Paris, Migneret, 1808).

Ce livre fut ensuite traduit en français par *Rozière de la Chassagne*. Toutefois, cette découverte importante passa presque inaperçue et elle ne sera utilisée comme il convient qu'au siècle suivant, avec *Corvisart* en 1808 et *Piorry* en 1866.

*Lieutaud* (1730-1780), puis *Bichat* (1771-1802) décrivent les premiers avec précision la tuberculose laryngée, tandis que *Marc-Antoine Petit*, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Lyon, consacre sa thèse au même sujet : « De phtisi laryngea », en 1790, à Montpellier.

Citons aussi les descriptions de la tuberculose par *Baglivi* (1696), *Thomas Reid* (1785), *Baumes* (1783).

Nombreux sont les phtisiothérapeutes du XVIII<sup>e</sup> : *Van Swieten* (1700-1772), *Rozière de la Chassagne*, auteur du « Manuel des pulmoniques ou traité complet des maladies de la poitrine » (Paris, Humaire, 1770), *Joseph Raulin* (1708-1784), médecin de Louis XV, *Tronchin* (1708-1781), médecin de Jean-Jacques Rousseau, de Voltaire et des belles vaporeuses.

En vertu des idées régnantes sur les charmes de la nature, les médecins suivent l'avis de *Jean-Jacques*, de *Diderot*, et l'hygiène et la médecine naturelle sont à l'honneur.

On conseille l'exercice, la vie à la campagne, « rustication » de *Van Swieten*, qui aboutit trop souvent à un séjour dans les étables, tant les amants de la nature admirent troupeaux et bergeries.

La diététique est judicieusement établie, dans un juste milieu entre régime débilitant et suralimentation : féculents, céréales, miel, sucre rosat, jus de vian-



de, vins généreux, « phtisane » des anciens préparée avec de l'orge germé, torréfié puis concassé.

Sans doute l'enthousiasme pour le lait décroît-il. Cependant le lait de femme jeune et jolie garde toujours sa notoriété.

Dans son « Manuel des Pulmoniques », *Rozière de la Chassagne* explique les vertus curatrices de ce procédé : « M. Van Swieten attribue cela à une émanation subtile du corps de ces jeunes filles, qui s'insinue, par les pores absorbants, dans le corps du malade épuisé, et le ranime, au détriment de la jeune personne, qui dépérit insensiblement... Mais est-on bien assuré de cette prétendue émanation ? Il paraît plus naturel d'attribuer les avantages de cette méthode (si toutefois elle en a) à des désirs continuellement excités et jamais satisfaits, qui agissent comme un stimulus ou un cordial... »

« Cette méthode doit être proscrite. Je n'alléguerai qu'une seule preuve, qui me paraît concluante. On sait que la phtisie est contagieuse. Cela posé, est-il permis, au détriment d'un individu, de chercher à en sauver un autre, quel qu'il soit ? »

Au point de vue médicamenteux, le gaïac est toujours considéré comme spécifique de la syphilis et de la phtisie, comme le mercure. L'eau de chaux est connue à cette époque-là, et souvent prescrite. L'eau antipulmonique de Marat, à laquelle serait due la guérison

de la marquise de Laubespine, consistait dans une solution de phosphate de chaux (*Cabanes, Marat* guérisseur de la phtisie, *Gaz. hebdomadaire de Méd. et de Chir.*, 29 nov. 1890). Aux balsamiques et expectorants déjà connus, on ajoute l'opothérapie pulmonaire sous forme de bouillon de mou de veau, et aussi l'eau de goudron préconisée par *Berkeley*, évêque de Cloyne.

En ce qui concerne les indications thérapeutiques, les cliniciens distinguent diverses périodes dans la phtisie.

A la phase d'inflammation congestive, souvent accompagnée d'hémoptysies, ils prescrivent les antiphlogistiques : saignée, vésicatoires, les vomitifs, purgatifs, émollients. A la phase d'ulcération pulmonaire, ce sont au contraire les calmants (opium, béchiques, balsamiques), les expectorants, l'eau de chaux, les fortifiants.

Enfin *Gilchrist*, dès 1757, prévoit la création d'un pneumothorax artificiel : « On ferait une ouverture à la poitrine du côté où est la maladie. On sait que sitôt que l'air est introduit dans une des cavités de la poitrine où sont logés les poumons, le lobe de ce côté s'affaisse sur-le-champ et n'a plus de jeu. »

Mais ce n'est là qu'une vue théorique.

La réalisation pratique sera effectuée au XIX<sup>e</sup> siècle,

La Méthode du Docteur PAUL FERRIER

## RÉGIME ET PHOSPHOCALCASE

est indiquée en vue d'un traitement physiologique de la

### TUBERCULOSE

quelles qu'en soient la forme et la localisation.

Strictement appliquée aux formes dites graves, elle a pour but de les transformer rapidement, en formes bénignes et curables.

Littérature et échantillons : LABORATOIRE DE LA PHOSPHOCALCASE, BOURGOIN (Isère).

## ESTOMAC-INTESTIN

DYSPEPSIE

ENTÉRITE

GASTRALGIE

CHEZ L'ENFANT  
CHEZ L'ADULTE

## VALS-SAINT-JEAN

EAU de RÉGIME, FAIBLEMENT MINÉRALISÉE et GAZEUSE

Envoi gratuit d'échantillons et de Notices à MM. les Docteurs sur demande adressée

DIRECTION-VALS-GÉNÉRALE : 53, Boul<sup>e</sup> Haussmann, Paris (9<sup>e</sup>). Téléphone 227-78.

ANÉMIE PALUDEENNE. — Source Dominique.

VALS-LES-BAINS. — Saison du 1<sup>er</sup> juin au 1<sup>er</sup> octobre.

expérimentalement par Carson (1822) ; cliniquement par Ramadage (1836).

La méthode ne sera diffusée utilement qu'après les travaux de Forlanini.

En somme, au XVIII<sup>e</sup> siècle, pas mal de mises au point, mais sans grande portée pratique. Comme le dit Rist : « Une infinité de systèmes, pas une méthode. »

L'esprit scientifique ne naîtra vraiment qu'au XIX<sup>e</sup> siècle.

(A suivre.)

## SOCIÉTÉS SAVANTES

### ACADEMIE DE MEDECINE

(SÉANCE DU 29 OCTOBRE 1935)

M. LE PRÉSIDENT fait part du décès de M. Etienne (de Nancy), correspondant national depuis 1920 dans la première section (médecine).

**Notice nécrologique.** — M. GORIS donne lecture d'une notice nécrologique sur M. Gérard (de Lille), récemment décédé.

**Rapport sur les vaccinations.** — M. LEREBoullet présente à l'Académie le rapport général sur les vaccinations pratiquées en France, aux Colonies et dans les Pays de Protectorat, rapport établi par M. H. Bénard, Directeur de l'Institut supérieur de Vaccine.

En France, le nombre des opérations vaccinales pratiquées en séances publiques au cours de l'année 1934 s'élève à 1.394.446, les vaccinations à domicile estimées par le nombre des certificats déposés ont été de 130.430. Le nombre des opérations vaccinales est en diminution de 43.775 sur l'année précédente, de même que celui des certificats qui est en diminution de 7.798 sur l'an dernier.

Dans l'ensemble la vaccination a donné des résultats satisfaisants. Certains départements signalent toutefois soit quelques réactions vaccinales violentes, soit au contraire quelques pourcentages relativement peu élevés de résultats positifs. Ces faits montrent une fois de plus la nécessité qu'il y a de pratiquer le contrôle systématique de toutes les préparations vaccinales et de ne pas se contenter, comme on l'a fait jusqu'ici, d'un simple sondage ne portant que sur quelques-unes des pulpes vaccinales utilisées.

Ce contrôle systématique pourrait être facilement effectué par l'Institut Supérieur de Vaccine de l'Académie de Médecine moyennant une faible augmentation de ses crédits. Malheureusement, non seulement ces crédits n'ont pas été augmentés, mais ils ont subi, au cours de ces dernières années, de préjudiciables réductions.

**Variole :** Seize cas suspects de variole ont été signalés dans six départements, dont quelques-uns dans la Haute-Saône et dans la Marne suivis de décès.

**En Algérie :** dix-neuf cas de variole ont été relatés contre 29 en 1933. Le pourcentage des sujets vaccinés par rapport à la population est de 10,8 %.

**Aux Colonies :** Il a été pratiqué 9.010.074 vaccinations en 1933, chiffre légèrement inférieur à celui de 1932. La variole est en légère diminution sur l'année précédente : 8.094 cas ont été signalés contre 8.406 en 1932.

**Au Maroc :** Le nombre des cas de variole n'a été que de 55 en 1934 (112 en 1933). Il a été pratiqué 710.880 vaccinations.

**En Tunisie :** 350.608 opérations vaccinales ont été effectuées en 1934. On ne signale que trois cas de variole.

**Enquête sur les résultats de la vaccination antituberculeuse par le B. C. G. dans la Kasba d'Alger.** — MM. Ed. SERGENT, DUCRET, ROUGEBIEF et BÉRAUD. Les résultats de cette enquête montrent chez les non-vaccinés par B.C.G. un excédent de morts de 29 % par rapport aux vaccinés.

**Les accidents produits par le benzène, le pyramidon et le dinitrophénol et action antagoniste du luminal.** — MM. D. DANIELOPOLU, I. MARCOU et N. GINGOLD. Le pyramidon produit chez le chien les mêmes phénomènes que le benzol (phénomènes circulatoires, respiratoires et nerveux). Nous avons trouvé un antagoniste de ces deux substances. Le luminal prévient et guérit les convulsions provoquées soit par le benzène, soit par le pyramidon.

Le pyramidon semble exercer la même action nocive sur les organes hématopoiétiques que le benzène. S'il ne provoque pas l'agranulocytose, mais une vulnérabilité spéciale des organes hématopoiétiques, qui diminue les moyens de défense de l'organisme vis-à-vis des infections, le sang circulant peut rester normal. Mais une amygdalite banale chez un homme intoxiqué par le pyramidon, peut provoquer l'angine nécrotique agranulocytaire, maladie presque toujours mortelle.

Le pyramidon seul provoque des phénomènes subjectifs qui empêchent beaucoup de malades de s'en servir. L'association du luminal ou d'un autre barbiturique, par leur action calmante sur le système sensitif du cœur, empêche les troubles subjectifs et masque les effets nocifs du pyramidon sur les organes hématopoiétiques. Le grand nombre de spécialités pharmaceutiques lancées dans le commerce, contenant du pyramidon associé à un barbiturique, la consommation intense qu'en font les malades sans ordonnance du médecin et sans même savoir la composition de la spécialité, sont causes de certains cas d'agranulocytose. Le dinitrophénol lancé dans le commerce sous le nom de Dinitra et employé, surtout par les femmes, dans le but de maigrir, provoque les mêmes accidents et en plus la cataracte aiguë, avec perte complète de la vue.

Du dinitrophénol nous pouvons nous dispenser dans la thérapeutique. Ce médicament doit être soumis à un contrôle sévère. Nous ne pouvons, par contre, pas nous dispenser des préparations pyramidon-barbiturique.

Il serait impossible de demander l'ordonnance du médecin pour la vente de ces produits. Mais nous devons exiger qu'on inscrive sur le flacon la composition de la spécialité. Le médecin doit avoir l'attention attirée sur les accidents que peut provoquer le pyramidon, faire l'examen périodique du sang et surtout appliquer l'épreuve réactionnelle au nucléinate de soude chez les sujets qui consomment de grandes quantités de cette substance.

**La prophylaxie antidiphthérique au préventorium de Flavigny (Meurthe-et-Moselle) de 1927 à 1935.** — MM. PARISOT, MELNOTTE et ENGEL.

**Action de l'héliothérapie sur l'activité phosphatasique du sérum (3<sup>e</sup> note).** — MM. AIMES et CAYLA.

### SOCIÉTÉ DE MEDECINE DE PARIS

(SÉANCE DU 10 OCTOBRE 1935)

**Présentation d'appareil de mesure cardio-vasculaire.** — M. A. BÉCART présente un appareil de mesure cardio-vasculaire, le systolomètre à mesure totale de Walter en millimètres d'eau et centimètres de mercure, qui permet de mesurer les pressions artérielles par des moyens entièrement métriques, les résultats recherchés étant le point de coordonnées géométriques, de noter la moyenne par suite d'une inertie mécanique minime, de substituer à la terminologie



<b>AÉROCID</b> AIR TUE	nouveau traitement DE L'AÉROPHAGIE	un cachet ou deux comprimés au lever et au coucher
	PAR L'OPOTHÉRAPIE	
LABORATOIRE DE L'AÉROCID, 71, RUE SAINTE-ANNE, PARIS		

## USAGE ENFANTS DES DOCTEURS NÉO-LAXATIF CHAPOTOT

*Sirop d'Agrément*  
au **SUC D'ORANGE**  
mannité

Entièrement végétal.  
Inoffensif - Délicieux

**AUBRIOT** 56, Boul<sup>d</sup> Ornano  
PARIS



*Le Meilleur et le plus  
doux des Laxatifs.*

Exempt de Drastiques, de  
Phtalleine de Phénol,  
de Belladone.

ÉCHANTILLON MÉDICAL  
GRATUIT SUR DEMANDE.

# IODONE ROBIN

*Gouttes - Comprimés - Injectable*

**ARTHRITISME, ARTÉRIO-SCLÉROSE, ASTHME**  
**GOUTTE, RHUMATISME, EMPHYSÈME**

R. C., 221.839  
Seine.

**LABORATOIRES ROBIN, 13. Rue de Poissy. PARIS**

## LAC-SER

LACTOSERUM DESSÉCHÉ

Un paquet de 5 gr. dilué dans 100 gr. de liquide  
reconstitue 100 gr. de lactoserum naturel

Boîte de 30 paquets

LABORATOIRE

MONTAGU

49, B<sup>d</sup> de PORT-ROYAL

PARIS

INFECTIONS  
CHRONIQUES

# IODASEPTINE CORTIAL

7, r. de l'Armorique  
PARIS (XV<sup>e</sup>)

qualitative, une définition du pouls au moyen d'expressions chiffrées en unités issues du système métrique décimal français : en millimètres d'eau.

**A propos du traitement des varices.** — MM. L. et M. FILDERMAN, répondant à un article du professeur Alglave, montrent que les injections oblitérantes de varices sont beaucoup moins graves et plus efficaces que la saphénectomie. Il suffit de 4 ou 5 piqûres en moyenne, et, en cas de récurrence, 1 ou 2 tous les deux ans. Les escarres qu'elles peuvent entraîner sont exceptionnelles et d'ailleurs sans gravité ; les embolies ne se voient pas avec les techniques employées en France. La méthode s'applique efficacement à tous les cas. La saphénectomie, par contre, est une opération trop grave par l'étendue de l'incision, et des décollements, la durée de l'intervention et l'hospitalisation (3 mois). Elle est incomplète, exposant aux récurrences, aux phlébites et aux cicatrices vicieuses. Elle ne s'applique, d'ailleurs, qu'à un nombre restreint de cas.

**Les angines de poitrine en clinique.** — M. A. PRUCHE apporte les conclusions de l'analyse de 150 cas d'angine de poitrine qu'il a tous examinés au quadruple point de vue : clinique, valeur fonctionnelle du cœur, radiologique, électrocardiographique. a) La meilleure classification des syndromes angineux est basée sur la valeur fonctionnelle du cœur, normale, asthénique, plégique. b) Il n'y a aucun signe radiologique cardio-aortique appartenant en propre à l'angine de poitrine. c) Les altérations de l'électrocardiogramme considérées comme pathognomoniques manquent souvent ou existent en dehors de tout syndrome angineux. d) L'interrogatoire est l'élément « princeps » du diagnostic : existence d'algies thoraciques à caractère constrictif et angoissant apparaissant à l'effort et calmées au repos. e) Le pronostic doit toujours être réservé, même si les examens radiologique et électrocardiographique paraissent rassurants. L'auteur insiste sur le danger de la notion « fausse angine de poitrine » qui souvent fait méconnaître un syndrome angineux authentique ; il montre enfin la bienfaisante action des bains de bras chauds que préconisait déjà son maître Alfred Martinet.

**A propos de la chirurgie esthétique mammaire.** — M. Robert KAUFMANN considère comme hors du sujet les questions relatives à l'opportunité ou aux objections prétendues morales de la chirurgie esthétique mammaire. Objectivement la question comporte l'étude de trois chapitres fondamentaux : anatomie artistique ; anatomie chirurgicale ; technique opératoire. L'auteur développe ces trois chapitres avec projections à l'appui.

**Point de repère des mamelons, par rapport au thorax, en chirurgie mammaire. (Projections).** — M. DARTIGUES, s'appuyant sur des notions de structure d'art antique et moderne, sur des exemples vivants s'approchant d'une certaine perfection, et enfin sur des notions anatomiques précises, insiste sur la nécessité d'établir d'une façon très exacte les points de repère majeurs en chirurgie plastique mammaire, c'est-à-dire les mamelons. Il projette de nombreux exemples démonstratifs de modèles, des dispositifs de radiographie thoracique et arrive à conclure que le mamelon est nettement dans le 4<sup>e</sup> espace intercostal correspondant par rapport à la colonne vertébrale, à une ligne qui passerait entre la 9<sup>e</sup> et la 10<sup>e</sup> vertèbre dorsale. L'auteur est le premier, par l'usage de la radiographie, à avoir précisé ces rapports, il y a déjà dix ans, au Congrès Français de Chirurgie. Il passe en revue des types très distincts de prolapsus ou d'hypertrophie mammaire, indique la place des seins défectueux, dans diverses positions prises, indiquées par lui, le premier, dans l'examen clinique de la patiente qui doit être opérée. Il termine par des exemples de résultats, dans divers procédés, tout à fait démonstratifs.

## CHRONIQUE

### LA JOURNÉE DU RHUMATISME

La journée organisée par la *Ligue française du Rhumatisme* vient de se tenir à Paris. Elle a soulevé un vif intérêt, on le doit surtout à l'activité de son président, le professeur F. Bezançon, et de son secrétaire général, M. Mathieu-Pierre Weil.

La réunion était consacrée aux *arthrites non tuberculeuses de la hanche*, elle eut lieu en deux séances : le matin, présentation de malades à l'hôpital Cochin, sous la présidence du professeur Mathieu ; le soir, séance de travail à la Faculté de Médecine, où le doyen M. Roussy accueillit fort aimablement les congressistes.

M. le président Bezançon prit ensuite la parole : on sait qu'il va quitter la présidence occupée par lui depuis trois ans. Il rappelle d'abord que la Ligue française fut fondée il y a six ans et placée alors sous la présidence de M. Marcel Labbé.

Entre les grands congrès internationaux — et nous ne pouvons oublier le Congrès international d'Aix-les-Bains, que Bezançon présida l'an dernier avec tant d'autorité — la Ligue française se réunit très fréquemment dans l'un des services hospitaliers de Paris.

Aujourd'hui la réunion est consacrée à l'*ostéo-arthrite déformante*, dont Bezançon fait une étude magistrale. L'examen des moyens thérapeutiques lui montre que, loin d'opposer les méthodes, il faut utiliser toutes les ressources de la vieille crénothérapie, de la physiothérapie, de l'orthopédie. Il faut penser surtout à ce que peut nous donner la chirurgie spécialisée.

La séance de travail commença alors. On entendit les rapports de MM. Delarue, M.-P. Weil, le professeur Mathieu, Dausset, Robert Merklen. Nous y reviendrons.

Contentons-nous pour aujourd'hui d'insister sur l'intérêt des travaux de la Ligue. Le grand nombre de confrères qui y ont participé en est une preuve et nous devons citer en particulier les éminents médecins étrangers qui étaient présents : M. le professeur Koutchalowsky (de Moscou), Mme le professeur Reicher (de Varsovie), MM. Bach (de Londres), Deporter (de Bruges), Delcroix d'Ostende, Hermissso Castells (de Barcelone).

Après les séances de travail, les congressistes se retrouvèrent dans un cordial dîner où des toasts furent portés par MM. Bezançon, Koutchalowsky et M.-P. Weil.

F. L. S.

**Souffrances de Frédéric Chopin. Essai de médecine et de psychologie**, par Edouard GANCHE. In-8° de 287 pages, avec 4 illustrations. — Prix : 20 fr. — Au Mercure de France, 1935, 26, rue de Condé, Paris (6<sup>e</sup>).

**Manuel de sérologie pratique**, par Edouard PEYRE, avec une préface du professeur Roussy. In-8° de 272 pages. — Paris, Félix Alcan. — Prix : 20 fr.

**La goutte larvée. Pneumopathie gouteuse primitive**, par le docteur H. BOULOMMIER. Grand in-8° de 52 pages. — Prix : 8 fr. — Paris, G. Doin et Cie.

**Technique des bandages et pansements de pratique courante**, par le docteur A. Besson. Un volume in-8° de 164 pages, avec 96 figures. — Prix : 16 fr. (par la Croix-Rouge : 15 fr.). Douzième édition. — René Giard, libraire, 2, rue Royale, Lille.

Le Directeur-gérant : D<sup>r</sup> François LE SOURD.



# ANGIOXYL

par son action trophique vasculaire  
et vagotonisante  
CONSTITUE LA MÉDICATION SPÉCIFIQUE

dans

- L'ANGINE DE POITRINE
- L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE
- L'ARTÉRIOSCLÉROSE
- LES ACCIDENTS DE LA MÉNOPAUSE
- LA MALADIE DE BASEDOW
- LA MALADIE DE RAYNAUD
- LES TROUBLES CIRCULATOIRES

AMPOULES : 1 à 3 par jour  
en injection intra-musculaire

SIROP : 2 à 3 cuill. à dessert par jour

AUCUNE CONTRE-INDICATION



*Echantillons et Littérature*

Laboratoires du D<sup>r</sup> ROUSSEL  
97, r. de Vaugirard, PARIS-6°

TÉLÉPHONE : LITRÉ 68-24

n.c. 18.000

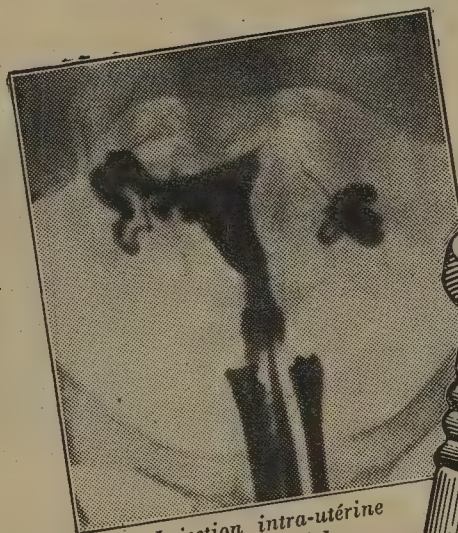
*Roger Dacosta. Edit.*

# LIPIODOL LAFAY

THÉRAPEUTIQUE IODORGANIQUE ET RADIODIAGNOSTIC

Huile iodée à 40%.

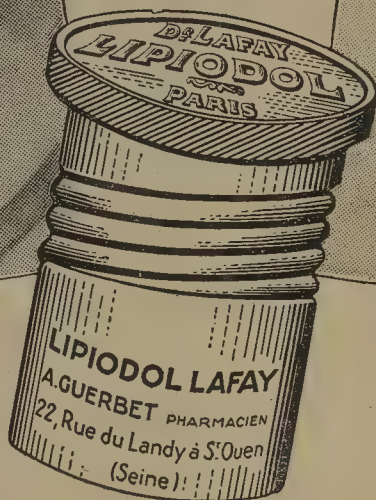
54. centigr. d'iode pur par centi. cube



*Injection intra-utérine  
de Lipiodol*

POUR COMBATTRE

ASTHME  
ARTÉRIOSCLÉROSE  
LYMPHATISME  
RHUMATISME  
ALGIES DIVERSES  
SCIATIQUE  
SYPHILIS



*Injection intra-fistulaire  
de Lipiodol*

POUR EXPLORER

VOIES RESPIRATOIRES  
UTÉRUS ET TROMPES  
SYSTÈME NERVEUX  
VOIES URINAIRES  
SINUS NASAUX  
VOIES LACRYMALES  
ABCÈS ET FISTULES

AMPOULES, CAPSULES,  
EMULSION, COMPRIMÉS

**A. GUERBET & C<sup>IE</sup>**

Pharmacien

Ex-interne des Hôpitaux de Paris

22, Rue du Landy

St-OUEN (près Paris)

**Dosage :**

1 cm<sup>3</sup>. = 0 gr. 54 d'iode

1 capsule  
1 cuiller à café  
d'émulsion } = 0 gr. 20  
d'iode

1 comprimé = 0. gr. 04 d'iode

LIPIODOL à 20%

LIPIODOL à 10% Ascendant



*La Lancette Française***GAZETTE DES HOPITAUX****CIVILS ET MILITAIRES****PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI****ADMINISTRATION ET RÉDACTION :****49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6<sup>e</sup>. Tél. : Danton 48-31.****PUBLICITÉ : M. A. THIOILLIER, 146, boulevard Raspail, PARIS (6<sup>e</sup>) - Téléph. : Littré 54-93.****PRIX DE L'ABONNEMENT****FRANCE****3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.***Etudiants : 25 francs par an.**On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.***ETRANGER****Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.****Tous les autres pays : 75 francs.****SOMMAIRE****NOTES DE MÉDECINE PRATIQUE***Le régime dans la diarrhée commune des nourrissons élevés au lait de vache; par M. L. BABONNEIX.***LIGUE FRANÇAISE CONTRE LE RHUMATISME, par M. M. LANCE.****V<sup>e</sup> CONFÉRENCE DE L'ASSOCIATION INTERNATIONALE DE PÉDIATRIE PRÉVENTIVE, par M. J. HUBER.****LES NOUVEAUX DÉCRETS-LOIS****ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS****NOTES POUR L'INTERNAT***Œdème aigu du poumon. Signes, diagnostic, traitement d'urgence.*

toirement tenus d'occuper, pour rédiger leurs compositions, les places marquées à leur nom.

**HÔPITAUX DE PROVINCE. — NANCY. —** Le concours de l'internat s'est terminé par les nominations suivantes :**Internes titulaires :** MM. Jacops, Royer, Godot, Boquet, Chevillot.**Externes en premier :** MM. Cordier, Lecoanet, Heully.**FACULTÉS DE MÉDECINE. — AGRÉGATION DE MÉDECINE. (Voir p. 1508.)****HÔPITAL BROUSSAIS. (Service de M. le professeur Sergent.)** — M. le professeur Danielopolu (de Bucarest) fera une conférence le vendredi 8 novembre, à 11 h. du matin.**COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. —** M. le professeur Bernard A. Houssay, de la Faculté des sciences médicales de Buenos-Ayres, fera une conférence le mercredi 6 novembre 1935, à 16 h., au grand amphithéâtre, sur le sujet suivant : « Les bruits du cœur. »

— M. le professeur Danielopolu, de la Faculté de médecine de Bucarest, fera une conférence le mardi 12 novembre 1935, à 18 h., au grand amphithéâtre, sur le sujet suivant : « Le goitre endémique en Roumanie. »

— *Cours libre sur l'assistance médico-sociale.* — M. le docteur P.-F. Armand-Delille commencera le mercredi 6 novembre 1935, à 6 h. du soir, à la Sorbonne (amphithéâtre Michelet), et continuera les mercredis suivants, à la même heure, une série de conférences sur l'assistance médico-sociale et l'organisation du service social.**NÉCROLOGIE. —** Nous apprenons avec une peine sincère la mort du docteur François Lautié, médecin-chef de l'hôpital de la Providence à Bédarieux. Notre confrère était un praticien de très grand savoir et d'une haute expérience, il était**INFORMATIONS****HÔPITAUX DE PARIS. — Concours d'électro-radiologiste des hôpitaux.** — Un concours pour la nomination à huit places (au maximum) d'assistants d'électro-radiologie des hôpitaux de Paris sera ouvert le jeudi 28 novembre 1935, à 9 h., à l'administration centrale (salle des Commissions), 3, avenue Victoria.

Cette séance sera consacrée à l'épreuve sur titres.

MM. les docteurs en médecine qui désireront concourir et qui rempliront les conditions réglementaires seront admis à se faire inscrire au bureau du Service de santé de l'administration, de 14 à 17 h., du lundi 4 au mercredi 13 novembre 1935 inclusivement.

— *Concours pour la nomination aux places d'élève externe en médecine vacantes le 1<sup>er</sup> mai 1936 dans les hôpitaux et hospices civils de Paris.* — L'ouverture du concours aura lieu le samedi 14 décembre 1935, à 9 h. 1/2, au parc des Expositions, porte de Versailles, Paris (XV<sup>e</sup>).

Les étudiants qui désirent prendre part à ce concours seront admis à se faire inscrire à l'administration centrale, 3, avenue Victoria, bureau du Service de santé, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de 14 à 17 h., depuis le lundi 4 novembre jusqu'au mercredi 27 novembre 1935 inclusivement.

Seront seuls admis dans la salle où aura lieu la composition écrite les candidats porteurs de la carte d'identité et du bulletin spécial délivré par l'administration et constatant leur inscription au concours. — Les candidats sont obliga-

**EXTRAIT DE MALT FRANÇAIS  
DÉJARDIN****Bière de Santé - Eupeptique - Galactagogue**

particulièrement estimé dans la région de Montpellier. Bien souvent nous avons la joie de le rencontrer dans les réunions confraternelles et les congrès. Nous garderons un pieux souvenir de cet excellent confrère.

— Nous apprenons aussi la mort de MM. les docteurs Jean Rey (de Millau), Louis Waquet (de Lorient), Galvaing, maire de Decize, conseiller général de la Nièvre; M. Denis Bernard, étudiant en médecine, décédé à Montélimar.

**LE BON PAIN.** — L'expérience du « Bon pain », que nous avons déjà annoncée, se fera à Paris et dans le département de la Seine.

Mais pour que cette expérience ait sa pleine valeur, il a été convenu qu'elle serait non seulement anonyme, mais relativement secrète, c'est-à-dire dépourvue de toute publicité.

Il faut que le public, *non prévenu*, puisse donner son opinion spontanée.

Ainsi — a-t-il été reconnu — l'expérience ne saurait se prévaloir d'une suggestion quelconque sur le client, et sa valeur sera-t-elle plus concluante. (*Communiqué de la Confédération des syndicats médicaux français.*)

## DÉCRETS-LOIS

### LES NOUVEAUX DÉCRETS-LOIS

Parmi les nouveaux décrets-lois relevant de la Santé publique, signalons ceux qui intéressent plus particulièrement la profession médicale, l'hygiène et la protection de l'enfance.

— Décret complétant la loi du 15 février 1902, sur la protection de la santé publique, en vue d'assurer la protection des eaux potables, notamment par la création de périmètres de protection, et l'interdiction de canaux d'amenée à ciel ouvert, et d'assurer le raccordement des immeubles au réseau d'égouts.

Le même décret établit, par ailleurs, les conditions de surveillance et de protection des gisements naturels d'huîtres et établissements ostréicoles et coquilliers;

— Décret portant organisation des services antivénériens en vue de permettre un contrôle plus rigoureux des crédits actuellement consacrés à la lutte antivénérienne, et d'assurer à celle-ci plus d'efficacité;

— Décret fixant à un an le délai minimum au cours duquel l'assisté ne pourra, sans autorisation, faire appel à un autre médecin que celui qu'il aura choisi au moment de la confection de la liste d'assistance médicale, ou à l'occasion de sa première maladie;

— Décret rendant obligatoire pour le médecin traitant ou pour la famille la déclaration de certains cas de maladie contagieuse figurant sur une liste à dresser par décret rendu sur le rapport du ministre de la Santé publique, après avis de l'Académie de médecine et du conseil supérieur d'hygiène de France;

— Décret prescrivant la codification des lois et des règlements sur l'hygiène en vue d'assurer une coordination méthodique et une meilleure application technique des textes en vigueur;

— Décret portant organisation dans tous les départements des inspections départementales d'hygiène en vue d'obtenir une meilleure utilisation des crédits d'hygiène publique et sociale, une protection plus efficace de la santé publique, et, par suite, une diminution des dépenses d'hygiène et d'assistance;

— Décret supprimant les petits établissements hospitaliers dont l'activité se borne à distribuer des secours à

domicile et qui font ainsi double emploi avec les bureaux de bienfaisance;

— Décret subordonnant à l'autorisation du ministre de la Santé publique l'ouverture des sanatoria privés, ainsi que les modifications portant sur les bâtiments et les conditions d'exploitation de ces établissements;

— Décret réduisant de 12 à 3 mois les délais pendant lesquels pourront être présentées les demandes d'allocation d'allaitement et aux femmes en couches;

— Décret supprimant le bénéfice de l'indemnité des soins de 10.000 francs, versés à tout pensionné à 100 % pour tuberculose non hospitalisé dans un sanatorium ou un hôpital qui, en continuant à cohabiter avec ses enfants, refuserait, en cas de danger de contagion, de placer lui-même ses enfants ou de les confier à des œuvres de lutte antituberculeuse;

— Décret prévoyant la fixation par décret pris sur la proposition du ministre de la Santé publique, après avis de la commission permanente de la tuberculose, des conditions de recrutement et des nominations par voie de concours sur titres, des médecins, médecins chefs, médecins directeurs et directeurs administratifs des sanatoria publics et assimilés;

— Décret permettant aux préfets de prononcer en cas d'urgence l'admission au bénéfice de l'assistance médicale gratuite des tuberculeux indigents qui sollicitent leur placement dans un sanatorium;

— Décret modifiant la loi du 23 décembre 1874, en vue de renforcer et d'étendre la protection sanitaire des enfants du premier âge;

— Décret modifiant la loi du 28 juin 1904, relative aux pupilles difficiles ou vicieux, ou autorisant le placement de ces derniers par les tribunaux civils dans des établissements et des œuvres qui n'ont pas le caractère pénitentiaire;

— Décret prévoyant l'application aux prix de journée payés par les collectivités publiques aux établissements hospitaliers des réductions résultant des décrets-lois pris en application de la loi du 8 juin 1935;

— Décret limitant l'attribution des primes à la natalité aux familles non inscrites à l'impôt général sur le revenu;

— Décret prévoyant l'institution d'un règlement sanitaire départemental;

— Décret portant interdiction de cumul entre les fonctions de membres de la commission administrative d'un établissement public hospitalier et de médecin chef, médecin ou chirurgien de cet établissement;

— Décret relatif à la répartition des dépenses d'assistance;

— Décret modifiant la loi du 27 juin 1904 sur le service des enfants assistés;

— Décret prévoyant la possibilité de révision en 1935 et 1936, en cours d'année, des prix de journée d'entretien des malades dans les sanatoria publics;

— Décret modifiant la loi du 27 juin 1904, permettant le placement des enfants assistés dans des centres d'élevage, des établissements et œuvres, des écoles d'apprentissage, dans les cas où il n'y aura pas lieu de recourir au placement à la campagne, chez les particuliers;

— Modification des amendes. (Voir dans le même numéro, page 1503 : aux confrères automobilistes.)

**QUATAPLASME** du D<sup>r</sup> LANGELEBERT  
PANSEMENT COMPLET  
Phlegmasi, eczémas, brûlures, etc

Extrait hépatique  
de Morue irradié.

**MORUBIASE**  
PILULES ET GRANULES

Rachitisme.  
Lymphatisme.

Néoralgies  
Névralgies

**BROMÉINE MONTAGU**





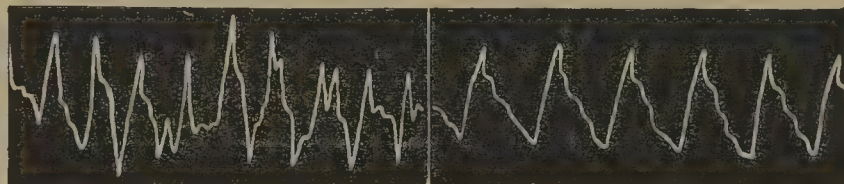
Cardiopathies, collapsus, shocks  
Etats asphyxiques, toxiques et infectieux

# CORAMINE

NOM DÉPOSÉ

diéthylamide de l'acide pyridine- $\beta$ -carbonique

Médicament toni-cardiaque ingérable et injectable



Arme puissante et fidèle pour combattre la défaillance cardiaque,  
les stases pulmonaires, l'adynamie nerveuse.

## GOUTTES

TRAITEMENT PROLONGÉ

Tous cœurs insuffisants  
lésionnels ou séniles

XX à C gouttes  
par 24 heures

## AMPOULES

INDICATION D'URGENCE

Toute défaillance aiguë  
du Myocarde

2 à 6 cc. par voie sous-  
cutanée ou intra veineuse

Voie intraveineuse et sous-cutanée  
parfois intra-cardiaque

LABORATOIRES CIBA-O.ROLLAND, Pharmacien

109-111-113, BOULEVARD DE LA PART-DIEU - LYON

# THÉRAPEUTIQUE SALICYLÉE

SOUS FORME D'ASSOCIATION

CAFÉINÉE

## RHOFÉINE

ASPIRINE: 0,GR.50  
CAFÉINE: 0,GR.05

*Comprimés et cachets*

MÉDICATION SALICYLÉE  
DES DÉPRIMÉS  
ET DES GRIPPÉS

*Toujours bien tolérée par  
l'estomac et le rein*

ODETTE  
ZÉAU

EPHÉDRINÉE

## CORYPHÉDRINE

ASPIRINE: 0,GR.50  
SANÉDRINE: 0,GR.015

*Tube de 20 comprimés*

MÉDICATION EUPNÉIQUE  
DES ÉTATS D'HYPERSÉCRÉTION

DES VOIES RESPIRATOIRES  
SUPÉRIEURES

SOCIÉTÉ PARISIENNE  
D'EXPANSION CHIMIQUE  
**SPÉCIA**

MARQUES POULENC FRÈRES & USINES DU RHÔNE  
21, RUE JEAN GOUJON · PARIS · 8<sup>e</sup>



## BRIANÇON

1350 M.

d'Altitude

125 Chambres pour Dames  
et Jeunes Filles.

Organisation sanatoriale  
et médicale moderne

Galeries de Cure privées

Train rapide & direct: PARIS-LYON  
Briançon • Autocars: GRENOBLE  
MARSEILLE

Médecins Présidents: D<sup>rs</sup> M. & O. PIN

# Sanatorium Hôtel des NEIGES.



## NOTES DE MÉDECINE PRATIQUE

LE RÉGIME DANS LA DIARRHÉE COMMUNE DES NOURRISSONS ÉLEVÉS AU LAIT DE VACHE<sup>1</sup>

Par M. L. BABONNEIX,

Médecin de l'hôpital Saint-Louis (Annexe Grancher).

**Syn.** — *Dyspepsie aiguë des auteurs allemands. Diarrhée de gravité moyenne avec retentissement sur l'état général (R. Mathieu).*

Caractérisée surtout par des selles, soit muco-grumeleuses, soit liquides, la diarrhée commune des nourrissons élevés au lait de vache (Marfan) est justiciable d'un régime approprié. Si, vraiment, la cause en est le lait, il n'y a qu'à le supprimer. Mais comment ? Et par quoi le remplacer ?

§ I. Pour le Prof. Marfan, il y a lieu de distinguer les cas où elle est *primitive* et ceux où elle est *secondaire*.

En cas de diarrhée primitive, commencer par la diète hydrique, qu'on ne prolongera, en aucun cas, plus de deux jours. Généralement, au bout de 24 heures, la diarrhée diminue, les vomissements disparaissent, la température s'abaisse. Cette amélioration ne se produit-elle pas, inutile de continuer, mieux vaut tâcher de réalimenter discrètement le petit malade.

La réalimentation représente la phase délicate par excellence.

*Quel aliment choisir ?*

Avant 4 ou 5 mois, on s'adressera, toutes les fois que la chose sera possible, au lait de femme, à son défaut, et par ordre de mérite :

Au lait d'ânesse ;

Aux succédanés du lait de vache :

Babeurre, aliment anti-diarrhéique de haute valeur, qui, souvent, « réussit à rendre les selles moins fréquentes, plus consistantes, plus homogènes, plus jaunes et moins muqueuses. Il permet donc d'alimenter l'enfant et empêche une trop grande déperdition de poids » (Marfan).

Lait concentré ;

Lait desséché, à condition d'employer la poudre de lait maigre, malheureusement plus difficile à se procurer que la poudre demi-maigre ;

S'il est impossible de faire autrement, au lait de vache modifié, qu'il soit écrémé, stérilisé ou, de préférence, homogénéisé.

L'enfant a-t-il plus de 5 ou de 6 mois, on peut, au début, pendant 1 à 2 jours, essayer d'un régime strictement farineux : bouillies de farine (froment, riz) à l'eau, sans sucre, décoction d'orge et de riz.

On ajoute ensuite, soit aux bouillies, soit aux décoctions précédentes, un peu de lait et un peu de sucre, et, s'ils sont bien supportés, on augmente peu à peu la quantité. Les résultats sont généralement très bons. Ils sont encore meilleurs (Marfan) si, pour la préparation de la bouillie, on substitue le babeurre au lait.

Chez les nourrissons de 3 à 6 mois, on se trouvera particulièrement bien des bouillies maltées.

Pour que ces divers aliments soient tolérés, il est indispensable (Marfan) :

Que la réalimentation soit progressive, « condition indispensable pour habituer l'organisme à tolérer la nourriture et pour éviter les rechutes » ;

Que la quantité de liquide soit toujours suffisante : 150 gr. par kilogr. et par jour avant un an ; plus tard, un litre environ par jour.

Pour appliquer ces règles, on a le choix entre deux procédés : donner très souvent de petites quantités de nourriture ; donner des repas séparés par les mêmes intervalles qu'à l'état de santé, mais avec des quantités d'aliments croissantes d'un repas à l'autre.

De ces méthodes, la première convient aux jeunes enfants et à ceux que la maladie a particulièrement éprouvés, la seconde, à des enfants de plus de six mois, dont l'état général est resté satisfaisant (Marfan).

De toutes manières, la réalimentation doit être surveillée de très près : le médecin doit venir tous les jours, et tenir compte, pour établir le régime, des modifications constatées. Au besoin, il prescrira, de temps à autre, de petites périodes de diète hydrique. Il attachera une importance particulière à deux éléments :

Température : celle-ci atteint-elle ou dépasse-t-elle + 39°, il faut faire machine arrière ;

Poids, qui, au début, ne doit pas diminuer ou ne diminuer que très peu.

En cas de diarrhée secondaire, même régime, mais appliqué avec moins de rigueur.

§ II. Pour M. R. Mathieu, il convient, avant tout, de distinguer deux ordres de malades : les *eutrophiques*, dont la nutrition est normale, et les *dystrophiques*, chez qui elle est déjà troublée, ainsi qu'en témoignent l'arrêt de la taille et du poids, la flaccidité des chairs.

Chez les eutrophiques, il faut envisager trois phases :

1. Une *initiale*, courte, justiciable de la diète hydrique ;
2. Une de réalimentation *progressive*, durant une à deux semaines, à laquelle convient l'un des aliments suivants, variable avec les circonstances : expérience du médecin, âge du malade, condition sociale, etc. ;

Babeurre maigre, complètement écrémé, additionné d'une petite quantité de farine et de sucre (Marfan, Finkelstein, L. F. Meyer et Nassau), en le diluant, au besoin, avec de l'eau de chaux ; il ne faut pas, toutefois, le donner trop tôt (L. Rivet, L. Ribadeau-Dumas) et il est préférable de le faire précéder d'un régime hydro-carboné ;

Lait en poudre partiellement écrémé ;

Lait concentré sucré, auquel on peut reprocher sa richesse en graisse, qui « augmente les phénomènes de fermentation qui se poursuivent dans l'intestin, donne naissance à des acides gras volatils, accélère le péritaltisme intestinal et aggrave l'acidose sanguine » (R. Mathieu) ;

Lait d'ânesse ;

Lait albumineux de Finkelstein, qui doit être coupé avec 2 fois son volume d'eau bouillie ou de riz, et sucré avec le mélange dextrine-maltose à raison de 5 gr. p. 100 ;

Larosan, soit mélangé à parties égales au lait frais et sucré avec la dextrine-maltose ; — soit mélangé avec de l'eau de riz sucrée à 5 p. 100 : le mélange sera donné, quelques heures seulement, à raison de 150 gr. par kilogr. ; à partir du 2<sup>e</sup> jour, on y ajoute, selon l'âge, un peu de lait en poudre ou de bouillie tournesolée (Ribadeau-Dumas) ;

Mélange eau de riz concentrée et lait albumineux ou babeurre (Bessan) ;

Bouillies au tournesol ou au soja (Ribadeau-Dumas) ;

Farines maltées ;

Mélanges dextrines-maltose, comme on en trouve dans le commerce (Nutromalt), où la dextrine, constipante, se trouve en plus grande quantité que le maltose, laxatif.

3. Une phase de retour à un régime complet et bien équilibré.

Les enfants hypotrophiques, atteints de diarrhée, seront soumis au régime habituel.

M. R. Mathieu fait observer que le régime varie surtout avec l'âge.

(1) A.-B. MARFAN, *Les affections des voies digestives et les états de dénutrition dans la première enfance*, Paris, 1930, 2<sup>e</sup> édition, in-8°, p. 301-313. — R. MATHIEU, *Encyclopédie médico-chirurgicale*, sect. Pédiatrie, Paris, in-4°, 1934, 4035, p. 1-8.

*Au-dessous de trois mois :*

Phase initiale : diète hydrique 12 heures, puis mélange eau de riz-larosan.

Deuxième période : babeurre ou lait sec en poudre.

*Après trois mois :*

Première phase : eau pure 12 heures, eau de riz-larosan 12-24 heures.

Deuxième. Bouillies tournesolées à doses croissantes, d'abord sans lait, puis avec du lait sec, enfin avec du lait concentré sucré.

Troisième. Bouillies tournesolées additionnées de tous les principes nécessaires à la vie.

§ III. Notre conception. — Elle se confond, dans l'ensemble, avec celles que nous venons d'exposer. Voici les quelques différences à signaler.

Comme, d'une part, nous n'avons l'habitude ni des bouillies de tournesol ou de soja, ni du lait de Finkelstein, et que, de l'autre, nous redoutons, dans ces cas, le lait condensé, nous nous adressons seulement, selon l'âge des enfants et les susceptibilités individuelles, au lait d'ânesse, au babeurre, au lait sec et aux bouillies maltosées.

*Avant trois mois :*

A la première période, diète hydrique pendant 12 heures ; les 12 heures suivantes, eau de riz ;

A la seconde, nous utilisons, selon les cas, 1° le lait d'ânesse, si nous pouvons nous en procurer ; 2° le babeurre ; 3° le lait sec, ce dernier souvent mieux toléré, en dépit de toute considération théorique, comme le fait remarquer M. R. Mathieu.

A la troisième, retour progressif et prudent au lait de vache.

*Après trois mois :*

A la première période, diète hydrique de 24 heures ;

A la seconde, bouillies maltées. Pour que l'enfant ait la quantité d'eau suffisante, donner, en plus, du babeurre ou du lait sec dilué. Ajouter au régime les substances indispensables (vitamines, etc.).

A la troisième, retour prudent au lait de vache.

L'application pratique de ces règles simples nécessite beaucoup de doigté. Il ne faut pas vouloir aller trop vite. On surveillera attentivement les réactions de l'enfant, et, s'il semble qu'un aliment ne soit pas bien toléré, en changer sans retard. On assurera toujours la quantité de liquide nécessaire.

## LIGUE FRANÇAISE CONTRE LE RHUMATISME

*Journée du rhumatisme, 28 octobre 1935 (1).*

La Ligue française contre le Rhumatisme dont nous avons annoncé la réunion, sous la présidence de M. le prof. BEZANÇON, était consacrée à l'étude des *arthrites chroniques non tuberculeuses de la hanche*.

\* \*

Le matin a eu lieu à l'hôpital Cochin une séance de démonstrations pratiques avec présentation de malades.

Le professeur MATHIEU fait défiler une série de malades opérés, soit par résection arthroplastique, — soit par arthroplastie vraie avec interposition de fascia lata. Les résultats sont très beaux, mais — comme le fait remarquer le professeur Mathieu, — l'arthroplastie vraie, si elle laisse une mobilité plus grande, obtient une suppression moins complète des douleurs.

Puis ce sont des résultats de forage, opération plus complexe qu'on ne le pense, si on veut placer le greffon dans

le col et la tête et non à côté, — qui donne un soulagement certain, mais dont les indications sont à préciser.

L'arthrodèse extra-articulaire, opération idéale dans les cas que l'on est sûr de rester unilatéraux. Les butées applicables avec de beaux succès, aux cas s'accompagnant de subluxation.

M. MERLE d'AUBIGNÉ présente un très beau résultat de résection arthroplastique.

M. MASSART montre les bons résultats que l'on peut obtenir non seulement dans les arthrites déformantes, mais aussi dans les luxations congénitales douloureuses.

MM. CROUZON et GAUCHER présentent deux observations d'arthrite déformante manifestement améliorées par le traitement spécifique chez des syphilitiques avérés.

M. COSTE, sur 155 coxarthrites a trouvé 11 cas de syphilis certaine. Leur aspect clinique et radiographique ne se distingue pas des autres arthropathies. Seule l'amélioration rapide par le traitement spécifique permet le diagnostic.

Il montre un cas d'arthropathie très améliorée par le vaccin antigonococcique chez une malade non atteinte de blennorrhagie.

M. ROEDERER montre une ostéochondrite larvée évoluant depuis 10 ans.

Il apporte les résultats de 14 forages, et insiste sur la nécessité de compléter l'intervention par le rétablissement des appuis et axes par une ostéotomie sous-trochantérienne.

M. CHEVALLIER. — Il existe des arthrites aiguës de la hanche dans la maladie de Nicolas-Favre. Elles se font par propagation lymphatique, et laissent ensuite des arthrites déformantes. Il existe des formes purement cutanées de la maladie de Nicolas-Favre, plaies atones de la région inguinale pouvant donner lieu à des arthropathies.

M. TEULON-VALIO (Uriage) montre les améliorations considérables obtenues par les injections intra-musculaires d'eau d'Uriage.

M. MOREAU rapporte un cas de rhumatisme déformant polyarticulaire survenu peu après la ménopause et très amélioré par le traitement thyro-ovarien.

M. R. DUCROQUET montre un cas d'arthropathie latente de la hanche chez un enfant.

M. MATHIEU montre des cas d'arthrite déformante survenant après les luxations traumatiques réduites en rapport avec les lésions des vaisseaux du ligament rond et de la capsule.

M. LACAPÈRE. A l'appui du rôle des troubles vasculaires dans la genèse de l'arthrite déformante, montre que la recherche oscillographique montre une diminution habituelle des oscillations du côté de la hanche malade. On peut observer la coïncidence de l'arthropathie et de la gangrène des pieds.

M. COSTE a observé la même coïncidence.

M. MATHIEU-PIERRE WEILL. — Mais il y a des cas où il y a exagération des oscillations.

Ses observations lui prouvent qu'il y a un parallélisme d'âge certain entre les lésions dégénératives de la hanche et l'artériosclérose.

M. ROEDERER rappelle le rôle joué par la rupture du ligament rond dans les troubles dystrophiques observés après la réduction de la luxation congénitale de la hanche.

M. LANCE ne croit guère à ce rôle. Dans les luxations unilatérales, chez le petit luxé, on appareille aussi le côté sain

(1) Voir *Gaz. des hôp.*, 2 nov. 1935, n° 88



Les lésions dystrophiques s'observent aussi bien du côté qui n'a pas été luxé que du côté malade. Il croit plutôt au rôle de l'immobilisation.

M. TRÈVES est du même avis.

\*\*\*

La séance de l'après-midi qui s'est tenue dans le grand amphithéâtre de la Faculté de Médecine est ouverte sous la présidence du Doyen Roussy.

La séance débute par le résumé des très volumineux rapports que l'on pourra lire dans la Revue du Rhumatisme d'octobre 1935 et de janvier 1936.

*Résumé des rapports.* — M. DELARUE résume son rapport sur l'anatomie pathologique des arthrites déformantes. Il s'appuie surtout sur l'examen des pièces fraîches et insiste sur deux points : 1° La lésion du début est dans le cartilage et l'os sous-jacent au maximum du point de pression de la tête fémorale. Toutes les autres lésions sont des lésions réactionnelles, secondaires. 2° Les lésions sont toutes du type dégénératif, jamais on n'observe de lésions inflammatoires.

M. MATHIEU-PIERRE WEILL étudie l'étiologie et la pathogénie. Il montre que la lésion, un peu plus fréquente chez l'homme, survient à l'âge de la ménopause plus tôt chez la femme que chez l'homme. Le métier semble avoir peu d'influence sur la genèse de la maladie. L'infection ne joue pas un rôle important.

Il pense qu'entre la mono-arthrite et le grand rhumatisme chronique polyarticulaire généralisé, il y a toutes les formes intermédiaires et qu'on ne peut les isoler.

M. MERKLEN (Aix-les-Bains) étudie l'action de la crénothérapie. Somme toute, elle se résume en deux propriétés des eaux utilisées : sources chaudes à grand débit, et puissance radio-active élevée. Il passe en revue les différentes techniques de leur emploi. Dans bien des cas, on parvient à obtenir une sédation de la douleur et arrêter l'évolution de l'affection.

M. DAUSSET étudie l'emploi de la physiothérapie. Elle a d'autant plus de chances d'efficacité qu'il s'agit de cas au début, bien que la moitié des cas anciens soient encore soulagés par la radiothérapie. La diathermie a très peu d'action. Il faut de beaucoup lui préférer les ondes courtes.

A l'action locale, il faut ajouter une médication générale et en première ligne, les extraits glandulaires. Pour le dépistage des troubles endocriniens, le rapporteur emploie le test de la réduction de l'oxyhémoglobine, lors de l'action de la diathermie sur les différentes glandes. Les glandes déficitaires sont traitées par la diathermie.

Les moyens physiothérapiques sont un adjuvant utile après les opérations et le forage.

Prof. P. MATHIEU expose les indications générales du traitement orthopédique et chirurgical dans ces arthropathies. Elles nécessitent une collaboration étroite du médecin et du chirurgien. Les indications opératoires sont faites des échecs des médications médicales, physiothérapie et crénothérapie. Il montre que les indications du forage restent à établir, celles des arthroplasties et arthrodèses sont établies. Il ne faut pas oublier le rétablissement de la statique par les butées et ostéotomies. Il termine en soulignant la différence capitale du traitement chirurgical des monoarthrites et des arthrites bilatérales.

*Discussion des rapports.* — MM. Marcel LABBÉ, VILLARET et JUSTIN BESANÇON insistent sur les bons résultats obtenus par la radiothérapie et le radon.

M. COSTE pense que les modifications circulatoires que donne le forage peuvent être obtenues par des injections

d'histamine au contact de l'articulation. On obtient une amélioration des douleurs et des mouvements.

M. J. FORESTIER (Aix-les-Bains) montre la disparité des cas englobés sous le nom d'arthrite déformante de la hanche et les différences d'action des médications selon les variétés d'affection.

M. H. FORESTIER (Aix-les-Bains) rappelle les services que peuvent rendre les appareils de décharge à appui ischiatique pour certains cas. Il insiste sur le repos nécessaire pour ces malades.

M. HAGUENAU insiste sur les bons résultats obtenus par les ondes courtes, et surtout la radiothérapie. 52 % des malades sont soulagés, certains de manière durable.

M. G. HUC. — La radiothérapie n'agit plus dès qu'il y a subluxation de la tête et que le col est désaxé. Elle n'agit que lorsque le cartilage seul est atteint. Les pièces opératoires montrent les lésions osseuses variées.

\*\*\*

La discussion des rapports a été suivie de très nombreuses communications particulières.

MM. MASSART et VIDAL-NAQUET, TRÈVES, ROEDERER ont discuté la technique opératoire et les résultats qu'on en obtenait.

M. MANGIN (Dax) montre que 40 à 45 % des malades sont améliorés par les bains de boue.

M. MOLINÉRY (Luchon) discute, d'après des documents, l'affection de la hanche dont fut atteint et guéri à Luchon le prince impérial.

M. LANCE.

### Aux confrères automobilistes

Tous les confrères qui font de l'automobile par nécessité professionnelle ont été justement émus par le décret-loi du 16 juillet 1935.

On sait que ce décret-loi a majoré le taux de certaines amendes pénales, notamment de celles prévues par les articles 319 et 320 du Code pénal réprimant l'homicide et les blessures par imprudence. La combinaison de ces dispositions avec celles du décret du même jour qui augmente le nombre des décimes additionnels aux amendes pénales a pour effet de rendre pratiquement la peine d'amende — qui ne devrait être qu'une peine secondaire — plus lourde que la peine principale d'emprisonnement.

Un nouveau décret-loi dont voici le texte a abaissé le taux des amendes :

Art. 319. — Quiconque, par maladresse, imprudence, inattention, négligence ou inobservation des règlements, aura commis involontairement un homicide ou en aura été involontairement la cause, sera puni d'un emprisonnement de trois mois à deux ans et d'une amende de 100 à 3.000 francs.

Art. 320. S'il n'est résulté du défaut d'adresse ou de précaution que des blessures, coups ou maladies, le coupable sera puni d'un emprisonnement de dix jours à un an et d'une amende de 25 à 2.000 francs ou de l'une de ces deux peines seulement. (Le reste sans changement.)

On remarquera que les amendes restent néanmoins très élevées en raison des décimes additionnels qui, à l'heure actuelle, ne paraissent pas pouvoir être couverts par les assurances.

## V<sup>e</sup> CONFÉRENCE DE L'ASSOCIATION INTERNATIONALE DE PÉDIATRIE PRÉVENTIVE

Bâle, 20-21 septembre 1935 (1).

La V<sup>e</sup> Conférence de l'Association internationale de Pédiatrie préventive vient de se tenir à Bâle, sous la présidence du professeur Wieland. Elle a remporté un plein succès, grâce à l'activité et à la haute courtoisie du professeur Wieland et à la bonne grâce de Mme Wieland, à l'activité du docteur Oltramare et de M. Mackenzie, secrétaire et trésorier, et à l'aide précieuse qu'ont apportée, comme traducteurs, Mlle de Mortier et le docteur Baumann, le distingué assistant du professeur Wieland. Le professeur Scheltema, président et fondateur de l'Association ; les vice-présidents, professeurs Lereboullet et Taillens, étaient également présents, ainsi que de nombreux médecins suisses, belges, italiens, allemands et français. On remarquait aussi la présence du professeur Schick, le bactériologiste célèbre, venu des Etats-Unis.

Deux questions étaient à l'ordre du jour :

1. Mesures à prendre pour éviter les contaminations intérieures et extérieures dans les hôpitaux d'enfants.

Règles à observer pour les réaliser :

- a) Dans la construction de ces hôpitaux ;
- b) Dans leur exploitation.

II. Prévention de la tuberculose à l'école (étude strictement limitée à l'âge scolaire).

### PREMIÈRE QUESTION

Mesures à prendre pour éviter les contaminations intérieures et extérieures dans les hôpitaux d'enfants. Règles à observer.

- a) Dans la construction de ces hôpitaux ;
- b) Dans leur exploitation.

Trois rapporteurs avaient été choisis :

- I. Docteur Maurice Lust (Bruxelles) ;
- II. Professeur Fanconi (Zurich) ;
- III. Professeur Husler (Munich).

#### I. — Le docteur Maurice Lust

Les contaminations hospitalières s'observent : 1° chez les enfants admis à l'hôpital en incubation ou invasion de maladie contagieuse ;

- 2° Ou dans les consultations ou les services de spécialité ;
- 3° Ou encore à l'occasion des visites des parents.

L'isolement doit correspondre à la durée maxima d'incubation des maladies contagieuses. Cette quarantaine doit s'effectuer dans des « chambrettes individuelles », à parois vitrées, ouvrant d'une part sur un couloir central et, d'autre part, sur une terrasse aérée, orientée au midi. Une fois ce risque évité, si l'état de l'enfant le permet, il sera placé avec d'autres enfants de son âge dans une petite salle vitrée, de quatre lits au plus, ouvrant aussi sur le couloir et le balcon.

Dès qu'un enfant présente le moindre signe d'affection contagieuse, ou si, d'après le rapport d'entrée, il a été en contact avec un sujet contagieux, il sera isolé comme douteux ou contagieux. Chaque hôpital doit avoir un quartier approprié avec chambrettes individuelles.

Le bâtiment des consultations externes sera entièrement distinct des locaux d'hospitalisation. La salle d'attente sera disposée pour réduire au minimum les risques de contagion.

Les divisions spéciales (radiologie, actinothérapie, électrothérapie) étant utilisées à la fois par les malades exté-

nes et les enfants hospitalisés, les contaminations sont plus difficiles à éviter et les médecins spécialistes doivent s'efforcer de prévenir tout contact entre ces deux sortes de patients.

Il doit être strictement interdit aux parents d'entrer dans les chambrettes, et cela surtout pour les prématurés et les débiles. S'il n'est pas possible chez les autres enfants de s'y opposer, les parents doivent porter un masque de gaze stérilisé et, si possible, une blouse stérile.

Les contagions intérieures sont introduites par les médecins ou le personnel ou par les objets utilisés pour le traitement. Ce risque est accru par une aération insuffisante, la malpropreté ou un régime mal établi.

Chaque enfant doit avoir ses objets personnels dans sa propre chambrette.

La cause essentielle de transmission des contaminations est le fait des médecins ou des infirmiers. Pour l'atténuer, tous doivent se soumettre périodiquement à un examen médical, clinique et radiologique. Tout sujet entrant en contact avec les enfants doit en toute saison porter un masque.

Les infections secondaires sont surtout apportées par les mains des infirmières, qui, avant et après tout examen, doivent les savonner et les rincer à l'eau courante.

Les chambrettes doivent être agencées dans ce but. Dans chaque chambre, elles doivent revêtir une blouse stérile.

Les infirmières doivent être bien logées ; leur repos, leur sommeil, leurs sorties doivent être strictement respectés. Elles doivent être instruites des soins à donner aux enfants et aux débiles ; elles doivent être disciplinées et consciencieuses.

Leur habitation doit être complètement séparée des locaux hospitaliers.

Air, lumière, propreté résument les directives générales de l'hôpital. Un hôpital d'enfants doit être une maison de verre ensoleillée. Toute la façade sud doit être réservée aux chambrettes et aux balcons aérés, qui possèdent un dispositif d'aération courant le long de la fenêtre, de bas en haut, avec bouche d'aération sur le couloir, l'air devant circuler le long du plafond de la chambrette ; chaque étage doit avoir son balcon, plutôt qu'une terrasse supérieure. On peut réaliser ainsi une aération parfaite, quelle que soit la température extérieure.

Les enfants doivent passer la plus grande partie du temps à l'air ; la terrasse couverte devant chaque chambre leur en donne le bénéfice.

Mais, en dépit des soins des médecins et des précautions du personnel, la mortalité persistera ; les maladies se prolongeront avec des infections secondaires, si les enfants n'ont pas également des aliments frais, du lait maternel en abondance, et toute la diététique moderne indispensable.

Enfin, chaque hôpital d'enfants doit être doublé de sa maison de convalescence propre.

#### II. — Professeur FANCONI

I. La construction et l'exploitation d'un hôpital d'enfants comportent des exigences :

1° D'ordre médico-hygiénique, à savoir :

- a. Salles irréprochables, avec aération et lumière abondantes et beaucoup de soleil ;
- b. Alimentation et soins appropriés, aussi du point de vue psychique ;
- c. Prophylaxie des épidémies internes ;

2° D'ordre économique, et enfin,

3° D'ordre esthétique.

II. Afin de prévenir les épidémies internes, on peut examiner les dispositions suivantes au point de vue du plan général :

1° Quarantaine obligatoire ;

2° Subdivision très poussée des services ;

(1) Association de la Presse médicale française.



3<sup>o</sup> Système mixte, tel qu'il est employé à l'hôpital des enfants de Zurich. Même si les salles sont vastes, on peut restreindre fortement les épidémies internes par une isolation suffisante (quarantaine de salle, pavillons d'observation et d'infectieux) et surtout par un service supplémentaire permettant l'évacuation rapide de la salle infectée.

III. Avantages et inconvénients du système des pavillons. Plan et organisation du pavillon d'infectieux de l'hôpital des enfants à Zurich, lequel comprend six services complètement indépendants.

IV. Le bâtiment et l'installation ne suffisent pas en soi ; l'essentiel est d'y faire travailler un personnel qualifié. Un règlement de service très strict est indispensable.

V. Les expériences faites à l'hôpital des enfants à Zurich, du 1<sup>er</sup> novembre 1933 au 1<sup>er</sup> avril 1935, montrent que l'installation suffit pleinement. Le danger de contagion interne augmente fortement si l'hôpital est surpeuplé ; il s'ensuit que les mesures d'isolement deviennent illusoires aussitôt que le personnel qualifié tombe malade et doit être remplacé par des aides non exercées, ou notamment lorsque le personnel surmené n'observe pas strictement le règlement.

VI. Du point de vue économique aussi, l'exploitation de l'hôpital des enfants agrandi de Zurich s'est avérée très satisfaisante.

### III. — Professeur I. HUSLER

La prophylaxie des maladies contagieuses à l'intérieur de la clinique est le problème crucial de tout hôpital d'enfants. Cette prophylaxie est automatiquement assurée par la bonne disposition des locaux, mais elle dépend aussi de l'emploi d'une technique très poussée et soigneusement adaptée par les médecins et le personnel infirmier.

I. INFECTIONS HOSPITALIÈRES. — On peut répartir les infections en quatre groupes selon leur principal mode de transmission à l'intérieur de l'hôpital :

1. *Infections hospitalières par les voies digestives.* Ce sont principalement le typhus, le paratyphus, les dysenteries. Grâce aux mesures usuelles d'hygiène, ces maladies sont devenues insignifiantes aujourd'hui, à part certains états dysentériques mal expliqués qu'on observe dans les services de nourrissons.

2. *Infection par contact direct ou indirect : érysipèle, blennorragie, syphilis.* La blennorragie surtout est particulièrement ennuyeuse et plus fréquente qu'on ne croit comme infection hospitalière. Les transmissions de syphilis sont pour ainsi dire inconnues de nos jours.

3. *Infections se transmettant à courtes distances.* Transmissions directes d'enfant à enfant par l'émission de gouttelettes : coqueluche, diphtérie, scarlatine, tuberculose, diverses formes de grippe, angine, oreillons. Ici le bon aménagement des locaux est très efficace.

4. *Infections se transmettant à grande distance : rougeole, varicelle, certaines formes de grippe.* Ces maladies causent les plus grandes difficultés dans les hôpitaux.

II. MESURES DE PROPHYLAXIE GÉNÉRALE. — C'est Rauchfuss qui fit le premier pas vers l'assainissement des hôpitaux en séparant les diverses catégories de maladies infectieuses. Cette séparation doit être la plus stricte possible, et il faut considérer comme un recul le relâchement préconisé par Schlossmann. La séparation ne suffit pas pour prévenir les catastrophes lorsqu'il y a des foyers d'infection. Donc, il faut aller plus loin encore : renoncer aux grandes salles pour adopter le système des chambres contenant un petit nombre de lits ; division des grands services en un certain nombre d'« unités » (Hutinel, Grancher, etc.), mais pas d'isolement systématique dans des « cellules » individuelles. L'étape suivante sera l'installation de services de quarantaine. (Inconvénient de ce système : dédoublement de tous les services administratifs, grande complication, né-

cessité de déménager les malades, etc.) Transformation du système par l'introduction de la quarantaine localisée dans chaque unité selon Wieland et Husler.

La construction en terrasse est insuffisante. Dangers particulièrement grands d'introduire des infections par le service des admissions et les consultations externes. Ici les mesures de protection se réfèrent à l'aménagement des locaux et au personnel. Le problème des consultations externes d'après Bessau.

Un règlement très strict et limitatif des visites est indispensable. Surveillance continue de l'ensemble du personnel, prophylaxie active et passive des éternuements et de la toux. Examen annuel de tout le personnel, surtout du point de vue pulmonaire (radiologie ou radiographie annuelle). Relèvement de l'âge d'admission des élèves infirmières. Obligation pour tout le personnel d'annoncer immédiatement le moindre malaise. Quant à l'émission de bacilles par des porteurs sains et sa prophylaxie, il s'agit moins d'entreprendre des recherches nombreuses et systématiques de bacilles que d'appliquer scrupuleusement des précautions générales (emploi de masques dès que le besoin s'en fait sentir, voile de mousseline sur les berceaux). Quant à l'emploi de parois mobiles, l'auteur attire l'attention sur l'insuffisance de divers systèmes. Importance de l'aération et surtout d'une ventilation modérée. Les expériences de Dzialoskzynski et leur application.

La constitution de foyers grâce à la « virulisation » des germes et à leur transmission par des personnes saines a certainement quelque importance, mais cette question n'a pas encore été suffisamment étudiée.

III. MESURES DE PROPHYLAXIE SPÉCIFIQUE. — Etant données la grande contagiosité et la gravité de l'érysipèle, il est indispensable d'éloigner tout sujet qui en est atteint des services de nourrissons et de petits enfants et de les isoler dans une chambre réservée à leur usage. Ne les soigner qu'avec des gants de caoutchouc.

*Blennorragie.* — Surveillance constante du linge de corps, de la literie, séparation stricte de tout ce qui sert au bain et aux soins du corps. Thermomètre individuel pour chaque enfant hospitalisé, pantalons fermés pour les fillettes, etc. Isolement de tout cas suspect, emploi de gants de caoutchouc.

Lors de la formation de foyers de diphtérie : protection passive des exposés, prévention des contagions tardives par des examens bactériologiques, éventuellement séparation des divers degrés de convalescents selon Schick.

*Scarlatine.* — Isolement d'une durée suffisante ; « quarantaine d'aération » pour les enfants rentrant chez eux afin de prévenir les contagions tardives ; séparation des divers degrés de convalescents selon Pospischill et Weiss.

*Coqueluche.* — En premier lieu, protection des malades même contre des infections secondaires.

*Tuberculose.* — Séparation stricte des tuberculoses ouvertes et fermées, et aussi des sujets de moins de quatre ans avec réactions positives et négatives à la tuberculine.

*Rougeole.* — Outre les mesures générales d'isolement et de prophylaxie, mise à disposition de sérum de convalescents.

La varicelle présente les plus grandes difficultés. L'auteur recommande le système prophylactique de Birk (boîtes, masques, précautions lors de l'aération des pièces, etc.).

La prophylaxie scrupuleuse à l'intérieur de l'hôpital empêche les transmissions dans le sens qu'elle supprime les dangers sérieux de contagion. Il n'est pas possible toutefois d'éviter complètement la dissémination et la multiplication des contagions.

### Discussion

M. le professeur LEREBoullet (Paris). — Après avoir rappelé l'œuvre de Hutinel qui, tout en montrant la supé-



riorité des boxes et de « l'hôpital cellulaire », sut tirer un merveilleux parti de locaux imparfaits et, par une surveillance journalière, lutter contre l'infection nosocomiale. M. Lereboullet insiste sur le fait que la plupart des infections infantiles étant à contagion interhumaine, leur prévention doit surtout porter sur l'entourage des malades (enfants, parents ou personnel), qu'elle soit aidée ou non par des locaux appropriés. A titre d'exemple, il montre ce qui a pu être obtenu dans le vieil hospice des Enfants-Assistés où la mortalité des nourrissons au-dessous d'un an a pu, dans son ensemble, être abaissée au-dessous de 3 p. 100. Surveillance, dépistage et isolement des cas de diphtérie larvée du nourrisson, désinfection de ceux-ci par l'instillation intranasale d'arsénicaux organiques, surveillance et séroprophylaxie de la rougeole, lutte contre les infections cutanées, respiratoires ou digestives, isolement complet de tous les nourrissons suspects ou atteints d'infection déclarée, sont autant de mesures qui ont permis d'obtenir des résultats certains. Mais il faut y apporter une attention constante, faire l'éducation du personnel et assurer sa surveillance médicale régulière. Les services de nourrissons dans lesquels la visite des parents peut être supprimée et qui constituent un milieu fermé, comme la pouponnière d'Antony, permettent des résultats encore plus complets. Dans les services d'enfants plus grands, il faut se rappeler les dangers de l'encombrement, la nécessité de l'évacuation et du nettoyage périodiques des salles et les avantages que comporte souvent le soin des maladies contagieuses bénignes à domicile, sans entrée à l'hôpital, ce qui, pour la rougeole surtout, a donné des résultats évidents.

Le professeur VORINGER insiste sur le danger de l'encombrement, la nécessité d'hôpitaux assez grands, possédant des services de réserve.

Le personnel administratif doit se déplacer et aller vers le malade. Le personnel doit être instruit. Le surpeuplement doit être évité ; la quarantaine doit s'effectuer dans de petites chambres, puis les enfants passent dans des salles plus grandes dont l'usage n'est pas dangereux. La diphtérie exige un service d'isolement spécial.

Le docteur LESNÉ (Paris) évoque Grancher et Hutinel. Il signale la contagion pré-hospitalière, lors des jeux, dans les tramways, avant le triage et la consultation. Celle-ci, dans une salle d'attente boxée, donne de bons résultats, ensuite le boxe individuel est supérieur à la quarantaine ; l'éducation du personnel reste capitale ; les chambres de change sont à proscrire ; le nourrisson doit être changé dans son box ; le personnel de nuit est d'ordinaire insuffisant. La climatisation, les désinfections des salles sont désirables. Enfin, l'extension des soins à domicile doit être préconisée.

Le professeur LÖWEGREN, Helsingfors (Finlande), préconise les petites salles, au sortir du box fermé pour les nouveaux entrants ; dans les pays froids, l'aération doit se faire à l'aide de doubles fenêtres qui « canalisent » le courant d'air. Il recommande aussi un vêtement formant sac à fermeture éclair dans les grands froids.

Le professeur LEREBoullet, au nom du docteur Jules Renault, préconise les consultations cloisonnées en boxes d'attente et d'examen ; l'isolement des malades possédant tous les objets individuels nécessaires ; l'aération avec réglage en toute saison de la température ; les courtes visites des parents seuls, porteurs d'une blouse et devant se savonner les mains.

Le professeur ROBERT DEBRÉ a adressé une importante communication sur l'organisation d'un service spécial de lutte contre les maladies contagieuses à l'hôpital Hérold, et la propagation des infections digestives, respiratoires, etc., par l'action d'un assistant spécialisé qui s'assure que toutes les mesures anti-infectieuses ont été prises, qui provoque la mise en œuvre des immunisations biologiques, enfin qui

poursuit au dehors, dans la ville, la famille, l'école, la contagion déclarée ou menaçante. La réalisation de ce projet comporte des résultats dont les bienfaits dépassent de beaucoup la dépense budgétaire qu'il entraîne.

Le docteur ARMAND-DELILLE avec Lestocquoy et Herrenschmidt (Paris) apportent une statistique de contagiosité suivant les diverses maladies ; ils insistent sur le rôle des mains, de l'air, des objets inertes, des mouches surtout.

Le professeur ROHMER (Strasbourg) expose l'économie du service qu'il dirige, complété par un service moderne d'isolement des douteux.

L'entrée des boxes individuels est précédée de deux portes qui se commandent et ne peuvent s'ouvrir que séparément ; la statistique est des plus satisfaisantes. Le masque est prescrit en hiver.

Le professeur GAUTIER (Genève). — Une bonne discipline donne des résultats favorables même avec d'anciens locaux ; les médecins doivent être bien éduqués ; les terrasses, les jardins sont une nécessité pour assurer la ventilation des poumons chez les enfants, ainsi que l'envoi en convalescence des scarlatineux, ce qui évite les « cas de retour ».

Le docteur BOHN (Paris) exige, à Antony, le port du masque en hiver (octobre-avril), et toute l'année chez les porteurs de germes dépistés dans le personnel ; la surveillance des heures de sortie, de la température, des salles. Le personnel doit être tenu en éveil, par des causeries éducatives périodiquement répétées.

Le professeur RIETSCHER (Würzburg). — Si les grands enfants sont aisément mis à l'abri, les nourrissons sont exposés aux infections « grippales » ; il faut un personnel éduqué, une interdiction des visites, séparer les petits de tout contact avec les plus grands.

Le docteur MALLINCHRADT (Elberfeld) insiste aussi sur le rôle du personnel dans le transport des germes infectieux.

Le professeur MOURIQUAND (Lyon) a rendu très sévère le triage à l'entrée par l'interne ; l'isolement des enfants est assuré, les water-closets sont également propres à chaque groupe d'enfants séparément.

Les boxes sont individuels, puis les enfants occupent des chambres soit de deux, soit de six lits ; les nourrissons peuvent recevoir du lait de femme, la mortalité s'en trouve abaissée. Au dehors, l'infirmière-visiteuse poursuit une enquête sur le milieu familial ou scolaire.

Les coryzas, les eczémas sont strictement traités et isolés ; enfin le service possède une climatisation parfaite. Le masque est porté en période de grippe ; il serait désirable, comme à Vienne, que le port fût constant. La santé du personnel est surveillée cliniquement et radiologiquement (tuberculose). Enfin, les élèves stagiaires ne circulent pas librement dans les salles des malades. Le personnel de veille est également surveillé ; l'attention est aussi attirée sur la contagion venant des services voisins (chirurgie).

Le professeur SCHICK (New-York) insiste sur les difficultés plus grandes encore dans les établissements de chroniques ; contre la rougeole, on fera du sérum de convalescents. Enfin, les infections grippales, surtout dans les polycliniques, sont fréquentes et appellent une surveillance stricte.

Les rapporteurs (docteur Lust) préconisent l'isolement continu plutôt que la quarantaine, estiment la climatisation coûteuse ; le port continu du masque doit être recommandé.

Le personnel de nuit doit travailler « par roulement » avec le personnel de jour.

Les boxes paraissent coûteux au professeur Fanconi qui préconise les terrasses, mais pas de chambres de jeux, ni de chambres scolaires à l'hôpital, qui doit être accessible, de



préférence aux soins à domicile, le box a, pour lui, des inconvénients par isolement au point de vue psychique ; la climatisation lui paraît coûteuse, non indispensable en Suisse.

Pour le professeur Husler, la discussion a éclairé le débat.

#### Conclusions

La Conférence internationale de pédiatrie préventive,

1° Dénonce le péril que représentent dans les hôpitaux d'enfants la contagion des maladies infectieuses banales ou spécifiques venues du dehors et celles qui se produisent à l'intérieur de l'hôpital. Responsables de la mortalité considérable dans les hôpitaux d'enfants dans le passé, ces infections doivent actuellement être combattues par l'organisation de locaux appropriés et par une discipline et une surveillance quotidienne concernant les enfants, le personnel soignant, infirmières et médecins, les objets servant aux malades.

2° La preuve est faite que l'isolement en chambres individuelles ou en boxes entièrement clos est un moyen certain d'éviter les contagions si l'enfant y reste la totalité de son séjour ; mais il est certain que cette pratique ne peut être généralisée à tous les services hospitalisés et se heurte à certains des inconvénients qu'on a groupés sous le nom d'hospitalisme. Il faut, de toute façon, supprimer dans un hôpital les grandes salles, multiplier les chambres individuelles pour isoler les suspects ou les contagieux, et réaliser une organisation qui permette d'éviter les infections sans faire l'isolement individuel et total de tous les enfants.

3° Les services de nourrissons, distincts de ceux des enfants plus grands, doivent être faits de chambrettes à un lit ou à deux ou trois lits, et leur isolement doit être très strictement surveillé, vu la gravité des contagions banales ou spécifiques à cet âge.

4° Pour les enfants plus grands, on peut envisager soit leur isolement individuel initial, surtout s'ils sont suspects de contagion, soit leur groupement dans de petites salles doublées de chambrettes d'isolement (par exemple type quarantaine de salle Husler-Wieland).

5° Pour éviter les contaminations venant de l'intérieur, il faut, en outre, que chaque enfant possède pour lui seul tous les objets qui sont nécessaires à ses soins et à son traitement. L'air et la lumière doivent être largement distribués dans les services d'enfants et l'alimentation étroitement surveillée.

6° Les mesures visant les bâtiments et l'organisation matérielle des services ne peuvent seules supprimer la contagion. Elles doivent être doublées d'une organisation de l'admission et des soins et d'une discipline très stricte du personnel médical et infirmier.

7° La contagion du dehors doit être dépistée à l'entrée à l'hôpital ou à la consultation par une enquête très précise, complétée par la visite à domicile de l'enfant et comportant toutes les conclusions prophylactiques nécessaires.

8° La contagion intérieure, dont trop souvent le personnel soignant, et notamment le personnel de nuit, est responsable, ne peut être évitée que par une éducation très complète de ce personnel, conscient de sa responsabilité et soumis à un ensemble de règlements précis. Ce personnel ne devrait pas être changé trois fois par jour et il serait désirable qu'il puisse périodiquement participer à l'activité du service, au moment de la visite journalière.

9° La santé du personnel infirmier, comme celle des médecins et des étudiants appelés à s'approcher des enfants, doit être périodiquement vérifiée par une visite médicale complète.

10° Une série de mesures spéciales peuvent être envisagées, comme le port du masque, surtout dans les soins des nourrissons, et au moment des épidémies grippales, comme

# somnifène "roche"

à  
chacun

sa

dose

le plus maniable  
des hypnotiques

gouttes

réglable

à

volonté

Produits F. HOFFMANN - LA ROCHE & C<sup>ie</sup>  
10 Rue Crillon - PARIS



la limitation aussi grande que possible des visites des parents (en écartant toute visite des frères et sœurs), comme l'organisation moderne des consultations par un aménagement empêchant les enfants de se contaminer entre eux, et, autant que possible, par la limitation de l'attente.

11° Quel que soit l'ensemble de ces mesures, on doit éviter de toute façon l'encombrement néfaste à l'organisation anti-infectieuse dans un hôpital d'enfants. Il faut aussi éviter l'insuffisance numérique du personnel médical et infirmier, cause de surmenage et d'insuffisance dans la surveillance des soins.

12° Etant donnée la complexité des problèmes soulevés par la construction des établissements pour enfants, il est désirable que les autorités publiques compétentes soumettent les plans de toute nouvelle construction projetée à une commission composée de pédiatres.

(A suivre.)

J. HUBER.

## ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Lundi 4 novembre. — Jury : M. Lemierre, président ; Loeper, Henri Bénard, Troisier. — M. DENES. Un cas d'ancoyne de la crosse de l'aorte simulant une suppuration pulmonaire.

Mardi 5 novembre. — Jury : MM. Carnot, président ; Laignel-Lavastine, Tanon, Philibert. — M. DUGAST. Etude des phlébites familiales de la veine cave inférieure.

Mardi 5 novembre. (Thèse vétérinaire). — Jury : MM. Maurice Villaret, président ; Panisset, Simonnet. — M. BENOISIM. Météorologie, médecine vétérinaire.

## INFORMATIONS

(SUITE)

### FACULTÉS DE MÉDECINE. — AGRÉGATION DE MÉDECINE. —

Un concours d'agrégation de médecine (Faculté de médecine et Facultés mixtes de médecine et de pharmacie) s'ouvrira à Paris le lundi 4 mai 1936.

Voici les places mises au concours :

Section 1. — Anatomie. — Lille : une place.

Section 2. — Histologie. — Lille : une place.

Section 3. — Histoire naturelle médicale et parasitologie.

— Marseille : une place. — Lille : une place.

Section 4. — Physiologie. — Lyon : une place.

Section 5. — Chimie médicale. — Alger : une place. — Strasbourg : une place.

Section 6. — Physique médicale. — Marseille : une place.

Section 8. — Médecine générale. — Bordeaux : une place. — Lyon : trois places. — Nancy : une place. — Toulouse : une place.

Section 9. — Chirurgie générale. — Alger : une place. — Lyon : deux places.

Section 12. — Obstétrique. — Toulouse : une place.

Section 13. — Histoire naturelle pharmaceutique. — Marseille : une place. — Alger : une place.

Section 14. — Pharmacie. — Alger : une place.

En outre sont mises au concours :

Section 8. — Médecine générale. — Paris : cinq places. — Marseille : une place. — Bordeaux : une place. — Lille : une place. — Lyon : une place. — Montpellier : une place. — Toulouse : une place.

Section 9. — Chirurgie générale. — Paris : trois places. — Marseille : une place. — Bordeaux : deux places. — Toulouse : une place.

Section 10. — Ophtalmologie. — Paris : une place. — Montpellier : une place.

Section 13. — Histoire naturelle pharmaceutique. — Lille : une place.

Pour ces places, la nomination pourra être différée, conformément aux dispositions prévues par l'arrêté du 14 août 1935.

Sont également mises au concours les places suivantes, à l'Ecole supérieure de médecine et de pharmacie d'Hanoï :

Section 1. — Anatomie : une place.

Section 8. — Médecine générale : une place.

Section 9. — Chirurgie générale : une place.

Section 12. — Obstétrique : une place.

Section 14. — Pharmacie : une place.

## NOTES POUR L'INTERNAT (ORAL)

### ŒDÈME AIGU DU POUMON

Signes. Diagnostic. Traitement d'urgence.

Dans sa forme typique décrite par Laënnec (1819) et Andral (1837), c'est un *accident soudain et dramatique*.

Chez les HYPERTENDUS :

Il s'agit, le plus souvent, d'un malade amené d'urgence, en pleine crise ; le début est brutal, généralement nocturne.

Une *dyspnée extrême* ;

— *Rapidement constituée* ;

— *Angoissante* ;

— *Douloureuse*, rétro-sternale et constrictive, s'installe.

Le malade, assis, le facies angoissé, plaqué de cyanose, couvert de sueurs, ailes du nez battantes, est en proie à une *polypnée intense* (40 à 60 à la minute).

En même temps, survient une *toux sèche*, quinteuse, incessante, bientôt suivie d'une *expectoration* pathognomonique : très *abondante*, remplissant le crachoir d'un liquide *filant, spumeux, rosé*.

A l'examen, absence de matité, au contraire sonorité paradoxale, disait Laënnec ; à l'auscultation des bases, de *nombreux râles crépitants*, typiques s'étendant rapidement en « marée montante », devenant *bulleux* et pouvant réaliser un véritable *gargouillement* (Vaquez).

Les battements du cœur sont accélérés, tumultueux et précipités.

Le *pouls*, d'abord très rapide, devient petit, incomptable.

La *tension artérielle*, prise au moment de faire la saignée, montre la chute de la maxima.

### EVOLUTION

Si le traitement d'urgence n'est pas institué, l'expectoration diminue, puis se tarit ; la cyanose augmente, avec refroidissement des extrémités ; le pouls devient filant et irrégulier ; un râle trachéal apparaît et c'est la mort par asphyxie, en quelques heures, précédée parfois de convulsions, à cette phase *bronchopnémonique*.

Au contraire, si une saignée abondante est faite, les troubles fonctionnels s'atténuent rapidement, l'accès est terminé. Dans les jours suivants, des crises atténuées peuvent s'observer.

Redouter les *récidives*.

Au sortir de la crise, examiner :

Le cœur : début de dilatation (galop et I. M. F.) ;

L'aorte : aortite ;

Le pouls : accéléré, arythmique ; le pouls alternant est de mauvais pronostic ;

La *tension artérielle* : l'abaissement de la *différentielle* commande le pronostic ultérieur ; le chiffre de la *pression moyenne* aurait, pour certains auteurs, un intérêt particulier.

Faire une étude du fonctionnement rénal.





# Salicylate

## SURACTIVÉ

# "ANA"

SALICYLATE DE SODIUM  
en combinaison  
CALCO-MAGNÉSIEUNE  
THIOSULFATÉE

**24 gr.**  
SALICYLATE de NA  
SURACTIVÉ  
**15 fr.**

### SOLUTION

1/2 cuil. à café ou 70 gouttes } = 1 gr. de Salicylate de Na suractivé

### AMPOULES (INTRAVEINEUSES)

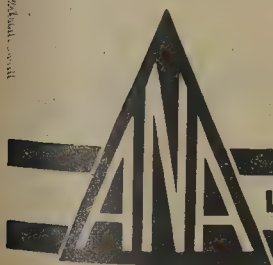
10 cc. = 1 gr. de Salicylate de Na suractivé

*ses 4 avantages :*

- 1 - Suractivation 170 %
- 2 - Goût agréable
- 3 - Tolérance parfaite
- 4 - Concentration forte

**Rhumatisme articulaire aigu et ses complications**

**ALGIES  
INFECTIONS - SEPTICÉMIES  
TROUBLES HEPATIQUES**



LABORATOIRES "ANA", 18, AVENUE DAUMESNIL, PARIS, XII<sup>e</sup>

## PRONOSTIC

Est basé, en partie, sur ces examens :

— Parfois, la *tension artérielle remonte rapidement* au voisinage de son chiffre initial : craindre les *récidives*.

— Parfois la *tension artérielle s'effondre* : le pronostic est sombre ; une *asystolie aiguë* peut emporter le malade rapidement.

— Le plus souvent, la *tension artérielle, sans s'effondrer, reste notablement au-dessous de son chiffre antérieur* : dilatation du V. G. avec I. M. F. ; l'*asystolie* est parfois rapide, parfois à longue échéance (Vaquez).

Ce qui donne donc, à l'O. A. P. dans sa forme typique son individualité, c'est la brutalité de son début, la polypnée angoissante et douloureuse, son *expectoration spéciale* : rosée, séreuse, où l'examen chimique montre la grande richesse en albumine (2 à 3 %) et l'examen cytologique, la présence de globules rouges, de quelques cellules endothéliales et l'absence de fibrine.

## FORMES CLINIQUES

Parmi les *formes cliniques*, nombreuses sont celles qui soulèvent des difficultés de *diagnostic* et surtout des *problèmes pathogéniques* de discussions répétées et d'interprétations multiples.

Dans ces formes cliniques, on doit envisager : les *formes suivant l'évolution*, les *formes symptomatiques*, les *formes suivant l'étiologie*.

Les formes suivant l'évolution sont essentiellement :

Les formes *suraiguës* : *bronchoplégiques d'emblée, mortelles en quelques minutes*, avec un peu d'écume aux lèvres, *mort subite* (problème médico-légal).

Et les formes *subaiguës* : celles-ci sont très importantes, parce que très fréquentes, plus fréquentes même que le grand œdème classique :

*Formes larvées* : accès de toux quinteuse, incessante, de courte durée, quelques crachats mousseux ;

*Formes localisées* : des cardio-rénaux et des enfants (Debré) ;

*Formes latentes* : ne se révélant que par des crachats avec albumino-réaction positive.

Les formes symptomatiques sont nombreuses :

Sans insister sur les formes mono- ou oligo-symptomatiques, se rapprochant de la *toux spasmodique des cardiaques* (Gallavardin) et de la dyspnée de décubitus des cardiaques, nous signalerons :

La forme *hémoptoïque de Bezançon et Jacquelin* : elle est rare et bien particulière ; il y a prédominance des réactions vaso-motrices, expectoration peu abondante, plus ou moins sanglante avec présence d'œdème compact à l'autopsie.

Les formes *atypiques* : l'O. A. P., accident d'I. V. G., peut donner des formes à type de *pseudo-asthme nocturne*, des formes à type d'*angine de décubitus*, des formes à type de *catarrhe bronchitique des cardiorénaux*.

Les différentes étiologies de l'O. A. P. constituent de véritables formes cliniques plutôt que des problèmes cliniques de diagnostic : elles servent d'arguments aux différentes pathogénies du syndrome O.A.P.

Au cours des cardiopathies (théorie de l'hypertension pulmonaire), l'O. A. P. est fréquent : chez les *hypertendus* avec insuffisance cardiaque, lors de poussées évolutives, hypertension des aortiques, des rénaux, hypertension solitaire et le surrénalome ; chez les aortiques (ectasiantes ou non), chez les *mitraux*, au cours de la grossesse au 4<sup>e</sup> ou 5<sup>e</sup> mois, lors du travail, et en dehors de toute grossesse, dans le R. M. (Ribierre).

Au cours des *néphrites*, des *infections* et des *intoxications*, on rencontre souvent l'O.A.P. (théorie toxique).

Accident tardif du *mal de Bright*, des *néphrites hypertensives azotémiques* (Widal), rare dans les *néphrites chlorurémiques* sauf dans certains cas de résorption massive des

œdèmes, dans les *néphrites aiguës* de la scarlatine (Hutinel et Nobécourt).

Dans les O. A. P. infectieux, on a pu discuter le rôle du salicylate dans la *maladie de Bouillaud* ; lors des graves épidémies de *grippe* de 1918, on a pu voir des formes graves et *contagieuses* d'O. A. P. ; les O. A. P. *pneumococques* précèdent, compliquent une pneumonie ou surviennent isolément. Un O. A. P. infectieux, subaigu, curable, peut survenir chez le nouveau-né (Debré).

Pendant la guerre, les formes suraiguës étaient fréquentes à la suite d'intoxication par les gaz de combat ; l'O.A.P. est un accident d'*éthylisme aigu*, d'un traitement par KI, lors d'injection de *sérum physiologique*, d'*adrénaline*, après inhalation de *nitrite d'amyle*. L'O. A. P. d'une crise de *goutte* semble plutôt relever d'insuffisance cardiaque.

Signalons enfin l'O. A. P. *a vacuo* (thoracentèse trop rapide) et certains O.A.P. d'*origine nerveuse* démontrant le rôle des phénomènes vaso-moteurs dans la pathogénie de l'O.A.P. (théorie angio-neurotique), tels les O.P. après blessure du crâne ou crise d'épilepsie...

## DIAGNOSTIC

Il ne se pose pas en présence d'une *forme aiguë*, avec les autres causes de dyspnée subite : pneumothorax, asthme, embolie pulmonaire.

Les formes *suraiguës* font discuter le diagnostic médico-légal des morts subites : angor, grosse embolie, anévrisme.

En pratique, ce sont seulement les formes *subaiguës* qui prêtent à erreur :

Les crises d'œdème pulmonaire peuvent alterner ou s'intriquer avec les autres manifestations - paroxystiques de l'I.V.G., pseudo-asthme cardiaque, angor de décubitus.

Les formes *frustes* sont à différencier : du *catarrhe pituitaire* chez les bronchitiques, de la *bronchite albuminurique*, de l'*œdème passif* des cardio-rénaux. Râles fins et albumino-réaction des crachats positive sont les éléments de base du diagnostic.

Nous ne réviendrons pas sur l'importance du diagnostic étiologique, qui se fera par un examen clinique méthodique, portant surtout sur le système cardio-vasculaire et les fonctions rénales.

## TRAITEMENT

Le traitement de la crise d'O.A.P. est un traitement d'urgence.

Avant tout la *saignée* : immédiate, rapide, abondante 400 à 600 gr., à laquelle on adjoindra des ventouses scarifiées, puis *injection intra-veineuse d'un quart de milligramme d'ouabaine* ; à répéter au besoin.

Et, pour Vaquez, un *centigramme de morphine*.

La *crise passée*, pour éviter les *récidives* : traitement hygiéno-diététique, traitement étiologique.

En cas d'I.V.G. : continuer l'ouabaine ; donner ensuite de la digitaline, en sachant qu'elle peut ne donner parfois que des résultats médiocres.

En cas d'*aortite* : éviter les iodures [Huchard] et, s'il n'y a pas de défaillance cardiaque, essayer prudemment bismuth ou mercure.

En cas de *néphrite chronique* : régime déchloruré (Vaquez).

Syndrome brutal et dramatique, l'O.A.P. nécessite un traitement d'urgence. Ses nombreuses formes cliniques subaiguës, atypiques, larvées et étiologiques montrent les difficultés diagnostiques que l'on peut parfois rencontrer. Elles éclairent, dans une certaine mesure, la nature et la pathogénie de ce syndrome, si discuté, et encore obscur.

ALBERT FIEHRER.

Le Directeur-gérant : D<sup>r</sup> François LE SOURD.



---

**NÉVROSES  
INSOMNIES**

---

**LOBÉLIANE  
LALEUF**

**ANTISPASMODIQUE PUISSANT  
EXCLUSIVEMENT VÉGÉTAL  
GOÛT ET ODEUR AGRÉABLES  
ATOXIQUE**

---

DOSE CALMANTE : 2 à 5 cuillerées à café par jour  
DOSE HYPNOTIQUE : 1 à 3 cuillerées à café le soir

---

ÉCHANTILLONS ET LITTÉRATURE  
LABORATOIRES LALEUF  
20, RUE DU LAOS — PARIS (XV<sup>e</sup>)

---

Nouvelle adresse : 51, rue Nicolo, PARIS (XVI<sup>e</sup>).

# FARINES MALTÉES JAMMET

de la Société d'Alimentation diététique

## RÉGIME DES MALADES, CONVALESCENTS, VIEILLARDS

Farines très légères

### RIZINE

Crème de riz maltée

### ARISTOSE

à base de farine maltée de blé et d'avoine

### CÉRÉMALTINE

(Arrow-root, orge, blé, maïs)

Farines légères

### ORGÉOSE

Crème d'orge maltée

### GRAMENOSE

(Avoine, blé, orge, maïs)

### BLÉOSE

Blé préparé et malté

Farines plus substantielles

### AVENOSE

Farine d'avoine maltée

### CASTANOSE

à base de farine de châtaignes maltée

### LENTILOSE

Farine de lentilles maltée

*Alimentation  
des Enfants*

**CACAOS, MALTS, SEMOULES, CÉRÉALES** spécialement préparées pour **DÉCOCTIONS**

Usine et Laboratoires à LEVALLOIS-PERRET. — Brochure et Echantillons sur demande.



**ÉTABLISSEMENTS JAMMET, Rue de Miromesnil 47, Paris**

## PARFAIT SÉDATIF DE TOUTES LES TOUX

ADULTES ET ENFANTS  
DE TOUT AGE

# GOUTTES NICAN GRIPPE

TOUX DES TUBERCULEUX

COQUELUCHE

ECHANTILLONS & LITTÉRATURES, Laboratoires CANTIN A PALAISEAU S.-O. FRANCE

# SULFARSENOL

## ARSENOS-SOLVANT

ADOPTÉS PAR LES HOPITAUX

## EKTOPHANOL

SELS DE LITHIUM DE L'ACIDE PHENYLQUINOLEINE CARBONIQUE

Indications : Rhumatismes musculaires ou articulaires, aigus ou chroniques, Goutte, Sciatique, Lumbago, etc.

LABORATOIRES DE BIOCHIMIE MÉDICALE CH. DESGREZ, Dr en Ph<sup>o</sup>, 19-21, rue Van-Loo, PARIS XVI<sup>e</sup> — Tél. Auteuil 26-62



*La Lancette Française***GAZETTE DES HOPITAUX**

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6<sup>e</sup>. Tél. : Danton 48-31.PUBLICITE : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6<sup>e</sup>) - Téléph. : LITRÉ 54-93.

## PRIX DE L'ABONNEMENT

## FRANCE

3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.

*Etudiants* : 25 francs par an.

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

## ETRANGER

Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.

Tous les autres pays : 75 francs.

## SOMMAIRE

## REVUE GÉNÉRALE

*La tuberculose à travers les siècles* (fin), par M. Ch. TOINON (de Marseille).

## TRAVAUX ORIGINAUX

*Un cas historique de coxarthrie traumatique non tuberculeuse de la hanche. La maladie du prince impérial (1866-1867). Etiologie. Evolution. Diagnostic. Traitement à Luchon et guérison*, par M. R. MOLINÉRY.

## SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie de médecine. — Société de chirurgie.

## INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

*Aux confrères automobilistes.*

## LIVRES NOUVEAUX

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

mitivement fixée par l'arrêté du 14 octobre 1935 (*Journal officiel* du 15 octobre 1935) au 16 janvier 1936, est reportée, par arrêté du 29 octobre 1935, au 27 avril 1936.MINISTÈRE DU TRAVAIL. — Le *Journal officiel* du 1<sup>er</sup> novembre publie un tarif des frais pharmaceutiques en matière d'accidents du travail.

ACADÉMIE DES SCIENCES. — Prix et subventions attribués en 1935 :

MÉDECINE ET CHIRURGIE. — *Prix Montyon*. — Un prix de 2.500 fr. est décerné à M. Antoine Catanei; un prix de 2.500 fr. à M. Stefan Nicolau; un prix de 2.500 fr. à MM. Michel Salmon et Jacques Dor; une mention honorable de 1.500 fr. à M<sup>lle</sup> Germaine Amoureux; une mention honorable de 1.500 fr. à M. Seymour Nemours-Auguste; une citation est accordée à M. Raoul Palmer, à MM. Pierre Princeteau et Henri Fischer, et à M. Pierre Uhry.*Prix Barbier* (2.000 fr.). — Le prix est décerné à M. René Moricard.*Prix Bréant* (3.000 fr.). — Le prix est décerné à M. Serge Metalnikov.*Prix Godard* (1.000 fr.). — Le prix est décerné à M. Robert Raynaud.*Prix Chaussier*. — Un prix de 8.000 fr. est décerné à MM. Henry Bierry et Francis Rathery, et un prix de 2.000 fr. à M. Léon Derobert.*Prix Mège* (1.000 fr.). — Le prix est décerné à M. Louis Chauvois.*Prix Bellion* (1.400 fr.). — Le prix est décerné à M. Marc Klein.*Prix du Baron-Larrey* (1.000 fr.). — Le prix est décerné à M. Robert Tournier-Lasserre.*Prix Jean-Dagnan-Bouveret*. — Un prix de 7.500 fr. est décerné à MM. Pierre Duval, Jean-Charles Roux et Henri

## INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PROVINCE. — LYON. — Le concours de l'externat s'est terminé par les nominations suivantes :

Externes titulaires : M<sup>lle</sup> Moret, M. Michaud, M<sup>lle</sup> Déchavanne, MM. Fond, Coppéré, Bertaud, Miclot, Duroux, Angel, M<sup>lle</sup> Lacaze, M. Tissot, M<sup>lles</sup> Bitry, Roussat, MM. Durand, Vignon, Muller, Accassat, Cottraux, Moinecourt, Marion, Morot, Fontan, Rouffillange, Gendreau, Déchavanne, Mouselon, Lévy, Rabaste, Chauviré, Berthail, Garnier, Martin, M<sup>lle</sup> Beck, MM. Jouve, Blondet, Masson, Coste, Bauchu, Bonnaymé, Jannin, Dame, Saint-Dizier, Simon, Grimonet, Malvoisin, Chastang, Cartier, Clert, Vinet, Peschiero, Merle, Michel, Fargier, Mathy, Fournier, de Mourgues, Vayssat, Gilet, Hauslich, Jacob, M<sup>lles</sup> Clermont, Ricordeau, MM. Donnadieu, Grange, Naudin, Fournier, Augay, Mourier, Roche, Bonnet, M<sup>lle</sup> Chesnel, MM. Devillard, Pallasse, Stagnara, Proby.Externes provisoires : MM. Cadoz, Choitel, M<sup>lles</sup> Letorey, Zuckermann, MM. Berthélemy, Inglessis, Reymond, Tholon, M<sup>lle</sup> Bonnoront, MM. Post, Millet, Cuny, Montel, Colin, Berthier, Reverzy, Fontès, Recourat-Chorot, Gaulène, Dufrasse, Dupré, Guttin, Coudry, Gavault, M<sup>lle</sup> Simon.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — GRENOBLE. — La date de l'ouverture du concours pour l'emploi de chef de travaux de chimie à l'Ecole préparatoire de médecine de Grenoble, pri-

**DIGITALINE NATIVELLE**LABORATOIRE NATIVELLE, 27, Rue de la Procession, PARIS (XV<sup>e</sup>)

Béclère, et un prix de 7.500 fr. à M. René Ledoux-Lebard.

*Prix Louise-Darracq.* — Les arrérages sont ainsi répartis : 3.000 fr. à M. Albert Peyron ; 1.500 fr. à M. Jean Montpellier ; 1.500 fr. à M. Georges Piraud.

**LA FÉDÉRATION NATIONALE DES MÉDECINS DU FRONT ET LE 11 NOVEMBRE.** — Comme chaque année, la « Fédération nationale des médecins du front » rendra aux glorieux morts du Corps médical un pieux hommage, le 11 novembre, devant le monument de la Faculté de médecine, sous la présidence de M. le doyen, le professeur Roussy.

Tous les médecins qui ont fait la guerre et les jeunes confrères et étudiants qui ont le culte du sentiment français sont invités à se réunir nombreux autour du drapeau de la « Fédération » dans la salle des Pas-Perdus, à 9 h. 1/4 du matin.

Rappelons que la « Fédération nationale des médecins du front » groupe, maintenant, huit associations des médecins de l'avant :

Association médicale des anciens médecins des corps combattants ;

Union des médecins mutilés de guerre ;

Association nationale des médecins mutilés et pensionnés de guerre ;

Association des médecins mutilés et anciens combattants de Lyon et du Sud-Est ;

Société mutuelle de retraite des médecins du front ;

Section médicale du groupement des officiers mutilés et anciens combattants de la XVIII<sup>e</sup> région ;

Union des médecins anciens combattants de la région de l'Indre ;

Association des médecins médaillés militaires.

Au profit des anciens médecins de la guerre âgés et dans le besoin, elle organise, le dimanche 29 décembre, après-midi, une grande fête de bienfaisance, avec loterie, au Cercle militaire.

Dès maintenant, on peut se procurer des billets de la loterie (30 fr. le carnet de 10 billets) chez le secrétaire général : docteur G. Rime, 4, rue Pierre-le-Grand, Paris (VIII<sup>e</sup>), ou au siège social de la « Fédération », 83 bis, rue du Faubourg Saint-Honoré.

**LES VOIX LATINES.** — Sous les auspices de l'Umfia ou Union médicale latine, le jeudi 28 novembre, à 21 h. précises, à l'Institut océanographique, 195, rue Saint-Jacques, Paris, sera donné par M. le professeur Laignel-Lavastine, de la Faculté de médecine de Paris, une conférence sur « La spiritualité médicale de la Grèce antique », à propos d'une récente croisière « dans le sillage d'Hippocrate », sous la présidence d'honneur de Son Excellence Nicolas Politis, envoyé extraordinaire et ministre plénipotentiaire de Grèce à Paris.

Cette conférence sera accompagnée d'un film et de projections.

**LIGUE INTERNATIONALE CONTRE LE RHUMATISME.** — Le gouvernement russe, d'accord avec la Ligue internationale contre le rhumatisme, offre deux prix de 1.000 roubles or chacun (soit 1.283 florins hollandais) à l'auteur qui, dans ces dix dernières années, aura effectué les recherches les plus intéressantes concernant la clinique et le problème médico-social du rhumatisme.

Prière d'adresser les travaux avant le 15 novembre en quatre exemplaires, en anglais, allemand ou français, au secrétaire de la Ligue internationale contre le rhumatisme, docteur J. van Breemen, Amsterdam, Keizersgracht 489, ou en langue russe au professeur M. Kontchalovsky, 69, B. Moltchanoska, Moscou.

**HÔPITAL DE LA PITIÉ.** — *Service central d'électroradiologie.* (Chef de service : M. Delherm ; chefs adjoints : MM. Thoyer-Rozat et Morel-Kahn.) — *Programme.* — Vendredi 15 novembre, 10 h. : M. Delherm. Présentation de malades. Samedi 16 novembre, 11 h. : M. Aubertin, médecin de la Pitié. Rayons X et sang.

Mardi 19 novembre, 10 h. : M. Delherm. Présentation de malades.

Mercredi 20 novembre, 11 h. : M. Stuhl. Clichés pathologiques du crâne.

Vendredi 22 novembre, 10 h. : M. Delherm. Présentation de malades.

Samedi 23 novembre, 11 h. : M. Bordet. La radiokymographie.

Mardi 26 novembre, 10 h. : M. Delherm. Présentation de malades.

Mercredi 27 novembre, 11 h. : M. Codet. Clichés d'œsophage d'estomac.

Vendredi 29 novembre, 10 h. : M. Delherm. Présentation de malades.

Samedi 30 novembre, 11 h. : professeur Didiée (Val-de-Grâce). Les méthodes utilisées dans la pratique pour la localisation et l'extraction des corps étrangers.

**COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.** — *Cours de clinique urologique:* (Hôpital Necker. Clinique Guyon.) — M. le professeur Marion fera sa première leçon le mercredi 13 novembre 1935, à 9 h. 30, et continuera son enseignement aux jours, heures et lieux indiqués sur l'affiche des cours.

— *Clinique des maladies nerveuses.* — M. le professeur Georges Guillaumin commencera son cours de clinique le vendredi 15 novembre, à 10 h. 30, à l'hospice de la Salpêtrière (amphithéâtre de la clinique Charcot). Il continuera son enseignement les mardis, à 10 h. (poli-clinique à la salle des consultations externes de l'hôpital), et les vendredis, à 10 h. 30 (amphithéâtre de la clinique Charcot).

## INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

### AUX CONFRÈRES AUTOMOBILISTES

Dans notre dernier numéro (n° 89, p. 1503), nous attirons l'attention de nos confrères sur le nouveau décret-loi qui diminue le taux excessif des amendes en cas d'homicide par imprudence ou de blessure.

Le nouveau taux reste encore très élevé ; grâce au jeu des décimes, il atteint onze fois le chiffre de l'amende.

La situation est encore aggravée par un décret-loi qui interdit aux compagnies d'assurance de couvrir de nouveau risque.

ANÉMIES  
DYSPEPSIES  
ANTITOXIQUE



DOSE: 4 à 6  
TABLETTES  
PAR JOUR

BIOXYDE DE MANGANESE COLLOÏDAL SELS MAGNÉSIENS  
Laboratoire SCHMIT 71 Rue Sainte-Anne. PARIS 2<sup>e</sup>

Insomnies  
Touche nerveuse.

**BROMÉINE** MONTAGU



# CONSTIPATION

## REEDUCATEUR DE L'INTESTIN

AUCUNE ACCOUTUMANCE  
LABORATOIRES LOBICA  
~~46, AVENUE DES TERNES - PARIS~~  
25, RUE JASMIN - PARIS (16<sup>e</sup>)



### à base de :

SELS BILIAIRES  
POUDRE DE GLANDES INTESTINALES  
CHARBON POREUX  
FERMENTS LACTIQUES  
POUDRE DE LAMINARIA FLEXICAULIS  
POUR 1 COMPRIMÉ

**1 à 6 comprimés par jour  
aux repas ou au coucher**  
Commencer par deux comprimés

# LACTOBYL

**Dans les SEPTICÉMIES**  
un résultat CERTAIN

# PRONTOSIL

en injections intraveineuses  
Chimiothérapie des affections  
à strepto et staphylocoques

Littérature et Echantillons

**Edmond RIGAL & C<sup>o</sup>**



**26, rue Vauquelin, 26**

~~~~~ **PARIS-V<sup>e</sup>** ~~~~~

**TONIQUE GÉNÉRAL  
RECALCIFIANT**



*Gaurool*

**CALCIUM ASSIMILABLE**

**AMPOULES  
COMPRIMÉS  
GRANULÉ**

**GAUROL INTRAVEINEUX** (Ampoules de 5 cc.)  
**HÉMORRAGIES, TUBERCULOSE**



LABORATOIRES PÉPIN & LÉBOUCQ — 30, Rue Armand-Sylvestre - COURBEVOIE (Seine)



## REVUE GÉNÉRALE

LA TUBERCULOSE  
A TRAVERS LES SIÈCLES <sup>1</sup>

Par M. CHARLES TOINON (de Marseille).

**XIX<sup>e</sup> siècle.** — Les premières années du XIX<sup>e</sup> siècle ne sont que la continuation du siècle passé, c'est-à-dire de la médecine ancienne.

Antoine Portal (1742-1832) décrit une importante monographie sur la tuberculose pulmonaire, mais il admet toujours d'innombrables phtisies : tuberculeuse, hydatique, scorbutique, calculeuse, exanthématique, nerveuse, puerpérale, vénérienne, pléthorique, asthmatique, pleurétique, péripneumonique, traumatique.

Le dogme de la contagion, officiellement accepté dans l'Europe méridionale, rencontre en Angleterre et en France des détracteurs acharnés. C'est celui de la *diathèse tuberculeuse héréditaire* qui triomphe chez les médecins de la première moitié du XIX<sup>e</sup> siècle.

D'ailleurs, dans cette phase, nombre de cliniciens, avec Brown, Rasori, Broussais, nient la spécificité des maladies et par conséquent de la tuberculose. Qu'il s'agisse de l'incitation de Brown, du stimulus de Rasori (1761-1837) ou de l'irritation-inflammation de Broussais (1778-1828) ; qu'on soit stimuliste ou controstimuliste, on considère les maladies comme non spécifiques, et dues à de simples variations de l'état physiologique et à l'inflammation ou à la pléthore.

Les déductions thérapeutiques sont faciles à tirer de telles doctrines : comme sous Molière, révulsion, saignée, vomitifs, purgation règnent en maîtres.

Ce début de siècle écoulé, alors s'ouvre vraiment l'ère scientifique de la phtisiologie. Nous y distinguons deux phases :

1<sup>o</sup> Phase anatomique et histologique, avec Laënnec comme point culminant ;

2<sup>o</sup> Phase expérimentale et bactériologique, avec Villemin et Koch.

**1<sup>o</sup> PHASE ANATOMO-HISTOLOGIQUE.** — Avant Laënnec, Bayle Gaspard-Laurent (1774-1816), élève de Corvisart, né au Vernet, dans les Basses-Alpes, montre que la *phtisie tuberculeuse est une maladie spécifique due aux tubercules*.

Il ne dégage pas complètement l'unité de la tuberculose, mais la prévoit.

Dans son premier ouvrage en 1810, « Phtisie pulmonaire », il conserve encore une classification anatomique avec six variétés de phtisies : tuberculeuses, granuleuses, avec mélanose, ulcéreuses, calculeuses, cancéreuses.

Dans le deuxième, « Remarques sur les tubercules », il distingue le tubercule miliaire opaque de la granulation miliaire transparente, mais a le tort de ne pas considérer la granulation miliaire comme une variété du tubercule.

Plus tard d'ailleurs, avec les progrès de l'histologie, on retournera à la distinction de Bayle, mais en main-

tenant l'unité de nature : la granulation tuberculeuse est un nodule inflammatoire spécifique du tissu conjonctif avec cellules géantes, tandis que le tubercule miliaire pulmonaire est un îlot de broncho-alvéolite tuberculeuse.

Bayle considère la tuberculose comme une *maladie spécifique* dont les localisations peuvent se faire sur les divers viscères : poumons, larynx, trachée, intestins et ganglions mésentériques, ganglions cervicaux.

Bayle meurt poitrinaire à 42 ans, en pleine maturité scientifique.

« Enfin Malherbe vint... » On peut en dire autant de Laënnec en phtisiologie.

Laënnec (1781-1826), Breton d'origine, mérite une place à part dans cette étude, car il en domine l'histoire tout entière. Son véritable génie sut clarifier les notions acquises jusqu'à lui et en dégager ce principe capital de l'unité de la tuberculose, si diverse dans ses manifestations et localisations, et de nature cependant unique et univoque. Et son inspiration est d'autant plus admirable qu'il affirme cette unité sur la seule connaissance du tubercule et sans l'aide d'analyses bactériologiques, inconnues alors.

Il découvre les *manifestations cliniques de ces tubercules* par l'étude des signes physiques, qui permettent de diagnostiquer : l'accumulation des tubercules, leur ramollissement, et enfin l'évacuation complète de la matière tuberculeuse. Notons toutefois que la conception d'une tuberculose pulmonaire à trois ou quatre degrés lui reste étrangère, et que sa classification des formes cliniques de la phtisie, en 1819, d'après la facilité plus ou moins grande de leur diagnostic, reste inférieure à celle de Bayle.

Mais n'est-ce pas génial d'affirmer que, quel que soit l'aspect histologique observé, il s'agit toujours d'un tubercule plus ou moins différencié, et de conclure qu'entre granulations et tubercules « il n'y a d'autre différence que celle qui existe entre un fruit mûr et un fruit vert ».

« ...De quelque manière que les tubercules se soient formés, ils finissent, au bout d'un temps plus ou moins long, par se ramollir et se liquéfier. Le ramollissement gagne peu à peu la circonférence et devient complet. Lorsque la matière tuberculeuse est complètement ramollie, elle s'ouvre un passage dans lequel un des tuyaux bronchiques les plus voisins... »

Voilà la description lumineuse des divers stades d'évolution des formes fibro-caséuses pulmonaires chroniques.

Du point de vue histologique (moins bien connu de Laënnec), ce dernier a commis certes une erreur en opposant le tubercule miliaire à l'infiltration tuberculeuse pulmonaire, tous deux étant en réalité des lésions pneumoniques. Mais au point de vue doctrinal et clinique, quelle merveilleuse découverte !...

Non content de ces résultats, Laënnec fait un *tri judicieux dans le chaos des maladies pulmonaires*, et il isole la pneumonie, la pleurésie séro-fibrineuse, la gangrène pulmonaire, le pneumothorax, l'emphysème, la dilatation bronchique.

Enfin, il est le véritable inventeur et vulgarisateur de l'*auscultation médiate*, par le *stéthoscope*. En 1819, il publie son « Traité de l'auscultation médiate, ou

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôp.*, 1935, n° 88, p. 1485.

traité du diagnostic des maladies du poumon et du cœur, fondé principalement sur ce nouveau moyen d'exploration. » (Edit. Brosson et Chaudé, Paris, 1819.)

Cette découverte lui permet de bien décrire toute une série de signes physiques pulmonaires capitaux en *séméiologie* : pectoriloque aphone, égophonie, tintement métallique, râles divers, souffle pneumonique.

Ce géant de la médecine mourut lui-même, à 45 ans, tuberculeux, à la suite d'une inoculation accidentelle de l'index, 20 ans auparavant, au cours d'une autopsie de phtisique.

Il eut des adversaires irréductibles, parmi lesquels Broussais et les savants allemands. Reinhardt en 1847 et Rudolf Virchow en 1847 et 1850 soutiennent en effet la dualité de la phtisie pulmonaire, qu'ils divisent en deux groupes au nom de l'histologie :

1° La pneumonie caséeuse, inflammation scrofuleuse, la scrofule étant distincte de la tuberculose ;

2° Le tubercule vrai, spécifique, aboutissant à la destruction du parenchyme pulmonaire.

Cette doctrine dualiste eut du moins un résultat thérapeutique heureux. En effet, si la phtisie n'est plus à coup sûr spécifique, il faut empêcher par tous les moyens le « phtisique » de devenir « tuberculeux ».

Pidoux, Péter, Guéneau de Mussy considèrent que la phtisie est une maladie de déchéance organique et que, par conséquent, il faut lutter pour soutenir l'état général et éviter la transformation en tuberculose.

2° PHASE EXPÉRIMENTALE ET BACTÉRIOLOGIQUE. — Les doctrines continuaient à se heurter, à s'opposer, quand les remarquables travaux de Pasteur permirent à Villemain et à Koch d'apporter une conclusion définitive aux nombreuses découvertes de leurs prédécesseurs.

Jean-Antoine Villemain (1827-1892), professeur agrégé au Val-de-Grâce, publie le 5 décembre 1865 un mémoire sur les « Causes et nature de la tuberculose ». Il démontre que le tubercule est inoculable, transmissible de l'homme aux animaux, et spécifique. Il déclare que l'agent causal est un « parasite vivant dans l'organisme du malade ». Et cette découverte expérimentale, il la rapproche de faits d'observation nombreux dans ses « Etudes sur la tuberculose ».

En dehors de l'expérimentation, il étaye la notion de contagion sur une foule d'exemples : tuberculose inconnue chez certains peuples avant leur contact avec les Européens, rôle de la cohabitation, reproduction de la maladie dans une même famille où habite un tuberculeux.

Et cependant, malgré les expériences confirmatives de Chauveau, Parrot, Conheim et Pappeiner, ses conclusions sont encore discutées. Chauffard, Behier font de l'opposition. Pidoux reçoit en 1873 de la Faculté de Médecine de Paris un prix de 10.000 francs pour ses « Etudes sur la phtisie », où il soutient énergiquement la non-contagion.

La vérification indiscutable des travaux de Villemain sur la nature infectieuse, microbienne de la tuberculose est apportée en 1882 par la découverte du bacille par Robert Koch (1843-1900) dans les crachats et produits tuberculeux.

D'importantes mesures de prophylaxie individuelle et collective découlent de cette grande découverte. En

1889, l'Académie de Médecine mentionne le danger que les tuberculeux font courir aux collectivités. En 1896 Jaccoud signale à l'Académie la possibilité de contamination hospitalière et provoque la formation d'une commission qui conclut à l'isolement des tuberculeux, l'instruction spéciale du personnel, l'antisepsie des salles, la désinfection du domicile des malades.

En 1892, Armaingaud avait fondé la Ligue Française contre la Tuberculose.

En 1898, Grancher expose la question de la prophylaxie d'une manière magistrale dans son « Rapport lu au nom de la Commission de la tuberculose ».

De la découverte de Koch naissent des essais de traitement spécifique. Puisqu'on avait découvert le microbe, il paraissait logique d'envisager les thérapeutiques biologiques habituelles par sérothérapie ou vaccinothérapie. Malheureusement, les diverses tentatives de Koch, Behring, Maragliano furent infructueuses, sans parler des désastres amenés par l'emploi intempestif de la lymphé de Koch (tuberculine).

A la fin du siècle, en 1896, la découverte et l'utilisation des rayons X permirent un diagnostic plus facile de la tuberculose pulmonaire.

Quant à la diathèse scrofuleuse, connue mais non dénommée depuis le Moyen âge, elle est mieux interprétée.

N'estimait-on pas, à la Renaissance, que les écrouelles (tumeurs scrofuleuses) sont des abcès enveloppés de pituite épaisse, pouvant envahir l'organisme, mais sans rapport avec la tuberculose.

Sylvius de Leboë, au XVII<sup>e</sup> siècle, avait découvert l'identité des lésions en isolant les « tubercules ». Charmetton en 1752, dans son « Essai théorique et pratique sur les écrouelles », et Pierre Lalouette en 1785, dans un « Traité des scrophules », décrivent abondamment ces manifestations ganglionnaires, muqueuses, ostéo-articulaires, cutanées et générales.

Mais jusque vers le milieu du XIX<sup>e</sup> siècle, avec Bazin, on affirme la distinction entre scrofule et tuberculose. Seule la découverte du bacille de Koch permet de confondre les deux manifestations dans un même cadre. Et cependant Nélaton est âprement combattu en 1883 quand il affirme la nature tuberculeuse de lésions dites scrofuleuses. D'ailleurs actuellement nous conservons le terme de scrofule pour désigner, chez l'enfant surtout, des tuberculoses externes et chirurgicales. Toutefois la diathèse scrofuleuse n'est plus acceptée de nos jours.

Il est intéressant de rappeler ici l'étymologie des mots scrofules et écrouelles, ce dernier n'étant que le doublet populaire du mot savant scrofules. En latin : scrofulae, diminutif de scrofa qui signifie « truie ».

Nous retrouvons le même mot en anglais : scrofula, en italien : scrofole, en provençal : escroula.

Les langues ibériques rattachent plus étroitement ce mot à l'idée de porc puisque « écrouelles » se traduit par pueras en espagnol, alporcas en portugais.

Hors du latin, mêmes rapports. Chez les Hébreux, la maladie est appelée au Moyen Age hazirim, pluriel du mot signifiant « porc ». En arabe, nous trouvons hinzir pour « porc », et marad-al-hanazir pour « scrofules ». En grec, choïras et choïrades. En allemand, Schwein et Schweinsucht.



On voit donc l'association dans presque toutes les langues des mots « porc » et « scrofules ». L'expliquera-t-on par la forme de tête de porc de la zone scrofuleuse, ou parce que le porc est fréquemment atteint de cette maladie, ou encore par les symptômes répugnants du mal qui peuvent évoquer la saleté du porc ?

D'autres diront avec Galien que le porc est l'animal qui ressemble le plus à l'homme. Qu'importe l'interprétation ? Le fait est assez curieux pour être mis en relief.

Un article très documenté sur cette question est rédigé par M. L. F. Flutré, professeur agrégé à l'Université de Lyon, dans le numéro d'*Aesculape* de septembre 1935 : « Etude sur le rôle du porc dans l'appellation et la représentation des écrouelles ».

En même temps que ces découvertes mémorables de Villemin et Koch, la cure hygiéno-diététique dans des établissements fermés est préconisée en Allemagne par Brehmer en 1856, Detweiler en 1880. Pour cette cure, de nombreux sanatoria sont construits en Allemagne et en Suisse, plus tardivement en France.

Enfin, cette dernière phase du XIX<sup>e</sup> siècle est aussi celle de la découverte de la tuberculine en 1891, du séro-diagnostic en 1898 par Arloing et Courmont, de l'étude des diverses localisations de la tuberculose (granulie d'Empis, typho-bacillose de Landouzy, localisations extra-pulmonaires, pleurésie séro-fibrineuse), et des tuberculoses dites chirurgicales.

Il faut y placer enfin la description restée longtemps classique de Grancher en 1890.

Et cependant, au point de vue thérapeutique, toutes ces merveilleuses découvertes ne porteront fruit qu'au XX<sup>e</sup> siècle. En 1870-1880, le traitement d'un phtisique reste encore bien archaïque.

Péter a brossé un tableau de maître à ce sujet : « Je ne sais rien de plus hideusement fétide que la chambre à coucher d'un phtisique riche. C'est un endroit soigneusement clos où il est interdit à l'air d'entrer comme à l'espérance : bourrelets aux portes, aux fenêtres, épais rideaux enveloppant le lit où mijote à l'étuvée, dans sa moiteur et dans son air vingt fois préréspiré, le malheureux phtisique... »

Les bains de propreté sont défendus au phtisique, mais on lui dispense avec largesse les bains d'huile, de lait, de sang chaud, de gélatine et même de tripes (appliqués par exemple au duc de Reichstadt).

Avec une absence complète de logique, on ordonne à ce pauvre malade, emmitoufflé et prisonnier pendant les beaux jours, de faire de lointains voyages dès les froids. On lui impose changements de climat, é migrations lointaines et pénibles — véritable pègrinomanie — qui ne contribuent le plus souvent qu'à épuiser ce malheureux.

Au siècle précédent, les doctrines physiologiques admises en phtisiothérapie (1800-1830) avaient conduit les cliniciens à une véritable débauche de médications révulsives et antiphlogistiques, avec les saignées abondantes et répétées, les vomitifs et purgatifs, la gymnastique (fameux gymnase du conseiller Amoros à Paris, vers 1822), la pneumothérapie (émanations d'acide carbonique, Institut pneumatique de Londres, bains d'air comprimé).

Puis, de 1830 à 1860, on avait compris le danger de ces méthodes intempestives et trop brutales, souvent illogiques.

Ce fut alors l'ère de la digitale, de l'aconit, des arsenicaux, de l'huile de foie de morue, étudiée en Allemagne par Schenk (1852), de la créosote, de l'iode, des médications ferrugineuses.

Lotions, douches, cure d'air, crénothérapie (eaux sulfureuses, Eaux-Bonnes notamment), diététique par le petit lait (Allemagne, Suisse surtout), par le koumys, cure de raisin (ampélothérapie), médication par l'alcool (potion de Jaccoud avec vin rouge, vieux cognac, teinture de cannelle et sirop d'écorces d'oranges amères), sont tentées sans succès, malgré de chauds partisans. Bienheureux quand elles n'amènent pas des désastres après l'emploi du soufre et de l'arsenic, congestifs par excellence, ou celui de l'alcool à haute dose, jusqu'à l'ivresse !!!

Enfin une suralimentation outrancière ajoute parfois ses méfaits à une médication intempestive. Debove ne préconise-t-il pas dix œufs et 200 grammes de viande crue par jour, sans parler du gavage des tuberculeux à la sonde gastrique...

**XX<sup>e</sup> siècle.** — Les progrès sont multiples dans les diverses branches de la phtisiologie après les découvertes du siècle dernier.

*Au point de vue clinique.* — L'identification des formes cliniques de la tuberculose pulmonaire, les travaux sur le début réel, évolutif, de la maladie, enfin la notion des poussées évolutives constituent des acquisitions de haute valeur.

C'est L. Bard, de Lyon (1857-1930) qui, en 1901, individualise les nombreux aspects cliniques de la tuberculose pulmonaire, dont il dresse une classification bien connue. Il décrit aussi la forme fibreuse chronique.

Grancher, en 1890, avait colligé, avec un luxe abondant, des signes dits de début (modification du murmure vésiculaire et de la sonorité). En réalité, Bard démontre que ce sont le plus souvent des signes de lésions abortives du sommet avec sclérose cicatricielle ou poussée congestive apexienne. Les vrais signes de début évolutif de la tuberculose pulmonaire sont différents : caractérisés par une triade de troubles généraux, fonctionnels et de signes physiques, avec baciloscopie positive dans les crachats.

Dès 1904, Piéry (de Lyon), puis Bezançon et de Serbonnes démontrent que la forme fibro-caséuse chronique évolue par poussées pneumoniques aiguës ou subaiguës séparées par des accalmies.

En 1906, Sabourin décrit des foyers pneumoniques tuberculeux localisés qui émaillent l'évolution de la forme chronique. En 1911, Bezançon et Braun étudient les foyers pneumoniques tuberculeux spontanément curables. Enfin, grâce surtout à l'Ecole lyonnaise avec Tripier, Renon et Géraudel, et à l'école parisienne avec Sergent, Léon Bernard, Bezançon, Rist et Ameuille, on substitue aux trois degrés de Laënnec la notion des poussées évolutives.

*Au point de vue anatomique.* — Raymond Tripier (1838-1916) et l'école lyonnaise en 1908, puis Letulle, Bezançon et Braun démontrent, grâce à l'anatomie

pathologique, l'exactitude des déclarations de Bayle au siècle dernier. Ils isolent en effet *deux types de lésions pulmonaires d'origine tuberculeuse* que Laënnec avait englobées sous le terme de tubercule miliaire. Ce sont :

1° La granulation tuberculeuse, nodule du tissu conjonctif avec les cellules géantes caractéristiques et la présence fréquente de bacilles de Koch ;

2° Le tubercule miliaire, véritable pneumonie en miniature, flot d'alvéolite non folliculaire, uniquement inflammatoire, sans cellules géantes.

Ces découvertes constituent une base solide à l'appui de la notion nouvelle décrite en 1897 par Antonin Poncet (1845-1913) : *la tuberculose inflammatoire non folliculaire*. Etape capitale après les travaux de Laënnec, Villemin et Koch.

En 1897, Poncet dévoile sa conception du rhumatisme tuberculeux. En 1909, avec Leriche, il publie une monographie sur ce sujet. Enfin tous deux, en 1910, généralisent encore plus la question dans leur ouvrage sur « La Tuberculose inflammatoire » (Paris, Doin, 1910).

De quoi s'agit-il ? D'un nouveau camouflage de la maladie protégée. Il est bien question d'une tuberculose, mais privée de signature anatomique, c'est-à-dire réalisant des lésions dépourvues de follicules tuberculeux et de cellules géantes. Le poison bacillaire, de virulence probablement atténuée, ne produit plus dans les tissus que les lésions banales de l'inflammation.

La découverte encore plus récente des formes filitrantes du bacille de Koch a consacré d'une façon notable ces remarquables travaux.

*Au point de vue pathogénique et humoral.* — Quel merveilleux essor aussi dans ce vaste chapitre, et quel progrès accompli depuis le phlegme corrompu d'Hippocrate !

La découverte de Koch en 1882 semblait avoir couronné l'œuvre des savants en bactériologie. Il n'en était rien. En 1910, Fontes, de l'Institut Oswaldo-Cruz, à Rio-de-Janeiro (Brésil), décrit des *éléments filtrables*, virulents et tuberculigènes, dans le pus d'abcès tuberculeux. Le bâtonnet de Koch n'est qu'un stade dans le cycle évolutif du microbe tuberculeux.

Cette découverte, d'abord persiflée, a été confirmée par de multiples travaux ultérieurs de Vaudremer (1923), Hauduroy (1923), Valtis (1924), Nègre et Bocquet (1925), Arloing et Dufourt (1925).

Ce virus filtrant peut traverser le placenta maternel et contaminer le fœtus (Calmette, Valtis, Nègre et Bocquet, Arloing et Dufourt, 1925).

Les opinions sur l'hérédité tuberculeuse sont donc remises en chantier, puisque l'on vérifie la possibilité d'une hérédité bacillaire particulière par infection transplacentaire.

Pratiquement, la contamination après la naissance reste le fait dominant. Il n'en reste pas moins que cette notion des formes filitrantes élargit le cadre ancien.

Cet ultra-virus peut d'ailleurs, complexité des phénomènes biologiques, engendrer une hérédité-immunité, ainsi que l'éclairent expériences et données cliniques.

Enfin par l'ultra-virus on s'explique bien des pro-

blèmes restés obscurs : formes abortives pulmonaires, rhumatismes tuberculeux et tuberculose inflammatoire de Poncet.

Plus récemment encore, les travaux de Lowenstein, avec son milieu électif de culture, montrent la présence fréquente du bacille adulte dans le sang, même dans des affections non tuberculeuses en apparence. Mais cette fréquence est discutée, et l'interprétation en est controversée.

*Au point de vue thérapeutique.* — Cure d'air, cure de repos, alimentation raisonnée (remplaçant la suralimentation anarchique responsable de désordres digestifs) constituent la triade moderne hygiéno-diététique.

La cure climatique en sanatorium est de plus en plus utilisée, par la création de nombreuses stations appropriées. Elle remplace les cures crénothérapiques des siècles précédents.

L'héliothérapie, mise en valeur dès 1899 par Poncet, se substitue souvent à l'intervention chirurgicale dans le traitement des localisations extra-pulmonaires.

L'ère scientifique, ouverte dès la fin du XIX<sup>e</sup> siècle et le début du XX<sup>e</sup>, amène les cliniciens à tenter l'emploi de *médications biologiques*. Malgré de nombreuses et consciencieuses recherches sur l'élaboration de sérums ou vaccins curatifs antituberculeux, nous constatons l'échec quasi constant de ces méthodes dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. Par contre, ces médications donnent quelquefois de bons résultats dans les localisations extra-pulmonaires.

Quant à la *tuberculinothérapie*, elle ne doit pas amener les désastres qu'essuya Koch, à condition d'être employée à doses extrêmement prudentes et dans des tuberculoses lentes, apyrétiques. Cette méthode reste peu utilisée en France.

L'humorisme moderne bénéficie, lui aussi, d'une foule de travaux nouveaux. Créé par Andral avec ses études sur la chimie du sang, il est l'objet de recherches nombreuses de Bouchard, Grasset, Bordet, Ch. Richet, F. Widal, Lumière et Kopaczewski. Longue liste à énumérer : recherche des anticorps tuberculeux, explication du phénomène de Koch (Koch 1891 — Calmette et Guérin 1907 — Bezançon et de Serbonnes 1914), cuti-réaction à la tuberculine (Von Pirquet et Marfan), index opsonique de Wright, allergie et anergie de Von Pirquet, déviation du complément de Bordet et Gengou.

Les idées sur le terrain tuberculeux conduisent à l'hypothèse d'une prédisposition humorale dont on essaie de déceler le substratum biochimique : décalcification d'après Ferrier, déminéralisation d'après Robin, ralentissement de la nutrition par diminution des oxydations d'après Monceaux et Delore.

Les insuccès de la thérapeutique biologique décident alors les phthisiologues à employer les *médications chimiothérapiques*, qui donnent de si beaux résultats dans le traitement de la syphilis.

Sels de cuivre, d'étain, d'argent, de terres rares sont tour à tour employés. Jusqu'à la découverte du premier sel d'or par Holger Mollgaard en 1924, la sanocrysine, premier produit inaugurant l'aurothérapie ou chrysothérapie de la tuberculose.

Ces diverses innovations n'excluent pas les médica-



ments de terrain : huile de foie de morue, recalcification, chlorhydrate de choline, produits opothérapiques divers, avec quelques acquisitions intéressantes comme l'extrait de lobe postérieur d'hypophyse contre l'hémoptysie.

Couronnement de ces magnifiques acquisitions : la pratique du *pneumothorax artificiel* devait révolutionner le traitement de certaines formes cliniques de la tuberculose pulmonaire.

Préconisée par le professeur *Forlanini* (de Pavie), en 1882, réalisée par lui pour la première fois en 1892, cette méthode est vulgarisée surtout au début du xx<sup>e</sup> siècle en Amérique d'abord, en France ensuite avec *Dumarest*.

L'utilisation du pneumothorax thérapeutique constitue le plus grand progrès observé en phthisiologie.

Cette *collapsothérapie* est même complétée ou remplacée par diverses interventions chirurgicales, notamment la thoracoplastie extra-pleurale, la phrénicectomie, la section des adhérences, l'apicolyse extra-pleurale.

*Au point de vue prophylactique.* — Une découverte de la plus haute importance, à mettre sur le plan du pneumothorax artificiel, est celle du vaccin bilié, préventif contre la tuberculose, le *B.C.G. de Calmette et Guérin*. Donné aux nouveau-nés issus de tuberculeux, il diminue de 26 p. 100 à 0,70 p. 100 la mortalité infantile par tuberculose en France.

Résultat de patients labeurs, cette méthode a donc fait déjà ses preuves et paraît la méthode d'avenir pour prévenir le redoutable fléau.

Le xx<sup>e</sup> siècle voit enfin se développer les méthodes de *prophylaxie individuelle, collective et sociale*.

La notion prédominante de contagion interhumaine surtout dans l'enfance, celle du réveil chez l'adulte d'une primo-infection de l'enfance conduisent à des mesures prophylactiques précises.

La prophylaxie en milieu familial prend toute son importance. Les infirmières visiteuses donneront tous conseils utiles en enquêtant sur place. Isolement, barrière sanitaire sont organisés en ce qui concerne le malade : crachoir, désinfection, objets personnels.

La préservation de l'enfance par l'admirable œuvre *Grancher*, les préventorijs, les écoles de plein air, domine les préoccupations des phthisiologues.

Enfin la création de nombreux *dispensaires* de dépistage et d'*hôpitaux-sanatoria* de cure pour les adultes complète cet outillage médico-chirurgical de lutte.

Et l'on comprend cette floraison de mesures prophylactiques échelonnées depuis 1900, date à laquelle le premier dispensaire de consultation est ouvert par *Léon Bonnet*.

En 1901, inauguration du préventorium *Emile Roux*, à Lille.

La même année, Conférence internationale de la tuberculose, créée à Berlin.

Création en 1902 de la « Commission permanente de préservation contre la tuberculose », sous le patronage de *Léon Bourgeois*.

Déclaration facultative en France par la loi de 1902.

Première école de plein air créée à Lyon par *Ed. Herriot* en 1911.

Loi du 18 octobre 1915 sur l'Assistance aux militaires tuberculeux réformés ou en instance de réforme.

Loi *Léon Bourgeois* du 15 avril 1916 sur les Dispensaires.

Loi *Honorat* du 7 septembre 1919 sur les sanatoria populaires, les uns et les autres se développant de plus en plus avec les années.

En 1930 loi sur les Assurances sociales.

Toutefois, malgré le rapport de *Kuss* à Rome en 1912, la déclaration obligatoire de la tuberculose en France, votée à deux reprises par l'Académie de Médecine en 1913 et en 1919, attend encore l'approbation du Parlement, alors qu'elle est adoptée légalement en Angleterre et pratiquement en Allemagne.

*Conclusion.* — La tuberculose est donc connue depuis que l'homme existe.

Mal isolée des autres maladies dans la préhistoire et chez les peuples d'Orient, la phthisie acquiert déjà droit de cité dans la médecine hindoue. Elle est nettement définie dans la médecine grecque, puis à Rome où les travaux de *Galien* sur les organes et fonctions de la respiration permettent un progrès sur *Hippocrate* et son école. Mais étiologie et pathogénie sont inconnues.

Les Arabes n'ajouteront rien, et le Moyen âge vivra sur les idées des Anciens.

Dès la Renaissance, *Fracastor* parle de contagion (1546). Au xvii<sup>e</sup> siècle, si l'obscurantisme règne en France, nous voyons *Sylvius de Le Boë* découvrir le tubercule (1680).

Au xviii<sup>e</sup> siècle, *Pierre Desault* (1733) marque un important progrès avec sa description du crachat contaminateur, et *Auenbrugger* apporte une contribution non négligeable avec la découverte de la percussio (1761).

Au début du xix<sup>e</sup> siècle, les doctrines du stimulisme et du contro-stimulisme et de la non-spécificité des maladies font marquer le pas jusqu'à l'éclosion magnifique des *Bayle, Laënnec, Villemin, Koch*.

Il faut toutefois arriver à la fin du xix<sup>e</sup> siècle et au xx<sup>e</sup> siècle pour que la tuberculose soit vraiment identifiée dans ses divers problèmes étiologique, pathogénique, anatomique, clinique, prophylactique et thérapeutique.

Cette dernière n'est-elle pas restée arbitraire et empirique jusqu'à la fin du xix<sup>e</sup> siècle, avec les innombrables tentatives que nous avons signalées et l'usage abusif des saignées, vomitifs et révulsifs comme sous *Molière*.

Nous n'en sommes plus là, par bonheur, grâce aux médicaments judicieusement choisis, au pneumothorax thérapeutique, à la cure hygiéno-diététique bien réglée, et au B C G de *Calmette*, dont le nom honore si magnifiquement la phthisiologie, à côté des *Laënnec, Villemin* et *Koch*.

#### QUELQUES INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

1. AUENBRUGGER. *Nouvelles méthodes pour reconnaître les maladies internes de la poitrine par la percussio*. Traduction du latin par *Corvisart*, Paris, *Migueret*, 1808.
2. BAZIN. Contribution à l'histoire de la médecine à la Renaissance, *Th. Paris*, 1903-1904.
3. BAYLE. *Recherches sur la phthisie pulmonaire*, Paris 1809.
4. BERTRAND (H.). *Le druidisme et la médecine en Gaule*, Montpellier 1908.

5. BERTRAND (Louis). *Louis XIV*, Paris, A. Fayard 1923.
6. CABANES. *Remèdes d'autrefois*, Maloine 1910.
7. CELSE. *Traité de Médecine*. Trad. Fouquier-Ratier, Paris 1824.
8. CORDIER. *Etude sur la médecine hindoue*, Th. de Bordeaux 1894.
9. DAREMBERG. *Œuvres anatomiques, physiologiques, médicales de Galien*, deux volumes. Paris 1854.
10. FRACASTOR. *Les trois livres de Jérôme Fracastor*. Trad. L. Meunier, Paris 1893.
11. GALIEN. *De remed. parabil*. Lipsiae, 1825-1883 ; — *Methodus medendi* ed. Kuhn ; — *Traité des passions de l'âme et de ses erreurs*. Trad. par R. Van der Elst, Paris.
12. GRANCHER. *De l'unité de la tuberculose*, Th. de Paris, 1873.
13. GUIART. *La médecine au temps des Pharaons*. *Biol. méd.*, N° 7, 1922 ; — *La médecine grecque aux temps héroïques de Ninas à Homère*, *Biol. méd.*, sept.-oct. 1925.
14. HELME. *L'Ecole de Salerne*, *Presse méd.*, 9 av. 1910.
15. HIPPOCRATE. *Œuvres complètes*. Trad. Littré, 10 vol., 1839.
16. LAËNNEC. *Traité de l'auscultation médiate ou Traité du diagnostic des maladies du poumon et du cœur fondé principalement sur ce nouveau moyen d'exploration*, Brosson et Chaudé. Paris 1819.
17. KOCH. *Comm. à la Société de physiologie de Berlin*, 10 avril 1882.
18. LE CLERC. *Histoire de la médecine arabe*, Paris 1884.
19. LEGENDRE. *La tuberculose en Chine*, *Presse méd.*, 7 juin 1905.
- 19 bis. LIÉTARD. *Lettres historiques sur la médecine des Hindous*, Paris 1863.
20. MAURIAC (P.). *Un grand médecin français, le Bordelais Pierre Desault (1675-1737)*. Bordeaux, Gounouilhon, 1923.
21. MEUNIER (L.). *Histoire de la médecine depuis ses origines jusqu'à nos jours*. Baillière et fils, Paris, 1911.
22. PETIT (G.). *La phtisie au XVIII<sup>e</sup> siècle*, *Courrier méd.*, 21-23 janvier 1923.
23. PONCET et LERICHE. *La tuberculose inflammatoire*, Paris. Doin 1909.
24. PIÉRY et ROSHEM. *La défense sociale contre la tuberculose au temps jadis, en particulier au XVIII<sup>e</sup> siècle*, *Paris méd.*, 16 novembre 1923.
25. PIÉRY et ROSHEM. *La phtisiothérapie au XIX<sup>e</sup> siècle*. *Rev. méd.*, 10 déc. 1911.
26. PIÉRY et ROSHEM. *Histoire de la tuberculose*, G. Doin 1931.
27. PIÉRY. *Laënnec et la phtisie pulmonaire*, *Journ. de méd. de Lyon*, 20 juin 1926.
28. PIÉRY et SARRAZIN. *La phtisiothérapie en Occident pendant le moyen âge et les temps modernes*, *Revue de méd. dec.*, N° 11, 10 nov. 1911.
29. PANSIER. *La médecine des Gaulois au temps des Druides*. Janus 1907, N° 8 et 9.
30. PIÉRY et ROSHEM. *Grandeur et décadence de la diathèse scrofuleuse*, *Paris méd.*, 1<sup>er</sup> nov. 1924.
31. PLINE. *Histoire naturelle*. Trad. Littré, Paris 1850.
32. PLATON. *Œuvres*. Trad. de Grou.
33. RÉMY. *La phtisiothérapie dans l'Antiquité*, Th. de Lyon, 1910.
34. RIST. *Le diagnostic des maladies thoraciques avant l'invention de la percussion et de l'auscultation*. *Presse méd.*, 14 juin 1913.
35. ROZIÈRE DE LA CHASSAGNE. *Manuel des Pulmoniques*, Paris. Humaire 1770.
36. VILLEMIN. *Cause et nature de la tuberculose*, *Bul. Acad. méd.*, 5 déc. 1865.
37. VIRES. *Sept siècles de médecine à Montpellier*, *Presse méd.*, 12 novembre 1921.
38. *Traité classiques de phtisiologie*.

## UN CAS HISTORIQUE DE COXARTHRIE TRAUMATIQUE NON TUBERCULEUSE DE LA HANCHE LA MALADIE DU PRINCE IMPÉRIAL (1866-1867)

ÉTIOLOGIE. EVOLUTION. DIAGNOSTIC.  
TRAITEMENT A LUCHON ET GUÉRISON

Par M. le docteur MOLINÉRY.

Au moment où la dynastie impériale voyait s'affirmer sa continuité dans la personne du Prince Impérial « dont le développement physique et intellectuel donnait pleine satisfaction », un événement bien minime, en apparence, donnait des soucis à l'impératrice Eugénie et à l'empereur Napoléon III. Une chute de trapèze survenant dès le début de l'automne 1866, provoquait chez l'enfant, au bout de quelques mois, une tumeur rénitente que le chirurgien Nélaton considéra en mars 1867 comme un abcès froid, après consultation avec Conneau, Corvisart et Barthéz.

Une première opération n'ayant pas donné satisfaction, une seconde intervention eut lieu à la fin du mois de mars, et l'immobilité fut recommandée au petit Prince.

Malgré les démentis officiels, une inquiétude régnait dans l'entourage de l'Empereur et se répercutait au dehors.

Une nouvelle consultation ayant eu lieu en juin, et les médecins ayant constaté de l'atrophie du membre, il fut décidé que l'enfant partirait pour les eaux de Luchon, dès le début de juillet.

En quelques jours, on avait élevé, au sud de l'établissement thermal, un pavillon, qui porte toujours le nom du Prince.

Or, pendant son traitement aux eaux de Luchon, et comme il arrive le plus souvent dans les affections ostéo-articulaires aux eaux sulfurées, il y eut réactivation, réouverture de la plaie, nouvel écoulement. L'Empereur demande à Nélaton ce qui en est, celui-ci rassure le monarque et prescrit quelques cataplasmes.

On avait pensé que l'enfant, remarquable cavalier, pourrait, dès son retour à Paris, se montrer aux Parisiens dans la cour des Tuileries. Une consultation du 17 août fut formelle: l'enfant devait, encore, rester allongé.

Cependant, il importait qu'après ce voyage aux eaux de Luchon, dont le résultat fut satisfaisant, il importait, dirons-nous, que l'enfant pût à nouveau être présenté à l'armée. L'enfant ne put rester que quelques heures au Camp de Châlons ; il rentra à Saint-Cloud avec la fièvre. De nouveau, le repos allongé fut prescrit. Après des alternatives de hauts et de bas, sur lesquels nous renseignons des dépêches officielles, nous apprenons, enfin, le 8 octobre, que l'enfant va bien.

\*\*

Le professeur Le Dentu, qui fut notre président de section lors de l'Exposition rétrospective hydro-minérale que nous eûmes l'honneur d'organiser en 1930, au Congrès International de Monaco, nous a donné quelques détails sur l'opération subie par le Prince. Etant interne de Nélaton, il avait accompagné celui-ci lors de l'intervention dont nous avons parlé. Un coup de trocart, nous avait dit notre vieux Maître, amena au jour un liquide colloïde qui venait de la bourse synoviale de l'articulation coxo-fémorale.

Cependant, les dépêches officielles nous parlent de deux interventions, et les souvenirs de Filon, précepteur du petit Prince, sont formels à ce sujet.

Quelle était, antérieurement, la santé de l'enfant ? Une lettre de l'Impératrice, datée de 1861, nous fait part de ses inquiétudes au sujet d'une grande susceptibilité bronchi-

(1) Communication faite, le 28 octobre 1935, à la Journée du rhumatisme.



que, dont le petit cousin de l'enfant (le fils du Duc d'Albe) et le Prince lui-même étaient atteints.

D'autre part, cette chute de trapèze dut être bien malencontreuse pour localiser au niveau de la hanche une inflammation que Nélaton avait quelque droit de reconnaître comme un abcès froid, la tuberculose ayant frappé Napoléon I<sup>er</sup> et le roi de Rome.

\*  
\*\*

L'évolution du mal, fin de l'été 1866 à la fin octobre 1867, s'étend sur une période de 12 mois. Intervention, atrophie du membre, première cicatrisation, réactivation du mal et fistulette sous l'influence du traitement, immobilisation prolongée, puis boiterie et, enfin, retour à la santé, permettent de songer que l'enfant a présenté une péri-arthrite traumatique suppurée de la hanche qui, étant donné la susceptibilité bronchique, les antécédents familiaux, aurait pu faire penser à une coxalgie qui n'aurait pas laissé de suite à moins de songer à une coxarthrite suppurée post-traumatique mais banale puisque, au souvenir de M. le professeur Le Dentu, la ponction avait donné jour à un liquide colloïde kystique synovial. La guérison fut telle que, par la suite, l'enfant ne présenta ni douleur, ni boiterie, ni gêne et devint l'un des plus remarquables cavaliers de son époque.

**L'influence invisible**, par le docteur Alexander CANNON, membre de la Société royale de Médecine d'Angleterre. Traduit de l'anglais par Grace Gassette et Georges Barbarin. In-8° de 223 pages. — Prix : 15 fr. — Aux éditions du Prieuré, Bazainville (Seine-et-Oise).

**Le blé, la farine et le pain**, par le docteur A. GOTTSCHALK. Petit in-8° illustré de 62 pages, aux éditions de la Tournelle ; en dépôt chez Le François. — Prix : 3 fr. 50.

## SOCIÉTÉS SAVANTES

### ACADÉMIE DE MEDECINE

(SÉANCE DU 5 NOVEMBRE 1935)

**Rapports.** — M. BRINDEAU apporte le rapport de la Commission de la *Natalité*, et M. TANON, le rapport de la Commission des *Coquillages*.

**La prévention de la syphilis chez les prostituées, au moyen d'injections bismuthiques.** — M. LEVADITI donne lecture à l'Académie d'un travail de M. le Dr Sonnenberg de Lodz (Pologne). Confirmant les recherches expérimentales de Sazerac et Levaditi, de Levaditi et ses collaborateurs, de Kolle, de Fournier et Schwartz, M. Sonnenberg montre qu'en injectant préventivement, à des prostituées indemnes, du bismuth (*Magisterium bismuthi*), toutes les deux semaines, on les met à l'abri d'une infection syphilitique, dont la fréquence dans les milieux où l'auteur opère est considérable. M. Sonnenberg a commencé ces études en 1927 ; il rapporte actuellement les nouveaux résultats enregistrés de 1930 à 1934. Ces résultats confirment les premiers, en montrant que le traitement préventif par le bismuth a réduit la morbidité de la syphilis, chez les prostituées, à 4 et 8 %, le nombre total des cas traités étant de 327 au cours de ces quatre années. Ce qui importe surtout, c'est de constater, avec l'auteur, que certaines prostituées se sont contaminées, soit tout au début, alors que la quantité de bismuth en circulation n'était pas suffisante, soit après la cessation de la cure bismuthique. Etant donné que certaines de ces femmes ont été traitées pendant neuf ans, sans interruption, et, que pendant cette longue période, on n'a observé, chez elles, aucun phénomène d'intolérance, il y a lieu de conclure qu'appliqué de la sorte, le

# DINITRA

## OBÉSITÉ

HYPOTHERMIES — HYPOSPHYXIES  
HYPOTHYROÏDIES

HYPOMÉTABOLISMES

RALENTISSEMENTS

de la NUTRITION



SOCIÉTÉ D'APPLICATIONS PHARMACODYNAMIQUES, 5 & 7, rue Claude Decaen PARIS 12

bismuth est parfaitement supporté, ce qui le sépare de tous les autres médicaments spécifiques connus. Il serait donc désirable, dit M. Sonnenberg, que cette méthode prophylactique fût appliquée en grand dans les milieux où la prostitution est surveillée. M. Levaditi partage cette opinion et émet le vœu que la méthode puisse être étudiée en France et dans les colonies françaises.

#### De l'existence d'un complexe strychno-barbiturique.

MM. V. DE LAVERGNE et P. KISSEL signalent que le mélange *in vitro* d'une solution de sulfate de strychnine à 3 p. 1000 et d'une goutte d'un barbiturique provoque constamment l'apparition d'un précipité. Ce phénomène n'a pu passer inaperçu jusqu'ici, qu'en raison de sa moindre netteté en solution à 1 p. 1000, et de son caractère passager avec certains barbituriques.

L'étude du précipité obtenu avec le sonéryl sodé, montre qu'il ne s'agit pas de précipitation de strychnine, ni de sonéryl, mais de la formation d'un complexe strychno-barbiturique à proportions définies (60/40), de caractères qui lui sont propres, parmi lesquels, l'hypotoxité.

En sérum, le mélange strychnine-sonéryl ne produit pas de précipité. Est-ce parce qu'en ce milieu, le complexe formé est soluble ? Est-ce parce qu'il ne s'est pas produit de complexe ?

Les auteurs donnent alors les détails de l'expérience cruciale qui démontre qu'en sérum, le complexe strychno-barbiturique s'est formé, — soluble et hypotoxique. Cette conclusion n'explique pas entièrement le mécanisme de protection réciproque strychno-barbiturique, puisque le complexe formé n'est que relativement hypotoxique. Mais les faits apportés conduisent à considérer le problème, suivant une orientation nouvelle.

**Trois années d'Assises de médecine.** — M. Henri GONLEWSKI. En 1932, le professeur Carnot, comme président, MM. Jules Renault, Edmond Lesné, Castaigne, Cestan et Mauriac, comme vice-présidents, fondaient l'Assemblée Française de médecine générale, « trait d'union scientifique et moral entre les médecins de France ». Elle prenait l'initiative de provoquer périodiquement l'observation clinique en France sur des sujets précis et d'en confronter les résultats en des réunions dites « Assises de médecine ». Depuis trois ans, de deux mois en deux mois, il y a eu dix-huit sessions d'Assises. Chacune d'elles, terminée à Paris, à l'Hôtel-Dieu, et présidée alternativement par un Parisien ou un provincial, est précédée d'Assises départementales. Jusqu'à mai 1935, celles-ci avaient donné lieu à plus de cinq cents réunions régionales, organisées dans les différentes villes par les soins des délégués régionaux, répartis actuellement dans les deux tiers des départements. La synthèse de ces Assises départementales, qui chaque fois donnent lieu à des milliers d'observations de carrière inédites, fut toujours publiée immédiatement, pour servir d'argument aux Assises de Paris, qui ont lieu au début du mois suivant, et où est votée — toujours à l'unanimité — à la fois par les praticiens et les maîtres de la médecine, en parfaite collaboration, une conclusion d'ensemble qui résume l'opinion générale des cliniciens français et est immédiatement diffusée en France et à l'étranger. A chaque session, pour la meilleure contribution de travail apportée aux Assises, l'assemblée désigne un lauréat, élu, sans jury, sur la proposition de ses pairs, à l'unanimité et à bulletins secrets. Des médecins modestes, dont la haute valeur morale et intellectuelle est apparue flagrante, forment aujourd'hui la pléiade de ces lauréats. L'un d'eux, médecin de campagne, fut appelé à présider les Assises sur la Diphtérie, dans la chaire de Trousseau, entouré des successeurs de Pasteur et de Roux et des maîtres de la pédiatrie française.

Cette manifestation fut le prélude d'autres initiatives. Dans le premier trimestre de 1935, les Assises furent dou-

blées de cérémonies consacrées à exalter l'épopée de la science médicale : hommage au *Modèle de l'Esprit d'observation* en Claude Bernard ; *Fondation du Premier Reliquaire du Savant*, au Collège de France ; *Trois siècles d'histoire à la « Charité »*. Les professeurs d'Arsonval, Roger, André Mayer, Achard, Jean-Louis Faure, Sergent et Roussy écrivirent sur des sujets des pages qui resteront à la gloire de la coopération de l'esprit de recherches et de l'observation du malade.

L'Italie vient de créer des Assises à l'image des Assises françaises, et à Pâques 1936, auront lieu à Nice les premières Assises franco-italiennes, consacrées aux *résultats éloignés des appendicites chroniques opérées*.

Ainsi l'union par le travail a imposé à l'attention les mérites et l'esprit du clinicien, montré le rôle social du médecin de famille et créé une ambiance d'estime qui s'est affirmée féconde. L'Académie a pris une part constante à ces Assises, contribué à leur activité et assuré leur renommée.

**Modifications hypophysaires produites par les lésions tubériennes.** — M. HOUSSAY.

**Election de deux correspondants nationaux dans la 1<sup>re</sup> division (médecine).**

Etaient présentés en 1<sup>re</sup> ligne : MM. Flurin (de Caule-rects) et Masson (de Strasbourg).

En seconde ligne et par ordre alphabétique : MM. Eu-zière (de Montpellier), Mauriac (de Bordeaux), d'Oelsnitz (de Nice), Paillard (de Clermont-Ferrand), Péhu (de Lyon).

Adjoints par l'Académie : MM. Abadie (de Bordeaux), Cade (de Lyon), Gallavardin (de Lyon).

Ont été élus : MM. Flurin et Masson.

#### SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 16 OCTOBRE 1935)

M. le PRÉSIDENT prononce l'éloge funèbre de M. Guéniot.

**Torsion de la rate.** — M. HARTMANN considère que les péritonites par torsion d'organes demeurent longtemps aseptiques et ne nécessitent pas de drainage. Il a perçu deux fois des rates à long pédicule par toucher vaginal. La mise en position déclive précise le diagnostic de l'organe.

**Endothéliome de l'articulation tibio-tarsienne.** — M. MOULONGUET rapporte cette observation de M. FIÉVEZ (Quimper), qui concerne une tumeur purement articulaire, de type très rare.

**Lobe accessoire de la face convexe du foie.** — Cette observation de MM. Roques et Solier (Armée) est commentée par M. MOULONGUET.

**Technique opératoire pour collections intra-thoraciques enkystées.** — M. MONOD analyse un travail de M. Bouquet, qui opère en un temps les kystes hydatiques suppurés, après repérage du trajet de ponction au bleu de méthylène.

**Matériel de synthèse à prothèse perdue.** — L'ostéosynthèse aboutit parfois à des pseudarthroses, à des ramollissements du cal, à des décalcifications en apparence inexpliquées. Le matériel d'ostéosynthèse joue un rôle important dans ces faits. Les cultures *in vitro* et les expériences sur l'animal concordent. On doit rejeter le fer, l'acier doux, le bronze d'aluminium, l'électron, le cuivre, les alliages et certains aciers inoxydables. Trois aciers inoxydables ne sont pas toxiques. Une série de projections illustre cette très belle présentation.



# OLÉTHYLE-BENZYLE

## BELLAFOLINE

"SANDOZ"

Alcaloïdes totaux de la Belladone, à l'état pur, solubles, stables, exactement dosés, injectables

**GOUTTES**

X à XX, trois fois par jour.

**COMPRIMÉS**

1 à 2, trois fois par jour.

**AMPOULES**

1/2 à 2 par jour.

**SIROP**

2 à 6 cuillerées à café p<sup>r</sup> jour.

**PRODUITS "SANDOZ", 20, rue Vernier. — PARIS-17<sup>e</sup>**

B. JOYEUX, pharmacien de 1<sup>re</sup> classe

**Tout Déprimé  
» Surmené**

**Tout Cérébral  
» Intellectuel**

**Tout Convalescent  
» Neurasthénique**

est justiciable  
de la :

**6, Rue Abel  
PARIS (12<sup>e</sup>)**



**NEVROSTHÉNINE FREYSSINGE**

Gouttes de glycérophosphates alcalins (0.40 par XX gouttes).  
XV à XX gouttes à chaque repas. - *Ni sucre, ni alcool.*

**Épilepsie!!**

dans l'état actuel  
de la Science, les

**Dragées Gelineau**

(Bromure de potassium arsenical et Picrotoxine)  
demeurent toujours

**le remède le plus actif,  
le plus puissant**

**à combattre l'Épilepsie**  
J. Mousnier, Sceaux (Seine) près Paris.

## L'ASCOLEINE RIVIER

renferme la **Vitamine A** et est à base du lipéide phosphoré de la cellule hépatique  
(Ses principes actifs de l'huile de foie de morue)

Infiniment plus active que l'huile de foie de morue qu'elle remplace dans tous les cas d'anémie, de lymphatisme, d'adénites, de tumeurs blanches, de pré tuberculose, **avitaminoses**, etc.

**Avantages :** Petit volume, concentration ; Injections indolores possibles ; Prescription par les plus fortes chaleurs.  
**4 formes :** Solution huileuse, comprimés, granulés (véritable friandise pour les bébés et les enfants), ampoules injectables.

**H. RIVIER, Ph<sup>ien</sup>, Succ<sup>r</sup> de LANCELOT & C<sup>e</sup>, 26 et 28, Rue Saint-Claude -:- PARIS**



MM. HEITZ-BOYER, LERICHE, DE MARTEL, AGLAVE, CAPETTE, J.-Ch. BLOCH, FREDET prennent part à la discussion. M. Fredet en particulier rappelle des expériences faites sur l'animal, qui aboutissent sensiblement aux mêmes résultats.

**Fractures diaphysaires du fémur.** — MM. LARGET et LAMARE exposent un procédé de contention des fractures diaphysaires du fémur après réduction sanglante. Ils emploient un fixateur externe avec deux fiches placées près du foyer de fracture et deux fiches placées aux extrémités du fémur.

(SÉANCE DU 23 OCTOBRE 1935)

**A propos des accidents de l'ostéosynthèse.** — M. A. RICHARD, dans un certain nombre de cas, n'a pu obtenir la consolidation que par l'ablation du matériel de prothèse, et son remplacement par des greffes osseuses.

**Entorse grave du genou.** — M. MATHIEU rapporte une observation de M. Merle d'Aubigné, concernant un cas d'entorse externe du genou, compliquée de fracture de la tête du péroné. L'ostéosynthèse de la fracture, associée à la suture très exacte du ligament, assura un excellent résultat.

**Côte cervicale bilatérale.** — MM. SÉNÈQUE et LELONG en communiquent une observation fort intéressante. Il s'agissait d'une femme présentant un syndrome de Raynaud typique et bilatéral. La radiographie montra qu'il s'agissait d'une côte cervicale. Du côté droit, M. Sénèque réséqua la côte et fait une sympathectomie de l'artère axillaire, sans amener la moindre modification circulatoire tant objective que subjective. Il fait alors, dans un second temps, l'artériectomie d'une artère humérale réduite à un cordon filiforme et ne donnant pas de sang à l'incision : le résultat immédiat fut remarquable : tous les phénomènes subjectifs disparurent et le Pachon enregistra des oscillations. Malheureusement, dans les mois qui suivirent, tous les symptômes réapparurent et la malade ne gagna à l'intervention qu'une très légère amélioration. L'auteur ajoute à sa très intéressante observation une mise au point de la question des côtes cervicales. Il conclut à la nécessité de toujours y penser, mais montre également l'infidélité des résultats opératoires, l'obligation de discuter de très près les indications opératoires et de ne rien promettre de formel aux malades.

M. R.-C. MONOD cite une observation de P. Delbet, qui fut suivie de paralysie partielle du plexus brachial, et estime, en conséquence, qu'il faut être très réservé dans les indications opératoires.

M. RICHARD juge que de tels accidents doivent être bien rares.

M. SÉNÈQUE ajoute que l'intervention osseuse doit être complétée, suivant l'état de l'artère, par une sympathectomie ou une artériectomie.

**Diagnostic biologique du chorio-épithéliome malin.** — MM. LANTUÉJOL et L. MICHON pensent que la présence de kystes lutéiniques ne permet pas, à elle seule, d'affirmer la malignité. Ils estiment par ailleurs qu'il y a un intérêt certain à ne pas curetter après évacuation d'une môle. Les réactions biologiques de la grossesse ne permettent pas non plus le diagnostic de malignité. Mais par contre, la réaction de Brindeau et Hinglais étant quantitative, permet ce diagnostic ; si en effet, après évacuation, la réaction demeure positive, et surtout si elle a une tendance à l'augmentation, on est en droit d'intervenir sans délai. Cette conduite, suivie par les auteurs, a été confirmée par l'intervention.

Dans un cas personnel, M. BAZY a obtenu le chiffre de 140.000 unités de prolan B, alors que le taux de 7 à 10.000 n'est pas dépassé chez la femme enceinte. Cette observation confirme donc la nécessité du dosage et plus encore l'importance de l'élévation de la courbe numérique.

M. BROCC, se demandant si la subtotalaire n'est pas préférable à la totale, penche plutôt pour la première méthode, qui lui a permis, dans un cas de récurrence, un traitement facile par le radium.

**Réossifications costales. Thoracoplasties et thoracectomies élastiques.** — MM. MAURER et DREYFUS LE FOYER montrent les ennuis des opérations itératives et économiques par suite des réossifications. Ils rappellent qu'on a imaginé de tuer le périoste par un badigeonnage extemporané au moyen d'une solution de formol à 10 p. 100.

Ils conseillent plutôt des ruginations très douces et même la résection extra-périostée qui leur a donné d'excellents résultats.

## ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE LE PARIS

**Mardi 12 novembre.** — Jury : MM. Bezançon, président ; Lereboullet, Lemaître, Halphen. — M. CONVERSE. Les névralgies du glosso-pharyngien. — M. TANNON. La lutte antituberculeuse sur le réseau des chemins de fer de l'Etat. — M. CHAYARRY. Etude clinique de la maladie ostéogénique.

**Jeudi 14 novembre.** — Jury : MM. Balthazard, président ; Gougerot, Nobécourt, Gastinel. — M. CHAUDRON. Diagnostic clinique et médico-légal de l'intoxication massive par la digitale et la digitaline. — M. MASSONNAUD. Epithéliomas baso-cellulaires syphiloïdes. — M. RABBE. Etude de l'ictère catarrhal du nourrisson.

## LIVRES NOUVEAUX

**Les colibacilloses en pratique médicale (1),** par R. GOIFFON, chef de laboratoire à la clinique de Thérapeutique Chirurgicale de Vaugirard.

L'auteur, dont les travaux coprologiques sont très connus, étudie et met au point, dans ce petit volume, cette question tout à fait à l'ordre du jour, importante en raison du pouvoir pathogène qu'acquiert ce saprophyte inoffensif à l'état habituel, à la faveur d'altérations organiques, de troubles fonctionnels, soit des organes où il pullule, soit de ceux qu'il peut envahir facilement.

L'auteur a intitulé son premier chapitre « Les agents microbiens », car fréquemment, d'autres microbes, le plus souvent hôtes habituels de l'intestin, interviennent. Il étudie successivement dans ce chapitre le colibacille, le pneumobacille de Friedlander, l'entérocoque, le staphylocoque et le streptocoque. Le second chapitre est consacré à l'étude des causes générales prédisposantes, des facteurs mécaniques ou chimiques, qui mettent l'arbre urinaire en état de moindre résistance à une infection éventuelle, les voies d'accès des germes, de leur origine et des foyers primitifs ; le troisième chapitre traite de la symptomatologie, et des formes cliniques ; le quatrième chapitre du diagnostic, et le dernier chapitre du traitement.

L. G.

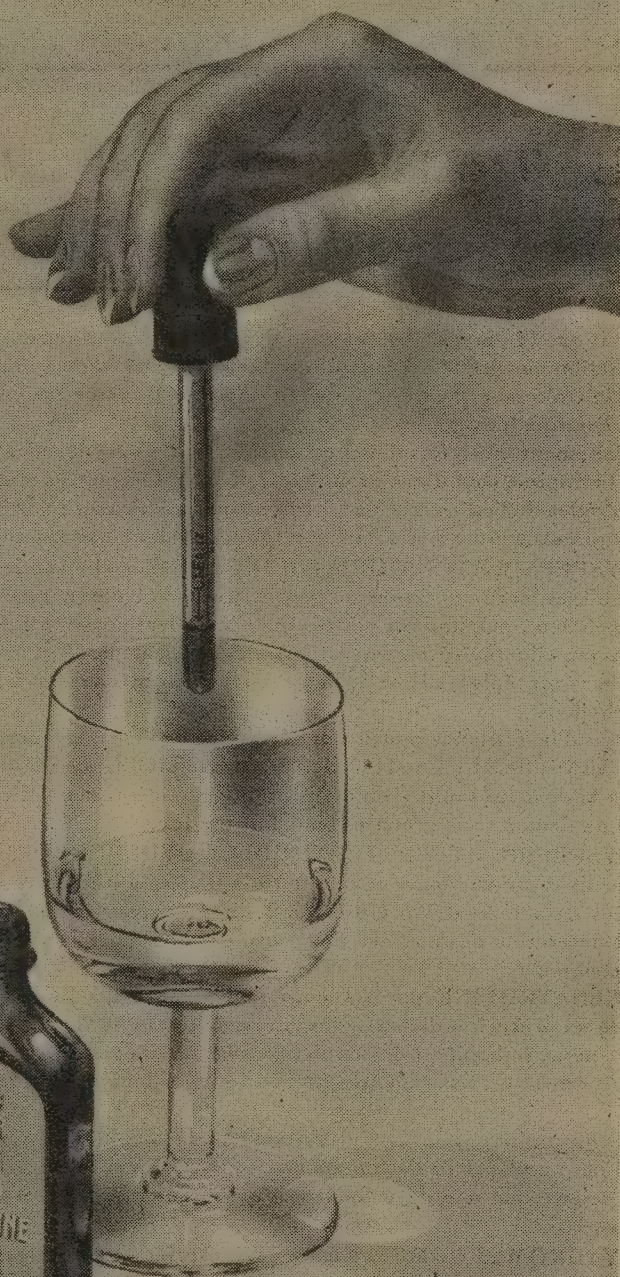
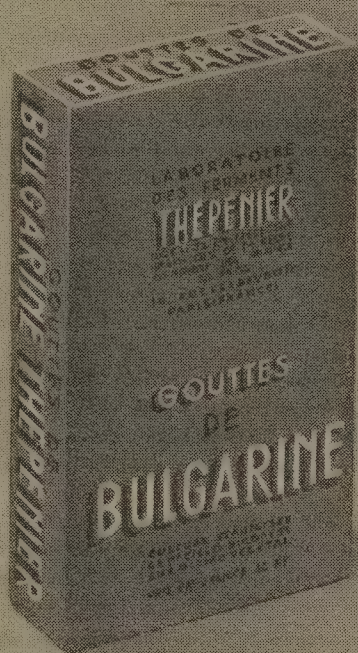
(1) Collection Médecine et Chirurgie pratiques. Un volume de 128 pages. — Prix : 20 fr. — Paris, Masson et Cie.

Le Directeur-gérant : D<sup>r</sup> François LE SOURD.



# UNE NOUVELLE FORME DE LA BULGARINE

Adultes et enfants : **XX** gouttes } 4 fois  
Enfants de moins de }  
3 ans et nourrissons : **X** gouttes } par jour



MARQUE ADAM

LABORATOIRE DES FERMENTS DU DR. THÉPÉNIER  
10, RUE CLAPEYRON - PARIS 8<sup>e</sup>



LE DIURÉTIQUE RÉNAL PAR EXCELLENCE

**SANTHÉOSE**

LE PLUS FIDÈLE, LE PLUS CONSTANT, LE PLUS INOFFENSIF DES DIURÉTIQUES

SES QUATRE FORMES

**PURE**

Le médicament régulateur par excellence, d'une efficacité sans égale dans l'artério-sclérose, la présclérose; l'albuminurie, l'hydropisie, l'urémie.

**PHOSPHATÉE**

L'adjuvant le plus sûr des cures de déchloruration et de désintoxication de l'organisme, dans la neurasthénie, l'anémie et les convalescences.

**CAFÉINÉE**

Le médicament de choix des cardiopathies, fait disparaître les œdèmes et la dyspnée, renforce la systole, régularise le cours du sang.

**LITHINÉE**

Le traitement rationnel de l'arthritisme et de ses manifestations; juggle les crises, enraye la diathèse urique, solubilise les accidents urinaires.

DOSES : 2 à 4 Cachets par jour. — Ces cachets sont en FORME DE CŒUR et se présentent en boîtes de 24.

PRODUIT FRANÇAIS

4, rue du Roi-de-Sicile  
— PARIS —

PRODUIT FRANÇAIS

## LE TRAITEMENT NEURO-TONIQUE DES TROUBLES DYSPEPTIQUES

On sait que la plupart des troubles dyspeptiques sont purement fonctionnels, indépendants de toute lésion et liés simplement au fonctionnement defectueux du système nerveux vago-sympathique qui commande aux mouvements et aux sécrétions de l'estomac. Un traitement neuro-tonique susceptible de remettre en équilibre le système vago-sympathique donne des résultats rapides et remarquables.

Ce traitement, autrefois difficile à manier parce que les alcaloïdes pourvus d'une action sur le système vago-sympathique, l'éserine et l'atropine, sont d'une grande toxicité, est devenu très simple et se poursuit toujours sans incident depuis la découverte des génalcaloïdes de l'éserine et de l'atropine, aussi efficaces mais infiniment moins toxiques.

Deux grands syndromes s'opposent qui possèdent maintenant leur médicament spécifique.

**1<sup>o</sup> DYSPEPSIE ATONIQUE ET HYPOACIDE.** — Le syndrome est caractérisé par du manque d'appétit et des digestions lentes et pénibles avec sensation de pesanteur et de ballonnement gastrique, lassitude, somnolence, vague malaise angoissant, bouffées de chaleur, palpitations parfois qui s'installent aussitôt la fin du repas.

L'examen clinique révèle un estomac légèrement ptosé qui clapote assez bas, des battements aortiques perceptibles à la palpation du creux épigastrique et la pression à ce niveau sur le plexus solaire est douloureuse. L'examen clinique montre de l'hypochlorhydrie.

Il s'agit d'insuffisance motrice et sécrétoire de l'estomac, manifestation d'hyperexcitabilité du sympathique gastrique.

**LA GENSÉSÉRINE**, sédatif de l'hyperexcitabilité sympathique, réduit très rapidement l'ensemble des éléments de ce syndrome à la dose de 1 milligramme à 1 milligramme et demi, à chacun des trois repas, soit XX à XXX gouttes de la solution à 1,5 p. 1.000 ou deux à trois granules trois fois par jour.

**2<sup>o</sup> DYSPEPSIE HYPERSTHÉNIQUE ET HYPERCHLORHYDRIQUE.** — En revanche, d'autres sujets se plaignent de douleurs tardives qui surviennent une à trois heures après les repas et que calme momentanément l'ingestion des aliments. La douleur a les caractères des brûlures ou donne l'impression d'une crampe profonde. Elle est parfois transfixiante, irradiant dans le dos. Elle détermine des nausées, des renvois acides, parfois des vomissements. Ce syndrome trahit de l'hyperchlorhydrie et du spasme gastrique.

**LA GÉNATROPINE**, par son action paralysante sur le pneumogastrique, inhibe la sécrétion chlorhydrique et calme le spasme. Elle se prescrit à distance des repas, soit vers 10 heures du matin, 3 ou 4 heures de l'après-midi et 9 heures du soir, en principe au moment habituel des douleurs, à la dose moyenne de 1 milligramme, soit XX gouttes de la solution à 1,5 p. 1.000 ou deux granules deux ou trois fois par jour. Diminuer légèrement la dose si le médicament donne de la sécheresse accusée de la bouche.

La Génatropine est indiquée non seulement dans l'hyperchlorhydrie purement dyspeptique, mais encore lorsqu'elle est entretenue par un ulcère de l'estomac. Elle donne dans ce cas des résultats fonctionnels tout aussi nets et favorise la cicatrisation de l'ulcère mieux que n'importe quel autre traitement parce qu'elle le met à l'abri de l'action nocive des sécrétions acides de l'estomac.

**3<sup>o</sup> SYNDROMES COMPLEXES.** — Gènesérine et Génatropine peuvent s'associer d'ailleurs lorsque se mêlent sur le même sujet certains des éléments de ces deux syndromes, ce qui n'est pas rare, lorsque s'associent par exemple des douleurs tardives au syndrome de la dyspepsie atonique, l'expérience montre que loin de s'annuler leurs bons effets s'ajoutent.

Il en est de même lorsque l'insuffisance gastrique des atoniques s'accompagne de troubles intestinaux tels que coliques, constipation d'origine spasmodique, signes d'entéro-colite, troubles contre lesquels de petites doses de Génatropine sont d'une efficacité remarquable.

**GÉNALCALOÏDES**  
POLONOVSKI ET NITZBERG

— ÉCHANTILLONS SUR DEMANDE

LABORATOIRE DES PRODUITS "AMIDO"

A. BEAUGONIN, Pharmacien, 4, Place des Vosges. — PARIS (4<sup>e</sup>)



*La Lancette Française***GAZETTE DES HOPITAUX****CIVILS ET MILITAIRES****PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI****ADMINISTRATION ET RÉDACTION :****49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6°. Tél. : Danton 48-31.****PUBLICITE : M. A. THIOLLIÉ, 116, boulevard Raspail, PARIS (6°) - Téléph. : LITRÉ 54-93.****PRIX DE L'ABONNEMENT****FRANCE****3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.***Etudiants : 25 francs par an.**On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.***ETRANGER***Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.**Tous les autres pays : 75 francs.***SOMMAIRE****TRAVAUX ORIGINAUX***L'éviscération post-opératoire spontanée précoce, par M. le professeur J. DUCUING et M. P.-Ch. FABRE (de Toulouse).***XLIV<sup>e</sup> CONGRÈS DE L'ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE.** (Suite. Compte rendu, par M. DARIAU.)*Deuxième question : « Les fractures du calcanéum. » Rapporteurs : MM. F. PAITRE et M. BOPPE (de Paris).**Discussion.***ASSEMBLÉE FRANÇAISE DE MÉDECINE GÉNÉRALE***Le rachitisme en France.***SOCIÉTÉS SAVANTES***Société de médecine militaire française.***PRATIQUE MÉDICALE****LIVRES NOUVEAUX****NOTES POUR L'INTERNAT***Fractures de la rotule.***INFORMATIONS****UNIVERSITÉ DE PARIS.** — La séance de rentrée de l'Université a eu lieu samedi en présence de M. Mario Roustau, ministre de l'Éducation nationale.

Au cours de la séance les nouveaux docteurs honoris causa ont reçu les diplômes et insignes.

M. le professeur Roussy, doyen de la Faculté de médecine, a fait l'éloge du docteur Houssay, professeur de physiologie à la Faculté de Buenos-Aires.

M. le professeur Guérin, doyen de la Faculté de pharmacie, a salué M. Wasicky, professeur à l'Université de Vienne, pharmacien, médecin, chimiste et botaniste.

**GUERRE.** — M. le médecin général inspecteur Baron, membre du Comité consultatif de santé, est placé dans la 2<sup>e</sup> section (réserve) du cadre du Corps de santé militaire. (*J. O.*, 6 nov. 1935.)**COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.** — *Clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu.* (Professeur : M. F. TERRIEN.) — M. le professeur F. Terrien recommencera ses leçons cliniques le vendredi 15 novembre 1935, à 10 h. 30, à l'amphithéâtre Dupuytren, et les continuera les vendredis suivants, à la même heure.— *Cours de médecine légale.* — M. le professeur Hugueney, de la Faculté de droit, commencera son cours le samedi

16 novembre 1935, à 18 h., au grand amphithéâtre de la Faculté de médecine; le cours aura lieu tous les samedis de novembre et décembre.

— M. le professeur Laignel-Lavastine commencera son cours le lundi 25 novembre 1935, à 16 h., au petit amphithéâtre de la Faculté de médecine, et continuera ce cours les lundis suivants, à la même heure.

Programme du cours : « Histoire médicale française de 1914 à 1935. »

— *Chaire de bactériologie.* — M. le professeur Robert Debré commencera son cours le lundi 25 novembre, à 18 h., à l'amphithéâtre Vulpian, et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure.— *Clinique de la tuberculose.* (Hôpital Laennec.) — M. le professeur Bezançon commencera ses leçons à la salle des conférences de la Clinique le vendredi 22 novembre 1935, à 11 h., et les continuera les vendredis suivants, à la même heure.**COURS DE L'INSTITUT D'ACTINOLOGIE** (210 bis, rue de Vaugirard). — Le cours annuel de l'Institut d'actinologie sera fait du lundi 9 décembre au jeudi 12 décembre, de 20 h. 30 à 23 h., par les docteurs Saidman, Jean Meyer et leurs collaborateurs.

Il portera sur les nouveautés relatives aux ondes courtes et à l'actinothérapie.

Lundi 9 : Nouveaux appareils d'ondes courtes, appareils de photothérapie, propriétés techniques.

Mardi 10 : Traitement des rhumatismes, des algies, des syndromes endocriniens.

Mercredi 11 : Dermatoses, suppurations et inflammations localisées.

Jeudi 12 : Plage artificielle; syndromes neurologiques et

Laboratoire Mialhe - 8 Rue Favart - Paris - 2°

La feuille de digitale se prescrit:

**Digi-LANATINE**Extrait total des glycosides  
du Digitalis Lanata

psychiatriques en médecine infantile; troubles du développement.

Les assistants pourront venir aux séances de traitement lundi, mercredi, vendredi, à 17 h.

Droit d'inscription : 100 fr.

S'inscrire au secrétariat, 210 bis, rue de Vaugirard, Ségur 31-21.

**NÉCROLOGIE.** — Nous avons le regret d'apprendre la mort du professeur Albert Mairet, ancien doyen de la Faculté de médecine de Montpellier, officier de la Légion d'honneur, décédé à l'âge de 83 ans.

M. Mairet avait été titulaire de la clinique des maladies mentales et nerveuses. Il était le doyen des associés nationaux de l'Académie de médecine.

— Nous apprenons aussi la mort de M. le professeur Thémostocle Zammit, directeur du musée de Malte, archéologue et médecin. Le nom de Zammit restera attaché à l'histoire de la fièvre ondulante. On sait que c'est lui qui démontra le rôle joué par la chèvre dans la transmission de la maladie; M. le médecin principal de la marine Rolland, médecin-major du croiseur école d'application *Jeanne d'Arc*, décédé en mer; MM. les docteurs Louis Valentin (de La Madeleine-lez-Lille), Cleuet (de Bruay-en-Artois); Sanjurjo y Ramirez de Arellano, décédé à Paris.

## LIVRES NOUVEAUX

**L'hôpital de la Charité. Son passé évoqué par quelques images** (1), par les D<sup>rs</sup> J. RAMADIER, H. FLURIN et M. IVAN GAUSSEN.

La disparition de l'hôpital de la Charité ne s'est pas effectuée sans laisser quelques regrets du passé au cœur de ceux qui ont fréquenté ses salles et ses amphithéâtres.

La cérémonie d'adieu, animée par les discours des professeurs Achard, Carnot, J.-L. Faure et le D<sup>r</sup> Godlewski, a donné lieu à une rétrospective de dessins et de peintures, devant lesquels chacun des assistants égrena ses souvenirs.

La monographie des D<sup>rs</sup> Ramadier, Flurin et de M. Ivan GausSEN, est une évocation des grands faits et des grands hommes qui, au cours de trois siècles d'histoire, illustrèrent l'hôpital.

Elle contient des reproductions de portraits, paysages, plans, vues de monuments et forme ainsi une représentation vivante et exacte du passé de ces murs vénérables.

L. G.

**Actualités médico-chirurgicales. Troisième série** (2). Treize conférences par les chefs de clinique de la Faculté de Médecine de Marseille.

Deux séries de ces conférences ont déjà été publiées précédemment avec succès.

On trouvera dans le présent volume une mise au point de quelques grandes questions de la pratique actuelle, intéressantes pour le praticien parce qu'elles sont quelquefois discutées.

*Treize conférences.* — Le neurotropisme infectieux; données générales (Yves Poursines). — Cancers secondaires de l'os (J. Dor). — Les hémorragies des cirrhotiques (Jean Ol-

(1) In-8 (15,5×23) de 85 pages avec 38 figures. — Prix : 20 fr. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

(2) In-8 de 214 pages. — Prix : 25 fr. — Paris, Masson et C<sup>ie</sup>.

mer). — L'importance du facteur « temps » en curie thérapeutique, son application au traitement du cancer du col (Raymond Imbert). — Le domaine de l'hépatite parenchymateuse dans la séméiologie des cirrhoses (Jean Brahic). — La paralysie faciale et sa correction esthétique par les opérations plastiques (M. Prévot). — Le facteur rénal dans le diabète sucré (A.-Maurice Recordier). — Maladie de Nicolas et Favre et rétrécissement du rectum (M. Brugeas). — Etiologie, pathogénie et prophylaxie des complications pleuro-pulmonaires après les interventions gastro-duodénales (D. Léna). — Considérations sur la pathogénie et le traitement de la maladie de Volkmann (François Luccioni). — Localisations médiastinales et digestives de la neurogliomatose de Recklinghausen (J. Alliez). — Les arthrites vertébrales chroniques (P. Silhol). — L'électrocardiographie dans la maladie rhumatismale (P. Buisson).

L. G.

**L'année thérapeutique. Médicaments et procédés nouveaux** (neuvième année 1934) (1), par le D<sup>r</sup> A. RAVINA.

Comme chaque année à pareille époque, le docteur Ravina présente aux praticiens un résumé pratique de tous les faits nouveaux d'ordre thérapeutique publiés au cours de l'année 1934, tant en France qu'à l'étranger. Il expose :

1° Les maladies et symptômes (47 traitements nouveaux) concernant entre autres : les aortites, l'anémie pernicieuse, l'angine de poitrine, l'arthrite gonococcique, l'asthme, les brûlures, le cancer du larynx, l'encéphalite épidémique, la furonculose, les hémoptysies, l'hyperchlorhydrie, l'hypertension, l'hypochlorhydrie, la péritonite, la pleurésie purulente, la pneumonie, l'ulcère de l'estomac, l'urticaire, etc.

2° Les techniques et appareils (11 sujets traités) concernant entre autres : l'anesthésie, la radiothérapie, la transfusion sanguine, etc.

3° Les médications nouvelles (10 études) concernant entre autres : les acides aminés, le calcium, la chrysothérapie, la digitale, l'éphédrine, l'insuline, le venin d'abeilles, le venin de cobra, etc.

Le but de cet ouvrage est, d'une part, de faire connaître aux praticiens des techniques nouvelles d'application immédiate et facile, d'autre part, de leur indiquer les orientations actuelles de certaines méthodes thérapeutiques.

La table alphabétique des matières donne pour chaque matière envisagée les indications et les résultats obtenus.

Le docteur Ravina a précédemment publié suivant le même plan les années thérapeutiques 1931, 1932, 1933. Ces quatre petits volumes contiennent donc une documentation très complète sur les faits thérapeutiques nouveaux publiés depuis quatre ans; ils constituent un véritable répertoire pratique.

L. G.

(1) In-8 de 192 pages. — Prix : 18 fr. — Paris, Masson et C<sup>ie</sup>.

## LE VENDREDI 29 NOVEMBRE 1935

à 15 heures, il sera procédé publiquement, au chef-lieu de l'Administration de l'Assistance publique, à Paris, 3, avenue Victoria, à l'adjudication en un seul lot, et sur soumissions cachetées, de la fourniture des *Bandages, Pessaires, Bas élastiques, etc.*, nécessaires au service de cette Administration pendant l'année 1936. L'importance du marché est évaluée avant adjudication à 100.000 francs pour l'année.

S'adresser, pour prendre connaissance du cahier des charges, au Service de l'Exploitation de ladite Administration, tous les jours non fériés, de 10 heures à midi et de 14 heures à 17 heures.

Dépôt des demandes jusqu'au jeudi 14 novembre 1935.

Toux  
Oyspée

**IODEINE MONTAGU**

**QUATAPLASME**

du **D<sup>r</sup> LAVOLEBERT**  
PANSEMENT COMPLET  
Phlegmon, eczéma, brûlures, etc.



LABORATOIRE NATIVELLE  
27, Rue de la Procession, PARIS 15

# NATIBAÏNE NATIVELLE

ASSOCIATION  
1/3  
DIGITALINE NATIVELLE  
2/3  
OUABAÏNE ARNAUD

LA NATIBAÏNE NATIVELLE est la seule association des deux glucosides connus et appréciés : la DIGITALINE NATIVELLE, employée par tous les Praticiens, et l'OUABAÏNE ARNAUD, qui est le seul produit extrait du Strophantus Gratus ayant servi aux essais cliniques publiés par les Professeurs et les Docteurs : Vaquez et Lutembacher, Clerc, Aubertin, Lian, Laubry et Pezzi, etc.

## FORMES

Solution au millième  
Ampoules à 3/10 de milligramme  
pour injections intraveineuses

DRAEGER



**I'asciatine**

**Douleurs dentaires**  
dus aux Caries, Pulpites, Abscès, etc.

**Névralgies faciales**  
Intercostales Sciatiques

**Insomnies**  
provoquées par la Douleur ou le Surmenage

**Hypnotique**

**Antinévralgique**

**Analgésique**

oppose triple action

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE  
—Specia—  
MARQUES POULENC Frères & USINES du RHONE  
86 rue Vieille du Temple, PARIS, 3e

## LABORATOIRES CARTERET

LIQUIDE  
et  
COMPRIMES

ANTISEPTIQUE GÉNÉRAL

*Sans odeur et non toxique*

# LUSOFORME

*Formol saponiné*

DÉSINFECTANT -- DÉSODORISANT

S'EMPLOIE EN SOLUTION AQUEUSE à 1/4 ou 1/2 p. 100 en GYNECOLOGIE, OBSTÉTRIQUE, CHIRURGIE

Échantillon et Littérature : 15, rue d'Argenteuil, PARIS



## L'ÉVISCÉRATION POST-OPÉATOIRE SPONTANÉE PRÉCOCE

PAR MM.

J. DUCUING,  
Professeur

et

P.-Ch. FABRE,  
Chef de clinique

A la Faculté de Toulouse.

Dans un article précédent (1), nous avons défini l'éviscération post-opératoire spontanée précoce, l'issue plus ou moins complète d'un ou plusieurs viscères hors des parois abdominales, dans les jours qui suivent un acte opératoire.

L'éviscération est spontanée parce qu'aucun agent extérieur n'intervient pour provoquer une rupture de la plaie opératoire et une extériorisation des viscères. L'éviscération est précoce parce qu'elle apparaît avant la cicatrisation complète des parois, du huitième au quinzième jour après l'opération : c'est l'éviscération du « jour des points ».

L'éviscération précoce s'oppose à l'éviscération tardive qui survient plus de trois semaines après l'opération, et à l'éviscération immédiate qui se manifeste dans les premiers jours qui suivent l'opération.

Nous voudrions envisager, grâce à des documents personnels et à l'étude de travaux antérieurs français et étrangers, la pathogénie de cette éviscération post-opératoire spontanée précoce. Mais avant de chercher à pénétrer la physio-pathologie de cette complication, rappelons l'étiologie telle que l'envisage Sokolov, qui, le plus récemment et le plus complètement, a étudié l'éviscération post-opératoire.

On peut observer des éviscérations à tout âge : on en a même signalé à la suite d'interventions chez les nourrissons.

Les ouvriers paraissent fournir un plus grand contingent que les milieux aisés, et l'éviscération est plus fréquente à l'hôpital que dans les cliniques privées.

Il existe indiscutablement une influence saisonnière : fréquence accrue au début du printemps et à la fin de l'hiver.

L'anesthésie par inhalation favorise l'apparition de l'éviscération, peut-être en favorisant la toux.

L'éviscération est plus fréquente à la suite des laparotomies médianes qu'à la suite des autres laparotomies, mais elle peut survenir quelle que soit l'incision employée.

La technique de fermeture et le matériel adopté importent peu. L'éviscération peut apparaître après une suture en cinq plans, comme après une suture en un seul plan aux fils de bronze.

Le lever précoce doit être rarement mis en cause.

Les vomissements, le météorisme n'ont pas une grande importance. L'infection ne saurait être incriminée dans plus de 11 % des cas. Nous discuterons également cette opinion.

Sokolov conclut : « C'est en définitive le tissu de la plaie qui en est cause, par troubles trophiques au niveau de la cicatrice, liés à des perturbations du métabolisme, à des modifications sanguines, à des troubles nerveux, en fait, à tous les troubles qui déterminent une insuffisante régénération cellulaire. »

\*\*

Le travail de Sokolov est de ceux sur lesquels on peut appuyer une opinion, car il porte sur un grand nombre de cas, étudiés avec un esprit critique impartial. Aussi ne craignons-nous pas d'adopter ses conclusions, en faisant cependant quelques réserves.

Les divers facteurs étiologiques minutieusement détaillés par les auteurs et en particulier Sokolov, laissent entier le « mystère » de l'éviscération et ne peuvent permettre aucune hypothèse pathogénique.

\*\*

Dans un travail précédent, déjà cité, l'un de nous a résumé l'important travail de Sokolov, et montré, par la comparaison des notions étiologiques de l'éviscération et celles de la phlébite en général, le rapport qui peut exister entre les deux affections. Cinq observations personnelles confirment qu'il y a une coexistence certaine, dans une très grande majorité de cas, entre l'éviscération et la phlébite profonde, pelvi-abdominale.

Nous pouvons ajouter à ce premier travail quatre nouveaux cas d'éviscération, dont deux récents ont été étudiés de très près. A l'occasion de ces observations, nous désirons reprendre l'étude déjà amorcée pour essayer de distinguer la part qui revient à la phlébite dans l'éviscération.

Voici d'abord trois observations à ajouter aux cinq précédemment décrites :

Catherine S..., âgée de 34 ans, a été hospitalisée au Centre anticancéreux de Toulouse, du 9 octobre au 5 décembre 1932, pour y subir une application de radium, nécessitée par un épithélioma spino-cellulaire du col utérin, du premier degré.

Cette malade présente, en outre, un kyste de l'ovaire perdu dans le cul-de-sac antérieur, à droite de la ligne médiane. Le pôle supérieur de la tumeur se trouve à 16 centimètres au-dessus du pubis.

Revue en mars 1934. Sous l'influence de l'application du radium, la guérison du néoplasme apparaît parfaite et l'on envisage, dès lors, l'ablation chirurgicale du kyste de l'ovaire.

Le 21 mars 1934, sous anesthésie à l'éther, laparotomie médiane et extirpation du kyste. L'utérus est laissé en place, bien que le Wertheim eût été aisément praticable du point de vue local, mais les conditions générales y font obstacle : malade obèse.

Pour compléter une guérison de réelle qualité, on inclut dans le Mickulicz, au contact des paramètres, deux sondes de caoutchouc contenant du radium.

Le lendemain de l'opération, on note de la dysurie, du ballonnement du ventre ; celui-ci est si accentué qu'il nécessite un lavage d'estomac le jour même et un autre le lendemain.

Les mèches sont enlevées sans difficulté à partir du 6<sup>e</sup> jour.

Quatorze jours après l'opération, il existe un début d'éviscération des anses grêles qui s'accroît les jours suivants, jusqu'à intéresser la totalité de la cicatrice opératoire. Réduction des anses intestinales éviscérées et rapprochement des lèvres de la plaie au francoplaste.

(1) J. DUCUING, L'éviscération post-opératoire spontanée précoce, *Presse Méd.*, 1935.

Le seizième jour, la jambe droite augmente considérablement de volume avec œdème, et élévation de la température locale.

Au vingt-septième jour, apparition d'une phlegmatia gauche.

Maria V..., 46 ans, entre au Centre anticancéreux de Toulouse le 1<sup>er</sup> octobre 1934. Elle présente une volumineuse masse abdominale, plongeant en arrière de la symphyse, irrégulière, ne paraissant pas faire entièrement corps avec l'utérus, sans troubles fonctionnels utérins.

Le diagnostic étant hésitant, on choisit, dans ce cas particulier, l'intervention chirurgicale de préférence à une irradiation.

Le 8 octobre, hystérectomie subtotale sous rachianesthésie. Il s'agit d'un gros fibrome utérin. Mickulicz.

Dès le 9 et les jours suivants, la malade se lève et fait quelques pas dans la chambre.

Le 15, difficulté très sérieuse pour uriner. La malade doit attendre 1/2 heure à 3/4 d'heure avant le début de la miction. Le lever est interrompu.

Le 22, le ventre présente l'aspect et la consistance du « ballonnement mou ». Léger œdème du pubis.

Le 23, brusque éviscération du grêle. Anesthésie locale, fermeture aux fils de bronze.

Le 25, œdème de la cuisse droite qui ira en s'amplifiant. Les réflexes horripilateurs sont vifs aux deux membres inférieurs.

Le 29, crachats hémoptoïques.

Dans la suite, la malade a fait également une phlébite du membre inférieur gauche et a présenté plusieurs infarctus pulmonaires.

J. Daf..., 34 ans. Le 8 novembre 1934, hystérectomie subtotale pour salpingo-ovarite, sous rachianesthésie. Fermeture en un plan aux fils de bronze, sous drainage.

Le 10, la malade est incommodée par ses gaz qu'elle ne commence à évacuer que dans l'après-midi après une piqure de Prostigmine.

Le 12, « ballonnement souple », qui ne cède pas à un petit lavement glyciné, d'où injection de sérum hypertonique.

Le 13, quelques gaz et des matières sont émis, mais le ballonnement persiste.

Le 14, le ballonnement persiste. Réflexe horripilateur plus vif à la cuisse droite. La racine de la cuisse droite est un peu plus arrondie que la gauche. Léger œdème du flanc droit.

*Éviscération très brutale* de plusieurs anses grêles. Anesthésie locale, fermeture aux fils de bronze.

Jusqu'au 18, le ballonnement persiste et la malade n'évacue quelques matières que sous l'effet d'un lavement.

Le 21, le ballonnement s'atténue et disparaît. La phlegmatia ne s'est pas extériorisée davantage au niveau des membres inférieurs mais la description antérieure est, pour nous, suffisamment démonstrative d'une phlébite.

Nous ajouterons une quatrième observation à celles-ci, bien qu'il s'agisse d'un cas ancien, observé par l'un de nous, longtemps avant que son attention fût attirée sur le problème de la phlébite. Nous le résumons brièvement, car malgré son insuffisance, cette observation confirme encore notre point de vue.

Virginie C..., opérée en 1931, d'une hystérectomie pour annexite bilatérale et utérus fibromateux, hystérectomie de la plus grande facilité. Etant donnée la profession de la malade (danseuse), un soin particulier est apporté à la fermeture de la paroi, trois plans sont suturés au catgut et la peau est rapprochée par sutures intra-dermiques au fil de lin.

Les suites immédiates sont parfaites et la malade évacue des gaz dans un temps normal. Au huitième jour on voit apparaître du ballonnement de l'abdomen et quelques vomissements bilieux sans élévation thermique, qui ne cèdent à aucune thérapeutique. Le sérum hypertonique est sans effet.

Le neuvième jour, la malade fait une éviscération totale.

L'opérée est emportée le dixième jour par sa famille dans un état désespéré.

Donc éviscération apparaissant au neuvième jour après une intervention éminemment phlébogène, à la suite de signes que nous considérons, quant à nous, comme caractéristiques d'une phlébite abdominale.

Ainsi, dans le groupe d'observations présentées dans notre premier article, nous comptons quatre phlébites sur cinq éviscérations ; dans le nouveau faisceau de cas, que nous décrivons aujourd'hui, sur quatre éviscérations nous relevons deux phlébites pelvi-crurales et une phlébite abdominale haute, plus une phlébite abdominale probable.

Il est impossible de ne pas être frappé par la constance de cette coexistence : éviscération et phlébite, et lorsque sur huit éviscérations, on compte sept phlébites, on ne peut logiquement parler de hasard et de pure coïncidence. Nous sommes persuadés d'ailleurs que les futurs cas d'éviscération envisagés avec un esprit nouveau apporteront une confirmation à notre thèse. S'il est donc admis qu'il existe plus qu'une coïncidence entre les deux processus pathologiques, il est logique d'induire que la phlébite joue un rôle dans l'apparition de l'éviscération, puisque le développement de celle-ci a précédé en date l'avènement de celle-là. Que la phlébite ne soit pas la cause unique de l'éviscération, nous n'en disconvenons pas, mais certainement la phlébite doit prendre rang parmi les causes favorisant les plus probables.

\*  
\*\*

Comment donc envisager la pathogénie de l'éviscération ?

Deux facteurs sont en cause et leur coexistence simultanée est nécessaire à l'apparition de cette complication : il faut d'abord un trouble de la cicatrisation de la plaie abdominale, il faut ensuite une exagération de la tension intra-abdominale. Examinons donc séparément chacun de ces facteurs.

1° *Les troubles de la cicatrisation.* — Plusieurs motifs de gêne à la cicatrisation des plaies sont à retenir : ainsi agissent l'attrition étendue des parties molles, le sphacèle de la paroi ; ainsi pourraient agir certains troubles humoraux ou sympathiques. Ce sont là troubles exceptionnels d'une part, et par ailleurs, il n'est pas prouvé que ces causes agissent directement. On peut admettre qu'ils favorisent simplement une infection de la paroi, ce qui reste, à n'en pas douter, l'étiologie dominante d'un retard de cicatrisation, et qu'ils prédisposent également à la création de phlébites des veines de la paroi.

S'il existe une infection virulente dans les tissus mal défendus, on voit apparaître un abcès de la paroi, qui, parfois, atteint toute l'étendue de la cicatrice opératoire. En pareil cas, il se produit une désunion de



la paroi, soit spontanée, soit provoquée par le chirurgien. Il est assez exceptionnel d'ailleurs que la paroi soit ouverte en totalité dans la profondeur et souvent il persiste un plan, limité au péritoine tout au moins, qui sépare la cavité abdominale de l'air extérieur. Dans ces cas, cette mince barrière suffit à maintenir clos le ventre, et c'est une notion à bien retenir, parce que la tension intra-abdominale n'est pas augmentée.

Parfois même, la désunion étant totale, les viscères abdominaux ne manifestent pas grande tendance à s'éviscérer et demeurent aisément maintenus. Dans tous ces différents cas, il n'existe pas de distension intestinale.

À l'état pathologique local, avec ses symptômes, se juxtaposent, dans ce syndrome, des signes d'atteinte de l'état général, avec surtout température élevée et oscillante.

Par opposition à cette forme de grosse suppuration de la paroi, il existe une variété d'infection larvée beaucoup plus discrète, car, par définition, toute plaie peut être considérée comme infectée. On ne saurait en effet la protéger de toute souillure et ce serait une vue de l'esprit de considérer que l'on pût obtenir mieux, chirurgicalement, qu'une aseptie relative. L'aseptie opératoire réelle, absolue, biologique, est une impossibilité ; tous les auteurs le reconnaissent. Il est vraisemblable d'ailleurs que l'état subfébrile observé après toutes les interventions, traduit simplement cette infection larvée de la plaie opératoire, et non point un déséquilibre physico-chimique comme le supposent certaines théories modernes.

Ceci nous ramène à envisager l'éviscération, par son premier terme de trouble cicatriciel, sous l'angle de la cicatrisation des plaies en général, et nous pouvons rappeler une loi de biologie générale : toutes les fois qu'il existe une infection, fût-elle atténuée, inapparente et traduite seulement par la présence, dans les parois de la plaie, de polynucléaires et de germes infectieux, c'est une circonstance empêchante à la réparation tissulaire.

Le plus fréquemment, ces micro-foyers infectieux avortent, et la plaie évolue favorablement dans le sens de la cicatrisation. Il est vraisemblable que nombre de plaies opératoires subissent cette évolution, sans que l'on s'en doute seulement. Il s'agit d'un simple retard à la cicatrisation et retard très passager, car on ne peut envisager que deux solutions : ou aggravation de l'infection et apparition d'un abcès, ou extinction du foyer infectieux et réparation suivant les modes habituels.

En plus de l'infection, il existe certainement des troubles trophiques, ceux-ci peut-être en partie conditionnés par celle-là, mais conditionnés aussi pour une part, par des micro-phlébites des veines de la région cicatricielle.

Dans deux de nos observations, nous avons pu mettre en évidence ces divers éléments pathologiques et par notre examen direct et par l'étude histologique de fragments de la cicatrice opératoire rompue.

Dans l'un comme l'autre cas, la veille de l'éviscération, la cicatrice paraissait louable et de bonne qualité et rien ne pouvait faire penser à un vice de cicatrisation, l'évolution, ou plutôt la non-évolution était parfaitement camouflée.

De plus, macroscopiquement, au moment même de l'éviscération, on ne constatait rien qui pût prêter à penser à une infection de la suture cutanée : chacun des murs de la paroi présentait un aspect légèrement nécrotique, un peu desséché et atone, quelques rares et minimes bourgeons exubérants, sans la moindre goutte de sérosité louche ou purulente. L'infection était cliniquement indécélable, nous verrons plus loin qu'elle existait seulement sous forme de foyers microscopiques.

Mais ce qui a attiré grandement notre attention, c'est l'existence de plusieurs petits *raptus hémorragiques disséminés* dans la paroi, de même que l'on en voyait de semblables sur le mésentère de l'anse grêle éviscérée, comme sur la paroi de cette anse elle-même.

Nous avons donc prélevé plusieurs fragments des bords de la cicatrice et nous en avons confié l'examen à notre chef de laboratoire, le docteur Bassal. Voici le résultat de l'examen anatomo-pathologique :

Au niveau de la ligne de soudure des deux tranches de section, il existe une infiltration à polynucléaires assez intense.

A distance, cette infiltration diminue et est remplacée par une infiltration à lymphocytes qui se localise autour des petits vaisseaux, dont quelques-uns sont thrombosés, sans lésion apparente de la paroi elle-même de ceux-ci.

On constate donc au microscope les deux éléments que nous avons plus haut distingués : infection et troubles phlébitiques.

2° *L'exagération de la tension abdominale.* — Simple fait de constatation courante, avant qu'apparaisse l'éviscération, dans tous nos cas, le ventre était augmenté de volume, plus ou moins uniformément ballonné, rarement tendu, donnant presque toujours, au palper, une sensation de « ballon dégonflé ».

Il faut donc envisager toutes les causes susceptibles d'entraîner cet accroissement de la tension abdominale.

Nous ne nous arrêtons pas aux causes purement passagères et qui interviennent pour aggraver seulement un facteur déjà existant ; elles peuvent agir comme étiologie favorisante, aggravant par leur brusque apparition un processus camouflé ; elles déclenchent la complication, mais elles sont insuffisantes à elles seules, pour en provoquer l'apparition ; ainsi agissent les mouvements brusques des opérés, les efforts considérés, la toux.

La notion essentielle, c'est l'exagération continue de la tension intra-abdominale, accroissement que l'on constate à la vue et au palper, avant l'éviscération, et qui se manifeste au moment de l'éviscération, par l'issue brutale des viscères qu'il est souvent très difficile de réemprisonner. Ce détail est encore une constatation habituelle, nous l'avons toujours vu présent dans toutes nos observations. Entre les lèvres élargies de la plaie, le grêle paraît plus ou moins extériorisé, toujours très dilaté, d'une dilatation molle, atone, résistant par son volume et par sa masse plus que par la tonicité de ses parois, ou par la réplétion de sa lumière.

Si cette hypertension intra-abdominale est habituelle, elle est également obligatoire pour l'apparition de l'éviscération. La preuve nous en est fournie par ce fait que, dans de grosses désunions de la paroi, où les lèvres sont largement béantes, on ne voit pas l'éviscération se produire, l'intestin ne cherchant nullement à s'échapper hors des parois.

Il nous reste donc à rechercher quelles sont les causes qui agissent pour augmenter cette tension intra-abdominale. La seule qui paraisse manifeste est celle que nous avons toujours observée, c'est l'augmentation de volume de l'intestin et du grêle en particulier. Cette augmentation paraît toujours liée à une atonie et les anses sont remplies d'une petite quantité de liquide et d'une quantité importante de gaz.

La péritonite peut certes donner lieu à de telles constatations, mais nous n'avons pas remarqué, quant à nous, de signe objectif de péritonite au moment où nous intervenions pour refermer la paroi. Les anses étaient extérieurement nettes, sans nul dépoli, nulle granulation, sans fausses membranes ; on ne voyait pas non plus trace d'un quelconque liquide. Peut-on d'ailleurs imaginer une péritonite suffisamment grave pour provoquer une « dilatation subaiguë du grêle » et un syndrome d'éviscération, qui guérirait spontanément, rien que par la fermeture de l'abdomen, ainsi qu'il advient normalement de la plupart des éviscération.

Par contre, dans le dernier cas que nous avons observé, nous avons fait des constatations qui nous eussent peut-être échappé, si notre attention n'avait été particulièrement attirée par le problème de l'éviscération. Sur les anses dilatées, nous avons vu deux ou trois petites taches noires, grosses comme des lentilles, et nous avons trouvé également des traces semblables de raptus hémorragiques sur la tranche mésentérique qui se présentait dès l'abord. Nous ne saurions trop insister sur l'importance de cette constatation.

Ceci nous amène à considérer le rôle de la phlébite dans ce mécanisme. Nous avons étudié ailleurs, tout récemment encore, la symptomatologie de la phlébite abdominale et nous avons dit à ce sujet que son signe propre était précisément la dilatation atonique des anses intestinales. Nous n'hésitons pas à penser que la phlébite abdominale, cave ou mésentérique, doit être tenue pour responsable, dans la très grande majorité des cas, de l'accroissement de la pression abdominale que nous considérons comme une nécessité pour l'apparition de l'éviscération.

\*  
\*\*

Ainsi le problème nous paraît être circonscrit : d'une part, défaut de cicatrisation de la paroi abdominale sous l'influence d'une infection atténuée locale et de troubles trophiques, sous la dépendance de microphlébites des veines de la paroi, et d'autre part, augmentation de la tension intra-abdominale, elle-même répondant également à une phlébite abdominale. Entre ces deux termes, il n'existe donc qu'un seul commun facteur : la phlébite.

## XLIV<sup>e</sup> CONGRÈS

DE

## L'ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE

Paris, 7-12 octobre 1935 (1).

### DEUXIÈME QUESTION

#### Les fractures du calcanéum.

Résumé du rapport de MM. F. PAITRE et M. BOPPE (Paris).

**Historique.** — Il semble que les fractures du calcanéum aient été méconnues jusqu'au XVIII<sup>e</sup> siècle.

Leur histoire récente s'inscrit en trois périodes :

- I. Période de découverte.
- II. Période radiographique.
- III. Période de réduction sanglante.

A chacune correspond une orientation spéciale des travaux ; c'est la pathogénie qui domine la première, l'anatomie pathologique qui domine la seconde, la thérapeutique qui constitue toute la troisième.

Après avoir rappelé la morphologie et la structure intime du calcanéum, les auteurs étudient ses connexions articulaires et exposent en détail les méthodes d'examen radiographiques actuellement à notre disposition.

**Anatomie et physiologie pathologiques. Etude analytique des lésions.** — Les traits de fracture simples ou isolés, les lésions d'enfoncement que traduisent un dénivellement de la lame compacte du thalamus et un tassement trabéculaire, les fissures irradiées, les déplacements consécutifs plus ou moins lointains, et les lésions articulaires, sont minutieusement étudiés. Puis vient un exposé du mécanisme des fractures. Celles-ci s'expliquent par des théories multiples, qu'on peut ramener à trois :

- I. Théorie de l'arrachement (J.-L. Petit, Boyer, Desault) ;
- II. Théorie de l'écrasement (Malgaigne, Destot) ;
- III. Théorie du cisaillement (Werner, Matti, Müller, Bühler).

Les rapporteurs critiquent ces hypothèses, et après avoir rappelé les classifications des fractures du calcanéum, proposent à leur tour de distinguer trois types dans ces fractures :

A. *Fractures extra-thalamiques.* — Elles se subdivisent en fractures de la grosse tubérosité et fractures des apophyses. Elles modifient relativement peu la physiologie de l'articulation sous-astragalienne. Les lésions qui les caractérisent sont isolées et siègent loin de cette articulation.

B. *Fractures juxta-thalamiques.* — Elles se classent en variétés pré et rétro-thalamiques. Les traits sont transversaux et extra-articulaires. On note des enfoncements concomitants plus ou moins accusés.

C. *Fractures thalamiques.* — Elles sont manifestement les plus fréquentes. Les lésions se rencontrent ici au maximum. Au niveau du plateau articulaire existe une solution de continuité sagittale presque toujours, plus rarement transversale. On distingue les fractures sous-thalamiques et les fractures thalamiques proprement dites, avec enfoncement horizontal, vertical ou total.

D. *Fractures anciennes vicieusement consolidées.* — Les rapporteurs leur consacrent un chapitre spécial.

(1) Association de la Presse médicale française.  
Suite. — Voir *Gaz. des hôp.*, 1935, n° 85, p. 1433.



**Traitement.** — Il convient de distinguer, du point de vue du traitement :

- a) Les fractures récentes du corps (thalamiques et juxta-thalamiques) ;
- b) Les fractures extra-thalamiques ;
- c) Les fractures anciennes.

**Thérapeutique des fractures récentes (thalamiques et juxta-thalamiques).** — On peut recourir :

- I. A l'immobilisation.
- II. A la réduction.
- III. Aux méthodes indirectes.

L'IMMOBILISATION simple au lit, ou mieux sous un appareil plâtré, doit être maintenue de deux à trois mois ; après quoi la marche est autorisée et l'on commence un traitement physiothérapique.

S'il s'agit d'une fracture du type juxta-thalamique, les séquelles sont définitives. Elles apparaissent comme la conséquence inévitable de la persistance du déplacement des fragments osseux. Elles sont au total assez peu redoutables. Après une période d'invalidité qui peut durer 3 ou 4 mois, l'accident se solde par une I. P. P. voisine de 10 %.

Dans les fractures thalamiques vraies, l'invalidité se prolonge 5 à 6 mois et l'I. P. P. atteint 50 et 60 %. Les séquelles sont manifestes : démarche malaisée, station verticale rapidement douloureuse, difficulté à descendre les escaliers et à progresser en terrain accidenté.

Ces séquelles peuvent persister pendant plusieurs années. L'ankylose de la sous-astragaliennne se fait parfois en position vicieuse : pied déjeté en varus ou en valgus. Mais l'importance de ces séquelles n'est pas toujours fonction de la gravité des dégâts anatomiques. Les grands broiements osseux sont souvent suivis de meilleurs résultats que les enfoncements légers.

La RÉDUCTION suppose une contention rigoureuse et prolongée.

Il s'agit, en effet, de coapter des fragments de petit volume sur lesquels opèrent, pour les déplacer, des muscles puissants.

Cette réduction doit être précoce ; après trois semaines, les manœuvres deviennent difficiles, douloureuses, aléatoires.

**A. Réduction orthopédique.** — Les techniques sont nombreuses. Toutes consistent à modeler l'os fracturé, à corriger au maximum le déplacement des fragments et à les maintenir en contact.

Il semble, dans l'état actuel de la question, qu'une méthode domine toutes les autres : la méthode de Böhler. Cet auteur réalise l'extension grâce à une broche transcalcaneenne. La contre-extension est assurée par une broche transibiale ou par le poids du corps du blessé. Un clou qu'on enfonce sagittalement d'arrière en avant et de bas en haut permet d'exercer une traction en dehors et de réduire le déplacement du fragment tubérositaire.

La migration dorsale du fragment antérieur apophysaire est souvent incorrigible. On tentera sa réduction en refoulant de haut en bas son extrémité antérieure, cependant qu'une pression plantaire en sens inverse repoussera vers le haut son extrémité postérieure.

L'étau-compresseur de Böhler facilitera des contre-pressions latérales qui, grâce à lui, demeureront sans danger pour le squelette et les téguments.

La réduction étant obtenue, on immobilisera dans un plâtre modelant ; sous peine d'obtenir un résultat relatif, on devra dans ce plâtre inclure les broches d'extension et de contre-extension. Le talon sera libéré partiellement au niveau de la surface plantaire.

Quand les résultats apparaîtront comme satisfaisants, on ajoutera à l'appareil plâtré un étrier à la Reclus, permet-

tant la reprise de la marche. Cette technique est encourageante, mais non sans reproche. La tolérance des broches n'est pas absolue. Fréquemment on note des lésions d'ostéite raréfiante, une persistance des douleurs ; il faut attendre pratiquement trois années pour que disparaissent tous les troubles fonctionnels.

**B. Réduction sanglante.** — C'est la méthode défendue par Leriche, Lenormant, Lorthioir, Grégoire, etc... Ces auteurs utilisent presque toujours une incision externe. Leriche sectionne les muscles péroniers, Lenormant les récline en haut. On a signalé, consécutivement à cette incision, l'apparition de sphacèle cutané, aussi Desplas conseille-t-il de donner à cette incision la forme d'un L à branche horizontale longue et passant très bas à la limite de la plante du pied ; dans ces conditions le lambeau conserve une vascularisation suffisante.

Lenormant et Wilmoth s'efforcent de relever le thalamus à l'aide d'une spatule introduite dans le foyer de fracture.

D'autres opérateurs, Sicard, Mutricy, abaissent la grosse tubérosité. Cette manœuvre est singulièrement facilitée si l'on a soin au préalable de pratiquer le dédoublement du tendon d'Achille.

L'élargissement, que certains auteurs négligent de corriger, peut être traité à la façon de Leriche, grâce à une vis enfoncée dans le thalamus, dont le blocage rapproche les fragments jusqu'à obtention d'une largeur normale de l'os.

La contention est réalisée par ostéo-synthèse à l'aide de vis ou d'agrafes judicieusement appliquées, soudant le thalamus à l'astragale ou à la malléole externe.

Mais on utilise aussi les greffes ostéo-périostées qui, introduites dans la géode sous-thalamique, remplissent à la fois un rôle mécanique en soutenant le thalamus, et un rôle biologique en favorisant l'ostéogénèse.

De la comparaison des résultats obtenus par ces deux procédés, il appert qu'entre des mains exercées, l'ostéosynthèse donne, même dans les cas compliqués, des réductions supérieures à celles que donne la méthode des greffes. C'est la seule technique à utiliser dans les fractures juxta-thalamiques.

Cependant, il faut avouer que le matériel métallique laissé en place cause souvent des accidents inflammatoires, mais ils sont d'ordinaire peu graves. C'est vers le cinquième mois qu'il convient de supprimer vis et agrafes, c'est-à-dire à une époque où les déformations secondaires ne sont plus guère à redouter.

**C. Méthodes indirectes.** — Les arthrodèses auraient le grand mérite d'abréger la période douloureuse.

Pratiquement, c'est surtout l'arthrodèse des articulations sous-astragaliennne et calcaneó-cubóidienne qu'on réalise. Exceptionnellement, s'il existe un diastasis astragalo-scaploïdien marqué, il importe d'arthrodéser également astragale et scaphoïde.

Quoi qu'il en soit, cette technique n'est jamais applicable d'emblée ; elle n'est de mise qu'après réduction aussi parfaite que possible de la fracture.

**Indications thérapeutiques.** — Elles varient suivant le genre de la fracture considérée, mais aussi suivant le chirurgien. Son expérience personnelle, la qualité des résultats qu'il aura déjà obtenus, et bien d'autres facteurs, notamment l'entraînement de ses aides, la nature du matériel dont il disposera, sont autant d'éléments importants qui le guideront dans son choix.

Les rapporteurs ne font qu'exposer leurs préférences, sans vouloir les imposer.

Dès l'accident, qu'il s'agisse d'une fracture avec ou sans déplacement, il faut, s'il existe de l'œdème et des phlyctè-

nes, mettre le membre au repos, en position déclive, dans une attelle de Braune.

On exigera du radiographe trois clichés, suivant le conseil de Böhler : un de profil, un axial (pied en flexion dorsale), un autre dorso-plantaire (pied en flexion plantaire).

La fracture se montre-t-elle sans déplacement appréciable ? On appliquera, du sixième au huitième jour, la méthode de l'immobilisation plâtrée, le pied à angle droit, bien modelé.

Au contraire, existe-t-il un déplacement manifeste ? Il faut alors distinguer les fractures non articulaires des fractures articulaires.

Dans le premier cas, on appliquera la méthode orthopédique de Böhler. Dans le second, on aura recours aux procédés « sanglants », à moins que le sujet ne soit très taré, diabétique, tabétique, etc.

L'immobilisation plâtrée, rigoureusement surveillée, est le seul traitement indiqué chez le vieillard et chez certains blessés dont l'état général est nettement déficitaire.

A la période de convalescence, on conseillera le port d'une botte de Unna pendant quelques semaines. Il faut proscrire la marche en pantoufles qui maintiennent insuffisamment le pied et favorisent l'affaissement de la voûte plantaire. Mieux vaut porter de solides bottines à tiges montantes avec semelles orthopédiques soutenant et cambrant l'arc interne.

**Thérapeutique des fractures extra-thalamiques.** — Si la lésion osseuse porte sur la grosse tubérosité, le traitement peut être orthopédique. Il consiste dans l'abaissement du fragment, qu'on immobilise en flexion plantaire maxima. Mais il peut être aussi chirurgical : après incision découvrant le fragment, celui-ci est suturé, cerclé ou cloué.

Quand la fracture siège au niveau du bec de la grande apophyse du « sustentaculum tali », on peut se contenter d'immobiliser sous un plâtre.

**Thérapeutique des fractures anciennes.** — Trois variétés de séquelles sont à considérer :

I. Celles dues à la non-reconstitution de la morphologie de l'os.

II. Celles dépendant d'un vice de position du calcaneum sous l'astragale.

III. Celles qui sont liées à une incongruence persistante des articulations calcanéennes avec arthrite chronique surajoutée.

Dans la première éventualité, on ne peut recourir qu'aux moyens orthopédiques ; il s'agit du reste de troubles légers.

En cas de déformations un peu accentuées, il sera le plus souvent inutile de recourir aux multiples ostéotomies qu'on a proposées et qui paraissent hors de proportion avec la lésion, presque toujours bien tolérée.

Ce n'est qu'en présence d'une arthrite douloureuse persistante qu'on interviendra.

On pratiquera une arthrodèse. Suivant les circonstances, celle-ci portera sur les articulations calcanéennes ou sur les articulations médio ou sous-astragaliennes.

#### Discussion

M. BÖHLER (de Vienne) a traité plus de 200 malades suivant sa méthode devenue classique. Il a dans ces conditions obtenu 88 % de guérisons sans séquelles appréciables. Il expose sa technique de réduction : 1° par traction à l'aide d'un clou agissant sur le raccourcissement et l'angulation ; 2° par compression à l'aide d'un étau spécial agissant sur l'élargissement.

Un beau film illustre cet exposé et met en évidence les différents temps de la méthode.

M. JIMENO-VIDAL (de Barcelone) se déclare partisan convaincu de la méthode orthopédique dans la presque totalité des cas. Il a repris et étudié 338 observations du service de Böhler auxquelles s'ajoutent 50 observations personnelles. Le pourcentage d'invalidité est excessivement faible. La statistique serait consultée avec profit par tous les chirurgiens et tous les experts.

M. HERMAN (d'Anvers) est partisan lui aussi de la méthode orthopédique. L'intervention sanglante, toujours plus grave, laisse après elle une cicatrice épaisse et douloureuse. Dans l'évaluation de l'invalidité, cette cicatrice et les troubles qu'elle engendre, comptent toujours plus que les vraies séquelles de la fracture.

M. LERICHE (de Strasbourg) considère que le pronostic dépend surtout de la réduction, la contention n'étant pour lui qu'un temps secondaire.

La méthode de choix est la méthode sanglante à condition qu'elle utilise les clous et les agrafes, car l'usage des greffons, entre autres inconvénients, expose à l'éclatement de l'os.

L'incision sur la face externe ne mérite pas les reproches qu'on lui a faits. La section des péroniers ne compromet nullement le fonctionnement ultérieur du pied, si leur suture est correctement exécutée.

Dans certains cas de fractures anciennes, l'auteur a obtenu de bons résultats par évidemment à la curette et immobilisation consécutive.

M. CHIAROLANZA (de Naples) affirme que les fractures du calcaneum sont très rares : 13 cas sur près de 5.000 fractures. Dépouillant les observations d'un grand hôpital d'accidents de travail, l'auteur a retrouvé 56 cas correspondants à 6 années d'exercice. Il a porté surtout son attention sur les signes radiographiques, aussi montre-t-il sur l'écran la projection de toutes les variétés rencontrées.

Ses conclusions quant au traitement sont éclectiques avec, cependant, quelque préférence pour l'abstention.

M. STULZ (de Strasbourg) est partisan de la méthode sanglante. Il insiste sur l'importance capitale d'une réduction correctement exécutée.

Les lésions à réduire sont l'enfoncement thalamique et les fractures du massif thalamique par des traits de fissuration sagittaux.

L'auteur expose sa technique du vissage transversal qui assure la réfection du plateau articulaire thalamique et supprime l'élargissement calcanéen. La réduction est maintenue par des agrafes judicieusement disposées.

Les résultats sont satisfaisants, puisque sur 20 cas ainsi traités 17 ont donné un minimum de séquelles.

M. CHAVANNAZ (de Bordeaux) considère l'affection comme redoutable quand on la traite par une réduction approximative et le repos au lit prolongé. Les incapacités permanentes varient de 25 à 30 %. Il a vu un cas de lésions bilatérales atteindre 75 %.

Ces mauvais résultats sont fonction de la disposition du trait fracturaire, de l'insuffisance de la réduction, du lever et de la marche précoces, et des lésions des parties molles.

L'avenir est aux traitements orthopédiques et sanglants.

M. BACHY (de Saint-Quentin) est très éclectique dans le choix du traitement. Il n'a du reste observé qu'un petit nombre de cas.

Si le thalamus présente un enfoncement accentué, il faut recourir aux méthodes chirurgicales, mais donner le plus souvent la préférence au procédé par greffons. L'auteur pense que l'allongement du tendon d'Achille facilite la réduction.

MM. HAMANT et GRIMAUT (de Nancy-Algrange) ont observé 42 cas avec 24 % de fractures de cause directe. Le traitement par les méthodes anciennes ne leur semble pas mé-



riter toujours les critiques sévères qu'on lui adresse. Pour les blessés qu'ils ont suivis et revus, l'I. P. P. n'a été que de 10 % en moyenne. Ils demeurent cependant partisans des ostéosynthèses qui leur ont donné de bons résultats, mais qu'ils n'emploient jamais avant d'avoir recouru aux méthodes orthopédiques.

M. TRUETA-RASPALL (de Barcelone) expose ses conclusions après avoir traité personnellement 43 cas.

I. — La méthode de Böhler, en raison de l'emploi des clous de gros calibre, lui paraît dangereuse.

II. — Les procédés chirurgicaux ne donnent pas de résultats supérieurs à ceux que procure l'orthopédie.

III. — Le traitement le plus rationnel consiste dans une compression latérale forcée et une extension continuée pendant 25 jours, après quoi on immobilise dix semaines durant.

IV. — Les impotences fonctionnelles qui persistent au delà d'un an doivent être considérées comme définitives.

M. DELAGNIÈRE (du Mans) cite l'observation d'un blessé dont il a pu réduire la fracture par voie postérieure trans-achilléenne après allongement du tendon. L'auteur reconnaît la difficulté de placer les greffons en usant de cette technique. Pourtant, dans le cas donné, le peu de greffons mis en place a suffi à maintenir la réduction et à favoriser l'ostéogénèse.

(A suivre.)

E. DARIAU.

**Coquillages et fièvres typhoïdes. Un point d'histoire contemporaine,** par le docteur V. M. BELIN. Un volume grand in-8° de 230 pages. — Prix : 15 fr. — Presses Universitaires de France, 49, boulevard Saint-Michel, Paris (5°).

## ASSEMBLÉE FRANÇAISE DE MÉDECINE GÉNÉRALE

(XVIII<sup>e</sup> Session, novembre 1935.)

### LE RACHITISME EN FRANCE

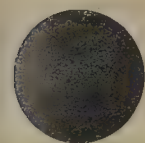
A cette XVIII<sup>e</sup> session des assises de la Médecine générale française — car nous en sommes déjà à la XVIII<sup>e</sup> session et elles se poursuivent toujours avec le même succès — c'est notre ami Lecat, de Billy-Montigny, qui a été proclamé lauréat du prix Debat.

Après une intervention fort goûtée sur le sujet en discussion, le lauréat, dans un discours fort apprécié, traça un excellent portrait du clinicien français, dont les qualités scientifiques égalent les qualités professionnelles. Et c'est bien ce qui fait toujours la grandeur du praticien ; il accepte les servitudes et laisse la politique des appétits pour s'attacher à celle des principes.

Le sujet traité à ces assises était presque un rappel du passé : les conclusions départementales ont dégagé cette opinion unanime : *Le rachitisme devient plus rare dans ses formes graves et prolongées ; il reste encore assez répandu dans ses formes légères.* Et cette opinion a été confirmée dans les conclusions votées à Paris le 3 novembre :

« Le rachitisme a diminué partout de fréquence et surtout de gravité, par la pénétration de l'hygiène et la fidèle exécution clinique des préceptes de l'enseignement, compris, appréciés et appliqués par le Corps médical français.

« Les travaux des savants sur l'irradiation et son rôle dans la nutrition de l'os en croissance, les observations cliniques sur la part des troubles digestifs et des infections lentes, prolongées ou répétées, résument les faits qui ont



# ADOVERNE

GLUCOSIDES CARDIOTONIQUES  
DE L'ADONIS VERNALIS

# ROCHE

Activité Physiologique étalonée

### PROPRIÉTÉS

Cardiotonique  
Eupnéique

Neuro-Sédative  
Diurétique

complète, remplace  
ou continue  
l'action de la Digitale.

GOUTTES

GRANULES

SUPPOSITOIRES

Echantillons et Documents Scientifiques :

Produits F. HOFFMANN-LA ROCHE & C<sup>ie</sup>, 10, Rue Crillon, PARIS (IV<sup>e</sup>)



éclairé la pathogénie du rachitisme, depuis moins de vingt ans. Le médecin a aussitôt répandu les bienfaits d'une prévention et d'un traitement basés sur les causes identifiées du mal. Ces assises en montrent les répercussions sur la santé publique et même sur la race.

« Il y a lieu d'appeler l'attention des pouvoirs publics sur cette genèse des résultats. Elle démontre — à l'évidence — la part médicale dans l'action sanitaire et spécialement — jusque dans les campagnes les plus reculées — celle des médecins de famille, qui sont la grande majorité des médecins français.

« C'est leur influence directe, constante et la plus répandue (en collaboration avec le Comité national), que doit favoriser, aider et encourager l'Administration de l'Hygiène, pour garder à la France ses enfants. »

A. HERPIN.

## SOCIÉTÉS SAVANTES

### SOCIÉTÉ DE MÉDECINE MILITAIRE FRANÇAISE

(SÉANCE DU 10 OCTOBRE 1935)

**Pneumothorax spontané latent, non tuberculeux.** — MM. WOLF, BROUARD et PARAIRE rapportent un cas de pneumothorax spontané caractérisé par l'extrême insidiosité des symptômes fonctionnels et généraux, dont ils discutent l'étiologie et la pathogénie en l'absence de tout signe de tuberculose.

**Subluxation congénitale stabilisée de la hanche.** Considérations sur la fréquence et le dépistage de cette affection dans l'armée. — A propos d'une observation de subluxation de la hanche, MM. MALARD et BALLAN estiment que cette affection est parfois méconnue dans l'armée. Sa présence devrait être plus grande si elle était recherchée systématiquement, dans tous les cas douteux étiquetés sciatique, arthrite sèche, etc...

**Tumeurs solides bénignes para-médiastinales de nature probablement fibromateuse.** — Au cours de la radioscopie systématique de 2.000 jeunes recrues, M. CASTAY a observé deux cas de grosse tumeur paramédiastinale droite, probablement de nature fibromateuse, à point de départ costal postérieur ou vertébral.

**Résistivité vitale et ptyalo-pronostics : la réaction de Faust-Zambrini.** — Cette réaction, d'après M. CASTILLON, paraît constituer un adjuvant précieux de l'examen clinique. Elle présente en outre un réel intérêt en ce qui concerne l'incorporation des jeunes soldats et l'entraînement du soldat incorporé, dont on peut ainsi mesurer la résistance vitale, contrôler l'entraînement et prévoir le surentraînement.

**Hépatite amibienne ou hépatite syphilitique hypertrophique.** — MM. HUGONOT et JAULMES présentent l'observation d'un malade colonial, chez lequel fut primitivement porté le diagnostic d'hépatite amibienne, en raison d'une congestion douloureuse fébrile du foie, avec leucocytose, sans ictere, sans ascite, malgré l'absence de preuves parasitologiques.

Après échec du traitement éméthinien, la constatation d'une réaction de Bordet-Wassermann positive autorisa à penser à une syphilis du foie à forme hypertrophique fébrile ; cette hypothèse fut confirmée par l'action rapide et efficace du traitement mercuriel.

**Pneumopathie chez un syphilitique.** — MM. G. HUGONOT, L. FERRABOUC, G. VEYSSI et P. GUICHENET apportent l'ob-

servation d'un sujet chez lequel l'ensemble clinique permet de présumer une syphilis pulmonaire. L'examen radiographique montre un processus sclérosant trémaire et pleural diffus, des lésions parenchymateuses faiblement évolutives, avec un aspect progressivement densifiant.

**Le vêtement du soldat et l'aisance de ses articulations.** — M. L. FERRABOUC montre comment une articulation en mouvement modifie les dimensions longitudinales du membre auquel elle appartient. La vareuse du soldat ne se prête pas à ces variations pour ce qui concerne l'épaule. Il y a lieu d'adopter une vareuse munie d'une manche dite « à pivot ».

**Un cas de réinfection syphilitique.** — MM. JAME et DUBARRY relatent l'observation d'un sujet qui, neuf ans après une syphilis primaire authentique énergiquement traitée, sous le contrôle des examens du sang et du liquide céphalo-rachidien, présente une lésion ayant tous les caractères d'un accident primitif de réinfection.

## PRATIQUE MÉDICALE

### A PROPOS DU TRAITEMENT DES AFFECTIONS DES VOIES RESPIRATOIRES (1)

Par le docteur TOURAINE.

Il est bon de rappeler avec l'auteur les avantages de l'imprégnation thiocolée de l'organisme, qui est admirablement supportée et qui donne des résultats excessivement nets lorsqu'on emploie le sirop « Roche », médicament classique de toutes les affections des voies respiratoires. On sait, en effet, que le thiocol, sous cette forme, présente tous les avantages sans les inconvénients de la médication créosotée ou gaïacolée, agissant à la fois comme antiseptique, modificateur des sécrétions bronchiques et sclérogène, le sirop « Roche » trouve son indication dans toutes les affections des voies broncho-pulmonaires et en particulier dans la grippe à forme thoracique.

### NOTES POUR L'INTERNAT (ORAL)

## FRACTURES DE LA ROTULE

On peut considérer actuellement les fractures de la rotule comme des fractures bénignes, car l'ostéosynthèse et seule l'ostéosynthèse permet d'assurer une bonne coaptation des fragments et un cal solide.

**Etiologie et mécanisme.** — Les fractures de la rotule sont relativement peu fréquentes.

Elles se voient chez l'adulte entre 20 et 40 ans.

Parfois elles relèvent d'un traumatisme direct.

Le trait est alors de direction très variable, et les fragments sont souvent multiples.

Mais plus souvent, le mécanisme est indirect :

Le blessé fait une chute sur le genou, le muscle quadriceps étant en contraction ; la rotule est alors en porte-à-faux sur la trochlée fémorale. Elle se brise, soit parce que son bec est en contact avec le sol, soit parce que le ligament rotulien est en tension (l'appui au sol se faisant sur la tubérosité tibiale).

Plus rarement, la fracture survient à la suite d'une contraction brutale du quadriceps pour éviter une chute, le genou étant en flexion.

(1) Concours méd., Paris, 1934, n° 7.



# PADERYL

## DRAGÉES

à base de

|                                    |       |
|------------------------------------|-------|
| BROMHYDRATE DE PAPAVERINE . . .    | 0,03  |
| DE CODEINE . . .                   | 0,02  |
| EXTRAIT DE VALÉRIANE STABILISÉE. . | 0,10  |
| DE JUSQUIAME STABILISÉE. .         | 0,035 |

## CALMANT DE LA TOUX SÉDATIF NERVEUX

DOSES. — Adultes : De 2 à 6 Dragées par jour

à avaler sans les croquer.

Enfants : selon l'âge.

LABORATOIRES CLIN, COMAR & C<sup>ie</sup>, 20, Rue des Fossés-Saint-Jacques, PARIS

## Granules de CATILLON

à 0,001 Extrait Titré de

## STROPHANTUS

C'est avec ces granules qu'ont été faites les observations discutées à l'Académie de Médecine en 1889. elles prouvent que 2 à 4 par jour donnent une diurèse rapide, relèvent vite le cœur affaibli, dissipent ASYSTOLIE, DYSPNÉE, OPPRESSION, ŒDÈMES, Affections MITRALES, CARDIOPATHIES des ENFANTS et VIEILLARDS

## Granules de CATILLON 0,0001

## STROPHANTINE

GR.

TONIQUE du CŒUR par EXCELLENCE — TOLÉRANCE INDÉFINIE

Griz de l'Académie de Médecine pour "Strophantus et Strophantine", Médaille d'Or Expos. Univ. 1900

PARIS, 3, Boulevard St-Martin. — R. C. Seine 48283

## THÉRAPEUTIQUE IODORGANIQUE & RADIODIAGNOSTIC

## LIPIODOL LAFAY

Huile Iodée à 40 %

### Pour combattre

Asthme  
Artériosclérose  
Lymphatisme  
Rhumatisme  
Algies diverses  
Sciatique  
Syphilis

### Pour Explorer

Système Nerveux  
Voies respiratoires  
Utérus et trompes  
Voies urinaires  
Sinus nasaux  
Voies lacrymales  
Abscesses et fistules

Ampoules, Capsules, Emulsion, Comprimés

A. GUERBET & C<sup>ie</sup>, Pharmacien, 22, Rue du Landy — S'-OUEEN, près Paris.

## ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Le trait est à peu près *transversal*, *légèrement concave* en haut.

Il est *oblique en bas et en arrière*.

Le fragment inférieur est souvent plus petit que le supérieur.

Les fragments s'écartent et basculent leur surface fracturaire en avant ; de plus, le fragment supérieur se déplace légèrement au dehors. Insistons surtout sur les lésions des éléments fibreux de l'articulation, comprenant le surtout fibreux prérotulien et les ailerons rotuliens. Leur déchirure plus ou moins accentuée entraîne un écartement plus ou moins important des fragments ; leurs lambeaux effilochés s'interposent entre les surfaces fracturaires, rendant impossible la formation d'un cal solide.

## SYMPTOMES

A la suite de l'accident, le blessé a ressenti une vive douleur, il lui fut impossible de se relever (classiquement quelques pas en arrière sont possibles).

## SIGNES FONCTIONNELS

La douleur reste assez vive, exagérée par tout essai de mobilisation.

L'*impotence fonctionnelle* est absolue et il est dangereux de demander au blessé de soulever le talon du plan du lit ; cette manœuvre risquerait d'accentuer l'écartement des fragments.

## SIGNES PHYSIQUES

*Immédiatement* après l'accident, pas de gros genou, mais la classique rainure transversale exquisement douloureuse.

*Quelques heures après*, le genou est gros, se présentant en légère flexion ; il est distendu par la présence d'une hémarthrose.

On sent une *dépression interfragmentaire* qui est plus ou moins large et qui augmente par de très légers mouvements de flexion ; cette dépression est douloureuse.

On *repère facilement* le fragment supérieur, il est gros ; le fragment inférieur est plus petit, plus difficile à sentir. Ces deux fragments sont mobiles transversalement l'un sur l'autre.

## RADIOGRAPHIE

Le trait est visible surtout sur le cliché de profil ; le cliché permet de se rendre compte de l'importance de l'écartement des fragments ; parfois il révèle un trait secondaire et montre l'existence de plus de deux fragments.

## EVOLUTION

L'hémarthrose peut, dans les jours qui suivent, devenir abondante au point d'obliger à la ponction pour examen si le blessé est vu tardivement.

Elle se résorbe spontanément en une vingtaine de jours.

Si l'écartement des fragments est très faible, la consolidation peut se faire par un cal solide ; le plus souvent, l'évolution spontanée, dès que le déplacement dépasse 3 centimètres, se fait vers un cal fibreux, plus exactement une pseudarthrose.

## COMPLICATIONS

L'ouverture du foyer de fracture doit être mise à part et étudiée aux formes cliniques.

Les complications tardives se voyaient avant que l'on opère les fractures de la rotule.

Dans la genèse de ces complications, trois facteurs intervenaient et concouraient à gêner les mouvements de flexion-extension de la jambe sur la cuisse ; c'étaient : l'*atrophie du quadriceps*, l'*arthrite traumatique*, la *qualité du cal*.

Ainsi l'*extension* était gênée par l'*atrophie musculaire* et le cal fibreux réalisant une véritable désinsertion partielle du quadriceps.

La *flexion* l'était par l'*arthrite* ou la *périarthrite* plastique et par le cal ; ce cal, s'il était *rigide*, formait *attelle* ; s'il était *souple* et long de 3 à 5 centimètres, amenait une véritable butée du rebord postérieur du fragment supérieur sur le rebord trochléaire ; plus long ou plus court, le cal souple ne gênait pas trop la flexion.

## FORMES CLINIQUES

Dans les *fractures sans déplacement*, le diagnostic peut être assez difficile ; l'hémarthrose et l'existence d'un point douloureux précis sont les meilleurs signes ; la radio est absolument nécessaire.

Les *fractures de la pointe* de la rotule sont extra-articulaires, elles n'entraînent pas d'hémarthrose et peuvent être confondues avec une rupture du ligament rotulien.

Enfin on a décrit des fractures à *trait vertical* ou *étoilé*, à *plusieurs fragments*.

La *fracture ouverte* de la rotule réclame une intervention d'urgence et une surveillance postopératoire rigoureuse de manière à prévenir l'arthrite purulente dont on sait toute la gravité au niveau du genou.

Les fractures itératives se produisent très rarement au niveau du cal, plus souvent, c'est le fragment inférieur qui se fracture à nouveau.

## DIAGNOSTIC

Il est pratiquement évident : on pense tout de suite à vérifier l'état de la rotule en présence d'une hémarthrose.

Il faut savoir cependant éliminer un *hématome de la bourse séreuse prérotulienne* ; une fracture des *condyles fémoraux* ou *tibiaux* et dans les fractures sans déplacement, les lésions de l'appareil ligamenteux du genou, en particulier lésions méniscales ou lésions des ligaments latéraux.

## TRAITEMENT

Dès que l'écartement des fragments dépasse 2 à 3 centimètres, l'indication de l'ostéosynthèse se pose formellement ; l'intervention n'est en aucune façon contre-indiquée par l'âge, l'état cardiovasculaire du blessé. Elle peut se faire sous anesthésie générale, rachidienne, voire même locale. On interviendra entre le 5<sup>e</sup> et le 8<sup>e</sup> jour.

Après désinfection soignée des téguments, une incision arciforme à concavité supérieure permet un abord facile ; on évacue l'hématome et les caillots articulaires, on nettoie à l'éther l'article ; on excise ensuite les lambeaux fibreux interposés ; puis on fait la synthèse après avivement des tranches osseuses. La direction du trait, la grosseur, la multiplicité des fragments font choisir entre la suture, le cerclage ou l'hémicerclage qui seront exécutés par fils métalliques-crins posés extra-articulaires. On termine par une suture soignée des éléments fibreux prérotuliens et des ailerons ; fermeture de la peau sans drainage. Après immobilisation sur attelle pendant une huitaine de jours, on fait de la mobilisation passive avec massage du quadriceps ; vers le 12<sup>e</sup> jour, on commence la mobilisation active et on encourage la marche vers le 20<sup>e</sup> jour.

ROGER-JEAN CHEVALLIER.

Grossesse et formes anatomo-cliniques de la tuberculose pulmonaire, par Charles LÉONARDI. Préface de F. DUMAREST. Grand in-8° de 202 pages. — Prix : 35 fr. — Paris, G. Doin et Cie.

Le Directeur-gérant : D<sup>r</sup> François LE SOURD.



# DIURÉTIQUE D'UN POUVOIR REMARQUABLE D'UNE FIDÉLITÉ CONSTANTE

Pure  
Digitalique  
Strophantique  
Sparléinée  
Scillitique  
Barbiturique

Phosphatée  
Lithinée  
Caféinée

Ne se délivrent  
qu'en cachets

## THÉOSALVOSE

Cachets dosés

0 gramme 15

et à

0 gramme 50

de Théosalvose

DOSE MOYENNE :

1 à 2 grammes

par jour.

### THÉOBROMINE FRANÇAISE garantie chimiquement pure

Artériosclérose — Affections cardiaques et rénales — Albuminuries — Intoxications  
Urémie — Uricémie — Goutte — Rhumatismes — Hydropisie — Maladies infectieuses

Laboratoires André GUILLAUMIN

PARIS — 13, rue du Cherche-Midi, 13 — PARIS

R. G., 2.162, Seine.

# GLYCÉROPHOSPHATE ROBIN

Granulé - Comprimés - Injectable

RACHITISME - FAIBLESSE DES OS - CROISSANCE CHEZ LES ENFANTS  
ALLAITEMENT - GROSSESSE - SURMENAGE INTELLECTUEL, ETC.

R. G., 2.11.839, S.

LABORATOIRES ROBIN, 13, Rue de Poissy, PARIS

# UROMIL

ÉTHÉR PHÉNYL CINCHONIQUE — PIPÉRAZINE — HÉXAMÉTHYLÈNE TÉTRAMINE



MOBILISE - DISSOUT  
ÉLIMINE

L'ACIDE URIQUE

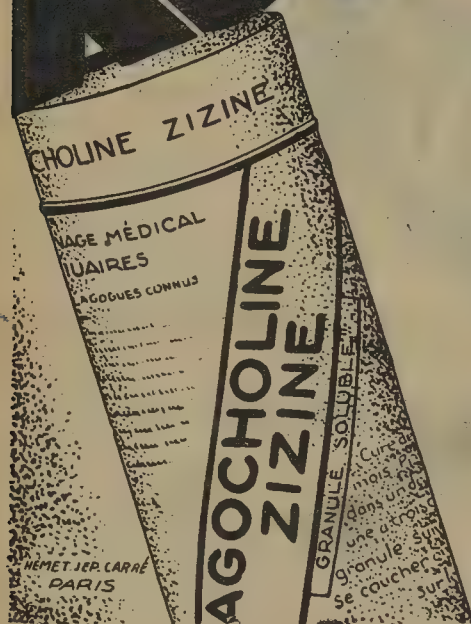
## ARTHRITISME

Dr L. BELIERES - 19, RUE DROUOT - PARIS



# AGOCHOLINE

(GRANULÉ SOLUBLE)



## CHOLECYSTITES CHRONIQUES CONGESTION DU FOIE

Lithiase biliaire - Ictère et Cholémie

Dyspepsies réflexes - Constipation  
Migraines, Vertiges, Eczéma, Prurit

d'origine  
hépato biliaire

**Posologie :** 1 à 3 cuillerées à café le matin à jeun, dans un demi verre d'eau chaude.

**LABORATOIRES DU D<sup>r</sup> ZIZINE**  
24, 26, Rue de Fécamp - Paris (XII<sup>e</sup>)



# NESTLÉ

## FARINE LACTÉE

Aliment scientifiquement complet  
contenant par kilo les éléments  
utiles de 2 litres du meilleur  
lait frais, parfaitement homogène,  
inalterable, complètement assimi-  
lable, soigneusement malté à l'avance.

S<sup>te</sup> NESTLÉ (FRANCE)

6, Av. Portalis,

PARIS (8<sup>e</sup>)





*La Lancette Française***GAZETTE DES HOPITAUX****CIVILS ET MILITAIRES****PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI**

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

**49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6<sup>e</sup>. Tél. : Danton 48-31.**PUBLICITE : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6<sup>e</sup>) - Téléph. : LITRÉ 54-93.**PRIX DE L'ABONNEMENT****FRANCE**

3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.

*Etudiants* : 25 francs par an.

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

**ETRANGER**

Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.

Tous les autres pays : 75 francs.

**SOMMAIRE****REVUE GÉNÉRALE***La notion d'équilibre en matière de régimes chez l'enfant*, par M. L. BABONNEIX.**FACULTÉ DE MÉDECINE DE LILLE***Thèses soutenues pendant l'année 1934-1935.***SOCIÉTÉS SAVANTES***Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société médicale des hôpitaux.***CHRONIQUE***Première leçon du professeur P. Harvier*, par M. L. BABONNEIX.**DOCUMENTS OFFICIELS***Vérification des diplômes.***LIVRES NOUVEAUX****INFORMATIONS****HÔPITAUX DE PROVINCE. — LILLE. —** Le concours de l'externat s'est terminé par les nominations suivantes :MM. Groult, Fontan, Bertrand, Morseau, Malaquin, Pariselle, Pecquery, Lévy, Bal, Choain, Mairesse, Pottier, Bourey, Petyt, Lacombe, Garcenot, Vermaere, Delcroix, Titecat, M<sup>lle</sup> Ducamp, MM. Bruneau, Rogéré, Marsy.— **LYON. —** Un concours pour la nomination d'un Médecin des hôpitaux s'ouvrira le lundi 23 mars 1936, à l'Hôtel-Dieu de Lyon.**FACULTÉS DE MÉDECINE. — PARIS. —** Le *Journal officiel* du 13 novembre 1935 publie un arrêté relatif aux concours de l'adjuvat et du prosectorat :« Le nombre des aides d'anatomie est fixé à quinze. Aucun candidat ne pourra s'inscrire au concours de l'adjuvat s'il n'est interne des hôpitaux de 2<sup>e</sup> ou de 3<sup>e</sup> année, et s'il n'a préalablement déposé un certain nombre de pièces dont le nombre et la nature seront fixés chaque année par la faculté trois mois avant l'ouverture du concours.

» Les candidats au concours du prosectorat ne peuvent être docteurs en médecine. Ils ne peuvent prendre ce grade qu'une fois nommés et installés dans leur fonction. »

Le présent arrêté n'aura effet qu'à compter du concours de 1937.

**GUERRE. —** Modification au décret portant création d'une section de médecine, troupes coloniales, à l'Ecole du Service*de santé militaire.* — Article premier. — L'article 3 du décret du 18 mai 1923 portant création d'une section médecine, troupes coloniales, à l'Ecole du Service de santé militaire, modifié le 20 décembre 1927, est abrogé et remplacé par le suivant :

Art. 3. — Toutes les dispositions du décret du 19 septembre 1919 concernant la réorganisation de l'Ecole du Service de santé militaire, et des décrets qui l'ont modifié, sont applicables aux élèves de la section médecine, troupes coloniales, sous les restrictions ci-après :

« 1<sup>o</sup> Une fois admis dans cette section, ils ne peuvent opter pour la section métropolitaine. Seules des permutations, en fin de scolarité, pourront être exceptionnellement autorisées;« 2<sup>o</sup> Ils sont nommés médecins sous-lieutenants de l'armée active des troupes coloniales dans les conditions prévues par le décret du 13 octobre 1927. » (*J. O.* 9 nov. 1935.)**LA LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE DANS LA MARINE. —**

La lutte contre la tuberculose a toujours été au premier plan des préoccupations du département de la marine : visites sévères à l'incorporation et examens radiologiques systématiques de tous les recrutés; surveillance médicale régulière des équipages et du personnel à terre dans le but de dépister les tuberculeux au début; mesures nombreuses de protection individuelle et collective; création à Rochefort d'un centre de phthisiothérapie, etc.

M. Piétri, ministre de la marine, vient de compléter cette série de mesures par la création de centres de phthisiologie.

Dans chaque port, ces centres seront chargés de coordonner sous la direction médicale qualifiée de phthisiologues de la marine tous les efforts jusqu'à présent dispersés dans la lutte contre la tuberculose.

Ils établiront, de plus, une liaison étroite avec les organismes dépendant de la Santé publique qui développent la prophylaxie antituberculeuse.

**NATIBAÏNE**

ASSOCIATION DIGITALE NATIVELLE ET OUABAÏNE ARNAUD

LABORATOIRE NATIVELLE, 27, rue de la Procession, PARIS (XV<sup>e</sup>)

**MÉDECINS SARROIS AUTORISÉS À EXERCER LA MÉDECINE SUR LE TERRITOIRE FRANÇAIS.** — Le *Journal officiel* du 6 novembre publie des décrets autorisant trois médecins sarrois à exercer en France.

**AVIS DE CONCOURS.** — Un concours sur titres aura lieu à la Préfecture de la Somme, vers le 5 décembre 1935, pour la nomination du médecin-chef du dispensaire de Friville-Escarbotin.

Le titulaire devra entrer en fonctions le 10 décembre.

Prière à MM. les candidats de s'adresser, avant le 30 novembre, à la Préfecture de la Somme (bureau de M. l'inspecteur départemental d'hygiène).

**NÉCROLOGIE.** — Nous avons le regret d'apprendre la mort de MM. les docteurs Baylac, professeur à la Faculté de médecine de Toulon, membre du Conseil supérieur de l'Assistance publique; Louis Bertet (de Pont-Charles Albert, Alpes-Maritimes); Groslier (de Montmarault, Allier); Henri Loriaux (de Bruxelles); Morizot, ancien maire d'Arles, ancien vice-président du Conseil général des Bouches-du-Rhône, officier de la Légion d'honneur, décédé subitement à Arles, à l'âge de 66 ans.

## CHRONIQUE

### PREMIÈRE LEÇON DU PROFESSEUR P. HARVIER

Elle était impatiemment attendue. Le nouveau titulaire de la chaire ne possède-t-il point toutes les qualités requises pour enseigner : la puissance de travail, l'autorité, l'esprit d'organisation, et surtout une « extrême clarté naturelle » ? Le voilà donc à cette place où l'a appelé le vote unanime de ses pairs. Après avoir adressé son remerciement à M. le Doyen, qui dirige avec tant d'éclat les destinées de cette Faculté, plus riche encore de gloire que d'années, après avoir évoqué le souvenir de ses grands prédécesseurs : Alibert, Trousseau, Grisolle, Germain Sée, Hayem, Landouzy, Gilbert, après avoir exprimé son infinie reconnaissance à ses maîtres, dont beaucoup ont déjà disparu : Mosny et Triboulet, P. Teissier, Debove, Hutinel, dont les autres sont heureusement bien vivants : Souques, Claude, Nobécourt, Carnot, il ne va plus s'occuper que du *bon sens en thérapeutique*. Beau sujet à « traiter », et dont il tire de magiques effets ! Certain *Discours sur la méthode* proclame que « ce n'est pas assez d'avoir l'esprit bon, le principal est de l'appliquer bien ». Appliquons donc le principe cartésien à l'étude de la thérapeutique. Il nous

donne de sa valeur une juste idée, aussi éloignée d'un enthousiasme irréfléchi que d'un scepticisme systématique, en nous rappelant les guérisons dues au sérum antidiphthérique, au traitement spécifique, à l'antimoine, à la digitale, à l'insuline, à la radiothérapie. C'est que la thérapeutique est devenue une science, qui emprunte à d'autres sciences : physico-chimie, botanique, biologie, bactériologie, pharmacologie, physiologie, nombre de ses données essentielles, bien qu'elle recoure trop souvent encore à l'empirisme. Il nous montre aussi ce qu'on peut lui reprocher. D'abord, ses incertitudes : combien de maladies guérissent, non parce qu'on les a traitées, mais parce que telle est leur évolution naturelle, ou parce que les patients ont été victimes de la suggestion ! Ses illusions : le mot ne concerne-t-il pas certaines spécialités qui n'arrivent à notre connaissance qu'à travers une publicité obsédante ? Ses dangers : ici c'est un pneumonique qui meurt d'œdème aigu parce qu'il, sans tenir compte de sa rétention chlorurée, on lui a fait une injection de sérum. Là, c'est une érythrodermie due à l'administration inconsiderée de sels arsenicaux ou auriques. Les abus enfin : vaccinations polyvalentes par voie buccale, opothérapie pluriglandulaire faite au petit bonheur, régime sans sel ordonné sans raison, médication spécifique prescrite à des vieillards, à l'occasion d'un ictus, thérapeutique « réflexe » érigée en système, etc... Ne convient-il pas de se rendre compte que, sans diagnostic, point de thérapeutique, que celle-ci reste, essentiellement, l'art des indications, qu'elle doit être avant tout pathogénique accessoirement symptomatique, et qu'elle ne donnera tous les effets qu'on peut attendre d'elle que si celui qui l'administre n'est pas seulement un homme de science, mais aussi un homme de cœur !

C'est sur ces mots que s'achève cette magnifique leçon, dont la forme littéraire a été très applaudie et dont la péroraison a été justement saluée par des applaudissements sans fin.

L. BABONNEIX.

### RENSEIGNEMENTS

Près Faculté de médecine, au carrefour de l'Odéon, CHAMBRES-STUDIOS claires, gaies, ensoleillées. Confort. Pension d'étudiants, milieu choisi. Prix très modéré, 1, rue de Condé (VI<sup>e</sup>).

**VILLE IMPORTANTE SUD-OUEST.** A céder poste important médecine générale avec installation radiologique. Convient à ex-interne. — Ecrire B. J. aux bureaux du Journal.

### LE VENDREDI 6 DÉCEMBRE 1935

à 14 heures 1/2, il sera procédé publiquement, au chef-lieu de l'Administration de l'Assistance publique, 3, avenue Victoria, à l'adjudication, sur soumissions cachetées, des fournitures d'*herboristerie, droguerie, produits chimiques et préparations pharmaceutiques, produits pour laboratoires et matières colorantes et produits chimiques hors série (chlorure de méthyle pur et oxygène)* nécessaires au service de la Pharmacie centrale des hôpitaux et hospices civils pendant six mois pour les substances pharmaceutiques et produits chimiques et pendant une année pour les produits chimiques hors série (chlorure de méthyle et oxygène) à compter du 1<sup>er</sup> janvier 1936.

S'adresser, pour prendre connaissance du cahier des charges, au Service de l'exploitation, de l'approvisionnement et du matériel, 3, avenue Victoria, tous les jours non fériés, de 10 heures à midi et de 14 heures à 17 heures.

Dépôt des demandes jusqu'au 21 novembre 1935.

ANÉMIES  
DYSPEPSIES  
ANTITOXIQUE



DOSE: 4 à 6  
TABLETTES  
PAR JOUR

BIOXYDE DE MANGANÈSE COLLOÏDAL. SELS MAGNÉSIENS  
(Laboratoire SCHMIT. 71 Rue Sainte-Anne. PARIS. 2<sup>e</sup>)

Néuralgies  
Névrites

**BROMÉINE MONTAGU**

Sirap  
Granules

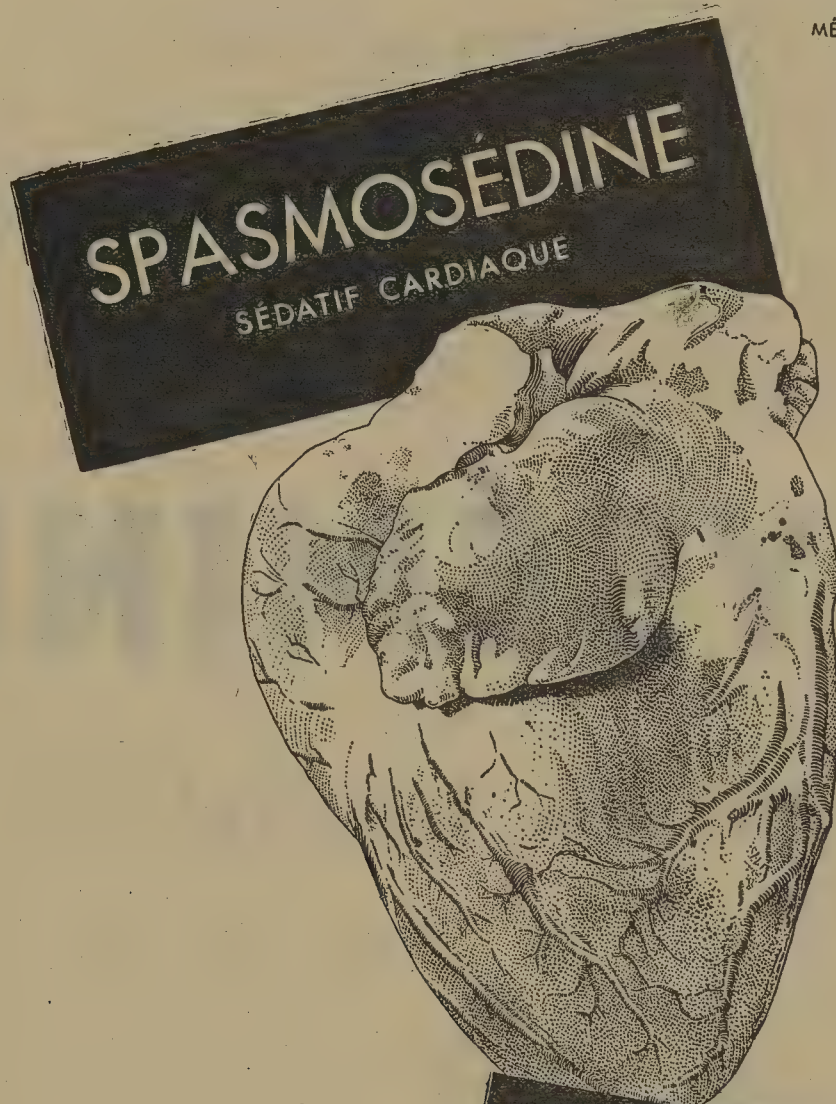
**CROSNIER**

Cure  
sulfureuse



LABORATOIRES DEGLAUDE  
15, BOUL<sup>d</sup> PASTEUR, PARIS (XV<sup>e</sup>)

MÉDICAMENTS CARDIAQUES  
SPÉCIALISÉS



SPASMOSÉDINE  
SÉDATIF CARDIAQUE

DIGIBAÏNE  
TONIQUE CARDIAQUE

*les 2 médicaments cardiaques essentiels*

# Traitement du Parasitisme intestinal

## par les Pyréthrine (du Pyrèthre)

C. R. Acad. Sciences, p. 1847, 1923

C. R. Acad. Médecine, 24-4 1928

C. R. Soc. Thérapeutique, 9-5 1928

# CHRYSÉMINE

## Pyréthrine Carteret

Sans contre-indications

Aucune toxicité

Dose quotidienne pour adultes :

**Ascaris, Oxyures, tous helminthes et protozoaires** = 5 Perles ou 150 Gouttes

Cure de 5 jours consécutifs à renouveler après 8 jours de repos (plusieurs dans le cas des oxyures).

**Trichocéphales et Tœnias** = 12 Perles ou 300 Gouttes

Cure de 2 jours consécutifs — diète préalable la veille du début de la cure.

Pour les enfants, abaisser ces doses suivant l'âge en commençant par 50 gouttes.

Perles glutinisées et gouttes — Prescrire

CHRYSEMINE PERLES  
CHRYSEMINE GOUTTES

Echantillons et Littérature :

Laboratoires CARTERET, 15, rue d'Argenteuil, PARIS (1<sup>er</sup>)



## REVUE GÉNÉRALE

LA NOTION D'ÉQUILIBRE  
EN MATIÈRE DE RÉGIMES CHEZ L'ENFANT<sup>1</sup>

Par M. L. BABONNEIX

Médecin de l'hôpital Saint-Louis

Toutes les données relatives aux régimes sont aujourd'hui dominées par la notion d'équilibre. « Ce qui importe, c'est moins la masse de tel ou tel aliment que les proportions relatives des diverses substances qui entrent dans l'alimentation » (G. Bohn). Les physiologistes connaissent, depuis les travaux d'A. Mayer et de Schaeffer, les constantes cellulaires, dont, surtout,

le rapport lipocylique  $\frac{\text{cholestérol}}{\text{acides gras}}$ , et savent que,

pour un tissu donné, il est constant chez les divers animaux. De même, pour que la croissance de l'enfant s'effectue dans de bonnes conditions, que, chez lui, l'entretien soit assuré, il ne suffit pas qu'il reçoive le nombre de calories prévu par la théorie, il faut encore qu'il y ait, entre les composants de son alimentation, certains rapports. Cette notion est due surtout à Mme Randoïn et à M. R. Lecoq, qui ont minutieusement étudié la loi des équilibres alimentaires, d'après laquelle « le seul fait de fausser les rapports existant entre les divers constituants d'une ration, par suppression ou diminution de l'un ou l'autre de ces constituants, suffit à gêner ou même à entraver totalement l'assimilation et l'utilisation des autres ».

Dans un régime normal, l'équilibre doit exister entre :

**I. Protides, glucides et lipides.** — C'est ce dont témoignent de nombreux faits, tant expérimentaux que cliniques.

**Faits expérimentaux.** — Ils sont dus, presque tous, à Mme Randoïn et M. H. Simonnet, d'une part, à M. R. Lecoq, de l'autre, seul ou en collaboration avec Mme Randoïn.

En ce qui concerne les *protides*, les documents sont peu nombreux.

M. R. Lecoq, administrant à des pigeons adultes un premier régime comprenant 82 % de la peptone à essayer et un second, n'en comportant que 50, constate que certains protides, notamment les peptones d'ovalbumine et, à un moindre degré, les peptones de muscle, peuvent devenir une cause de déséquilibre alimentaire, inférieur, du reste, à celui que produisent, dans les mêmes conditions, certains glucides, tels que le galactose et le lactose. Le même auteur a démontré que, chez le pigeon, l'utilisation des protides n'est obtenue de manière satisfaisante que si les constituants de la ration réalisent entre eux un équi-

libre analogue à celui qui caractérise le lait de vache.

Mêmes résultats si l'on s'adresse aux *lipides*.

M. R. Lecoq a démontré, avec Mme Randoïn, que nourris avec des laits desséchés entiers, contenant 30 et 24 % de beurre, les animaux restent indéfiniment bien portants ; que les laits demi-gras ne s'opposent pas aux survies prolongées, mais déterminent une diminution progressive de poids, et, vers la fin, de l'hypothermie ; qu'avec le lait écrémé, la chute de poids et de température était encore plus rapide, et que la mort, parfois précédée de phénomènes paralytiques, survenait du 30<sup>e</sup> au 50<sup>e</sup> jour.

Comme, dans ces cas, on ne pouvait incriminer l'absence de vitamines et qu'il suffit d'ajouter au lait demi-gras ou au lait écrémé la proportion de beurre qui leur manque pour que les pigeons survivent indéfiniment, force est d'invoquer un déséquilibre de la ration par insuffisance de lipides, avec augmentation corrélative du taux du glucose.

M. R. Lecoq s'est aussi demandé si les mauvais effets de l'écémage ne pouvaient pas être palliés par l'addition, à ce lait, d'un glucide déterminé apportant la même quantité d'énergie que le beurre.

L'addition de lactose accentue le déséquilibre et précipite l'apparition de crises polynévritiques mortelles.

L'addition de glucose, de maltose ou de saccharose l'atténue, au contraire, et donne, chez les animaux, des survies dépassant cinq mois.

Mêmes résultats favorables si au lait écrémé on substitue du lait sec, ou si, au lait écrémé aigri (babeurre), on ajoute des farines de blé ou de riz.

Pour le lait condensé, les réactions varient avec les espèces. Tandis que le rat ne semble pas souffrir du déséquilibre, les pigeons meurent du 35<sup>e</sup> au 65<sup>e</sup> jour, toutes les fois que la proportion de sucre dans le mélange dépasse 50 %. Les accidents sont alors dus à l'excès combiné de glucides et de lipides, représentés, ceux-ci, par le beurre, ceux-là, par la saccharose et par le lactose.

De même (R. Lecoq et J. Savare), l'huile de ricin, introduite dans le régime des pigeons au taux de 50 %, provoque un déséquilibre alimentaire manifeste, avec crises polynévritiques, dû à l'excès des lipides. A la dose de 22 %, elle est utilisée par l'organisme animal au même titre que les autres huiles, l'équilibre étant satisfaisant.

Passons aux *glucides*.

Vient-on à donner aux pigeons un régime riche en glucides et pauvre en lipides, les résultats varient selon la nature du glucide.

Avec le saccharose, le glucose, le maltose, la dextrine, les animaux survivent indéfiniment à condition que le régime contienne une quantité suffisante de vitamines B.

Avec le galactose (Mme Randoïn et R. Lecoq), moins avec le lévulose (R. Lecoq), il en va tout autrement. L'addition de vitamines B se montre inopérante : les pigeons sont atteints de crises polynévritiques et meurent rapidement. Si l'on diminue la proportion de galactose et qu'on augmente celle des lipides, la santé peut se rétablir, à condition qu'on ajoute au régime une quantité définie de vitamines B.

Avec le lactose, dont la molécule est constituée, à égalité, de glucose et de galactose (comme avec les

(1) Cf. l'ouvrage de M. G. BOHN, *Leçons de zoologie et de biologie générales*, Paris 1934-1935, in-8°, I, 33 et VII, 54 ; les communications de M. R. LECOQ, à l'Académie des Sciences (1927-1934), le livre de Mad. RANDOÏN et de M. H. SIMONNET, la monographie de R. MATHIEU, l'article de M. R. LECOQ : Influence de l'écémage et de l'addition de glucides variés sur la valeur alimentaire du lait de vache, *Presse médicale*, n° 82, 13 octobre 1934 ; celui d'Ed. LESNÉ et G. DREYFUS-SÉE sur les Maladies par carence, *Traité de médecine des enfants*, Paris, 1935, in-8°, p. 436.

bacilles lactiques) (R. Lecoq), mêmes résultats. Des rations où il figure au taux de 66 % provoquent, en 15 à 35 jours, la mort, que précèdent des crises polynévritiques, même quand on ajoute au régime de la levure de bière. Ramène-t-on la proportion à 35 ou 50 %, il est mieux utilisé, sans doute parce que l'équilibre se rapproche de celui que réalisent les laits d'ânesse, de femme ou de vache. S'adresse-t-on au rat blanc, mêmes résultats, les accidents semblent dus moins à la proportion de lactose entrant dans le régime qu'à de mauvaises conditions d'équilibre alimentaire (Mme Randoin et R. Lecoq).

La mannite et la sorbite sont parfaitement utilisées par l'organisme du pigeon lorsqu'elles représentent les 35 % d'une ration alimentaire riche en lipides. Mais lorsque, de 35 %, leur taux monte à 66 %, elles causent un déséquilibre alimentaire manifeste et entraînent la mort des animaux par accidents polynévritiques, la mannite déséquilibrant encore plus le régime que la sorbite (R. Lecoq).

**Faits cliniques.** — Chez l'homme, l'équilibre parfait est représenté par une ration contenant les quantités suivantes de :

|                            | Glucides        | Lipides | Protides |
|----------------------------|-----------------|---------|----------|
| Pour A. Gautier :          |                 |         |          |
| par jour.....              | 407             | 64      | 407      |
| par kilog et par jour .... | 7 <sup>50</sup> | 0,85    | 1        |
| pour cent.....             | 70 <sup>5</sup> | 11      | 18,5     |

|                   |    |    |    |
|-------------------|----|----|----|
| Pour R. Mathieu : |    |    |    |
| pour cent.....    | 60 | 25 | 15 |

*Chez l'enfant.*

|                     |                  |     |      |
|---------------------|------------------|-----|------|
| Pour Ed. Lesné :    | 5-7 <sup>e</sup> | 2-3 | 2,70 |
| Pour P. Nobécourt : | 7-8 <sup>e</sup> | 2-3 | 2    |

*Chez le nourrisson.*

|                                 |                 |    |    |
|---------------------------------|-----------------|----|----|
| Par le lait de femme contenant, |                 |    |    |
| pour mille :                    | 60 <sup>e</sup> | 36 | 15 |

ce qui fait, en gros, chez ce dernier, pour le rapport  $\frac{\text{Glucides}}{\text{Protides}}$ , le chiffre 4, et pour le rapport  $\frac{\text{Glucides}}{\text{Lipides}}$  le chiffre 1,66. Autrement dit, la quantité de protides étant prise pour unité, il faudra,

Pour 1 part de protides,  
2,4 de lipides,  
4 de glucides,

alors qu'en prenant comme point de départ les chiffres d'Armand Gautier, la quantité de protides étant toujours prise pour unité, il faut, en gros, chez l'adulte :

Pour 1 part de protides,  
0,6 de lipides,  
4 de glucides.

Cet équilibre est-il rompu, chez le nourrisson, on voit aussitôt apparaître des troubles divers.

L'excès de *lipides* détermine d'abord des troubles digestifs, puis aboutit à la production de corps cétoniques et à l'acidose, leur insuffisance totale est cause d'anorexie, de perte de poids, d'hypothrépsie ou d'athrépsie. N'est-elle que relative, comme on le voit chez des enfants laissés trop longtemps à l'eau ou au bouillon de légumes, ils deviennent tristes, leur peau, squameuse, leurs ongles, cassants, leurs cheveux, secs, leur poids reste stationnaire, leur sensibilité aux

infections, dont la broncho-pneumonie, excessive. Ils sont sujets à la xérophtalmie. Les effets de la carence sont d'autant plus marqués qu'il y a excès, dans le régime, de glucides.

L'excès de *glucides* a pour conséquence, chez l'homme, l'exaltation de la flore saccharolytique, d'où prédominance des phénomènes de fermentation sur les phénomènes de putréfaction. Chez le nourrisson, mêmes phénomènes et, en plus, fixation anormale d'eau, avec augmentation de poids et dilution excessive des humeurs. Ces phénomènes peuvent être temporaires ou définitifs, selon qu'il s'agit de sujets normaux ou hydrolabiles : dans ce dernier cas, elle peut aboutir à l'athrépsie. Il est réalisé par divers aliments : soupes de Liebig et de Keller, où à l'abondance des glucides s'oppose la pauvreté en lipides et en protides, et joue un rôle capital dans la dyspepsie des farineux. Y a-t-il insuffisance absolue de glucides, l'acidose est inévitable, surtout s'il y a un excès de lipides et de protides. N'est-elle que relative, il y a seulement stagnation de poids.

L'excès de *protides* conduit à l'acidose, favorise l'uricémie et aboutit à la formation de produits de putréfaction très toxiques, leur insuffisance, chez l'adolescent, à un amaigrissement rapide, avec tendance à la tuberculose, chez l'enfant, à des accidents aigus : fièvre, insuffisance rénale, ou chroniques : anorexie, arrêt de développement, puis chute de poids, et, finalement, cachexie avec sécheresse de la peau et œdème des extrémités. Ces symptômes s'observent au maximum quand le régime est pauvre en lipides et riche en glucides, c'est-à-dire, en pratique, chez les nourrissons soumis à un régime exclusif de farineux et de bouillon de légumes.

Associés, dans des proportions convenables, aux glucides, ils neutralisent leurs inconvénients et réalisent un équilibre favorable (Escherich).

On se rappellera, à ce sujet, que le babeurre, le yoghourt et, à un moindre degré, le lait calcique de Moll, les farines de soja et de tournesol, par leur richesse en protides et leur pauvreté en glucides, représentent des types d'aliments déséquilibrés ; qu'il en est de même du lait sec, riche en protides ; que le petit-lait, très pauvre, au contraire, en protides et en lipides, très riche en glucides, n'en est pas moins déséquilibré, ainsi que le lait d'ânesse, pauvre en lipides et en sels minéraux, et les bouillies maltées, pauvres en protides, riches en glucides.

**II. Chacune des variétés de ces trois éléments.** — Les *protides* doivent être d'autant mieux équilibrés qu'ils ne sont pas interchangeables. Bien que la question soit encore loin d'être élucidée, on peut admettre, à titre provisoire, que :

1° Les *protides animaux* doivent figurer, dans le régime, au moins en même quantité que les *protides végétaux* (Ed. Lesné et G. Dreyfus-Sée). Ils favorisent, en effet, la croissance (Ed. Lesné et R. Clément) ; ils jouissent, sous un petit volume, d'un pouvoir alimentaire élevé ;

2° Ils doivent, quand l'âge le permet, être représentés, non par un seul, mais par tous ceux qu'on peut se procurer : viande, œufs, poissons, fromage ;



3° Les *protides végétaux* doivent être associés entre eux, de manière à parer aux déficiences de chacun en tel ou tel amino-acide, et, autant que possible, être mélangés au lait, dont les protides contiennent les amino-acides indispensables au développement et à l'entretien. C'est ainsi que, chez des nourrissons dont la ration protidique est exclusivement constituée par des farines de soja ou de tournesol, la croissance reprend si on ajoute au régime 150 à 200 gr. de lait par jour (Ribadeau-Dumas).

Pour les *lipides*, il ne faut pas perdre de vue que les graisses *animales* : beurre, jaune d'œuf, sont de valeur très supérieure aux huiles *végétales*, celles-ci étant très pauvres, celles-là très riches en vitamines. C'est donc aux premières qu'on doit surtout s'adresser pour réaliser un bon équilibre des lipides (Ed. Lesné et G. Dreyfus-Sée).

Mêmes réflexions pour les *glucides*, qu'il faut tâcher d'équilibrer entre eux, de manière à ce que le régime contienne, en proportions convenables — et qu'on déterminera par tâtonnements — 1° des sucres : glucose, saccharose, lactose ; 2° des amylacés ; 3° des celluloses jouant le rôle de substance de lest. Pratiquement, on peut admettre que, si le sucre est suffisant chez le nourrisson, à condition d'en donner au moins deux variétés, il faut, après le sevrage, lui associer des céréales et des légumineuses (Ed. Lesné et G. Dreyfus-Sée). On a fait remarquer, d'autre part, que les sucres de la bouillie de Keller sont dus à l'équilibre qui y est réalisé entre amidon, malt et sucre.

III. Les sels minéraux et le reste de la ration alimentaire. — Toutes les fois que *manque*, dans l'alimentation, un sel minéral donné, on voit apparaître, aussi bien chez l'enfant que chez les animaux en expérience (Osborne et Mendel, Mac Collum et Davis), des troubles divers : anémie, en cas de carence ferrique ou cuivrique, alcalose avec spasmophilie, ou troubles de la coagulation sanguine, si le calcium n'est pas apporté en quantité suffisante par les aliments ou n'est pas convenablement assimilé, acidose, si les bicarbonates alcalins font défaut, retard de la croissance, avec troubles respiratoires et œdème palpébral, chez les animaux soumis à un régime pauvre en potassium, troubles endocriniens, en cas de carence iodée, azotémie (Rathery et Rudols) par manque de sel, chez les jeunes sujets atteints de néphrite et soumis à une déchloruration prolongée et chez les petits vomisseurs, et qui disparaît quand on rechlorure prudemment les malades, troubles de l'équilibre acido-basique, généralement dans le sens de l'acidose, au cours du syndrome de déshydratation aiguë (Ribadeau-Dumas), alcalose par élimination excessive de chlore, chez les vomisseurs, etc. On sait, d'ailleurs, que, cliniquement comme expérimentalement, toute déchloruration excessive a pour conséquence inéluctable, lorsqu'elle se prolonge, l'anorexie, l'anémie et les troubles de la croissance. Inversement, l'excès de telle ou telle substance saline, chlorure de sodium, par exemple, peut être dommageable à l'organisme. En ce qui a trait plus particulièrement aux troubles de l'équilibre salin, soupçonnés pour les combinaisons soufrées, ils ont surtout été étudiés pour le K, le Na, le Mg et le Mn, entre lesquels, pour que la croissance soit nor-

male, doit exister un certain équilibre (Osborne et Mendel) ; le rapport  $\frac{\text{Ca}}{\text{P}}$ , qui, normalement, est égal à

1,5. C'est avec ce régime (régime 85 de Pappenheimer, régime R. L. de Mme Randoin et de R. Lecoq) qu'on obtient, chez le rat blanc en voie de croissance, un rachitisme typique, avec les signes cliniques, radiologiques, histologiques et biologiques du rachitisme humain. C'est avec le même régime que M. R. Lecoq a réussi, en augmentant la quantité de calcium par rapport au phosphore, sans appauvrir le régime en vitamine C, à obtenir, chez le cobaye, un syndrome voisin à la fois du scorbut et du rachitisme : au premier, il emprunte, en effet, la friabilité osseuse et les hémorragies intestinales, au second, de curieuses modifications sériques, dont l'hypophosphatémie et l'hypocalcémie (1).

IV. Les diverses vitamines. — Il est indiscutable qu'entre les diverses vitamines doit exister un certain équilibre. N'a-t-on pas attribué le scorbut à la pauvreté du régime en vitamine C, à sa richesse en vitamines A, B et D (Lelong, Mouriquand) ?

V. Vitamines, d'une part, protides, glucides et lipides, de l'autre — A. Dans le complexe Vitamine B, nous distinguons une vitamine antinévritique B<sub>1</sub>, une vitamine antidermatite ou d'utilisation cellulaire B<sub>2</sub> et une vitamine d'utilisation nutritive B<sub>3</sub>. Les deux dernières interviennent dans l'assimilation des trois variétés d'aliments, des glucides surtout.

*Vitamine d'utilisation cellulaire.* — En ce qui concerne les *glucides*, nous savons que :

1° Le besoin de facteur B est proportionnel à la quantité de glucides contenus dans le régime (C. Funk) ;

2° Les accidents observés chez les animaux privés de facteur B sont d'autant plus précoces que la quantité de glucides absorbés, puis assimilés, est plus considérable et, inversement, d'autant plus tardifs que le régime est plus pauvre en glucides préformés (Mme Randoin et H. Simonnet). Tout se passe comme si l'énergie potentielle qu'ils renferment ne pouvait être utilisée que si, en même temps qu'eux, une certaine quantité de vitamine B était introduite dans l'économie, d'où l'importance du rapport  $\frac{\text{glucides absorbés}}{\text{vitamine B}}$  ;

3° La nature des glucides n'est pas indifférente (Collazzo), ceux-ci n'étant nullement interchangeables (Mme Randoin et R. Lecoq). Les hexoses nécessitent, pour être utilisés, un apport de vitamines B en rapport avec leur rapidité d'absorption intestinale et l'importance de la glycémie provoquée (Cori, Reinhold et Karr). Dans le groupe des disaccharides, c'est le maltose qui exige le moindre apport de vitamines B, alors que le saccharose en requiert un peu plus, le lactose s'accommodant mal d'un excès de vitamines B. Lorsque les hexoses sont engagés dans des combinai-

(1) MM. Mouriquand et Bernheim avaient déjà réussi à obtenir, chez le cobaye, un syndrome très voisin du scorbut, par addition d'huile de foie de morue à un régime déséquilibré, pourtant riche en vitamine C.

sons complexes, leur action propre semble s'atténuer ; toutefois, la présence de galactose transparaît nettement dans le lactose.

4° Chez le pigeon, les meilleures conditions de croissance sont réalisées par un régime pauvre en lactose et riche en vitamines B, cette richesse devant toutefois être soigneusement déterminée, toute dose supérieure à la dose *optima* produisant des effets nocifs (Mme Randoin et R. Lecoq).

5° Pour un même glucide ingéré, le pigeon privé de vitamine B ne répond à l'addition de levure qu'au-delà d'une dose limite indispensable.

Alors que le galactose incorporé dans le régime à 35 % de glucides assure un équilibre limité mais réel, en présence d'une dose *optima* de 0 g. 50 de levure, il devient dans le régime à 66 % une cause de déséquilibre telle que l'addition quotidienne de 4 g. de levure reste sans effet.

Le lévulose, parfaitement utilisé quand il se trouve dans la proportion de 35 % du régime et associé à une dose suffisante de levure, ne permet plus à 66 % — en opposition avec le glucose — qu'un équilibre limité de la ration, lequel n'est satisfait que par une dose *optima* de levure ajoutée comme source de vitamines B.

Le glucose et le maltose exigent sensiblement la même dose minima de levure quand ils entrent à raison de 66 % dans la ration ; tandis que la dose nécessaire se montre deux fois plus forte avec le glucose qu'avec le maltose quand ces glucides se trouvent à raison de 35 % dans un régime d'équilibre différent.

Entrant pour 35 % dans une ration riche en lipides, la mannite et la sorbite se montrent parfaitement utilisées par l'organisme du pigeon. Il semble même que le besoin de vitamines B soit grandement réduit dans le cas de la mannite, puisque des survies de 5 à 6 mois peuvent être obtenues en l'absence de celles-ci.

Par contre, entrant pour 66 % dans la ration, elles deviennent une cause de déséquilibre alimentaire manifeste et entraînent la mort des animaux par accidents polynévritiques, même quand les vitamines B se trouvent ajoutées en large excès. Incorporée dans cette proportion, la mannite déséquilibre davantage le régime que la sorbite.

La valeur alimentaire de la mannite et de la sorbite apparaît donc en relation étroite avec l'équilibre de la ration (R. Lecoq).

De même, l'assimilation des lipides et des protides nécessite la présence, dans l'alimentation, de quantités suffisantes de vitamines B, ces quantités devant être d'autant plus considérables que lipides et protides sont plus digestibles (R. Lecoq).

Passons maintenant à la vitamine antinévritique. Les troubles de polynévrite ne peuvent être évités, par l'adjonction, au régime, de larges quantités de lipides ou de glucides, mais seulement par l'adjonction du complexe vitamine B qui, seul, rend possible l'assimilation des trois variétés d'aliments.

B. Dans la production du scorbut expérimental, intervient encore une question de déséquilibre alimentaire, associées à l'avitaminose C. MM. Lelong et Mouriquand attribuent cette affection à un régime conte-

nant : 1° trop de glucides, protides, lipides, d'où excès de calories ; 2° trop de vitamines A, B et D ; 3° peu de vitamine C.

C. Nous avons vu que le rachitisme est en rapport avec une modification  $\frac{Ph}{Ca}$ . Il est indéniable que la carence en vitamine D joue un rôle dans cette modification.

D. Quant à l'équilibre entre vitamine A et les trois grandes variétés d'aliments, il doit exister, mais les documents font encore défaut à son sujet. Notons seulement que l'arrêt de croissance observé chez les animaux soumis à un régime dépourvu de vitamine A a été attribué soit à un trouble apporté dans l'assimilation des lipides (Randoin et Simonnet), soit à l'impossibilité où se trouve l'économie de les faire dériver des glucides (Ling et Wagner). Les altérations histologiques initiales sont, en effet, de deux ordres :

a) Modifications de la teneur normale des tissus en lipides et en acides gras (Javillier, Rousseau et Mlle Emerique) ;

b) Lésions en rapport avec la rupture de l'équilibre colloïdal du protoplasme, produites par l'absence de lipides.

VI. Les divers amino-acides. — De même, divers amino-acides n'étant pas interchangeables, il est certain qu'entre ceux dont dépend la croissance, d'une part, et ceux qui président au maintien, doit régner un certain équilibre, sur lequel, malheureusement, nous manquons de données précises.

VII. Les substances de lest et les aliments précédents. — On sait les inconvénients d'un régime pauvre en substances de lest. Contenant un excès de ces mêmes substances, il est aussi mal toléré. C'est dire que la loi de l'équilibre s'applique aussi bien à ce cas qu'aux précédents (R. Lecoq).

VIII. L'eau et les divers composants de la ration. — Donnée en trop grande quantité, alors que la ration est riche en glucides, elle occasionne de l'hydrémie et provoque souvent, chez le nourrisson, des troubles complexes : dilatation d'estomac, pâleur, hypotonie, polyurie, érythème fessier, pyodermites, aboutissant à l'athrepsie. Administrée en quantité insuffisante, elle occasionne de graves accidents, qu'explique le rôle capital qu'elle joue :

1° Dans l'élimination des déchets du métabolisme et des sels minéraux en excès, dont, surtout l'urée, qui ne peut être éliminée que lorsque le fonctionnement rénal est normal, avec une concentration urinaire moyenne de 20 p. 1.000 (Schaeffer). La quantité d'eau est-elle insuffisante, la concentration s'élève à 40 p. 1.000, bien que les tissus livrent toute leur eau. L'urée s'accumule dans le sang. « On conçoit donc la nécessité absolue d'un volume minimum d'eau, un apport insuffisant entraînant une mobilisation des réserves hydriques de l'organisme et demandant au rein un effort de concentration supplémentaire » (Ed. Lésné et G. Dreyfus-Sée) ;



2° Dans l'équilibre thermique. La digestion des protides dégage, en raison de leur action dynamique spécifique, un excès de chaleur que neutralise, en grande partie, la perspiration d'eau cutanée, sans sudation visible, et d'eau pulmonaire. Chaque gramme d'eau « vaporisée » et éliminée par les poumons ou par la peau emporte, en effet, 0 c. 59 (Schaeffer). L'eau disponible est-elle en quantité insuffisante, la température centrale s'élève (Schaeffer, Ribadeau-Dumas et Mayer, Nobel, Freiser et Bratusel, Marrain) ;

3° Dans la croissance, 75 grammes d'eau d'imbibition étant indispensables à tout accroissement pondéral.

De ces considérations physiologiques, bien développées au Congrès de Strasbourg, par M. Schaeffer, se déduisent les conséquences cliniques, pour le nourrisson, de la carence en eau : 1° limitation de la croissance, puis chute de poids, dépression de la fontanelle, excavation des orbites, amincissement du pli cutané (syndrome de déshydratation) ; 2° hyperthermie, quelle qu'en soit d'ailleurs la cause : excès de sels (Hein et John), ou de protides (Rietschel, Schmitt et Goebel), formation de poisons agissant sur les centres thermo-régulateurs (théorie de l'exsiccose de Finkelstein) ; 3° troubles de la sécrétion rénale, dont, surtout, l'oligurie. Ajoutons que, dans le déterminisme de nombre de ces phénomènes, intervient un *déséquilibre hydro-alimentaire*. Tel est le cas pour : 1° les faits de Finkelstein, produisant la fièvre par carence d'eau et excès, dans la ration, de sels minéraux ou de protides ; 2° un certain nombre de syndromes fréquents chez le nourrisson : fièvre de lait sec, qui contient une proportion élevée de protides par rapport au volume de l'eau de dilution, d'où déséquilibre hydroprotidique (A. Schaeffer), de sels, de sucre, de ba-beurre, de petit-lait, de lait condensé, fièvre de soif, parfois observée chez le nouveau-né, etc.

## FACULTÉ DE MÉDECINE DE LILLE

### THÈSES SOUTENUES PENDANT L'ANNÉE 1934-1935 (1)

DOCTORAT D'ÉTAT. — 41. ANSART. — Les troubles mentaux dans l'hémorragie méningée.

64. BALLY. — Contribution à l'étude du segment extradural des racines rachidiennes et de leurs enveloppes.

55. BENOÎT. — Les kystes aériens du poumon.

37. BIÉRENT. — Le tétanos infantile. Cinq cas personnels traités avec succès par la méthode de Lehmann et Dufour.

18. BLANCHARD. — Résultats éloignés des traitements des fractures de la diaphyse fémorale chez l'enfant. Conclusions pratiques.

25. BOCHEREL. — Le sérum de Jousset par voie rectale dans les pleurésies séro-fibrineuses, les spléno-pneumonies et les fièvres d'invasion tuberculeuse de l'enfant.

27. BOUSQUET (Mme), née OPENHEIM. — Contribution à l'étude du diagnostic biologique de la grossesse et du dosage des humeurs de la femme enceinte à l'aide du test hormonal-lapine. Ses applications en médecine légale.

9. BUTRUILLÉ. — Ethmoïdites et sinusites latentes. Complications orbitaires.

53. CAPPELLE. — L'hyposulfite de magnésium en thérapeutique psychiatrique.

47. CARRET. — Le traitement des hémoptysies par la phrénicectomie.

56. CATHERINE. — Contribution à l'étude de la conduite à tenir dans la présentation de l'épaule.

51. CHOFFAT. — Le traitement des épithéliomas cutanés par les rayons X.

8. COHN. — Contribution à l'étude du traitement de l'encéphalite psycho-sique aiguë azotémique.

22. CORNILLE. — L'avenir des pneumothorax artificiels précocement abandonnés.

6. DARRAS. — La chrysothérapie intramusculaire dans la tuberculose pulmonaire.

50. DAZIN. — La tuberculose primitive de l'utérus.

13. DEBOUVRY. — La maladie de Dupuytren et son traitement.

38. DEBURGE. — La médiastonotomie cervicale précoce dans les blessures de l'œsophage par voie interne, ses bases anatomiques, prophylaxie des complications médiastinales.

40. DEGRAVE. — Etiologie des cholécystites infectieuses non lithiasiques.

45. DELEVOY. — Périodes de fécondité et de stérilité physiologiques chez la femme.

35. DELLOUP. — Sclérose latérale amyotrophique et syphilis.

17. DESLEUX. — La lutte sociale anti-alcoolique.

48. DETURCK. — Contribution à l'étude du mycosis fongicide.

31. DIÉNY. — Essai sur le diabète sucré chez les adolescents (diabète juvénile).

21. DIRAND. — Rhumatisme et scarlatine.

49. DRECQ. — Les fibromes de l'ovaire.

11. DUBOIS. — De la distomatose hépatique à fasciola hepatica chez l'homme. Revue générale à propos d'un cas observé dans le nord de la France.

59. DUFOSSÉ. — A propos de l'exploration fonctionnelle du foie.

44. DUFRESNE. — Contribution à l'étude des fistules urinaires de l'ombilic.

12. DUVAL. — Les psychoses puerpérales.

34. FAILLE. — Contribution à l'étude de la césarienne segmentaire d'après 120 interventions pratiquées à la Clinique Obstétricale de la Charité (Service de M. le Dr Buié).

42. GAMBEY. — La diphtérie larvée et occulte chez le nourrisson.

61. GÉRARD. — Quelques recherches sur la sédimentation globulaire et la résorcino-réaction de Vernes au cours de la cure de Saint-Amand-les-Eaux.

36. GUILLON. — La tuberculose conjugale. Enquête personnelle.

46. HALLANT. — Contribution à l'étude de l'ostéomyélite de la hanche chez le nourrisson.

7. HENNIQUAU. — L'alcoolisation du nerf phrénique test de la phrénicectomie.

5. D'HERMIGNY DE BRUCE. — Agents réputés cancérigènes et terrain cancérisable.

43. LAFRANCE. — La gonoréaction. Exposé de deux techniques, résultats obtenus, avenir de la réaction.

39. LAMENDIN. — L'utilité de la réaction de Vernes dans la pratique médicale courante.

20. LEFEBVRE. — La réaction de Kahn. Comment l'interpréter ?

4. LELEU. — Les images triangulaires de la base droite.

10. L'HERBIER. — Contribution à l'étude des lésions du fond de l'œil chez les hypertendus.

30. LIAGRE. — Contribution à l'étude des encéphalites à forme pseudo-tumorale.

(1) Voir Gaz. des hôpit., 1935. — Thèses de Montpellier, n° 52, p. 1386 ; Thèses de Marseille, n° 84, p. 1417 ; Thèses de Toulouse, n° 86, p. 1451 ; Thèses de Bordeaux, n° 87, p. 1472.

(SÉANCE DU 4 NOVEMBRE 1935)

2. LOORIUS. — Ostéomyélite primitive des os de la voûte du crâne.

29. MARCHANDISE. — La cuti-réaction tuberculinique. Sa place en pathologie générale.

14. MAUROIS. — La version par manœuvres internes dans les présentations de l'extrémité céphalique avec rétrécissement léger du détroit supérieur.

23. MEURISSE. — Contribution à l'étude du pronostic et du traitement des fistules vésico-rectales.

54. OLIVIEZ. — Contribution à l'étude du traitement des ulcères perforés en péritoine libre par la gastro-pylorotomie.

26. ORLAT. — Erysipèle de la première enfance et sérum antistreptococcique de Vincent.

19. PEIGNEZ. — Réactions méningées au cours des tumeurs du cerveau.

33. PERNIN. — A propos de trois cas d'atrophie optique ayant évolué chez des jeunes gens.

57. PETIT. — Des dangers de la ponction hypogastrique de la vessie.

28. PIGNON. — Contribution à l'étude des calculs prostatiques.

3. PITON. — De quelques modifications hématologiques par injections intraveineuses d'urée chez le chien.

63. QUÉTU. — Contribution à l'étude des apophyses transverses lombaires.

32. SAMSOEN. — Etude des résultats éloignés du traitement des luxations et subluxations congénitales de la hanche par la méthode des butées ostéoplastiques.

62. SENCE. — Les lipides du sérum des hypertendus.

58. SICARD. — La forme sensitive pure de la syringomyélie.

24. TAHON. — Contribution à l'étude de l'antigénotherapie de la tuberculose pulmonaire : l'antigène méthylique de Nègre et Boquet en injections intra-dermiques.

15. TANNIÈRE. — Etude radiologique du diaphragme de l'adulte en position de profil.

1. TISON. — Les lésions inflammatoires du rectum. Etude anatomo-pathologique.

60. VANHOUTTE. — La maladie de Still chez l'enfant.

52. VINCART. — Contribution au traitement des tuberculoses externes par l'antigène méthylique employé en injections locales.

16. WECKSTEEN. — Distension des culs-de-sac pleuraux (hernies du médiastin) au cours du pneumothorax thérapeutique. Revue générale.

## SOCIÉTÉS SAVANTES

### ACADEMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 28 OCTOBRE 1935)

Cinquantenaire de la prévention de la rage après morsure. — M. MESNIL, en offrant à l'Académie un numéro commémoratif sur la rage, qui viennent d'éditer les *Annales de l'Institut Pasteur*, rappelle la célèbre communication de Louis Pasteur, intitulée *Méthode pour prévenir la rage après morsure* (26 octobre 1885).

La *Gazette des Hôpitaux* a publié *in extenso* cette note (N° 54, 6 juillet 1935) à l'occasion de la commémoration à l'Institut Pasteur de cet événement historique.

Recherches sur les protéides de la cellule cancéreuse. — MM. Charles ACHARD et Maurice PIETTRE.

Action et doses hémolysiques des rayons X. — MM. Anatole ROGOZINSKI et BARUCH SAMUEL.

Action de divers composés chimiques sur les phosphatases végétales. — M. Jean COURTOIS.

Action de quelques dérivés sulfurés sur la fermentation du glucose par les bactéries propioniques (*Propionibacterium* 11). — Mme Paulette CHAIX.

La sécrétion des protéases chez les bactéries existe-t-elle ? — M. Wacław MOYCHO.

### ACADEMIE DE MEDECINE

(SÉANCE DU 12 NOVEMBRE 1935)

M. le PRÉSIDENT fait part du décès de M. Mairat, de Montpellier, associé national depuis 1914.

Vœu. — M. le Président lit un vœu envoyé par M. Paul COURMONT à la suite de sa communication du 22 octobre. Ce vœu est ainsi rédigé :

« Etant donnée l'importance capitale de la connaissance des causes de mortalité pour toute étude médicale ou sociale sur la marche ou la régression des maladies et surtout des grands fléaux, tels que la tuberculose, et sur les moyens de les combattre.

Etant donné le nombre de plus en plus grand de l'absence de déclaration de la cause de la mort sur les certificats de décès établis par les médecins.

L'Académie de médecine émet le vœu que, « dans l'intérêt général, les déclarations de décès portent toujours l'indication exacte de la cause de la mort ».

M. STRAUSS fait remarquer que les derniers décrets-lois donnent en partie satisfaction à l'Académie, et il rappelle ses nombreuses interventions au Sénat dans le même sens. Le vœu mis aux voix est adopté.

Rapport. — M. SIREDEY donne lecture de son rapport sur les travaux concernant les eaux minérales.

Fièvre exanthématique et heart-water. — M. BROCC-ROUSSEU présente au nom de M. BALOZET (de Tunis), une note sur ce sujet.

En regard du groupe important des maladies de l'homme dues aux microorganismes du genre *Rickettsia*, on ne connaît chez l'homme qu'une maladie due au *Rickettsia*, la Heart-Water de l'Afrique Australe.

M. Balozet a fait une étude comparative chez l'animal en adaptant les techniques d'étude des fièvres exanthématiques à la Heart-Water.

Il a pu constater plusieurs faits nouveaux :

1° La virulence constante des centres nerveux qui, probablement, est plus grande que celle du sang ;

2° La sensibilité du mouton inoculé par voie intracérébrale ;

3° Sensibilité sous la forme inapparente, du rat inoculé dans le cerveau ou dans le péritoine. — Sensibilité sous la forme inapparente et parfois sous la forme apparente du cobaye inoculé dans les mêmes conditions. — Passages successifs possibles de cobaye à cobaye et de rat à rat ;

4° Sensibilité du lapin au virus sous forme apparente fébrile ;

5° Absence d'immunité contre les typhus historique et murin des cobayes et des rats inoculés précédemment de Heart-Water.

Certains de ces faits paraissent avoir une grande importance pour l'étude expérimentale de la Heart-Water et notamment de ses rapports avec les autres maladies causées par les *Rickettsia*.



**Caquillages et endémicité typhoïdique à Toulon.** — M. LANCELIN rappelle les travaux de Dubreuil, puis de Loir et Legagneux, sur la virulence des germes contenus dans les coquillages dans les ports et les estuaires.

A Toulon où les égouts débouchent trop près de la côte et des parcs à coquillages, il a pu constater à la sortie d'une station d'épuration des eaux résiduelles sans doute fonctionnant mal, une contamination particulièrement grave des coquillages.

Dans la population des marins de l'Etat qui consomment souvent des coquillages, il a pu observer 401 cas de fièvre typhoïde particulièrement grave, avec 42 décès. Notons que tous ces hommes étaient vaccinés ou revaccinés.

La nécessité s'impose donc de faire déboucher les égouts en haute mer.

M. MATHIS insiste sur l'intérêt des faits apportés par M. Lancelin. Il est impossible à Toulon, dit-il, d'empêcher les marchands de *rafrâchir* les coquillages avec l'eau du vieux port. Ces coquillages renferment alors non seulement de l'Eberth mais des germes très variés et virulents.

**B. C. G.** — M. le professeur LAMPADARIOS et M. STAVROPOULOS (d'Athènes) exposent sous le titre : *Dix années de prophylaxie de la tuberculose en Grèce par la vaccination par le B. G. G.*, que du 14 avril 1925 au 14 avril 1935 ils ont pu surveiller 1375 familles comptant 3743 enfants, dont 1750 vaccinés au B.C.G. et 1993 non vaccinés devant servir de témoins. 56 de ces familles comptaient un ou plusieurs tuberculeux.

La mortalité générale de l'âge de un mois à celui de six ans a été chez ces enfants de 2,8 % chez les vaccinés, de 21,7 % chez les non vaccinés. Ce dernier pourcentage qui peut paraître élevé, est cependant sensiblement le même

que celui présenté, dans le même temps, par 3.160 enfants de la ville d'Athènes, non surveillés au point de vue tuberculose (19,1 %).

Les auteurs concluent à l'innocuité absolue de la vaccination par le B. C. G. et à son action efficace indiscutable sur la mortalité générale des enfants de un à six ans.

**Note sur le diétisme et l'anacrotisme ; recherches expérimentales faites au moyen d'un nouveau sphygmographe : le normographe.** — M. de SOMER.

**Election de deux correspondants nationaux dans la VI<sup>e</sup> division (pharmacie).** — Classement des candidats : en première ligne : MM. Lobstein (de Strasbourg) et Juillet (Montpellier) ; en deuxième ligne, ex æquo et par ordre alphabétique : MM. Chelle (Bordeaux), Maurin (Toulouse), Pastureau (Nancy), Raquet (Lille) et Volmar (Strasbourg).

MM. Lobstein et Juillet sont élus.

#### SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 18 OCTOBRE 1935)

**Leucosé hémorragique suraiguë.** — MM. MILHIT et LAMY. Purpura hémorragique suraiguë chez un enfant de 2 ans. A l'examen du sang, leucopénie avec disparition complète des granulocytes. A l'autopsie : infiltration de tous les organes par des éléments du type lymphoblastique. La leucémie apparaît donc comme un des aspects de la leucose. Il faut distinguer les deux processus capables tous deux d'aboutir à une disparition du tissu médullaire normal : les processus destructifs ou myélotoxicoses et les processus prolifératifs ou leucoses. Celles-ci doivent être soupçonnées,

**avez-vous lu :**

LES APPLICATIONS CLINIQUES DE L'INSULINE EN DEHORS DU DIABÈTE

LA THÉRAPEUTIQUE DU DIABÈTE PAR L'INSULINE

LE LABORATOIRE D'ENDOPANCRINE est à votre disposition pour vous envoyer ces deux brochures

48, RUE DE LA PROCESSION — PARIS-15<sup>e</sup>

**CONTREXEVILLE**

**SOURCE PAVILLON**

**LA SAUVEGARDE DU REIN**

**GOUTTE, GRAVELLES, ARTHRITISME**

**CURE DE DIURESE**

**EVIAN**

**SOURCE**

**CACHAT**

**VOIES URINAIRES, FOIE**

**GOUTTE GRAVELLE**

**ARTÉRIO-SCLÉROSE**

à un stade précoce, dans le masque d'une agranulocytose, d'un purpura aigu ou d'une anémie fébrile.

**Anémies préleucémiques.** — MM. MILHIT et LAMY ont constaté plusieurs fois que la leucémie aiguë pouvait se présenter sous les traits d'une anémie fébrile. Ils estiment que les leucoses réclament une part des anémies de l'enfance. On doit prévoir ce diagnostic en présence de certains signes d'hyperplasie des organes hématopoiétiques tels que les douleurs osseuses et la tuméfaction des ganglions et de la rate. Chez un anémique, la constatation d'une formule blanche normale ne permet pas de rejeter le diagnostic d'un état leucémique. Il en est de même pour une formule à prédominance lymphocytaire ou pour celle d'une leucopénie avec granulocytopénie.

**Ictère hémolytique avec grosse rate : ses formes lymphomateuses.** — MM. CHABROL, KLOTZ et SALLET. Trois observations de splénomégalias ictériques ayant pour trait commun la présence de lymphomes disséminés dans le foie et la rate. Ces faits remettent en discussion l'unité pathologique des splénomégalias ictériques, tout en marquant leur parenté avec les états subleucémiques. On sait aujourd'hui que les volumineux amas de leucocytes qui couvrent les espaces porto-biliaires dans la maladie de Hanot ne sont pas toujours des abcès biliaires et que la dénomination de lymphomes doit s'appliquer à certains d'eux. Les auteurs proposent la dénomination d'états subleucémiques ictériques pour ce groupe d'attente.

**Maladie exostosante. Régression d'une tuberculose pulmonaire intercurrente. Bilan calcique positif.** — MM. TROISIER, BARIÉTY, BROUSSEAU, BROCARD, MANEZ et LORY. Radiographies multiples de maladie exostosante typique ayant comme particularité d'être une ostéomalacie rachidienne fruste. L'étude du bilan calcique montre une hypercalcémie constante liée à une rétention calcique importante. A noter la régression importante d'une tuberculose pulmonaire fébrile et hémoptoïque s'étant déroulée de 1929 à 1934.

**Cancer métastatique du foie à début douloureux.** — M. André CAIN. L'apparition de métastase cancéreuse dans le foie peut être marquée par une douleur très violente à la base droite du thorax, après laquelle survient une augmentation brusque du volume du foie. L'association de ces deux symptômes a une valeur diagnostique extrême lorsque le cancer primitif est méconnu.

**Septicémie staphylococcique guérie par le sérum et l'anatoxine staphylococcique.** — MM. CAROLI et BONS. Enfant de 15 ans traité au 15<sup>e</sup> jour d'une staphylococcémie d'allure sévère par injection en 48 heures d'un centimètre cube et demi d'anatoxine staphylococcique de l'Institut Pasteur et de 50 cmc. de sérum anti-staphylococcique administrés à 24 heures d'intervalle. La température descendit à la normale, l'état général fut transformé, les hémocultures devinrent négatives. Il ne reste plus comme séquelle qu'une ostéomyélite chronique de la diaphyse fémorale gauche qui évolue vers la résolution.

**A propos de la fièvre de Malte. Atteintes viscérales ; traitement.** — M. PUIG (Perpignan) insiste sur la forme hépatique qui s'accompagne d'un gros foie et présente une très longue durée. Le traitement par le novarsénobenzol offre des dangers, surtout dans cette forme.

**Maladie de Basedow avec asystolie, thyroïdectomie totale. Guérison complète.** — MM. LEMAIRE et PATEL. Malade atteint de goitre exophtalmique avec asystolie et arythmie complète. Les auteurs eurent recours à la thyroïdectomie. Quatre interventions en un mois et demi furent bien supportées et entraînèrent la guérison complète menée électrocardiographiquement.

**Test histologique de l'hyperfonctionnement préhypophysaire chez certains obèses.** — MM. MERKLEN, MAX ARON, ISRAËL et JACOB (Strasbourg) ont constaté au cours de la maladie de Dercum une grande augmentation du pouvoir hormonal de l'hypophyse antérieure. Ils ont retrouvé les mêmes faits au cours de 22 cas d'obésités sans cause connue, survenant lors de la ménopause ou non. Dans les premières, l'hypertrophie graisseuse portait avant tout sur les fesses et les membres inférieurs : chez les secondes, elle était diffuse. Il y avait souvent céphalée sans augmentation de la selle turcique, céphalée hormonale qui guérit sous l'effet du développement placentaire de la grossesse.

**Ostéoporose vertébrale chronique à poussées aiguës.** — MM. MERKLEN et JACOB. Femme de 60 ans entrée à l'hôpital pour de fortes douleurs vertébrales. Aux rayons X, décalcification totale des vertèbres avec contours conservés. Il s'agissait d'un cas d'ostéoporose chronique entrecoupée par deux poussées aiguës. Le calcium, l'extrait parathyroïdien, la vitamine D furent sans effet en face de ces dernières, tandis qu'elles cédèrent l'une et l'autre à de petits chocs réitérés pour lesquels fut employé le sulfoïdol.

**Lymphogranulomatose maligne compliquée de diabète insipide.** — M. DESBUQUOIS (Tours). Au cours d'une lymphogranulomatose maligne, apparut un diabète insipide accompagné de signes d'hypertension intra-cranienne. Ce diabète semble dû à une localisation cérébrale, sans doute infundibulo-tubérienne de la granulomatose. L'association ultérieure au diabète insipide de glycosurie et d'hyperglycémie pose le problème d'un diabète nerveux tubérien.

**Deux cas de névrite.** — M. LUDO VAN BOGAERT (Anvers) signale les manifestations névritiques de l'intolérance à l'égard de l'a-dinitrophénol chez certains sujets. Ces accidents sont pénibles, leur guérison est de longue durée, mais ils peuvent être reconnus très tôt si l'on examine les malades pendant les 15 premiers jours de la cure.

**Perméabilité des méninges avant et après la vaccinothérapie dans la paralysie générale, par rapport aux injections intra-musculaires de sels pentavalents d'arsenic.** — MM. PAULIAN et TANAGASCO (Bucarest).

## LIVRES NOUVEAUX

**Les acquisitions nouvelles de l'endocrinologie** (1), par R. RIVOIRE, ancien interne des hôpitaux de Paris, chef de clinique à la Faculté de Paris. Seconde édition entièrement refondue et augmentée.

Cette nouvelle édition constitue un nouvel ouvrage puisque l'auteur l'a écrite d'une plume neuve de la première ligne à la dernière. On ne pouvait toutefois changer le titre du livre, car si certains sujets traités sont nouveaux, d'autres sont les mêmes que lors du premier tirage et il s'agit toujours de fixer dans leur ensemble les « nouvelles acquisitions » de l'endocrinologie.

La rédaction des deux livres est superposable dans la mesure où les titres restent les mêmes ; elle ne l'est pas si l'on prend le contenu des chapitres. L'abondance des travaux parus en ces dernières années a également conduit l'auteur à ajouter 120 pages nouvelles à son livre. Peu de branches de la médecine ont connu un développement aussi rapide, et en peu de matières les travaux faits à l'étranger comme en France justifiaient, au même degré, une « mise au point » renouvelée.

(1) In-8 de 306 pages. — Prix : 36 fr. — Paris, Masson et C<sup>ie</sup>.



# ÉPHÉDRINE HOUDÉ

Stimulant du système sympathique

**ASTHME**  
**RHUME DES FOINS**  
**HYPOTONIE**

Chaque granule est exactement  
titré à 1 centigr. de chlorhydrate  
d'**Éphédrine**

**PRODUIT PUR - NATUREL**  
**NON SYNTHÉTIQUE**

Administration simple,  
pratique, faible toxicité

## DOSES :

Curative : 5 à 15 centigr. par  
jour, en débutant par une  
dose faible (2 à 5 centigr.)  
D'entretien : 5 cent. tous les  
2 ou 3 jours (le matin)

Échantillons sur  
demande et franco

GRANULES  
TITRÉS  
A 1 ctgr,



VENTE EN GROS

**Laboratoires HOUDÉ, 9, rue Dieu, PARIS**

DERVÉE

Le premier chapitre est consacré à l'*Endocrinologie parathyroïdienne* : physiologie, hormone, ostéose parathyroïdienne. Parathyroïdes et lithiase rénale. Cataracte parathyroïdienne, sclérodermie et parathyroïdes, rhumatisme chronique et parathyroïdes, chirurgie parathyroïdienne.

Le deuxième à l'*Endocrinologie surrénale* : médullo-surrénale, cortico-surrénale (maladie d'Addison).

Le troisième au *Pancréas* : physiologie pancréatique, syndrome d'hyperinsulinisme.

Le quatrième à l'*Endocrinologie ovarienne* : hormones génitales, physiologie ovarienne, dosage des hormones sexuelles dans les humeurs. Syndromes ovariens.

Le cinquième à l'*Endocrinologie testiculaire*.

Le sixième à l'*Endocrinologie hypophysaire*.

Un développement beaucoup plus considérable a été donné à ce chapitre. L'importance de cette glande s'avère chaque jour plus considérable : elle joue un rôle essentiel dans la croissance de l'organisme, elle participe au métabolisme des glucides et des lipides, elle conditionne l'activité de l'appareil reproducteur, elle contrôle le fonctionnement de tout le système endocrinien.

L. G.

## DOCUMENTS OFFICIELS

### EXERCICE DE LA MÉDECINE ET DE L'ART DENTAIRE

#### Vérification des diplômes.

Le *Journal officiel* du 9 novembre 1935 publie le décret suivant, en date du 8 novembre 1935 :

Art. 1<sup>er</sup>. — Toute personne pratiquant en France la médecine ou l'art dentaire devra soumettre à vérification, *au plus tard un mois après la publication du présent décret*, le titre ou le diplôme en vertu duquel elle exerce sa profession.

Elle devra, à cet effet, sous peine des sanctions prévues par l'article 6, paragraphe 2, de la loi du 26 juillet 1935, faire parvenir à la préfecture du département ou, dans le département de la Seine, au préfet de police, le diplôme ou le titre précité, accompagné de pièces officielles donnant les renseignements suivants :

Nom et prénoms (pour les femmes mariées, nom de jeune fille et nom du mari).

Nationalité et, s'il y a lieu, date du décret de naturalisation.

Situation militaire.

Profession : lieux et conditions dans lesquels elle est exercée et notamment indication précise des divers cabinets ou locaux qui seraient utilisés par un même praticien.

ART. 2. — La vérification et l'authentification des titres ou diplômes seront effectuées dans chaque département par une commission, constituée par le préfet, dans le mois qui suivra la publication du présent décret, et dont la composition est ainsi fixée :

1° Le préfet ou son représentant, président ;

2° Le directeur des contributions directes ou son représentant ;

3° L'inspecteur d'académie ou un fonctionnaire des services de l'enseignement, désigné par le préfet ;

4° Un représentant du syndicat médical départemental, désigné par cet organisme ;

5° Un représentant du syndicat départemental des praticiens d'art dentaire, désigné par cet organisme.

A défaut d'organisation syndicale dans le département, un médecin et un dentiste, chargés de représenter leurs professions respectives, seront désignés par le préfet.

Dans les départements où les préfets le jugeront nécessaire, il pourra être créé plusieurs commissions de vérification, composées de même façon.

Le médecin inspecteur départemental d'hygiène pourra assister, en qualité de conseiller technique, aux séances des commissions.

Art. 3. — Le directeur départemental des contributions directes communiquera à cette commission, dans les quinze jours de sa constitution, la liste de tous les contribuables du département imposés à la contribution des patentes, en qualité de médecins, de dentistes, ou d'assujettis à des droits fixés par assimilation à ces professions.

Les maires des communes et, à Paris, les commissaires de police des quartiers, seront tenus de faire parvenir à la préfecture, dans le mois de la publication du présent décret, la liste des personnes qui exercent, dans leur circonscription, la médecine ou l'art dentaire.

Art. 4. — Les titres et diplômes seront authentiqués par l'apposition d'un timbre humide, accompagné de la signature autographe du président de la commission et portant les mentions suivantes :

#### EXERCICE DE LA MÉDECINE ET DE L'ART DENTAIRE

(Loi du 26 juillet 1935, art. 6.)

La commission de vérification réunie à .....  
..... a authentiqué ce titre par décision en date du .....

Le président de la commission.

(Cachet de la préfecture.)

Art. 5. — La commission dressera, d'une part, la liste des praticiens dont elle aura authentiqué le titre et, d'autre part, la liste de ceux auxquels elle aura refusé l'authentification. Aux diplômes de ces derniers sera annexé un rapport exposant, pour chaque cas, les raisons du refus de la commission.

La commission fera rédiger, en outre, un procès-verbal de ses opérations. Ce procès-verbal sera signé de tous les membres.

L'ensemble de ces pièces sera transmis, dans les quinze jours qui suivront le 26 janvier 1936, au ministre de la santé publique et de l'éducation physique.

Art. 6. — Sur la demande de ceux des intéressés qui n'auraient plus en leur possession les diplômes en vertu desquels ils exercent, le ministre de l'éducation nationale fournira, dans le délai d'un mois, une attestation en tenant lieu.

Si le ministre de l'éducation nationale ne peut fournir l'attestation, il en donnera avis à l'intéressé, qui devra le joindre à son dossier et auquel incombera la charge de faire, par tous moyens, la preuve de l'existence et de la valeur du titre en vertu duquel il exerce sa profession.

La commission se bornera, dans ce cas, à transmettre le dossier au ministre de la santé publique et de l'éducation physique, auquel il appartiendra de statuer.

Art. 7. — Toute personne qui, postérieurement au 1<sup>er</sup> décembre 1935, s'installera pour exercer la médecine ou l'art dentaire, sera tenue, au moment de l'enregistrement de son diplôme, de remplir une déclaration du modèle indiqué à l'article 1<sup>er</sup> du présent décret.

S'il y a lieu, le praticien y joindra l'indication de la date et du lieu de l'authentification de son diplôme.

Dans la première quinzaine de mars de chaque année, le préfet soumettra ces déclarations à la commission prévue à l'article 2. Celle-ci statuera sur les modifications à apporter à la liste et, le cas échéant, vérifiera et authentiquera les nouveaux diplômes.

Le procès-verbal des opérations de la commission sera transmis au ministre de la santé publique avant le 15 avril.

Le Directeur-gérant : D<sup>r</sup> François LE SOURD.



TRAITEMENT  
DU  
**DIABÈTE**  
PAR LES  
CAPSULES GLUTINISÉES  
DE

# PANCRÉPATINE

ÉCHANTILLONS ET LITTÉRATURE

**LABORATOIRES LALEUF**20 RUE DU LAOS  
PARIS (XV<sup>e</sup>)Nouvelle adresse : 51, rue Nicolo, PARIS (XVI<sup>e</sup>).

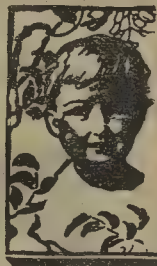
# PHYTOSPLÉNOL

Reconstituant - Tonique  
Hémopoïétique - Anti-ToxiqueGranulés  
ou DragéesJ. PLÉ DOCTEUR EN PHARMACIE - 111<sup>BIS</sup> rue de Turenne PARIS 3<sup>e</sup>

## MEDICATION CHLORHYDRO-PEPSIQUE

DYSPEPSIES  
Anorexie  
Vomissements  
LIENTÉRIE**ELIXIR GREZ**  
ET PILULESCHLORHYDRO-  
PEPSIQUESAmers et Ferments  
digestifsDOSES : 1 verre à liqueur ou 2 à 3 pilules par repas. Enfants : 1 à 2 cuillerées à dessert  
Dépôt : 49, Rue de Maubeuge, PARIS — Envoi franco Échantillons.**DÉSINFECTION — CHLORAMINE  
INTESTINALE — FREYSSINGE**

1 à 3 pilules à chaque repas. - 6, Rue Abel, PARIS - Aucune contreindication

USAGE ENFANTS  
DES DOCTEURSSUC D'ORANGE MARRITE  
INOFFENSIF — DÉLICIEUX**NÉO-LAXATIF  
CHAPOTOT**Echant : 56, Bou<sup>e</sup> Ornano PARIS

**CHARBON DE PEUPLIER** sous forme de **GRAINS ANISÉS** de **CHARBON TISSOT**  
Humectent, divisent, aseptisent, expulsent.  
et conséquences : MAUVAISES DIGESTIONS, MIGRAINES, LOURDEURS de TÊTE  
DIVISION du **BOL ALIMENTAIRE** HÉMORROIDES, etc. — Une cuillerée à café avalée comme des graines de lin, après chaque repas.  
**CONSTIPATION** Toutes Pharmacies. — Échantillons : PARIS. 34, BOULEVARD DE CLICHY (Service 2)



**ESTOMAC****SEL DE HUNT****HYPERCHLORHYDRIE  
FERMENTATIONS ACIDES  
GASTRALGIES****LABORATOIRES ALPH. BRUNOT  
16, Rue de Boulainvilliers, PARIS****SIROP GUILLIERMOND**  
**IDO-TANNIQUE****AFFECTIONS CARDIO-VASCULAIRES, AFFECTIONS PULMONAIRES CHRONIQUES  
LYMPHATISME, GOITRE, DERMATOSES, ALBUMINURIE****DOSES : 2 à 4 cuillerées à bouche, à dessert ou à café suivant l'âge****PRESCRIRE :  
SIROP GUILLIERMOND, un flacon****BERTAUT-BLANCARD FRÈRES  
64, Rue de La Rochefoucauld, PARIS (9°)****TOUTES les Affections du FOIE et du REIN :**  
1 à 2 capsulines à chacun des deux principaux repas de :**CAPARLEM****HUILE DE HAARLEM** (au Juniperus Oxycedrus)**QUALITÉ INCOMPARABLE ET ACTIVITÉ INSOUÇONNÉE****Laboratoire Lorrain de Produits Synthétiques purs — ETAIN (Meuse)**



*La Lancette Française*

# GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6°. Tél. : Danton 48-31.

PUBLICITE : M. A. THIOILLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6°) - Téléph. : Littré 54-93.

## PRIX DE L'ABONNEMENT

## FRANCE

3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.

*Etudiants* : 25 francs par an.

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

## ETRANGER

L'abonnement accordé la réduction de port : 65 francs.

Tous les autres pays : 75 francs.

**SOMMAIRE****TRAVAUX ORIGINAUX***L'hépatonéphrite apolique*, par M. Jean VAGUE.**XLIV<sup>e</sup> CONGRÈS DE L'ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE.** (Fin. Compte rendu, par M. DARIAU.)*Troisième question* : « Technique et conséquences physiologiques des opérations portant sur le diaphragme (phrénicectomie exceptée). » Rapporteurs : MM. MÉNÉGAUX et POILLEUX (de Paris); COSTANTINI et CURTILLET (d'Alger).*Discussion.***CHRONIQUE***Leçon inaugurale du professeur Loeper à la Clinique médicale de l'hôpital Saint-Antoine.***INTÉRÊTS PROFESSIONNELS***De la patente; Du livre-journal*, par M. A. HERPIN.**NOTES POUR L'INTERNAT***Diagnostic des épistaxis.***INFORMATIONS****HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS D'ASSISTANT D'ÉLECTRO-RADIOLOGIE.** — Jury : MM. Mallet, Thibonneau, Maingot, Leveuf, Lesné.**— CONCOURS DES PRIX DE L'INTERNAT. — Médecine.** — Jury : MM. May, Decourt, Tixier, Richet, Léon-Kindberg; censeurs : MM. Benda, Boltanski.**Chirurgie et accouchement.** — Jury : MM. Labey, Fèvre, Duval, Fey, Sureau; censeurs : MM. Braine, Charrier.— Un certain nombre de places d'assistants des consultations générales de médecine et de chirurgie seront vacantes le 1<sup>er</sup> janvier prochain dans les hôpitaux dépendant de l'administration générale de l'Assistance publique, à Paris.

Les candidats qui doivent justifier de la double qualité de docteur en médecine et d'ancien interne des hôpitaux de Paris comptant quatre années d'internat, sont priés de s'adresser au bureau du Service de santé de cette administration, 3, avenue Victoria, avant le 15 décembre prochain, dernier délai.

— Par arrêté du docteur Louis Mourier, directeur général de l'Assistance publique, les mutations suivantes ont été effectuées dans le personnel des hôpitaux de Paris :

M. Tisserand, directeur de l'ancien Beaujon, est nommé

directeur de la Pitié, en remplacement de M. Bouchet, nommé à un grade supérieur.

M. Basson, économe de la Pitié, est nommé directeur de l'ancien Beaujon.

M<sup>me</sup> Bigard, faisant fonctions de directeur comptable de l'hôpital de Vaugirard, est chargée des fonctions d'économe de la Pitié.M<sup>lle</sup> Barbotin, rédacteur, est chargée des fonctions de directeur-comptable de l'hôpital de Vaugirard.**FACULTÉS DE MÉDECINE. — PARIS. —** Le Conseil de la Faculté a décidé que le serment d'Hippocrate serait rétabli lors de la soutenance de la thèse.— *Fondation Serge Henry Salle.* — Prix de 200 fr., destiné à l'achat d'ouvrages se rapportant aux sciences médicales, devant être attribué à un externe de l'hôpital Broussais ou du nouvel hôpital Beaujon.

Les demandes (établies sur papier timbré) doivent être adressées à M. le Doyen, avant le 15 décembre 1935.

**DOCTEUR HONORIS CAUSA.** — Le professeur Pautrier (de Strasbourg) a reçu le titre de docteur honoris causa de l'Université de Coïmbre (Portugal).**PRIX NOBEL.** — Le prix Nobel de chimie a été attribué à M. et M<sup>me</sup> Joliot, gendre et fille de Pierre et de Marie Curie, pour leurs travaux sur la synthèse des éléments radio-actifs.

Le prix Nobel de physique a été attribué au professeur Chadwick (de Cambridge), pour sa découverte du neutron.

Le prix Nobel de physiologie a été décerné à M. Hans Speman, professeur à l'Université de Fribourg-en-Brisgau.

**GUERRE.** — Le médecin colonel Beyne, du ministère de l'air, direction générale des forces aériennes, est nommé, par intérim, directeur du Service de santé de la 8<sup>e</sup> région, à Dijon.**OUABAÏNE ARNAUD**LABORATOIRE NATIVELLE, 27, Rue de la Procession, PARIS (XV<sup>e</sup>)

**MARINE.** — Des concours pour différents emplois de chargés de cours dans les écoles de médecine navale indiquées ci-après auront lieu à Toulon, dans le courant du mois de septembre 1936, à des dates qui seront fixées ultérieurement.

**A. Ecole principale du Service de santé de la marine à Bordeaux.** — 1. Physiologie, hygiène, médecine légale.

**B. Ecoles annexes.** — a. A Brest et Toulon : 1. Histologie, embryologie.

b. A Rochefort et Toulon : 2. Physiologie, séméiologie.

c. A Brest et Rochefort : 3. Chimie et chimie médicale; 4. Physique et physique médicale.

**PRIX DES ARCHIVES HOSPITALIÈRES.** — Le prix de 5.000 fr. des Archives hospitalières a été décerné par la Société médico-chirurgicale des hôpitaux libres à M. Manuel Moreno, ancien interne de l'hôpital Saint-Michel, interne des hôpitaux de Paris.

**SOCIÉTÉ POUR L'ÉTUDE DE LA CULTURE SOVIÉTIQUE** (ex-cercle de la Russie neuve). — Sous les auspices de la Commission médicale et sous la présidence de M. le docteur Desmarest, chirurgien des hôpitaux, professeur agrégé à la Faculté de médecine, le docteur Pierre Rouquès, ancien chef de clinique chirurgicale à la Faculté, fera le vendredi 22 novembre 1935, à 20 h. 45, au Palais de la Mutualité, 24, rue Saint-Victor, une conférence sur les sujets suivants : L'urgence chirurgicale et médicale en Union soviétique. — Mise au point du problème de l'avortement.

**ASSOCIATION INTERNATIONALE DES MÉDECINS RADI-ESTHÉSISTES.** — La prochaine réunion de l'Association internationale des médecins radi-esthésistes aura lieu le samedi 23 novembre 1935, à 20 h. 30, à la mairie du VI<sup>e</sup> arrondissement, place Saint-Sulpice.

**Ordre du jour.** — Les infections vertébrales non tuberculeuses; — Les radioclasies d'origine tellurique; — Etude radiesthésique de quelques produits vitaminés.

Vœu émis par l'A. I. M. R. le 26 octobre 1935 :

En attendant que le statut légal de la radiesthésie et de la radio-physique dans leurs applications médicales soit étudié et réalisé par les Pouvoirs publics, les membres de l'Association internationale des médecins radiesthésistes estiment qu'il y aurait intérêt à constituer avec le concours des compétences scientifiques nécessaires un organisme d'études de recherches scientifiques, de contrôle et peut-être d'enseignement des procédés nouveaux de diagnostic et de traitement utilisant des méthodes n'ayant pas encore acquis droit de cité dans les facultés.

Pour tous renseignements, écrire (en joignant timbre pour réponse) au secrétariat général de l'A. I. M. R., 9, rue Etex, Paris (XVIII<sup>e</sup>).

**AVIS DE VACANCE.** — Un poste de médecin chef de service est vacant à l'asile public autonome d'aliénés de Bassens (Savoie), par suite de la mise à la retraite de M. le docteur Cornu.

**NÉCROLOGIE.** — Nous apprenons avec tristesse la mort à Rouen de Madame Lance, mère du docteur Marcel Lance, l'un des rédacteurs en chef de la *Gazette des hôpitaux*.

Que notre vieil ami veuille bien trouver ici l'expression très émue de nos bien affectueuses condoléances.

**L'oscillateur à longueurs d'onde multiples**, par Georges LAKHOVSKY. Petit in-8 de 58 pages avec 20 figures. — Paris, G. Doin et Cie.

## CHRONIQUE

### LEÇON INAUGURALE DU PROFESSEUR LOEPER A LA CLINIQUE MÉDICALE DE L'HÔPITAL SAINT-ANNOINE

Abandonnant la chaire de thérapeutique dans laquelle M. Harvier vient de faire un si brillant début, M. le professeur Loeper a pris possession de la chaire de clinique de Saint-Annoine.

Sa première leçon a eu lieu devant un amphithéâtre absolument comble. Aux premiers rangs : M. le Préfet Léon, représentant le ministre de la Santé publique, M. le doyen Roussy, M. Siredey, président de l'Académie de Médecine, M. Achard, M. Brault, la plupart des professeurs de la Faculté, de très nombreux collègues des hôpitaux, d'innombrables amis...

Car Loeper compte autant d'amis que d'admirateurs. Si sa vie laborieuse commande l'estime, sa bienveillance attire et retient les jeunes. Il séduit par son esprit clair et juste et aussi par son talent d'exposition. Nul autant que lui ne sait fixer l'attention, puis la distraire quand il la sent trop tendue.

Loeper nous en a donné une nouvelle preuve dans sa leçon d'ouverture. Il sut remercier ceux qui l'ont élu sans tomber dans la banalité. En rappelant le souvenir de ses prédécesseurs, il fit revivre avec un singulier relief les grandes figures d'Hayem et de Chauffard.

C'est d'abord le premier titulaire de la chaire : Georges Hayem, histologiste, créateur de l'hématologie, clinicien sévère et heureux initiateur de la gastro-entérologie. Puis Loeper trace un émouvant portrait de notre maître commun, Chauffard, qui fut véritablement « un grand seigneur de la médecine », suivant l'expression de Marcel Labbé. Esprit lumineux et pondéré, Chauffard, dont l'œuvre restera, a tenu et au delà ce que promettaient ses brillants débuts d'agréé. Il a laissé à ses enfants et petits-enfants un exemple bien digne de la grande dynastie médicale à laquelle il appartenait.

Le prédécesseur immédiat de Loeper fut notre vieil ami Fernand Bezançon. Il était présent et les applaudissements qui saluèrent son nom lui montrèrent autant que les amicales paroles de Loeper l'affection que tous ont pour lui et l'admiration qu'inspirent ses travaux.

Avant d'exposer comment il comprend la clinique médicale, Loeper fit une courte incursion dans l'histoire de l'hôpital Saint-Annoine et du faubourg qui l'entoure. Il prolongea même le faubourg bien au delà de Vincennes, vers une région qui lui est chère. Ce fut un véritable feu d'artifice bien propre à nous faire entendre ensuite des choses plus graves. Loeper se livra, en effet, à une étude approfondie de la psychologie du clinicien. Il arriva, à peu près, à cette conclusion décevante : « La clinique progresse grâce aux moyens d'investigation, peut-être au grand dam du sens clinique ».

Et c'est une raison de plus pour tâcher de développer chez les étudiants ce précieux sens clinique par le travail, par la recherche, par l'analyse, peut-être aussi en laissant libre cours à l'hypothèse.

En terminant, Loeper adressa l'appel traditionnel aux étudiants. Il leur donna d'excellents conseils, mais le meilleur certes fut celui de rester Français, de penser en français, et de rester « dignes de l'étoile latine qui brille sur leur front ».

F. L. S.

Insomnies  
Tous nerveux.

**BROMÉINE**

MONTAGU

**QUATAPLASME**

du D<sup>r</sup> L'ANGLEBERT  
pansement complet  
Phlegmasies, eczémas, brûlures, etc



# EUPHORYL

**DERMATOSES  
PRURIGINEUSES  
PRURITS  
ANAPHYLAXIES  
CUTANÉES  
INTOXICATIONS**

**3 CACHETS PAR JOUR**  
CAS AIGUS : INJECTIONS  
INTRAVEINEUSES

Créé et expérimenté dans les Hôpitaux de Paris



LABORATOIRES "ANA", 18, AV. DAUMESNIL - P.



## Euphoryl infantile

(GRANULE SOLUBLE)

**TROUBLES DIGESTIFS  
DERMATOSES  
PRURITS  
ANAPHYLAXIES ALIMENTAIRES  
INSUFFISANCE HÉPATIQUE**

**POSOLOGIE**  
1 cuillère à café par année d'âge.

LABORATOIRES "ANA", 18, AV. DAUMESNIL - PARIS

# ANA

18, AV. DAUMESNIL - PARIS. XII<sup>e</sup>



## hirudinase

(DRAGÉES)

DOSE MOYENNE : 4 A 6 DRAGÉES PAR JOUR

**INSUFFISANCES VEINEUSES -  
INFECTIONS  
VASCULO-SANGUINES  
PHLÉBITES - SEPTICÉMIES  
AMÉNORRÉES**

Le premier produit spécialisé à base d'Extrait de Sangsues.  
Créé et expérimenté dans les Hôpitaux de Paris.



LABORATOIRES "ANA", 18, AVENUE DAUMESNIL - PARIS



## Salicylate SURACTIVÉ "ANA"

SALICYLATE DE SODIUM en combinaison CALCO-MAGNÉSIENNE THIOSULFATÉE

**24 gr.**  
SALICYLATE de Na SURACTIVÉ  
**15 fr.**

**SOLUTION**  
1/2 cuil. à café ou 70 gouttes = 1 gr. de Salicylate de Na suractivé

**AMPOULES (INTRAVEINEUSES)**  
10 cc. = 1 gr. de Salicylate de Na suractivé

**ses 4 avantages :**

- 1 - Suractivation 170 %
- 2 - Goût agréable
- 3 - Tolérance parfaite
- 4 - Concentration forte

**Rhumatisme articulaire aigu et ses complications  
ALGIES  
INFECTIONS - SEPTICÉMIES  
TROUBLES HÉPATIQUES**



LABORATOIRES "ANA", 18, AVENUE DAUMESNIL - PARIS. XII<sup>e</sup>



# MALADIE VEINEUSE ET SES COMPLICATIONS

## VEINOTROPE

### VEINOTROPE M COMPRIMÉS (masculin)

|                                      |       |
|--------------------------------------|-------|
| POUDRE DE PARATHYROÏDE.....          | 0.001 |
| POUDRE ORCHITIQUE.....               | 0.035 |
| POUDRE DE SURRÉNALES.....            | 0.005 |
| POUDRE D'HYPOPHYSE (lob. post.)..... | 0.001 |
| POUDRE DE PANCRÉAS.....              | 0.10  |
| POUDRE DE NOIX VOMIQUE.....          | 0.005 |
| POUDRE DE MARRON D'INDE.....         | 0.005 |
| EXTRAIT D'HAMAMELIS VIRGINICA.....   | 0.01  |
| POUR 1 COMPRIMÉ ROUGE                |       |

### VEINOTROPE F COMPRIMÉS (féminin)

|                                      |       |
|--------------------------------------|-------|
| POUDRE DE PARATHYROÏDE.....          | 0.001 |
| POUDRE D'OVAIRES.....                | 0.035 |
| POUDRE DE SURRÉNALES.....            | 0.005 |
| POUDRE D'HYPOPHYSE (lob. post.)..... | 0.001 |
| POUDRE DE PANCRÉAS.....              | 0.10  |
| POUDRE DE NOIX VOMIQUE.....          | 0.005 |
| EXTRAIT DE MARRON D'INDE.....        | 0.005 |
| EXTRAITS D'HAMAMELIS VIRGINICA.....  | 0.01  |
| POUR 1 COMPRIMÉ VIOLET               |       |

FORMULES

COMPRIMÉS : 2 AU LEVER ET 2 AU COUCHER,  
OU SUIVANT PRESCRIPTION MÉDICALE.  
3 SEMAINES PAR MOIS.

### VEINOTROPE POUDRE

|                                         |         |
|-----------------------------------------|---------|
| EXTRAIT EMBRYONNAIRE.....               | 1 gr.   |
| PROTÉOSES HYPOTENSIVES DU PANCRÉAS..... | 3 gr.   |
| CALOMEL.....                            | 4 gr.   |
| TALC STÉRILE. Q. S. pour.....           | 100 gr. |

### LABORATOIRES LOBICA

46, AVENUE DES TERNES - PARIS  
25, RUE JASMIN - PARIS (16°)

POUDRE : TRAITEMENT DES ULCÈRES SIMPLES  
ET VARIQUEUX, DES PLAIES EN GÉNÉRAL

POSOMÉTRIE ABSOLUMENT RIGOUREUSE

## CALOMEL VICARIO

### PETITS COMPRIMÉS

Un milligramme, quart et demi-centigramme  
un, deux et cinq centigrammes  
DÉSAGRÉGATION RAPIDE

NÉURALGIES — GRIPPE — RHUMATISMES

## NOPIRINE VICARIO

ASPIRINE RENFORCÉE

Pharmacie VICARIO, 17, boul. Haussmann, PARIS



# L'HÉPATONÉPHRITE APIOLIQUE

Par M. JEAN VAGUE,

Assistant à la Faculté de médecine de Marseille,  
Interne des hôpitaux.

Les études récentes sur l'apiol semblent avoir démontré que ce produit a une double action toxique : 1° sur le système nerveux ; 2° sur le foie et le rein.

Ce sont les études étrangères de Ter Braak en Hollande, de Stanojevic et Vujic en Yougoslavie, de Saghoid et de Van Itallie en Allemagne, les travaux français de Lutz et Oudin, de Henri Roger, qui ont mis en évidence les lésions nerveuses à type de polynévrites. Pour la plupart des toxicologues, l'action toxique de l'apiol serait due à une impureté constituée par le phosphate de tri-ortho-crésyl, substance également contenue dans certains extraits de gingembre responsables de diverses polynévrites aux Etats-Unis et à la Jamaïque en 1930, et dans le phosphate de créosote qui peut être à l'origine d'autres polynévrites (H. Roger et M. Recordier). Smith, Elvove, Frazier, Van Es weld en Hollande ont pu reproduire expérimentalement ces paralysies.

Les descriptions d'hépatonéphrites apioliques (1) sont beaucoup plus rares que celles des polynévrites. Plusieurs observations rapportent l'atteinte isolée du rein et du foie : deux cas de néphrites hématuriques (Brissemoret : *Soc. de Thérap.*, 27 juin 1906 ; *Pres. Méd.*, 30 juin 1906, p. 52) ; deux observations de Chevallier (*Bul. Gén. de Thérap.*, 1909, t. 158, p. 101), une autre de Laumonier (*idem*, t. 158, 1909, p. 103), enfin un cas d'ictère avec éruption urticarienne de Glatard (*Journ. de Méd. de Chir. Prat.*, sept. 1910).

Nous n'avons pu rassembler que 6 cas d'hépatonéphrites apioliques, encore que deux d'entre eux soient d'étiologie douteuse.

OBSERVATION 1. — BRÉNOT : *Bourgogne Méd.* 15 août 1919 ; *Presse Méd.*, 10 janvier 1920 (résumée). — Une jeune fille de 25 ans, sans autre antécédent notable qu'une diphthérie à l'âge de 9 ans et ayant un retard des règles de six semaines à deux mois, obtint, sans ordonnance, dix-huit capsules d'apiol d'un pharmacien d'un chef-lieu de canton. Le pharmacien avait recommandé à sa cliente de prendre quatre capsules par jour : la cliente prit les dix-huit capsules d'un seul coup, le même jour.

Dès le lendemain, elle fut prise de métrorragie et deux jours après fut atteinte d'une syncope ; puis apparurent une diarrhée profuse et des hémorragies multiples (épistaxis, hémorragies gingivales, etc.) ; au quatrième jour apparaissait de l'ictère. Au cinquième jour, Brénot, appelé, trouvait la malade prostrée avec un ictère intense et des pertes contenant des débris d'odeur infecte. Pas de fièvre. Le lendemain, curetage et désinfection locale avec suites normales. Mais dans les jours suivants, Brénot ne put qu'assister à l'évolution de phénomènes urémiques : les urines tombèrent à 50 grammes par jour, avec albuminurie massive ; les hémorragies viscérales se multiplièrent ; la somnolence puis la torpeur suivie de coma, la diarrhée, puis l'incontinence des matières, les vomissements, tout ce tableau se déroula avec une rapidité telle que la malade succombait à cette profonde intoxication treize jours après l'absorption du médicament. L'enquête permit d'éliminer

l'hypothèse de toute autre intoxication (sublimé ou phosphore par exemple). Mais aucune autre recherche hématologique ou bactériologique n'est mentionnée.

OBS. 2. — TRILLAT et THIERS : *Ann. de Méd.*, juillet 1931 ; *Thèse de SAINT-PAU*, Lyon 1930 (résumée). — Une femme de 24 ans sans antécédent pathologique absorbe en 3 jours 6 gr. d'apiol. Les jours suivants sont marqués par des vomissements, de la diarrhée, une éruption généralisée, des pertes sanglantes, tous symptômes qui disparaissent rapidement.

1° Phase ictérique avec urémie et azotémie : 8 jours. — Au neuvième jour, la malade ressent de violentes douleurs lombaires, des frissons, sa température monte à 40°, elle est hospitalisée le lendemain. On note à ce moment-là un ictère intense, dont la malade ne peut préciser le début ; il n'y a pas de température, le pouls est à 90. La tension maxima à 17, la minima imprenable. On note une légère diarrhée, mais il n'y a pas de vomissements, ni de céphalées, ni d'œdèmes. Les jours suivants, les urines deviennent de plus en plus rares jusqu'à l'anurie, elles sont noires et fétides et contiennent 5 gr. d'albumine, 4 gr. 5 d'urée, le quinzième jour ; l'azotémie est à ce moment-là de 3 gr. 18.

L'ictère disparaît au bout du deuxième jour d'hospitalisation.

2° Intervention. — Décapsulation bilatérale sous anesthésie au kélène. Gros reins congestifs.

3° Phase de troubles urémiques à symptômes anormaux : 18 jours. — L'état général devient plus mauvais. Il existe une hypotension artérielle constante. Les vomissements reprennent 3 jours après l'intervention. On note de la somnolence diurne et de l'agitation la nuit. Une fonte rapide des masses musculaires se produit surtout aux membres inférieurs. A aucun moment on ne note de respiration de Cheyne-Stokes ni de Kussmaul.

Les réflexes tendineux sont rapidement abolis aux membres inférieurs. Il n'y a pas de parésie, pas de douleur à la pression des masses musculaires. Les réflexes cutanés sont abolis. On note une mydriase intense au moment où la malade paraît en plus mauvais état. On ne note jamais de myosis, les pupilles réagissent normalement.

Le vingt-cinquième jour, les gingivorragies apparaissent, le temps de saignement reste normal ; la coagulation se fait en 15 minutes, de type plasmatique, la sédimentation sanguine est accélérée.

Du vingt-sixième au trente-deuxième jour, la malade présente un signe de Chvostek typique bilatéral, plus marqué à droite ; ce signe a ensuite disparu pour réparaître le jour de la mort. Il n'existe pas d'autres symptômes de tétanie : la réserve alcaline de 49,9 le jour où on a constaté le Chvostek, augmente sous l'influence des injections de sérum bicarbonaté ; son augmentation n'a aucun effet sur le phénomène du facial.

4° Gangrène buccale et hypothermie : 11 jours. — Les gingivorragies disparaissent, un sphacèle buccal se constitue en quelques jours ; la tension artérielle s'effondre ; il y a toujours de l'insomnie avec délire nocturne et de la somnolence pendant le jour ; la diarrhée est sanglante, la température est à 35°2. Les deux derniers jours, on voit réapparaître le signe de Chvostek. Les réflexes tendineux sont toujours abolis, l'émaciation est extrême, la mort survient au quarantième jour dans le coma, sans secousses myocloniques.

Le traitement a consisté en transfusions répétées ; injections de sérum bicarbonaté et glucose, en toniques généraux.

Les examens biologiques ont noté :

1° Une azotémie progressive et intense jusqu'à 8 gr. 06 avec un taux semblable de l'urée dans le L. C.-R. ;

(4) Jean VAGUE. *Les Hépatonéphrites aiguës*, Masson, 1935.

2° Une hyperindoxylémie avec présence d'indoxyl dans le L. C.-R. ;

3° Une acidose avec réserve alcaline abaissée jusqu'à 27,5 et qui a très bien réagi aux injections bicarbonatées ;

4° Une évolution du chlore sanguin et parenchymateux caractérisée par un premier stade de fausse hypochlorémie par acidose au seizième jour :

Cl gl. 1,784

Cl pl. 3,153

Puis une forte rétention chlorée avec hyperchlorie globulaire, hypochlorémie plasmatique et une R. A. normale sous l'influence de la thérapeutique. Enfin un stade terminal d'acidose avec hypochlorémie plasmatisée, globulaire et rachidienne, correspondant à une dissociation du Cl parenchymateux ; rétention chlorée cérébrale et bicipitale avec hypochlorie hépatique.

5° Une hyperglycémie importante (2 gr. 40) sans glycosurie, que les auteurs ont tendance à attribuer à la déficience hépatique et qui a peut-être joué un rôle dans l'apparition des phénomènes gangréneux buccaux ;

6° La diurèse a été d'abord faible jusqu'à la décapsulation, elle s'est relevée peu à peu ensuite, pour atteindre 1.600 cc. par 24 heures, ce qui n'a pas empêché l'azotémie d'augmenter en même temps (azotémie à 4,48 le jour de l'anurie), 7,29 au moment où la malade urine 1.600 cc. Le dernier jour, le taux de l'urine diminue.

L'autopsie médico-légale tardive n'a pas permis d'examen anatomique, même macroscopique.

Obs. 3. — LOEDERICH, MAMOU et Mme ARAGER (S. H. M., 20 mai 1932, p. 746). — Mme B..., 30 ans, entre le 1<sup>er</sup> novembre 1931 dans le service de chirurgie de M. Schwartz pour une métrorragie consécutive à un avortement de six semaines, survenu spontanément, dit-elle. A son entrée, sa température est de 40°, mais elle retombe à 37° en deux jours ; la métrorragie, d'abord très abondante, s'arrête très rapidement sans avoir nécessité de curetage.

Mais quatre jours plus tard survient un ictère franc avec décoloration des fèces et bilirubinémie ; cet ictère dure une semaine environ, puis s'atténue progressivement, tandis que l'état général s'aggrave au contraire ; des vomissements apparaissent, puis de la diarrhée avec incontinence sphinctérienne, et la malade tombe dans un état de torpeur progressive.

Elle est transférée dans notre service le 15 novembre ; encore subictérique et très pâle, elle a les traits tirés, les yeux excavés, les téguments déshydratés, les narines et les gencives non saignotantes, la langue est saburrale et la peau des membres inférieurs est parsemée de pétéchie et de larges placards ecchymotiques marquant l'emplacement des piqûres reçues par la malade. L'abdomen est creux, mais souple ; le foie déborde un peu le rebord costal et semble douloureux ; la rate n'est pas perceptible ; les urines atteignent 900 cc. en vingt-quatre heures, ont l'aspect du bouillon trouble et contiennent de l'albumine, des pigments et sels biliaires, mais pas de sucre ; au microscope, on y trouve des hématies, quelques leucocytes et des cylindres hématiques et granuleux ; les selles, émises inconsciemment, sont diarrhéiques et peu colorées ; les bruits du cœur sont réguliers à 100 et bien frappés ; la T. A. à 11-7 ; poumons normaux. Au toucher vaginal, l'utérus est un peu gros, le col est mou et légèrement entr'ouvert, à peine saignotant ; les lochies n'ont pas d'odeur.

La malade est dans un état d'obnubilation assez profonde, indifférente à ce qui l'entoure, désorientée dans le temps et l'espace, répondant à peine aux questions. Elle ne présente ni paralysie, ni contractures ; ni raideur de la nuque, ni Kernig ; mais des soubresauts tendineux agitent ses membres inférieurs et parfois sa face ; secousses brus-

ques, rapides, de type myoclonique. A la face le signe de Chvostek est très net, bilatéral ; le signe de Weiss est également positif, mais le signe de Trousseau reste négatif. Contrastant avec ces signes d'hyperexcitabilité musculaire, les réflexes tendineux rotuliens et achilléens sont abolis ; le réflexe cutané plantaire est conservé en flexion ; la pression des masses musculaires des mollets ne semble pas douloureuse, la sensibilité cutanée semble normale.

Une ponction lombaire donne un liquide normal à tous points de vue.

Une hémoculture reste stérile.

L'examen du sang montre une anémie à 3.167.000 globules rouges avec 70 % d'hémoglobine, et une leucocytose à 35.000 G. B. dont 91 % de poly. Le t. de s. est de 5' 1/2, le t. de coag. de 10' ; le signe du lacet est fortement positif.

Le dosage de l'urée sanguine révèle une azotémie de 6 gr. par litre. Le dosage de la calcémie donne un chiffre nettement abaissé à 0 gr. 065 par la méthode de Guillaumin.

Devant ce tableau clinique, le diagnostic d'h. n. aiguë *post abortum* s'impose. Son origine toxique, que nous suspectons d'emblée pour les raisons que nous exposerons plus loin, nous est bientôt confirmée par le mari de la malade, qui nous avoue les faits suivants : après un retard de six semaines, la malheureuse femme, ayant consulté un pharmacien, a absorbé en 3 jours une trentaine de capsules d'apiol de 0 gr. 30, soit un total de 9 gr. L'avortement s'est produit 4 jours après l'absorption de la drogue, avec une hémorragie qui a déterminé l'entrée à l'hôpital.

L'évolution de cette h. n. fut rapidement progressive : malgré les tonicardiaques, les injections de sérum glucosé à hautes doses intraveineuses et rectales, les injections d'extraits hépatique et surrénal, et une transfusion de sang, la malade ne sort plus de son état subcomateux ; elle tombe dans l'hypothermie à 36°, les secousses musculaires se répètent fréquentes, les signes de Chvostek et de Weiss persistent, tandis que les réflexes tendineux des membres inférieurs restent abolis ; les pupilles sont en myosis ; l'azotémie s'élève le 17 novembre à 7 gr. 80 par litre ; cependant, contrastant avec la gravité de cet état urémique, la diurèse reste normale à 1.200 gr. par jour environ, et l'albuminurie est indosable ; le cœur ne présente pas de bruit de galop, la respiration ne prend pas le rythme de Cheyne-Stokes.

La malade succombe dans le coma le 18 novembre.

Obs. 4. — Ch. FLANDIN, S. NACHT et J. BERNARD (S.M.H., 15 juin 1934, p. 567) (résumée). — Une femme de 30 ans, enceinte de 3 mois, absorbe 8 gr. d'apiol liquide. Quelques heures après, elle se plaint de vertiges, d'état ébrié, le coma survient en peu de temps. Il n'y a pas de signes neurologiques objectifs, une légère albuminurie ; le soir même surviennent des convulsions toniques puis cloniques généralisées, respectant cependant le membre inférieur gauche. Après ces convulsions, la résolution musculaire est complète.

Le lendemain, la température est à 39°2, le coma est toujours profond ; il existe un ictère des téguments et des muqueuses, discret mais net ; il y a dans les urines qui sont peu abondantes, des sels et des pigments biliaires et 20 cgr. d'albumine ; le L. C.-R. est normal, l'azotémie est de 0,25.

Le troisième jour, le coma s'est dissipé ; il y a de l'agitation, de la confusion mentale, la désorientation est complète, mais on ne note pas de signes neurologiques objectifs. L'ictère est toujours net, il y a des pigments dans les urines, mais plus de sels biliaires ni d'albumine. La température est de 37°2, le foie et la rate sont normaux.

Le quatrième jour, les membres supérieurs sont raidis en demi-flexion ; les membres inférieurs sont également



contracturés ; démarche en gallinacé. Les mêmes troubles psychiques persistent ; il n'y a pas de réaction méningée ; on note un signe de Chvostek bilatéral. L'ictère a presque complètement disparu. Les urines sont normales comme quantité : elles contiennent 23 gr. 15 d'urée et 8 gr. 15 de NaCl par litre. La formule sanguine est normale ; le rapport chloré

$$\frac{\text{Cl gl. } 2,02}{\text{Cl pl } 3,05} = 0,61 ; \text{ la calcémie est de } 0,098.$$

La R. A. de 48 v.

Le cinquième jour, il y a de l'amblyopie due à un spasme de l'artère centrale de la rétine ; les jours suivants, les contractures persistent, les réflexes tendineux des membres supérieurs sont exagérés, il n'y a pas de signe de Babinski. Le signe de Chvostek disparaît le sixième jour. La chlorémie est normale, l'azotémie à 0,25. L'examen électrique ne révèle aucune anomalie. La contracture finit par disparaître ; il existe de l'anémie de fixation qui persiste un mois environ. L'avortement se produit un mois après l'intoxication. Au quarantième jour, la guérison est complète.

*Observations douteuses.* — OBS. 5 (BRULÉ et LENÈGRE, S. M. H., 27 mai 1932). — Mme L..., 34 ans, fait le 23 août 1930 un avortement de 2 mois. Elle avoue que l'avortement a été provoqué sans manœuvres externes, mais elle ignore la nature de la drogue qu'on lui a fait ingérer. L'avortement s'accompagne de fièvre à 39° pendant une journée. Le lendemain la température est descendue à 38°, mais une jaunisse commence. La fièvre disparaît définitivement, tandis que l'ictère augmente progressivement ; la malade fut soignée chez elle pendant 15 jours. Elle déclare avoir eu alors des douleurs dans les jambes, des douleurs lombaires et quelques soubresauts musculaires.

Le médecin adresse la malade dans notre service de l'hôpital Tenon le 7 septembre 1930. Elle est à son entrée franchement ictérique, mais la rétention biliaire n'est cependant pas très intense ; les urines ne contiennent pas de bilirubine mais beaucoup d'urobiline, les selles ne sont qu'incomplètement décolorées. Il existe cependant un prurit intense qui a forcé la malade à se faire couper les ongles très ras pour ne pas s'écrocher. Le foie n'est pas hypertrophié. Un érythème polymorphe par place papuleux recouvre les bras, est plus discret aux jambes. On trouve quelques éléments éruptifs sur l'abdomen. Les urines ne dépassent pas 500 gr. ; elles ne renferment que des traces d'albumine et jamais on n'y pourra déceler de cylindres ; pendant les 3 premiers jours de l'hospitalisation, la concentration uréique est de 12 gr. par litre. Cependant cette symptomatologie est celle d'une azotémie : céphalées tenaces, vomissements empêchant toute ingestion de liquide ; un dosage d'urée sanguine aussitôt pratiqué montre le taux considérable de 5 gr. 50/000. Nous notons une tendance aux hémorragies, deux épistaxis très abondantes, un saignement des lèvres et des gencives. Il n'existe pas de fièvre, pas d'accélération du pouls. La tension artérielle, qui était de 16 à l'entrée, va ensuite baisser à 9-6, le cœur et les poumons sont normaux ; on ne trouve ni symptôme méningé, ni signes de polynévrite. L'état général est profondément atteint et, bien que conservant toute sa lucidité, la malade est sans cesse somnolente.

Le diagnostic d'ictère grave est évident, mais nous cherchons en vain à en préciser la cause. Il n'existe aucun signe d'infection utérine. La fièvre pouvant être empêchée par la forte azotémie, nous pratiquons plusieurs hémocultures qui restent stériles. Le 17 septembre, le nombre de globules rouges n'est que de 2.100.000, celui des leucocytes est de 14.000 avec 94 % de poly.

Pour tenter de rétablir la circulation rénale, nous prescrivons la scille, mais surtout nous multiplions les injections intraveineuses de sérum glucosé hypertonique, les injections sous-cutanées de sérum glucosé isotonique et de

sérum salé. Les urines deviennent progressivement plus abondantes. Elles atteignent 1 litre le 10 septembre, 1 litre 500 le 14, 2 lit. 250 le 17. Cependant les vomissements, la somnolence persistent, l'urée sanguine monte à 6,60 pour 1.000 le 10 septembre. Par contre l'ictère diminue progressivement. L'urée sanguine va elle-même diminuer : 5,05 le 21 septembre, 4,50 le 26, 2,50 le 2 octobre, 1,50 le 9 octobre, 0,85 le 18. A cette date et pour la première fois la fièvre apparaît ; pendant 8 jours elle oscille entre 39° et 40° ; il s'agit simplement d'une petite poussée de pyélonéphrite avec pyurie et colibacillurie. L'urée sanguine remonte à 1,05 le 25 octobre, mais la fièvre disparaît et l'azotémie diminue à nouveau : 0,85 le 31 octobre, 0,62 le 6 novembre, 0,48 le 13, 0,30 le 20. A partir du 1<sup>er</sup> octobre, la malade est très améliorée, les urines dépassent régulièrement 2 litres en 24 heures ; l'ictère a disparu ; une desquamation apparaît le 10 octobre au point où siégeait l'érythème scarlatiniforme. La malade quitte l'hôpital le 15 novembre en excellent état. Elle est revue le 18 décembre ; les urines et l'urée sanguine sont normales, mais il existe le soir de l'œdème des membres inférieurs ; la malade se plaint de douleurs dans les jambes. Nous recherchons de nouveau les signes de polynévrite sans en déceler aucun.

OBS. 6. — L. FRANÇOIS et J. VAGUE (*Soc. de Méd. de Marseille*, 9 janv. 1935). — Mme Abr..., Marie-Louise, 29 ans, sans antécédents pathologiques, enceinte d'un mois et demi, absorbe le 2 février 1934, 30 gr. d'eau-de-vie allemande et une vingtaine de capsules dont elle ignore le contenu. Une sage-femme introduit une sonde dans l'utérus quelques heures après.

L'avortement se produit le lendemain 3 février. Les jours suivants, la malade continue à perdre du sang. Elle est curettée sans anesthésie à la Conception le 5 février. Le lendemain du curetage, ni pertes, ni température, mais dans la journée on note l'apparition d'un ictère franc très vite généralisé ; les matières sont incomplètement décolorées ; il y a des sels et des pigments biliaires dans les urines ; le pouls est à 70°, la température à 37°. On ne note pas de prurit. Cet ictère augmente pendant quelques jours puis très rapidement, à partir du 11 février, la coloration jaune va au contraire diminuer, les urines se font plus rares, la diurèse oscillant entre 500 et 800 cc. ; elles contiennent de l'albumine qui n'est pas dosée. En même temps l'état général s'aggrave ; la malade est somnolente, se plaint d'une céphalée frontale persistante ; elle vomit fréquemment, mais n'a pas de diarrhée. L'azotémie pratiquée le 15 février est de 2,50. Il n'y a pas d'hémorragie. Le traitement prescrit consiste en injections d'extrait hépatique, de théobryl, de sérum salé et glucosé. La malade est passée en médecine, salle Rouffio, le 18 février.

On trouve une malade apyrétique, somnolente, répondant très mal aux questions qu'on lui pose ; son teint est jaunâtre, il n'existe plus qu'un subictère conjonctival ; la peau reflète plutôt une coloration bistrée. L'haleine est fétide, la langue et les lèvres fuligineuses, les gencives saignent légèrement. La malade fait sans arrêt des efforts de vomissements, qui aboutissent de temps en temps à l'expulsion de liquide bilieux.

En découvrant la malade, on est frappé par son émaciation extrême ; elle était, dit-elle, d'un embonpoint plutôt fort avant sa maladie ; la peau est déshydratée, les masses musculaires paraissent avoir fondu. Tout le corps a une coloration bistrée, il n'y a pas de purpura. L'abdomen n'est pas douloureux, il n'y a pas d'ascite, le foie est de dimensions normales ; la rate n'est pas perceptible. On entend à l'auscultation du cœur un souffle apexien, sans propagation, qui paraît fonctionnel ; l'appareil respiratoire est normal, il n'y a pas de dyspnée (16 respirations par minute) ; la T. A. est de 10-6 1/2 au Vaguez.



L'examen nerveux ne révèle aucun signe objectif. En particulier les réflexes sont normaux ; il n'y a pas de réaction méningée, le phénomène du facial spécialement recherché n'est pas trouvé. On perçoit par instants quelques myoclonies dans le domaine des muscles du mollet, de la face antérieure de la cuisse, du biceps et du temporal. Les pupilles en myosis réagissent à la lumière et à l'accommodation.

Les examens de laboratoire donnent les résultats suivants : urines, 200 gr. dans la journée ; albumine, 4 gr. ; chlorures, 5 gr. ; sucres, traces ; sels, pigments biliaires, urobiline, abondants ; urée, 9 gr. ; coefficient de Maillard, 20 ; quelques hématies, cylindres hyalins et épithéliaux, quelques leucocytes.

Sang : Azotémie, 6 gr. ; cholestérinémie, 3 gr. ; glycémie, 1 gr. 10 ; chlorémie,  $\frac{1 \text{ gr. } 60}{3 \text{ gr. } 40}$ . R. A. 25 v. Hémoculture sur bile, sur bouillon et en milieu anaérobie : négative.

T. s., 4' ; T. coag., 7' ; lacet négatif. Caillot rétractile. Résistance globulaire, 0,48, 0,26.

On fait à la malade une saignée de 500 gr. ; elle reçoit dans la journée 40 cc. d'hypersal intraveineux, un litre de sérum glucosé rectal, du bicarbonate par la bouche, des injections d'extrait hépatique, d'extrait surrénal, de solucamphre, et de théobryl. Le lendemain l'état est encore plus grave ; la malade est dans un demi-coma, fait des efforts de vomissements qui n'aboutissent pas, aucune urine n'est émise dans la journée ; pas de diarrhée. Les myoclonies deviennent plus fréquentes, les réflexes persistent, les signes de Chvostek, de Weiss et de Trousseau sont négatifs. La formule sanguine est de 3.000.000 de globules rouges, 13.000 globules blancs, avec 92 poly., 6 lympho. et 2 mono. L'azotémie atteint 8 gr. 75, la température est de 36° ; la mort survient le soir même, 18 jours après l'absorption du toxique.

Telles sont les observations d'hépatonéphrites apioliques que nous connaissons. Les deux dernières observations, surtout celle de Brulé et Lenègre sont cependant douteuses ; il semble que dans celle de François et Vague, il y ait de fortes chances, du fait que la malade avait absorbé des capsules abortives, pour qu'il se fût agi d'une intoxication apiolique.

Quatre de ces malades sur six sont mortes. Les deux qui ont survécu ont présenté pendant quelques jours un syndrome morbide aussi grave que les quatre autres.

1° LES CAS MORTELS. — Chez les quatre malades dont l'affection s'est terminée par la mort, l'ictère a présenté les mêmes caractères ; il est apparu au quatrième jour dans les observations 1, 3 et 6, au dixième jour, peut-être plus tôt dans l'observation 2.

Dans les deux cas où ces caractères sont précisés (obs. 3 et 6), il s'est agi d'un ictère franc par rétention, avec décoloration des matières, présence de sels et pigments dans les urines. Cet ictère a été intense d'emblée dans les 4 cas ; sa coloration jaune franc est constante ; dans l'obs. 6, cependant, une teinte bistrée très nette s'est surajoutée à la coloration jaune, au moment où celle-ci commençait à disparaître. Le prurit n'est pas signalé, la malade de l'obs. 6 n'en présentait pas. Il n'y a pas de bradycardie, le pouls est au contraire accéléré, 140 (obs. 2), 100 (obs. 3), 90 (obs. 6).

Constamment cet ictère d'abord intense et progressif pendant quelques jours est allé en s'atténuant à me-

sure que s'aggravait le tableau clinique, que l'oligurie s'accroissait jusqu'à l'anurie, que la prostration devenait plus marquée et que s'élevait l'azotémie. Il s'est agi d'un ictère régressif d'évolution en deux temps, un premier temps ictérique, un deuxième temps urémique.

Le syndrome hémorragique est discret, précoce, dans les obs. 1 et 3, il est tardif dans les autres, 2 et 6. Le temps de saignement est normal.

Le syndrome toxique est partout le même : prostration, adynamie extrême, somnolence avec parfois insomnie nocturne ; un fait à signaler, ce sont les signes pseudo-tétaniques frustes, signes de Chvostek, dans l'observation de Trillat et Thiers, de Chvostek et de Weiss dans celle de Lœderich, Mamou et Mme Arager ; ces signes recherchés avec attention étaient négatifs chez la malade de François et Vague. Dans le cas de Trillat et Thiers, le Chvostek a été plus ou moins parallèle à la gravité de l'affection puisqu'il a disparu pendant les quelques jours où la malade a semblé s'améliorer et où la diurèse a augmenté ; les myoclonies, elles, sont constantes. Le myosis est constaté dans deux cas : il y avait de la mydriase dans l'observation 6. L'abolition des réflexes tendineux considérés comme signe de polynévrite est constatée deux fois sur quatre. Un fait frappant est constitué par l'amaigrissement intense brutal que l'on retrouve dans l'intoxication expérimentale. Il est expressément noté dans les observations 2 et 6.

La diarrhée, les vomissements, l'hypothermie se voient également dans tous les cas.

Les perturbations humorales sont considérables. L'azotémie s'élève progressivement jusqu'à la fin atteignant 8 gr. 75 dans l'observation 6 ; la R. A. est abaissée, mais son élévation sous l'influence de la thérapeutique n'améliore pas le pronostic. Les variations du chlore sanguin sont irrégulières, tantôt rétention chlorée, tantôt chloropénie (obs. 2), chloropénie terminale (obs. 6). L'indoxylémie est notée par Trillat et Thiers. La glycémie est élevée, 2,40 (Trillat et Thiers), 1,10 (François et Vague).

La formule sanguine révèle dans deux cas (obs. 2 et 6) une anémie légère avec leucocytose et polynucléose, sans signe d'infection.

L'oligurie progressive, l'albuminurie et la cylindrurie sont constatées dans tous les cas. Dans l'observation de Lœderich, la veille de la mort, la diurèse est de 1.200 gr. avec une albuminurie indosable, mais la concentration urinaire n'est pas notée. L'hypocalcémie est rapportée par Lœderich ; elle permet, certes, d'expliquer les signes de tétanie.

L'évolution s'est faite d'une manière extrêmement nette en un premier temps que l'on n'ose appeler hépatique, en tout cas ictérique, avec peu de signes rénaux, un deuxième temps caractérisé par la disparition de l'ictère et sinon par l'oligurie progressive (la malade de Lœderich urinait 1.200 gr. jusqu'à la fin), tout au moins par l'augmentation de l'azotémie et du syndrome toxique. Il n'est pas question ici de discuter la pathogénie de ces phénomènes ; constatons-les tout au moins.

2° LES CAS CURABLES. — Ils sont plus discutables. L'un d'eux n'était peut-être pas d'origine apiolique



(obs. 5), l'autre n'était qu'accessoirement une h. n. (obs. 4).

Quoi qu'il en soit, il s'agit d'un syndrome identique à celui que nous venons de voir et qui, surtout dans le cas de Flandin, paraît aussi grave que les formes précédentes mais évolue vers la guérison. Dans l'observation de Brulé et Lenègre, même ictère par rétention, même élévation de l'azotémie, même leucocytose avec polynucléose. Cependant l'oligurie est modérée, la concentration urinaire assez bonne, l'albuminurie minime. Les symptômes rénaux vont disparaître au lieu de s'accroître.

Quant à l'observation de Flandin, elle est surtout intéressante au point de vue pathogénique. En effet, les signes directs d'atteinte hépatorénale sont réduits au maximum et cependant le syndrome réalise à peu près d'une manière identique ce que nous avons vu dans les observations terminées par la mort ; la seule différence est la survenue précoce des signes d'intoxication, qu'à juste titre les auteurs attribuent directement à l'apiol lui-même plutôt qu'à l'altération hépatorénale. Et cependant, coma, contractures, signe de Chvostek même sont expressément notés. Les auteurs font remarquer que les descriptions anciennes d'intoxication apiolique des traités de matières médicales ne signalent qu'un état ébrieux, agitation, convulsion, coma. Le cas de Flandin, Nacht et Bernard se rapproche évidemment plus des formes nerveuses d'intoxication apiolique, que des formes hépato-rénales. Il est intéressant malgré tout de noter la participation si minime soit-elle du foie et des reins, dans la constitution du tableau morbide.

H. n. grave et le plus souvent mortelle, caractérisée par l'ictère à type de rétention, d'évolution régressive, un syndrome hémorragique discret, des perturbations humorales considérables à l'origine probable du syndrome toxique intense et progressif constaté dans tous les cas, telle est en général l'h. n. apiolique.

Si quelques faits troublants comme la fréquence des formes purement nerveuses, comme l'observation de Flandin, où les signes toxiques apparus dès les premiers jours sont presque exactement superposables aux symptômes décrits dans les autres observations, il n'en est pas moins vrai que dans tous les autres cas, l'atteinte hépatorénale paraît jouer le plus grand rôle dans la pathogénie des signes observés. Nous allons voir que l'étude expérimentale confirme ces notions.

(A suivre.)

**Mesures et interprétation des pressions pleurales. Application à la conduite du pneumothorax : le collapsus optimum,** par le D<sup>r</sup> J. DELANNOY. Un volume grand in-8 de 185 pages avec un avant-propos par F. DUMAREST et une préface de P. Lefèvre. Prix : 25 fr. — Paris, J.-B. Bailière et fils.

**Thérapeutique de l'ulcère gastro-duodénal,** par Jean GATELIER et François MOUTIER. Un volume in-16 de 240 pages. — Prix : 22 fr. — Paris, Doin et Cie.

**Phases de stérilité et de fécondité physiologiques chez la femme,** par le D<sup>r</sup> DELEVOY. Un volume in-8 de 150 pages avec 16 tableaux. Prix : 12 fr. — Paris, Amédée Le-grand.

## XLIV<sup>e</sup> CONGRÈS

DE

## L'ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE

Paris, 7-12 octobre 1935 (1).

### TROISIÈME QUESTION

#### Technique et conséquences physiologiques des opérations portant sur le diaphragme (phrénicectomie exceptée).

Rapport de MM. COSTANTINI (d'Alger) et MÉNÉGAUX (de Paris), avec la collaboration de MM. CURTILLET (d'Alger) et POILLEUX (de Paris).

**Anatomie chirurgicale du diaphragme et de ses voies d'abord.** — Ce chapitre étudie d'abord l'anatomie du diaphragme normal, sa forme, sa situation, ses insertions. Puis les auteurs considèrent les revêtements séreux de ce muscle : péricarde, plèvres d'un côté, péritoine de l'autre ; enfin, les organes qui par l'intermédiaire de ces séreuses sont en contact avec lui. Quelques lignes nous rappellent l'innervation et l'irrigation du diaphragme, ses orifices normaux et son système lymphatique.

Un second chapitre traite de l'anatomie pathologique : malformations congénitales avec leurs conséquences : hernies rétroxyphoïdiennes, hernies œsophagiennes ; plaies et ruptures du diaphragme avec leurs complications immédiates ou tardives : sténoses, éversions. Enfin, il est fait mention des tumeurs diaphragmatiques et des affections sus et sous-phréniques susceptibles d'être abordées ou drainées par la voie transdiaphragmatique.

Le diaphragme peut être atteint par l'abdomen, par le thorax, par les deux à la fois.

La facilité de la voie abdominale varie avec la conformation extérieure du sujet ; c'est qu'en effet, l'angle d'ouverture du rebord costal et l'épaisseur antéro-postérieure du malade ont une importance considérable.

Le sujet est-il bréviline ? L'angle est grand, le thorax large, l'épaisseur minime. La coupole est d'accès facile.

Au contraire, le malade est-il longiline ? L'angle se montre petit, le thorax étroit, l'épaisseur plus considérable. De ce fait, la coupole se révèle d'abord plus délicat.

La mise de l'opéré en position latérale, cambrée, proclive, expose au maximum la coupole diaphragmatique.

L'âge est à considérer. Il est plus aisé d'écarter le rebord costal chez l'enfant que chez l'adulte et surtout le vieillard en raison de l'ossification plus ou moins accusée des cartilages chez ce dernier.

Si l'on choisit la voie transthoracique ou la voie trans-abdomino-thoracique, on devra traverser le plastron sterno-costal lui-même. On le fera de préférence au niveau d'un espace, afin d'éviter la section des arcs costaux.

**Technique.** — Son étude suppose l'exposé de quelques généralités indispensables :

- I. Examen clinique et radiologique.
- II. Préparation du malade.
- III. Conduite de l'intervention.
- IV. Soins post-opératoires.

Il va de soi que de telles considérations ne sont de mise que s'il s'agit d'une intervention « à froid ». Quand l'indication opératoire est urgente, on ne saurait s'attarder à ces détails.

Par un examen clinique et radiologique aussi poussé que possible, on s'efforcera de fixer la nature de la hernie

(1) Association de la Presse médicale française.

Fin. — Voir Gaz. des hôp., 1935, n° 85, p. 1433 ; n° 91, p. 1536.

qui peut être congénitale ou traumatique, de dépister la variété des viscères herniés. Et à ce sujet, il convient de rappeler que l'estomac et le côlon sont les organes le plus souvent rencontrés. Il est de bonne pratique de recourir aux deux explorations : repas et lavement opaques ; faute de quoi on risque de méconnaître la présence de l'un ou de l'autre de ces organes. Le chirurgien doit assister aux examens radioscopiques, se rendre compte des détails de l'évacuation et en observer les phases successives. J. Quénu y insiste particulièrement. C'est en effet le seul moyen pour lui d'apprécier le siège et les dimensions de l'orifice diaphragmatique en provoquant la prise de plusieurs clichés sous des incidences variées.

La recherche des adhérences qui n'existent guère que dans le cas de hernie congénitale est d'une importance capitale.

Il serait désirable enfin que l'opérateur fût renseigné sur les altérations des viscères herniés, leur étranglement possible en particulier.

En possession de tous ces détails, le chirurgien préparera son malade à l'intervention.

Il arrive fréquemment que, de par sa lésion, le malade se trouve dans un état de dénutrition marquée qui fait craindre pour lui le shock opératoire. De la Riva, de Bemto et Abadie ont, dans ces conditions, pratiqué tout d'abord une gastrostomie qui a permis un relèvement rapide de l'état général. Dans le même ordre d'idées, Einhorn préconise l'alimentation par sonde duodénale dans les jours précédant l'intervention.

A. Schwarz, dans un cas de hernie volumineuse a prescrit un traitement à base d'huile de paraffine et un régime alimentaire spécial dans le but de diminuer l'abondance des déchets digestifs.

Certaines interventions dites préalables n'ont qu'un intérêt relatif. Ce sont :

La *phrénicectomie* qui paralyse le diaphragme et par suite facilite l'exécution des sutures à son niveau.

Le *pneumothorax* qui permet de tâter la susceptibilité du futur opéré (J. Quénu) et peut-être de rendre plus rigide un médiastin flottant. Il peut parfois abaisser la coupole et réduire partiellement les visères.

La *thoracoplastie* n'a guère d'indication qu'en présence d'énormes orifices herniaires impossible à fermer autrement que par une mobilisation de la paroi thoracique.

Avant de décrire l'opération, les rapporteurs traitent de la position à donner au malade, de la place du chirurgien et de ses aides, du choix des instruments et de l'anesthésique.

L'intervention doit être menée rapidement. On réduira au minimum les tiraillements sur le médiastin, l'œsophage, le péricarde. La baronarcose limitera le pneumothorax ; la pression atteindra 7 à 8 c. cubes d'eau, 10 au maximum pour le temps thoracique et se maintiendra entre 3 et 4 pour le reste de l'intervention. Le drainage s'impose dans les opérations transthoraciques.

Les auteurs soulignent l'importance des soins post-opératoires. Le pansement ne doit pas comprimer la base du thorax. Il convient de renoncer à l'habituel bandage de corps qui gêne la respiration, et d'utiliser les pansements adhésifs.

L'opéré est mis en position demi-assise. S'il est dyspnéique, on administrera de l'oxygène et du carbogène. Le pouls sera l'objet d'une observation continue. La morphine prescrite à haute dose calmera la polypnée et la douleur.

**Voies d'abord.** — Il est malaisé de préciser les indications des différentes voies d'accès. Non seulement ces indications varient avec le siège de la lésion, mais elles varient encore avec la nature de cette lésion. C'est donc d'une façon toute théorique et dans un but purement indicatif que les auteurs donnent les conseils suivants :

La coupole gauche s'abordera par la voie combinée, mais

on commencera par le temps abdominal, car celui-ci suffira souvent.

L'orifice œsophagien sera atteint par le ventre. Une sonde œsophagienne mise en place permettra de ne pas ouvrir le conduit au cours des manœuvres opératoires. En cas de suture difficile, on pratiquera d'emblée une thoraco-phrénolaparotomie. La médiastino-phrénolaparotomie extra-séreuse de Grégoire et Braine sera parfois indiquée.

C'est par la voie thoracique sous-pleurale transdiaphragmatique ou transpleuro-diaphragmatique qu'on recherchera la coupole droite ; exceptionnellement la voie abdominale simple sera utilisée, quand il existera par exemple une plaie intéressante à la fois le diaphragme et le foie.

Enfin, la fente de Larrey relève de la voie abdominale et l'hiatus de Bochdalek de la voie thoracique postérieure.

Après une description minutieuse des temps opératoires de ces différentes techniques, les rapporteurs étudient spécialement le « temps diaphragmatique » qui comporte :

I. *L'incision.* — Elle sera tracée autant que possible dans le sens des fibres musculaires.

II. *La résection,* qui n'est indiquée qu'en présence d'une tumeur maligne.

III. *La plicature.* — Peu recommandable, utile seulement en cas d'éventration.

IV. *L'oblitération d'une perte de substance.* — Problème compliqué qui se pose différemment suivant qu'il s'agit d'un orifice petit ou d'une brèche importante. Il est utile souvent de s'aider d'une phrénicectomie, de tamponner par le foie, la rate ou l'épiploon. Parfois, il est même indiqué de débrider le diaphragme et de le fixer aux muscles pariétaux. Enfin, la thoracoplastie ou d'autres plasties ; cutanées, musculaires ou aponévrotiques constituent une ultime ressource.

**Conséquences physiologiques.** — Pour mieux les mettre en évidence, il convient de considérer d'abord les résultats immédiats dans les heures et jours qui suivent l'opération, puis, les résultats à distance.

Deux séries d'expériences ont été poursuivies chez le chien par Costantini.

Etudiant, dans un premier temps, les réactions du diaphragme à l'endroit du traumatisme et de l'excitation, il arrive aux conclusions que voici :

1° Les excitations diverses apportées au diaphragme sain ne provoquent que des réactions circulatoires en tous points comparables à celles qui suivent les mêmes excitations exercées sur d'autres régions quelconques de l'organisme.

2° Ni le pneumothorax, ni la phrénicectomie préalables ne modifient les résultats.

3° Les réactions circulatoires et respiratoires sont d'autant moins marquées que la tension est plus basse.

4° Il ne semble pas que le fait de s'adresser à un diaphragme malade modifie les résultats expérimentaux.

Dans un second temps, Costantini observa « à distance » les animaux d'expérience. Le diaphragme fut sectionné, puis recousu. On le réséqua en partie et des plasties furent tentées avec ou sans phrénicectomie préparatoire.

L'examen à l'écran montra invariablement une parésie diaphragmatique passagère même quand il n'y avait pas eu de phrénicectomie. Ce phénomène n'entraîna aucun trouble sérieux.

Les sutures se sont montrées solides à condition d'avoir été faites aux fils non résorbables. Il semble que plicatures et sutures aient surtout lâché quand le phrénique n'avait pas été sectionné.

Les greffes aponévrotiques se sont montrées résistantes contrairement aux greffes musculaires et épiploïques qui se résorbent.

Toutes tentatives de plasties à l'aide de membranes caoutchoutées ont abouti à des phénomènes infectieux.



Les conséquences physiologiques varient avec la voie d'abord choisie ; il est manifeste que la voie thoracique se montre plus grave. C'est ce danger du pneumothorax sur lequel Tuffier a tant insisté qui devrait faire se généraliser l'emploi de la baronarcose.

Les conséquences physiologiques sont encore fonction des affections traitées.

Au total, les conclusions des rapporteurs se résument ainsi :

Les opérations portant sur le diaphragme sont ordinairement d'exécution difficile.

La gravité immédiate des procédés ouvrant la cavité pleurale est imprévisible ; elle varie, semble-t-il, avec les sujets, d'où l'obligation de prendre toutes précautions nécessaires pouvant diminuer les risques inhérents au pneumothorax.

Au contraire, les résultats à distance apparaissent comme généralement satisfaisants.

#### Discussion

M. SAUERBRUCH (de Berlin), affirme que la voie thoracique est préférable à la voie abdominale à condition d'utiliser la baronarcose. Il s'étonne que cette méthode dont il fut un des promoteurs ne se soit pas répandue davantage.

Il rappelle l'observation d'un sujet, blessé du poumon, opéré par thoracotomie et chez lequel ayant trouvé un hématome siégeant sous le diaphragme, il parvint, par simple incision de ce muscle, à traiter facilement les lésions hépatiques et spléniques causées de l'hématome.

M. HARRINGTON (de Rochester) ne saurait partager l'opinion de Sauerbruch et demeure partisan de la voie abdominale. Après réduction de la hernie et traitement du sac,

il suture le diaphragme, à la fois, par un surjet de fascia lata et des points séparés au fil de lin.

En cas de brèche largement béante, l'auteur pratique une phrénicectomie pour faciliter l'exécution des sutures.

Les séquelles de ces réparations de grands orifices sont du reste à peu près négligeables. Le jeu du diaphragme n'est pas entravé d'ordinaire, exception faite des cas où le phrénique a été détruit.

La statistique de l'auteur porte sur 105 malades, dont 97 ont été opérés avec 7 morts. A signaler 2 récidives sur les 90 guérisons immédiates.

M. TRUESDALE (Fall-River) a pratiqué 13 interventions pour hernies diaphragmatiques congénitales, toutes chez des enfants. La mortalité a été de 7,5 p. 100. Il préconise l'anesthésie au protoxyde-éther et insiste sur la fréquence des malformations associées (bec-de-lièvre en particulier).

MM. DELHERM et THOYER-ROZAT (de Paris) exposent la technique de la kymographie. C'est le seul procédé qui permette vraiment d'étudier les organes en mouvement.

M. LAMBRET (de Lille) a opéré d'événtration diaphragmatique un garçon de 17 ans. Le diagnostic avait été fait par la radiographie.

L'auteur établit un pneumothorax avec 800 c. cubes d'azote. Quelques jours plus tard, il intervint par une incision du 7<sup>e</sup> espace intercostal gauche en usant d'un écarteur à crémaillère. Plicature en 2 plans à la soie, sans avivement, du diaphragme qui remontait à la 6<sup>e</sup> côte. Les suites opératoires furent plutôt mouvementées. Un épanchement se produisit, louche, nécessitant une pleurotomie. Mais le malade guérit sans séquelle importante.

MM. JENTZER et CHERIDJIAN (de Genève) considèrent les ruptures du diaphragme comme très rares. S'aidant de nom-

**sirop"roche"**  
**au thiocol**

toutes les  
affections  
des voies  
respiratoires

Produits F. HOFFMANN-LA ROCHE & C<sup>ie</sup>  
10, Rue Crillon — PARIS

breux clichés radiographiques, ils démontrent l'efficacité de l'opération de Heller-Grégoire dans le traitement du mégacéphage, et critiquent la pathogénie classique de cette affection. Ils insistent sur la possibilité d'une compression ganglionnaire venant créer parfois un pseudo-mégacéphage.

M. GUYOT (de Bordeaux) rapporte deux observations : une femme présentait un abcès sous-phrénique gauche ; un jeune homme était atteint d'un kyste hydatique du foie qui, après vomique, donna naissance à une fistule bilio-bronchique évacuant par 24 heures un litre et demi de liquide. Les deux malades furent opérés par voie transpleurodiaphragmatique et guérirent.

M. PASCALIS (de Paris) a opéré 3 hernies du diaphragme consécutives à des plaies de guerre et une hernie congénitale. Deux fois il utilisa la voie abdominale simple ; une autre fois, il dut brancher sur l'incision abdominale, une incision thoracique. Le quatrième sujet fut opéré par voie thoracique. L'auteur pense qu'il convient de commencer toujours par la voie abdominale, même, si l'on doit ultérieurement recourir à une thoracotomie.

E.-A. DARIAU.

— Le prochain Congrès de Chirurgie aura lieu le 5 octobre 1936, sous la présidence de M. Victor Pauchet et la vice-présidence de M. le médecin général inspecteur Rouvillois.

Les questions à l'ordre du jour sont les suivantes :

1° *Pneumectomie.* — Rapporteurs : MM. R. MONOD et BONNIOT.

2° *Résultats des greffes ovariennes.* — Rapporteurs : MM. COTTE et MOCQUOT.

3° *Chirurgie des diabétiques.* — Rapporteur : M. JEANNE-NEY.

Notons que les rapports ne pourront excéder 50 pages.

Signalons encore que la soirée du Congrès aura lieu le mardi 6 octobre, à la suite du banquet traditionnel.

## INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

### DE LA PATENTE

Le décret du 30 novembre 1934, lors de la limitation aux locaux professionnels de l'imposition de la patente, en avait fixé le taux au 1/10<sup>e</sup> de la valeur locative.

Aux termes d'un rectificatif publié au *Journal officiel* du 13 janvier 1935 (p. 399), le droit proportionnel fut fixé au 1/20<sup>e</sup> de la valeur locative des locaux professionnels pour la fraction de cette valeur n'excédant pas

4.000 francs pour Paris,

3.000 francs pour les villes de plus de 100.000 habitants.

2.400 francs pour les autres localités.

Ces dispositions viennent d'être à nouveau modifiées par un décret-loi pris en application de la loi du 8 juin 1935, publié au *Journal officiel* du 31 octobre 1935.

Désormais, le droit proportionnel sera ainsi fixé :

| Localités                                   | Fraction de la valeur locative         | Taux |
|---------------------------------------------|----------------------------------------|------|
| Paris                                       | comprise entre 0 et 4.000 fr. ....     | 1/20 |
|                                             | comprise entre 4.000 et 6.000 fr. .... | 1/10 |
|                                             | supérieure à 6.000 fr. ....            | 1/5  |
| Communes de plus de 100.000 habitants       | comprise entre 0 et 3.000 fr. ....     | 1/20 |
|                                             | comprise entre 3.000 et 4.500 fr. .... | 1/10 |
|                                             | supérieure à 4.500 fr. ....            | 1/5  |
| Communes de 100.000 habitants et au-dessous | comprise entre 0 et 2.400 fr. ....     | 1/20 |
|                                             | comprise entre 2.400 et 3.600 fr. .... | 1/10 |
|                                             | supérieure à 3.600 fr. ....            | 1/5  |

Si donc pour les petits et moyens loyers la situation est inchangée, pour la portion supérieure, suivant les localités, à 6.000 fr., 4.500 fr., 3.600 fr., il y aura une augmentation très sensible, puisqu'elle sera exactement du double.

Quant à la récupération des sommes perçues en moins, du fait de la limitation de l'impôt aux locaux professionnels, elle sera faite par une majoration des principaux fictifs servant de base aux calculs des centimes additionnels départementaux et communaux ; et ainsi, la patente, pour toutes les catégories, se trouvera indirectement augmentée ; mais cette augmentation ne représentera pour elle qu'une partie de la diminution de perception.

### DU LIVRE-JOURNAL

Nous avons toujours dit et répété que le livre-journal était sans intérêt pour l'administration et, par contre, présentait de très sérieux et de très graves inconvénients pour le Corps médical.

Une réponse à une question écrite de M. Jean Castagnez, parue au *Journal officiel* du 15 septembre 1935, page 2127, sous le numéro 13094, confirme en tous points ce qu'il était aisé de prévoir dans cette disposition.

Le contrôleur peut demander communication du livre-journal ; mais peut-il exiger que ce livre-journal lui soit apporté à son bureau par le médecin ; et si ce dernier s'y refuse, peut-il le taxer d'office ?

La réponse du ministre est très nette, aussi la reproduisons-nous textuellement :

« Aucune disposition légale n'obligeant les redevables de l'impôt sur les bénéfices des professions non commerciales à transporter chez leur contrôleur leur livre-journal, la vérification de celui-ci doit, en principe, être effectuée sur place. » Quant à la taxation d'office, en cas de refus du médecin, elle n'est pas admise par le ministre.

Ainsi donc, d'une part, l'utilité du livre-journal par le contrôle se trouve singulièrement diminuée, puisque le contrôleur devra se déplacer pour en prendre connaissance, et, d'autre part, ce sera pour lui une occasion de procéder à une vérification sur place, dans notre cabinet !

Tout cela pouvait être aisément prévu, et gouverner, c'est prévoir.

A. HERPIN.

### NOTES POUR L'INTERNAT (ORAL)

## DIAGNOSTIC DES ÉPISTAXIS

L'épistaxis, ou hémorragie nasale, est un symptôme. C'est dire que tout l'intérêt du diagnostic réside dans la recherche de la cause.

**Diagnostic positif.** — Il consiste :

1° *A reconnaître* une épistaxis. C'est facile lorsque celle-ci se traduit, comme c'est la règle, par un écoulement de sang par les narines :

Soit par une narine,

Soit par les deux narines, si l'épistaxis est abondante, ou si un caillot obstrue la première narine.

2° *A ne pas méconnaître* une épistaxis postérieure. Ici le sang s'écoule en arrière, dans le cavum, et c'est l'examen attentif de la cavité buccale qui montre le suintement de sang le long de la luette, ou sur la paroi postérieure du pharynx. Cette épistaxis rétro-nasale se fait souvent à l'insu du malade, jusqu'à ce que, sous l'influence du réflexe nauséux, il se produise un ou plusieurs vomissements de sang noirâtre.



---

**ANGINE DE POITRINE**  
**AORTITES**  
**ASTHME CARDIAQUE**  
**ARTÉRITES, ETC..**

---

**TRAITEMENT D'URGENCE**

DRAGÉES  
A  
NOYAU MOU  
DE

**TRINITRINE**  
**CAFÉINÉE**  
**DUBOIS**

**TRINITRINE**  
**PAPAVÉRINE**  
**LALEUF**

CROQUER

UNE DRAGÉE TOUTES LES 2 OU 3 MINUTES  
AU MOMENT OU EN PRÉVISION DES ACCÈS.  
MAXIMUM 10 DRAGÉES PAR 24 HEURES

---

**TRAITEMENT PRÉVENTIF**

DRAGÉES  
DE

**THÉOVÉRINE**  
**LALEUF**

3 A 6 DRAGÉES PAR 24 HEURES

CAPSULES GLUTINISÉES  
DE

**PAVÉRINOL**  
**LALEUF**

4 A 6 CAPSULES PAR 24 HEURES

SUIVANT PRESCRIPTION MÉDICALE

---

ÉCHANTILLONS ET LITTÉRATURE  
**LABORATOIRES LALEUF**  
20, RUE DU LAOS — PARIS (XV<sup>e</sup>)

---

Nouvelle adresse : 51, rue Nicolo, PARIS (XVI<sup>e</sup>).

Cliniquement, toute la gamme de gravité peut se voir, depuis :

- a) Le simple écoulement qui cesse vite,
- b) Jusqu'à l'épistaxis abondante, dramatique, qui dure malgré tout traitement : agitation, anxiété extrême du malade, apparition des signes de grave hémorragie : pâleur, soif intense, pouls filant, qui commandent la transfusion d'urgence.

**Diagnostic différentiel.** — Ne se pose pas. Cependant il faut savoir que les fosses nasales ne sont parfois qu'une voie de transit, quand, en réalité, la source du sang est dans le cavum.

En fait, ce qu'il faut en face d'une épistaxis :

a) C'est s'efforcer de préciser le siège de l'hémorragie par un examen au spéculum des fosses nasales. Cet examen est parfois difficile et même impossible si l'épistaxis est abondante. Il sera alors repris après l'arrêt de l'hémorragie.

b) C'est arrêter l'hémorragie ; et pour cela, la découverte du siège rendra de précieux services. Selon les cas :

- Simple compression des ailes du nez,
- Cautérisation au thermocautère,
- Attouchement au nitrate d'argent,
- Tamponnement méthodique et complet de toute la fosse nasale (enlever les mèches après 24 heures),
- Hémostatique,
- Transfusion parfois.

**Diagnostic étiologique.** — Trois ordres de causes :

- Causes locales,
- Causes générales,
- Traumatismes.

A. CAUSES LOCALES. — « En présence d'une hémorragie nasale, la première indication est de pratiquer la rhinoscopie. » (G. Laurens).

a) *Rupture de varices artérielles de la tache vasculaire de la cloison* : elle réalise l'épistaxis juvénile, la forme de beaucoup la plus fréquente (95 fois sur 100, d'après Laurens). C'est à elle qu'il faut penser chez un sujet jeune.

— Sa manifestation nécessite une cause extérieure, si minime soit-elle : coup de soleil, exercice violent, période des règles, dépression barométrique accentuée et brusque ; mal des montagnes ; de compression brusque chez les plongeurs.

— Elle n'est jamais abondante et grave. Elle s'arrête spontanément, mais repart à l'occasion d'un mouchage, d'un éternuement.

— L'inspection au spéculum de la tache vasculaire au niveau de la paroi antéro-inférieure de la cloison, révèle :

- Parfois, dans les cas nets, un point pulsatile ;
- Parfois une érosion superficielle, une varicosité en relief ;

— Souvent l'inspection est négative.

— « Mais il est un fait constant : sur cette plage en apparence si calme, le frôlement de l'extrémité du spéculum ou d'un tampon de ouate fait sourdre subitement une nappe hémorragique. » (Hautant).

*Nota.* — Si cette épistaxis juvénile se répète trop souvent, rechercher derrière elle une cause générale pouvant l'expliquer parfois.

b) *Tumeurs des fosses nasales.* — 1. *Bénignes* : polype saignant de la cloison qui se voit surtout chez la femme et donne des épistaxis répétées ;

- Polype des cornets ;
- Angiome.

2. *Malignes* ; y penser devant : des épistaxis répétées, des épistaxis dont le siège est anormal et situé à la partie pos-

téro-supérieure des fosses nasales. Les sarcomes saignent plus que les épithéliomes.

c) *Parfois la rhinoscopie fait découvrir d'autres lésions locales* : ulcère simple de Hajek sur la cloison ; lésions de tuberculose, de syphilis, de rhinite chronique.

B) CAUSES GÉNÉRALES. — a) *Affections cardio-vasculaires.* — 1. *L'hypertension avant tout.* Elle réalise l'épistaxis de la cinquantaine, et à cet âge-là, c'est la cause la plus fréquente des épistaxis. Chez un tel sujet, on doit systématiquement prendre la tension artérielle (l'épistaxis est en effet souvent la première manifestation de l'hypertension) ; rechercher l'existence de syphilis, du mal de Bright.

Elle réalise une épistaxis de :

*Grande abondance* : écoulement marqué de sang rouge, souvent pulsatile ;

*Spontanée*, sans cause extérieure, se produisant dans la seconde moitié de la nuit (ce qui l'oppose à l'épistaxis juvénile) ;

*De longue durée* : plusieurs jours.

Elle réalise une véritable saignée, et il est classique de dire qu'on ne doit pas la tarir tout de suite.

2. *Les affections mitrales*, où l'épistaxis relève de la stase veineuse.

b) *Maladies infectieuses* : épistaxis de début de certaines infections : fièvre typhoïde en particulier ; formes hémorragiques de maladies infectieuses.

c) *Affections hépatiques* : ictère grave ; l'insuffisance hépatique surtout est intéressante.

d) *Maladies du sang* : qui réalisent les « épistaxis dyscrasiques » ; hémogénie ; hémophilie, par l'étude des temps de saignement et de coagulation, la recherche du signe du lacet.

*Nota.* — L'épistaxis de l'hémogénie est spontanée ; celle de l'hémophilie survient toujours à l'occasion d'un traumatisme ;

— Le purpura ;

— Les leucémies, où les épistaxis revêtent souvent un caractère grave.

C. *Traumatismes.* — a) *Fracture de l'étage antérieur de la base du crâne*, et l'on sait que l'épistaxis est un bon signe localisateur ;

b) *Fracture des os propres du nez, de la cloison osseuse* ;

c) *Simple traumatisme nasal*, sans fracture (inflexion de la cloison) ;

d) *Epistaxis post-opératoires* : après intervention sur la cloison ou les cornets.

L'épistaxis peut survenir :

— Une heure après l'intervention : dilatation post-cocainique ;

— Le lendemain lors du déméchage ;

— Tardivement, et relève : soit de la chute d'une escarre ; soit, plus fréquemment, d'une infection secondaire de la plaie. Est alors très difficile à arrêter.

Telles sont les causes d'une épistaxis. Retenir deux grandes étiologies : la rupture de varices de la tache vasculaire chez le jeune ; — l'hypertension vers la cinquantaine.

J.-CH. GIRAUD.

**Acupuncture et médecine chinoise vérifiées au Japon**, par le docteur T. NAKAYAMA, traduction de T. SAKURAZAWA et G. SOULIÉ DE MORANT. Préface de G. SOULIÉ DE MORANT. Grand in-8° de 85 pages, avec 18 illustrations et graphiques. — Collection *Hippocrate*, en dépôt chez Le François.

Le Directeur-gérant : D<sup>r</sup> François LE SOURD.



**BRIANÇON**

1350 M.

d'Altitude

125 Chambres pour Dames  
et Jeunes Filles.Organisation sanatoriale  
et médicale moderne

Galeries de Cure privées

Train rapide & direct: PARIS-LYON  
Briançon • Autocars: GRENOBLE  
MARSEILLEMédecins Présidents: D<sup>rs</sup> M & O. PIN**Sanatorium Hôtel des NEIGES.**

Pastilles de  
**PANFLAVINE**  
 TRAITEMENT et PROPHYLAXIE des

A base  
de  
Trypaflavine

**ANGINES**  
rouges, pultacees,  
diphtheriques

**STOMATITES****MUGUET**

Innocuité absolue —  
Pas de contre-indications

EN BOÎTES DE 30 PASTILLES

LITTÉRATURE ET ÉCHANTILLONS  
EDMOND RIGAL & C<sup>o</sup>



26, Rue Vauquelin, 26  
PARIS (v<sup>e</sup>)

# ARMANITE

*Manganite d'Argent*

**BACTÉRICIDE**

**NON TOXIQUE**

**KERATOPLASTIQUE**

Suspension aqueuse (1% et 0,5%)

Ovules (gynécologie et urologie)

Pommade — Poudre

(ulcères, brûlures, infections cutanées)

LABORATOIRES DE L'ARMANITE : 1 & 3, VILLA SAINT-MANDÉ - PARIS (12<sup>E</sup>)

Téléphone :  
Diderot 00-53

LA MÉDICATION BROMURÉE  
DE CHOIX

# LE TRIBROMURE

du Docteur GIGON

LABORATOIRE des PRODUITS du D<sup>r</sup> GIGON

A. FABRE, Pharmacien

25, Boulevard Beaumarchais - PARIS

LA PREMIÈRE THÉRAPEUTIQUE NATURELLE

EN GASTRO-  
ENTÉROLOGIE



## Biomucine

la première préparation de mucine  
naturelle du mucus de l'estomac,  
l'anti-acide et le protecteur naturel  
de la muqueuse gastro-duodénale

**HYPERACIDITÉ - ULCÈRES**



## Entéromucine

la première préparation de mucine  
naturelle du mucus de l'intestin,  
le régulateur et le protecteur naturel  
de la muqueuse intestinale

**CONSTIPATION - COLITES**

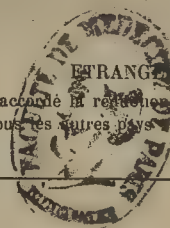
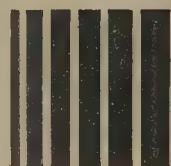
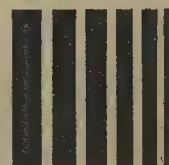
LABORATOIRES ROBERT ET CARRIÈRE

37, Rue de Bourgogne, PARIS, VII<sup>e</sup>  
A. TABART doct. es/sciences physiques



*La Lancette Française***GAZETTE DES HOPITAUX****CIVILS ET MILITAIRES****PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI****ADMINISTRATION ET RÉDACTION :****49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6°. Tél. : Danton 48-31.****PUBLICITE : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6°) - Téléph. : LITtré 54-93.****PRIX DE L'ABONNEMENT****FRANCE**

3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.

*Etudiants : 25 francs par an.**On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.*Pays ayant accordé le rétablissement de port : 65 francs.  
Tous les autres pays : 75 francs.**SOMMAIRE****TRAVAUX ORIGINAUX***OEdème aigu du poumon d'origine traumatique*, par M. Ch. LAUBRY, membre de l'Académie de médecine, et M. Jean COTTET.*Vue d'ensemble sur les cardiopathies rhumatismales*, par M. H. GRENET, médecin de l'hôpital Bretonneau.*Le cœur des scoliotiques*, par M. LANCE, assistant d'orthopédie à l'hôpital des Enfants-Malades.**ACTUALITÉS***Quinidine et quinine en thérapeutique cardiaque*, par M. R. LEVENT.**JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION**, par M<sup>e</sup> C. NATTAN-LARRIER.**CONGRÈS DE LA GOUTTE ET DE L'ACIDE URIQUE****PRATIQUE MÉDICALE****INTÉRÊTS PROFESSIONNELS****LIVRES NOUVEAUX****TRAITEMENT BIOCHIMIQUE  
DES  
ULCÈRES GASTRO-DUODÉNAUX****LARISTINE  
ROCHE**Solution à 4%  
Chlorhydrate HISTIDINE  
en Ampoules de 5<sup>cc</sup>**SÉDATION  
RAPIDE  
DE LA  
DOULEUR**Injection indolore  
intramusculaire ou sous-cutanée  
35 Frs la boîte de 6 Amp.**AUCUNE CONTRE-INDICATION**Produits F. HOFFMANN - LA ROCHE & C<sup>ie</sup> 10, Rue Crillon, PARIS (14<sup>e</sup>)

## INFORMATIONS

**LÉGION D'HONNEUR.** — Est nommé dans l'ordre de la Légion d'honneur :

**SANTÉ PUBLIQUE.** — *Au grade de chevalier.* — « M. Beaujard, électro-radiologiste chef de service à l'hôpital Bichat, à Paris; 46 ans de services civils et militaires. Médecin radiologiste des hôpitaux. A été victime de son dévouement à la science. » (*J. O.*, 16 nov. 1935.)

**MÉDAILLE D'HONNEUR DES ÉPIDÉMIES.** — *Médaille de vermeil.* — M. le médecin général Epaulard.

*Médaille d'argent.* — MM. le médecin commandant Peytraud, les médecins capitaines Doumenc et Tête.

*Médaille de bronze.* — MM. les médecins commandants Sarrelabout et Liébert, les médecins capitaines Dutrey et Dhers, le médecin lieutenant Boursiac.

**ASSOCIATION POUR LE DÉVELOPPEMENT DES RELATIONS MÉDICALES.** — Le Conseil d'administration communique :

L'Université de Téhéran demande pour sa nouvelle Faculté de médecine quatre professeurs agrégés pour enseigner les matières suivantes : pathologie interne, bactériologie, physiologie, anatomie.

M. Gendreau (de Montréal), qui vient de faire des conférences à Dublin sur la question du traitement du cancer, a parlé de l'A. D. R. M. dont il est membre, ce qui a amené le docteur Doolin (de Dublin), également membre de l'A. D. R. M., à demander la création en Irlande d'une filiale de l'A. D. R. M. comparable à la filiale canadienne.

A propos d'une communication sur le voyage d'études de 14 médecins suédois, invités à visiter nos stations thermales, M. Villaret exprime le regret de voir dépenser de grosses sommes d'argent pour de pareils voyages alors qu'on a supprimé la subvention qui, donnée annuellement aux V. E. M., permettait de faire visiter nos stations par 150 à 160 médecins.

M. Hartmann informe le Conseil que les échanges de publications entre la France et le Japon, décidés par le Comité médical franco-japonais, sont commencés. Trois articles français ont déjà été traduits et ont paru en japonais. Réciproquement nous avons reçu trois articles du Japon à faire paraître dans la Presse médicale française.

Election de nouveaux membres : MM. Bertier, Brun, Calvet, Delagenière, Holmgren, Jacques, Leroux, Mériel et Verhoogen.

**LA VÉRIFICATION DES DIPLÔMES.** — Rappelons que la loi du 26 juillet 1935 oblige tous les médecins et les chirurgiens dentistes à faire authentifier leur diplôme à la Préfecture de

leur département. (Cf. 1<sup>re</sup> Loi sur l'exercice de la médecine et de l'art dentaire, *Gaz. des hôpit.*, 3 août 1935, n° 62; 2<sup>o</sup> Décret du 8 novembre 1935 réglementant la vérification des diplômes, *Gaz. des hôpit.*, 16 nov. 1935, n° 92.)

Les médecins et les chirurgiens dentistes domiciliés dans le département de la Seine sont priés de faire déposer cette pièce au commissariat de leur quartier à Paris ou au commissariat de leur circonscription en banlieue après le 20 novembre et avant le 15 décembre au plus tard. Il leur en sera donné reçu. Leur diplôme ou titre leur sera restitué après examen par la commission.

## INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

ON DOIT PRENDRE L'AVIS DES SYNDICATS MÉDICAUX  
POUR LES NATURALISATIONS  
DE MÉDECINS ET D'ÉTUDIANTS EN MÉDECINE

La *Gazette des Hôpitaux* a publié le communiqué de l'Association Corporative des étudiants en médecine, sous la signature de son président André Domart, demandant au Garde des Sceaux, M. Léon Bérard, que les syndicats médicaux soient consultés au cours des enquêtes de naturalisation d'étudiants en médecine et de médecins.

Les syndicats médicaux sont en effet très bien placés pour renseigner les pouvoirs publics sur les sujets douteux candidats à une naturalisation ; ils possèdent un office de répression de l'exercice illégal de la médecine dirigé par un membre du bureau à qui est adjoint un conseiller juridique. Cet Office est en rapport avec le Parquet et lui donne tous renseignements en matière des cas d'exercice illégal qu'il lui signale.

C'est très souvent sur plainte dudit Office que le Parquet instruit les affaires de cet ordre et les poursuit. Qui mieux que le praticien, au milieu de sa clientèle, est à même de dépister ses concurrents malhonnêtes, charlatans et imposteurs ? Ceux-ci tombent fatalement dans les filets des syndicats s'ils persistent à faire des visites médicales, et tout faux docteur rentre dans la catégorie des imposteurs, sinon des charlatans.

D'autre part, les Conseils de famille des syndicats médicaux constituent, de par la loi des Assurances sociales, une juridiction officielle qui peut suspendre de ses fonctions médicales un praticien coupable d'abus en matière de soins aux assurés sociaux. On peut se rendre compte, par tous les faits énoncés ci-dessus, de l'autorité des syndicats médicaux, et l'on doit leur donner en conséquence un droit de regard sur les enquêtes de naturalisation pour pouvoir sélectionner moralement les nouveaux confrères d'origine étrangère qui n'ont ni nos mœurs, ni notre culture.

MAURICE MORDAGNE.

## RENSEIGNEMENTS

### MACHINES A ÉCRIRE

de bureau et portatives, neuves et d'occasion

*Underwood — Smith Premier — Royal*

*Remington — Japy — Erika.*

Atelier spécial de reconstruction. Dépannage en ville. Réparations de toutes marques. Travaux garantis. Fournitures papiers, rubans, carbonés.

MAISON J. PETIT, 80, avenue des Ternes, Paris (XVII<sup>e</sup>).  
Téléphone : Etoile 23-97.

A VENDRE DE SUITE. Hôtel part. av. jard. (faç. Midi). Conv. p. clin. 1 pavil. au fond, 2 rem., 130, av. du Roule, Neuilly.

Toux  
Oyspée

**IODEINE MONTAGU**

ANÉMIES  
DYSPEPSIES  
ANTITOXIQUE



DOSE: 4 à 6  
TABLETTES  
PAR JOUR

BIOXYDE DE MANGANESE COLLOÏDAL. SELS MANGNÉSIENS  
(Laboratoire SCHMIT, 71 Rue Sainte-Anne, PARIS. 2<sup>e</sup>)



LABORATOIRES DEGLAUDE  
15, BOUL<sup>e</sup> PASTEUR, PARIS (XV<sup>e</sup>)

MÉDICAMENTS CARDIAQUES  
SPÉCIALISÉS



**SPASMOSEDINE**  
SÉDATIF CARDIAQUE

**DIGIBAÏNE**  
TONIQUE CARDIAQUE

*Les 2 médicaments cardiaques essentiels*

# Traitement du Parasitisme intestinal

## par les Pyréthhrines (du Pyrèthre)

C. R. Acad. Sciences, p. 1847, 1923

C. R. Acad. Médecine, 24-4 1928

C. R. Soc. Thérapeutique, 9-5 1928

# CHRYSÉMINE

## Pyréthhrines Carteret

Sans contre-indications

Aucune toxicité

Dose quotidienne pour adultes :

**Ascaris, Oxyures, tous helminthes et protozoaires** = 5 Perles ou 150 Gouttes

Cure de 5 jours consécutifs à renouveler après 8 jours de repos (plusieurs dans le cas des oxyures).

**Trichocéphales et Tœnias** = 12 Perles ou 300 Gouttes

Cure de 2 jours consécutifs — diète préalable la veille du début de la cure.

Pour les enfants, abaisser ces doses suivant l'âge en commençant par 50 gouttes.

Perles glutinisées et gouttes — Prescrire { **CHRYSEMINE PERLES**  
**CHRYSEMINE GOUTTES**

Echantillons et Littérature :

Laboratoires CARTERET, 15, rue d'Argenteuil, PARIS (1<sup>er</sup>)



## PRATIQUE MÉDICALE

### CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU TRAITEMENT MÉDICAL DE L'ULCÈRE DE L'ESTOMAC : L'AMINO-ACIDOTHÉRAPIE (Chlorhydrate d'histidine-Laristine « Roche »).

Par M. le docteur MANDILLON.

Le régime alimentaire humain est constitué d'aliments d'origine animale ou végétale de trois catégories chimiques principales : les glucides ou hydrates de carbone, les graisses ou lipides, les protides ou albuminoïdes.

La ration alimentaire nécessaire à un organisme en protides a été appréciée de façon très différente suivant les auteurs.

Pendant très longtemps, il y a eu désaccord entre les divers physiologistes cherchant à déterminer la ration de protides minimum nécessaire à l'homme.

Suivant les différentes sources de protides employées, la ration alimentaire minimum nécessaire variait du simple au quintuple. Il a fallu les travaux relativement récents de Fischer, Hoffmeister, d'Alberhalden, Samuely, d'Osborne et Mendel, de Champy et P. Gley, de Kussel et Kuschner, pour montrer que les protides n'intervenaient pas globalement dans la nutrition de l'organisme, mais par leurs éléments, les amino-acides.

Ils sont, en effet, décomposés par les différentes diastases sécrétées par le tube digestif et ses glandes annexes, en leurs composants élémentaires, les acides aminés. Ces corps sont essentiellement caractérisés par la présence d'une fonction acide organique juxtaposée à une fonction amine primaire, secondaire ou tertiaire. Schématiquement, leur formule est :  $R-NH^2-R-COO\ H$ . La valeur dans les processus vitaux de la fonction  $NH^2$  a été bien mise en évidence, et à l'heure actuelle on tend à la considérer comme presque la fonction base des échanges organiques.

Les acides aminés ont un point iso-électrique et une constante de dissociation voisine de ceux des protides et des polypeptides formés par leur association.

L'absorption intestinale des protides et leur introduction dans le milieu intérieur se fait donc à ce stade d'acides aminés. La présence d'acides aminés au niveau de la muqueuse intestinale a été démontrée par de nombreux travaux, entre autres par ceux de Delaunay ; ils existent aussi dans le sang de la veine porte, mais disparaissent rapidement, la synthèse des albuminoïdes propres à l'organisme commençant presque dès l'absorption intestinale.

La valeur alimentaire des protides dépend donc de leur composition chimique, du nombre et de la qualité des acides aminés qui les forment.

Les travaux biologiques effectués pendant ces dernières années ont mis en évidence le rôle très important de certains acides aminés dans l'alimentation de l'organisme : lysine, cystine, proline, tryptophane, histidine, arginine, etc., etc. Des corps très voisins de la lysine, la leucine, la norleucine ou l'isoleucine, ne peuvent remplacer ce corps dans une ration alimentaire ; il en est de même des acides hydroxycaproïque, aminocaproïque et hydroxy-aminocaproïque, qui peuvent être considérés à divers points de vue comme générateurs de lysine dans l'organisme (Ginty, Lewis et Marvel).

Nous donnons cet exemple entre mille pour prouver la spécificité de l'action dans l'organisme d'un acide aminé. Il serait trop long ici de les rappeler tous.

Nous renvoyons à l'excellent ouvrage de Lecoq sur « Les Aliments et la Vie » pour voir les quantités nécessaires d'acides aminés dans la ration alimentaire.

De là à penser à une action thérapeutique de certains acides aminés, il n'y avait qu'un pas.

Depuis plusieurs années déjà, la peptono-thérapie était préconisée dans le traitement des maladies ulcéreuses du tube digestif, mais cette méthode était sujette à de nombreux échecs et, à cause de cela, avait été presque abandonnée. A part les plâtrages par poudres inertes à base de kaolin et de bismuth, le traitement médical de l'ulcère de l'estomac était, encore ces dernières années, basé sur la mise au repos de l'estomac, réalisée de façon parfaite par la mise en place d'une sonde duodénale du type de la sonde d'Einhorn. Les travaux récents de Weiss et Aron, inspirés par le professeur Fontès, et ceux de J. Lenormand, ont fait apparaître une nouvelle thérapeutique du traitement de l'ulcère gastro-duodénal par le chlorhydrate d'histidine.

Il est évident que la pathogénie des ulcères gastro-duodénaux est bien mal connue : à côté d'une origine infectieuse possible, certains auteurs ont fait jouer le rôle principal au traumatisme ; d'autres ont voulu y voir une maladie familiale ; d'autres enfin ont voulu voir, dans l'ulcère gastro-duodénal, une manifestation d'un trouble humoral ou d'une sorte de déséquilibre neuro-endocrinien ; cette dernière hypothèse nous explique les nombreux essais de thérapeutique de cette affection par des extraits glandulaires les plus divers.

Nous avons vu que le rôle important de quantités minimes d'acides aminés (ordre du centigramme par kilogr. de poids vif) a été démontré ces dernières années ; par exemple, 0,50 p. 100 de tryptophane suffit à rendre une ration de protéine capable de maintenir en équilibre le poids d'un animal (Osborne et Mendel) ; 0,81 p. 100 de lysine permettra la croissance de ce même animal. Certains acides aminés ont un rôle important dans la formation de l'hémoglobine et en tout premier lieu nous trouvons le tryptophane et l'histidine. Ces deux corps, ainsi qu'un autre corps voisin du dernier, l'histamine, ont été employés avec succès par Fontès, entre autres, dans le traitement de l'anémie.

Weiss et Aron ont eu l'idée d'étudier l'action de l'histidine dans les cas d'ulcération provoquée du tube digestif et ont constaté que l'administration par voie sous-cutanée, intradermique ou intramusculaire de faibles quantités de cet acide aminé à noyau imidazolique, avait pour effet d'empêcher l'apparition de l'ulcère expérimental ou, si celui-ci était déjà formé, d'amener sa disparition. Ces mêmes auteurs, en même temps que J. Lenormand, eurent l'idée d'appliquer cette thérapeutique à l'ulcère gastro-duodénal. Tout d'abord, ils commencèrent par employer une solution mixte de tryptophane et d'histidine, puis à l'heure actuelle, ils préconisent l'emploi de l'histidine seule.

Les résultats thérapeutiques sont très encourageants. J. Lenormand rapporte en 1934, dans le *Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques*, une quinzaine d'observations d'ulcères gastro-duodénaux cliniquement guéris par cette thérapeutique médicale. Dans un cas même il a pu vérifier pièces en main cette cicatrisation.

Castaigne et Chaumerliac, dans le *Journal Médical Français* de mars 1935, rapportent 19 cas avec un très bon pourcentage de guérisons. Ils n'ont eu d'échecs que dans les cas très avancés d'ulcères calleux et surtout d'ulcères calleux de la petite courbure.

J. Lenormand, dans ce même numéro du *Journal Médical Français*, rapporte sa statistique basée sur 18 cas personnels avec résultats très satisfaisants.

Il semble que l'organisme, sous l'action d'un apport supplémentaire d'histidine, se révèle capable de fournir un effort de cicatrisation, au moins au niveau de la muqueuse digestive, qu'il n'est pas capable de réaliser par ses propres forces.

Personnellement, depuis un an environ, nous avons eu à traiter quatre ulcéreux par l'amino-acido-thérapie. Nous avons utilisé la Laristine « Roche » par voie sous-cutanée



profonde ou intramusculaire. Les injections ont toujours été bien supportées, complètement indolores, sans réaction au niveau de la piqure.

La technique que nous avons employée est la suivante :

1<sup>o</sup> Série d'injections de 12 ampoules de 5 cc. de Laristine « Roche ». Une ampoule chaque jour en injection sous-cutanée ; repos de 5 à 10 jours ; puis 2<sup>o</sup> série d'injections de 10 à 12 ampoules de 5 cc. de Laristine. Une tous les deux jours. Au bout d'un mois à un mois et demi, troisième série de consolidation de 10 à 12 ampoules à jours passés.

Dans nos quatre cas personnels et dans plusieurs cas qu'il nous a été permis de suivre autour de nous, nous avons observé la disparition assez rapide des douleurs, à l'inverse de ce que disent MM. Castaigne et Chaumerliac ; du mieux est signalé par les malades, dans un de nos cas (ulcère du duodénum avec mœlena persistant) dès la deuxième injection, la couleur marc de café des selles avait disparu, la reprise du poids au bout d'un mois de traitement était de 4 kilogrammes.

Les signes morbides ont disparu et depuis bientôt un an, ils ne se manifestent plus. Cette jeune femme a pu reprendre son activité et exerce son métier sans interruption.

Dans un autre cas, ce ne fut qu'après la neuvième injection que le mieux se fit nettement sentir, et il se maintient depuis.

Il semble que nous ayons en mains un bon agent de traitement, peut-être même de traitement étiologique de l'ulcère gastro-duodénal.

Devant la gravité, malgré tous les perfectionnements réalisés, des opérations sur le tube digestif, nous croyons qu'il est raisonnable de préconiser la médication par l'histidine (laristine) dans les cas d'ulcère gastro-duodénal.

Pour l'intérêt du malade, la chirurgie ne doit venir qu'après un traitement médical ; si ce traitement échoue, il faudra recourir au bistouri.

Le traitement par la laristine n'a pas la prétention de guérir le cancer ou l'ulcère-cancer de l'estomac. Pour l'appliquer à bon escient, il faut donc avoir fait un diagnostic précis et bien éliminer ces deux affections. On retrouvera ici encore ce vieux dicton médical : « Le médicament vaut ce que vaut le médecin. »

#### L'ATTITUDE DU CORPS MÉDICAL EN FACE DE L'ASSURANCE-MALADIE

L'Assurance maladie recommence à faire parler d'elle à l'occasion d'un contrat qu'une de nos plus grandes Compagnies d'assurances vient d'offrir au public. Il ne s'agit pas ici de juger le contrat d'assurance-maladie en lui-même et l'accueil que le public lui réservera est une question toute différente de celle que nous voudrions traiter.

La question posée est celle-ci : le corps médical peut-il être favorable ou défavorable à ce genre de contrat ? Ses intérêts moraux ou matériels sont-ils pour ou contre ?

Nous avons entre les mains un exemplaire de ce contrat. Il serait trop long de l'analyser en détail. Essentiellement la Compagnie offre à l'assuré de le couvrir moyennant un tarif forfaitaire contre les risques de frais médicaux, pharmaceutiques, opératoires, de clinique ou d'hôpital et de sanatorium dans les conditions suivantes :

Libre choix du médecin.

Remboursement des frais suivant des tarifs fixés d'avance et indépendants de la somme payée au médecin.

Relations uniquement entre l'assurance et l'assuré.

Le médecin voit donc s'élever le crédit de son client qui peut se faire rembourser par son assurance ; ses intérêts matériels ne peuvent qu'en bénéficier. Mais moralement, n'est-il pas à craindre que le malade ne vienne visiter son

médecin sans véritable besoin ? C'est là un danger illusoire pour deux raisons : la première, c'est que la Compagnie ayant prévu cet abus, se réserve chaque année, le droit de dénoncer, avec un mois de préavis, le contrat. La deuxième, c'est que le tarif établi, tout en étant très libéral, ne couvre généralement pas la totalité des débours. Et de plus, la somme totale des remboursements est limitée.

Sans doute un tel contrat n'intéresse-t-il pas tous les clients habituels des médecins. Les classes riches, dont on ne peut pas dire qu'elles soient toujours très exactes dans le règlement des honoraires, ne seront pas intéressées à couvrir, moyennant forfait, un risque qu'elles peuvent facilement supporter. Même le risque d'opération grave ne peut pour elles imposer sans discussion un abonnement annuel, tel qu'il se présente dans ce contrat. D'autre part, les classes pauvres bénéficient maintenant d'un système d'assurances sociales qui tient la place d'une pareille convention. Restent les classes moyennes. On sait quelles épreuves elles traversent dans la situation économique actuelle. On sait aussi quels drames familiaux constitue pour leurs ressources limitées une dépense importante et imprévue dans un budget équilibré avec tant de difficulté. Franchement, ce sont ces classes qui doivent être intéressées. Cet abonnement, cette assurance étalent pour ainsi dire et normalisent les effets d'attaques soudaines de maladies. Les familles éviteront par là de perdre d'un coup les économies si péniblement amassées ou de recourir, ce qui est pire, à un emprunt secret, pour payer sans un jour de retard tous les frais de la maladie. Il est à peine besoin d'insister sur la nécessité sociale de venir en aide à ces admirables classes moyennes, le foyer le plus certain de l'honnêteté, du travail et de l'épargne française.

Dans la mesure même — et cette mesure est importante — où elles bénéficient du contrat nouveau pour se libérer d'un risque de défaillance pécuniaire et pour écarter de trop humaines hésitations devant la visite ou l'opération nécessaires, la classe moyenne et le corps médical se voient protégés, et la santé publique ne peut qu'en bénéficier.

Il semble donc que le corps médical ne trouve pas d'objections contre la généralisation d'un mode d'assurance qui le garantit contre les difficultés sans cesse croissantes de recouvrement.

**L'examen du malade. Guide clinique de l'étudiant et du médecin. Médecine, chirurgie, obstétrique, neurologie et spécialités (1),** par MM. P. DELMAS, G. GIRAUD, E. JEANBRAU, E. LEENHARDT, J. MARGAROT, V. RICHE, L. RIMBAUD, J. TERRACOL, H. VILLARD, professeurs à la Faculté de Médecine de Montpellier.

Ce petit livre ne constitue pas un ouvrage de séméiologie ni de diagnostic.

Ses auteurs ont voulu simplement donner des cadres faciles à retenir, d'abord pour interroger et examiner un malade, ensuite pour rédiger son observation, enfin pour exposer son cas dans une épreuve de scolarité ou de concours.

Ces canevas sont assez souples pour être utilisés dans n'importe quel domaine clinique. Et rien ne sera profitable au futur praticien comme de rédiger, sur les données réunies dans ce petite guide, l'examen d'un cardiaque, d'un hépatique, d'un néphrétique, d'un anémique, d'un fracturé, d'un pottique, d'un hématurique, etc.

Pour éviter au lecteur de perdre du temps en recherches, un chapitre qui termine ce volume réunit les précautions à prendre dans les prélèvements à envoyer au laboratoire, les indications des différentes analyses et les principales constantes chimiques et biologiques.

(1) In-8 de 318 pages. — Prix : 30 fr. — Paris, Masson et C<sup>ie</sup>



Huile non Caustique

# LENIFÉDRINE

Huile Végétale Antiseptique

à l'Oléate d'Éphédrine

---

|                  |   |        |         |
|------------------|---|--------|---------|
| SPÉCIFIER DOSAGE | { | FAIBLE | 0.50 %  |
|                  |   | FORT   | 1 gr. % |

---

ÉCHANTILLONS :  
L. GAILLARD, Pharmacien  
26, Rue Pétrelle, Paris (9<sup>e</sup>)

*Se fait en*  
*Solution et en Rhino-Capsules*

**ASTHMES, BRONCHOSPASMES CATARRHAUX ET EMPHYSÉMATEUX**

Rhume des foins, Enurésie, Hoquet, Etats de choc, Mal de mer, etc...

**ÉPHÉDRINE naturelle BÉRAL****Produit  
français  
intégral****Pour prévenir  
les accès  
ou les chocs**

Asthme simple  
Asthme avec  
hypocardiotonie  
Asthme rebelle  
ou avec insomnie  
Asthme infantile  
Pour doses  
fractionnées  
  
Pour voie  
sous-cutanée  
ou intra-veineuse

**ÉPHÉDROÏDES BÉRAL**

Comprimés d'Ephédrine naturelle à 3 cg.

**EPHÉDRAFÉINE BÉRAL**

Comprimés d'Ephédrine caféinée à 3 cg.

**EPHÉTROPINÉ BÉRAL**

Comprimés d'Ephédrine-hyosciamine barbiturique à 3 cg.

**EPHEDROMEL BÉRAL**

Sirop à 1/2 cg. d'Ephédrine par cuillerée à café.

**GRAINS D'ÉPHÉDRINE BÉRAL**

A 1 cg. d'Ephédrine naturelle par grain.

**ÉPHÉDRAMPOULES BÉRAL**

Ampoules dosées à 3 cg. d'Ephédrine naturelle par cc.

**EPHÉDRAFÉINE injectable BÉRAL**

Ampoules dosées à 3 cg. d'Ephédrine caféinée par cc.

**SPARTOPHÉDRINE BÉRAL**

Ampoules à 3 cg. d'Ephédrine et 5 cg. de Spartéine par cc.

1 comprimé  
le matin  
et 1 à 3 comprimés  
dans les 2 heures  
précédant l'accès

1 à 8 suivant l'âge

3 à 12 par jour

1 à 3 cc

**Pour les juguler  
Entre les accès****ADRÉPHÉDRINE BÉRAL**Ampoules avec 1/4 mg. d'Adrénaline + 2 cg. d'Ephédrine par centicube  
1 à 4 cc. sous-cutanés - Débuter par 1 cc.**ÉPHÉIODINE BÉRAL** Elixir à 3 cg. d'Ephédrine iodurée p. cuil. café - 1 cuil. café le matin et avant l'accès.**ÉPHÉDRISOL BÉRAL** Hydrolat d'Ephédra à 3 0/0 d'Ephédrine.**OLÉOPHÉDRINE BÉRAL** Huile d'Ephédra à 2 0/0 d'Ephédrine.**RHINODROPS** Capsules nasales à l'Huile d'Ephédra pour instiller matin et soir**NASOPHÉDRINE BÉRAL** Pommade nasale à 3 0/0 d'Ephédrine.**ÉPHÉDROPRISES BÉRAL** Poudre à priser à 3 cg. d'Ephédrine par prise.**Associer  
l'asthmothérapie  
nasale avec :**

Pour pulvérisations nasales  
avec l'Ephédriseur Béral

**LABORATOIRE DE L'ÉPHÉDRINE BÉRAL, 194, RUE DE RIVOLI, PARIS****BRIANÇON**

1350m.

**d'Altitude****125 Chambres pour Dames  
et Jeunes Filles.****Organisation sanatoriale  
et médicale moderne  
Galeries de Cure privées****Train rapide & direct: PARIS-LYON  
Briançon • Autocars: GRENOBLE  
MARSEILLE***Médecins Présidents: D<sup>rs</sup> M. & O. PIN***Sanatorium Hôtel des NEIGES.**



## ŒDEME AIGU DU POUMON D'ORIGINE TRAUMATIQUE

Par MM. CH. LAUBRY et JEAN COTTET.

Bien que le mécanisme de l'œdème aigu du poumon soit complexe, et que de nombreux facteurs président à sa production, les uns mécaniques, les autres toxiques, en prenant ce terme d'intoxication dans son sens le plus compréhensif, les autres nerveux, il y a toujours à la base d'une crise d'œdème un facteur prédominant qui la caractérise étiologiquement. Dans cet ordre d'idées, ce qu'un tel symptôme évoque dans l'esprit, le plus souvent, c'est une altération cardiovasculaire, disons le mot, une hypertension artérielle ou une lésion aortique, compliquée de défaillance ventriculaire gauche. Beaucoup plus rarement, on pense à une autre variété de cardiopathies ou à un œdème infectieux. Enfin, plus rarement encore, on évoque l'idée d'un œdème toxique, d'un œdème a vacuo, ou d'un œdème nerveux. L'étiologie que nous avons été obligés d'invoquer à l'occasion d'une observation récente, c'est-à-dire le traumatisme, nous engage à la relater d'une façon aussi complète et détaillée que possible. D'ailleurs, il n'y a pas seulement chez elle la rareté clinique, qui soit en jeu, ou la bizarrerie de la cause initiale. Elle constitue d'après nous une véritable expérience destinée à montrer l'importance du système nerveux dans le mécanisme ou dans la pathogénie de la crise d'œdème.

Le 25 octobre 1934 entre dans notre service à l'hôpital Broussais, un homme de 50 ans, en proie à une dyspnée intense. Sa respiration superficielle, d'une fréquence exagérée, le laisse incapable de s'exprimer ou de donner un renseignement quelconque. Il est assis dans son lit, le teint pâle, les lèvres cyanosées, le corps baigné de sueurs froides. En s'approchant de lui on entend à distance, sans poser l'oreille sur sa poitrine, de gros râles d'origine trachéale, semble-t-il, et on devine l'envahissement de l'arbre respiratoire tout entier par une abondante exsudation.

L'examen thoracique confirme cette impression. Contrastant avec une sonorité conservée, se perçoit dans toute la région de la poitrine une véritable pluie de râles : les uns à grosses bulles, les autres sous-crépitaux et crépitaux. Le malade n'expectore pas, mais une sérosité affleure au coin des lèvres. Le pouls est rapide et bien frappé. Au travers de ce véritable bruit de tempête, il est impossible d'ausculter le cœur. D'ailleurs nous n'en prenons pas le temps. La crise d'œdème est si évidente, l'état si grave et si éloquent, que, sans prendre le temps de mesurer la tension artérielle, nous pratiquons une saignée de 400 cm<sup>3</sup>, suivie d'une injection intra-veineuse de cardibaïne, et d'une injection sous-cutanée de chlorhydrate de morphine à 0,01 gr.

Quelques heures après, nous apprenons par l'entourage du malade qu'il a toujours été bien portant, que deux jours avant ce drame pulmonaire et son entrée à l'hôpital il est tombé d'une hauteur de cinq mètres, le choc portant sur la tête et l'épaule droite. D'ailleurs, revenant auprès du malade, le trouvant plus calme, et dans un état permettant une explora-

tion plus détaillée, nous constatons une fracture de la clavicule droite et une ecchymose de la région temporale du même côté. Il n'y a pas de fracture de côte, tout au moins l'exploration minutieuse du thorax n'en révèle pas, mais il existe une douleur intense à droite, dans la région thoracique externe.

Le mieux s'accroît rapidement. Au bout de trois heures, la tension artérielle est de 20-8 ; le pouls reste rapide. Toutefois, une heure plus tard, nous sommes appelé auprès du malade en proie à un nouveau paroxysme. La dyspnée est redevenue atroce, angoissante. La respiration est superficielle ; les mêmes râles trachéaux sonores, entendus à distance, et qui avaient disparu, sont à nouveau présents. Le malade est trempé de sueurs froides ; le pouls est imperceptible, et la mort paraît imminente. Nous pratiquons, en désespoir de cause, une nouvelle saignée de 400 cm<sup>3</sup>, une nouvelle injection de cardibaïne et de chlorhydrate de morphine et les faisons suivre d'injections d'huile éthérée camphrée toutes les deux heures.

A notre grand étonnement le calme semble s'établir. La nuit se passe mieux que nous ne l'avions espéré. L'interne de garde n'est pas appelé auprès du malade et à la visite du matin on le trouve franchement amélioré. Il a le faciès légèrement vultueux, mais la respiration est plus facile malgré un encombrement de la poitrine. La température est à 38°5. Des sueurs abondantes baignent tout le corps, et la tension artérielle est descendue à 13,5-8, le pouls bien frappé bat à 90.

La sédation des troubles fonctionnels permet d'ailleurs une exploration minutieuse du thorax. On ne trouve nulle part de foyer de matité ; la sonorité est normale. Il existe à la base des râles sous-crépitaux, quelques râles ronflants et sibilants, mais tous sont disséminés inégalement dans les deux régions thoraciques. En d'autres termes, il n'existe aucun foyer. L'expectoration est peu abondante, légèrement mousseuse, sans caractère.

L'amélioration d'ailleurs persiste, d'une façon lente mais progressive. La température, pendant 4 à 5 jours, oscille entre 37,5 et 38, bien que l'auscultation devienne normale. C'est à cette période qu'on peut soumettre le malade à d'autres examens que l'auscultation pulmonaire. On trouve un cœur normal, aussi bien à l'auscultation qu'à l'examen radiologique et électrographique. La tension reste stabilisée à 15-8,5. Les réflexes rotuliens et achilléens sont abolis. Par contre, les pupilles réagissent normalement à la lumière et à la distance. La pression des masses musculaires des mollets est douloureuse. Il y a un léger tremblement des extrémités ; et en rapprochant ces signes d'une hypertrophie caractérisée par un débord du foie au-dessous des fausses côtes d'environ trois cm., de l'état délirant qui faisait partie de la sémiologie fonctionnelle pendant les premiers jours de l'hospitalisation, nous concluons à une forte imprégnation éthylique.

L'azotémie est de 0,25 ; elle était au début de 0,29 sur le sérum de la première saignée. Les urines n'ont jamais présenté ni albuminurie ni glycosurie. L'épreuve de diurèse provoquée de Vaquez et Jules Cottet est normale. La réaction de Bordet-Wassermann est négative dans le sang et dans le liquide céphalo-



rachidien. Ce dernier est d'ailleurs normal au point de vue chimique et cytologique.

Au bout de quelques semaines, le malade quitte l'hôpital complètement guéri. Nous le revoyons 6 mois après la crise, et son état reste parfait. Son cœur est en particulier normal ; sa tension s'est maintenue à 14-8. Il a repris sans fatigue et sans incident son dur métier de jardinier.

*En résumé*, un sujet éthylique, sans antécédents pathologiques, sans altération cardiaque, vasculaire ou rénale, fait à la suite d'un traumatisme céphalique et scapulaire une crise d'œdème aigu d'une violence extrême, qui cède à la thérapeutique classique, et se termine par une guérison définitive.

\*  
\*\*

Soulignons tout d'abord cette guérison heureuse et sans séquelles, en dépit de l'allure suraiguë de la crise et d'une gravité telle que la mort nous paraissait fatale. Rappelons également notre étonnement d'avoir trouvé vivant au bout de 24 heures un malade que nous avions laissé la veille moribond, et qui avait paru ne pas obéir à une première et vigoureuse tentative thérapeutique. Il est impossible de ne pas rapprocher cette issue imprévue et heureuse des constatations négatives faites une fois l'orage passé. Il est indéniable que l'absence de toute tare organique, de toute lésion de l'appareil cardio-vasculaire ou rénal, explique en partie cette guérison quasi miraculeuse. Mais dès lors reste à discuter l'étiologie de cet œdème aigu, et à cet égard il était difficile de ne pas établir un lien de causalité entre l'accident paroxystique et le traumatisme important subi quarante-huit heures auparavant. Mais s'il s'agissait d'œdème traumatique, restait à préciser par quel mécanisme le traumatisme avait provoqué l'apparition de l'œdème pulmonaire.

Il était assez tentant, étant données la courbe thermique, la contusion thoracique, voire même la fracture claviculaire, d'invoquer une congestion pulmonaire ou une pneumonie traumatique, qui aurait été le noyau et le point d'appel d'un œdème aigu, dans le genre de ceux que les travaux de Caussade et de Mithit (1) et de Caussade et Tardieu (2) nous ont appris à connaître. Mais, outre que le tableau n'était pas celui d'une pneumonie véritable, qu'aucun foyer ne put jamais être mis sérieusement en évidence, que l'expectoration était absente, que la fièvre, somme toute, était modérée et ressemblait beaucoup plus à ces fièvres post-œdémateuses, si fréquentes pendant les quelques jours qui suivent l'accès, que, enfin, l'examen de la mousse expectorée était en réalité peu concluant, force nous était d'éliminer l'infection pour expliquer cette crise à la fois subite et transitoire.

Le côté infectieux paraissant être ainsi au second plan, le côté mécanique cardio-vasculaire étant absent, force était de nous rabattre sur l'élément nerveux. Dès lors notre observation prenait place à nos yeux dans le cadre de ces œdèmes névropathiques qui viennent à l'appui de faits expérimentaux pour affirmer la participation importante du système vasomoteur, depuis la périphérie jusqu'aux centres, dans le mécanisme de l'œdème aigu du poumon.

A vrai dire, les cliniciens l'ont toujours soupçon-

né. La brusquerie de l'accident, son évolution rapide, son caractère souvent éphémère, ont inspiré depuis longtemps à Bouveret sa théorie angio-neurotique et à Huchard ses interventions éloquentes en faveur de l'œdème vaso-moteur. Mais des faits précis, concernant les réactions subites, œdémateuses, du poumon, au cours des lésions du système nerveux forment un faisceau de preuves cliniques autrement péremptoires. Sans les rappeler dans leur totalité, il n'est besoin que de signaler les œdèmes aigus au cours du tabès (Morel-Lavallée), des myélites (Fournieu et Jaccoud) (3), et plus récemment des encéphalites, comme l'ont signalé Fernand Bezançon, Etienne Bernard, de Gennes et Delarue (4), Clovis Vincent et Etienne Bernard (5). Il en est d'autres, indubitables, dans les crises d'épilepsie (Rotier et Langeron) (6), dans l'hémorragie méningée (Gernez et Marchandise) (7), Antonini et Biancalani (8), chez les blessés cérébraux (Moutier) (9). On conçoit qu'à la faveur de ces étiologies indiscutables et vérifiées, on puisse admettre que la pure émotivité, disons la neurotonie, soit capable de produire une crise d'œdème. L'un de nous (10), ainsi que Doumer, en a rapporté de curieux exemples (11).

L'expérimentation prête son appui à cet ensemble impressionnant. Il serait également fastidieux d'en faire la bibliographie complète. On trouvera les expériences les plus remarquables consignées dans le beau livre de Frugoni (12). Retenons seulement la possibilité de provoquer l'œdème par ligature des carotides en amont des sinus (Sigmund Mayer (13) et Meurers) (14), soit par ischémie de l'encéphale, soit par excitation de la région sinusale et répercussion de cette excitation directement sur les plexus pulmonaires. Mentionnons également l'opinion de Krogh (15) qui invoque un certain parallélisme entre la dilatation des capillaires et leur perméabilité. Certaines substances agiraient électivement sur l'un des deux facteurs, et Krogh, après constatation expérimentale, pense que le sympathique cervical a des fibres qui agissent électivement sur la perméabilité des capillaires. Si l'on songe dès lors aux rapports anatomiques des capillaires pulmonaires que Laubry et Tzanck (16) ont récemment rappelés, capillaires dépourvus de fibres musculaires, exposés à l'air libre, on saisit la facilité avec laquelle, sous l'influence d'une excitation, se produit l'inondation intra-alvéolaire.

Enfin le rôle du système nerveux n'est pas simplement prouvé par des effets de surexcitation, mais encore par les répercussions de son inhibition. Glass (17) a nettement mis en évidence le rôle inhibiteur du système nerveux central sur l'œdème adrénalinique en détruisant, soit la corticalité, soit les corps striés, soit le thalamus, soit surtout en provoquant la section de la moelle au niveau des 7° et 8° cervicales. Les mêmes effets ont été obtenus par Boggian (18) par extirpation bilatérale du ganglion étoilé, par Frugoni et Meli (19) par l'action paralytique sur le vague de certaines substances du genre de la papavérine, du chloral, de l'atropine, etc...

\*  
\*\*

Que conclure de cet amas de preuves dont nous n'extrayons que la substance, et dont nous ne signa-



lons que la principale, sinon que l'œdème d'origine purement nerveuse peut être admis presque comme un dogme, et qu'ainsi, devant la carence manifeste des autres causes, il est logique de rapprocher notre observation des faits cliniques et expérimentaux auxquels nous avons fait allusion. Certes, le mécanisme intime des accidents œdémateux n'en reste pas moins obscur. Dans un traumatisme violent où la commotion a porté sur l'organisme tout entier, il est difficile de dire le point particulièrement frappé, il est difficile de savoir d'où est partie la mise en branle de l'excitation nerveuse qui a eu l'œdème comme résultante.

Faut-il invoquer le mécanisme que Laubry et Tzanck mettent à la base des œdèmes aigus du poumon avec hypertension paroxystique, syndrome qu'a réalisé pleinement notre malade, et qui aurait son point de départ dans un déséquilibre de la circulation de retour. Dans ce cas, le point de départ aurait été une vaso-constriction abdominale, provoquant l'irruption subite de la masse sanguine hors de ses réservoirs de secours dans la circulation générale, alors que les barrages régulateurs, en particulier le foie, manquent brusquement à leur rôle protecteur (Fauvert) (20).

Faut-il parler d'une contusion thoracique, ayant provoqué à la fois un ébranlement vaso-moteur et la perméabilité des capillaires pulmonaires ? Faut-il enfin assimiler l'œdème constaté à ces accidents d'œdème pulmonaire ayant leur origine dans la commotion cérébrale ? Il est difficile de le dire, de même qu'il est illusoire de rendre responsable, soit le système végétatif excitateur, soit le système inhibiteur, l'un ou l'autre pouvant également, sous l'influence de la commotion, subir une action irritative ou paralytique.

Il l'est peut-être moins d'établir un parallélisme entre les œdèmes pulmonaires traumatiques et les œdèmes cérébraux traumatiques, où les mêmes solutions paraissent s'imposer. Nous faisons allusion aux cas signalés par Patel, puis par le rapport de Lenormant, Pierre Wertheimer et Patel (21) où force est d'adopter une action vaso-motrice, et de repousser une théorie purement mécanique. Au moment du choc, et pendant la première période qui le suit, il y aurait un spasme vasculaire qui, au bout de quelques minutes, de plusieurs heures, et même au bout d'un temps plus prolongé, suivant les cas, ferait place à une vasodilatation entraînant l'œdème cérébral. A l'état de congestion transitoire succède un aspect vernissé, gélatineux de la pie-mère et du cortex, à la surface duquel vient sourdre une rosée transparente, une quantité impressionnante de gouttelettes finies de liquide céphalo-rachidien. Ne reconnaît-on pas là la description de l'œdème alvéolaire ? N'y a-t-il pas dans cette transsudation tardive, dans cet œdème commotionnel à retardement, une raison d'en appliquer le mécanisme à l'œdème aigu traumatique, tel qu'il s'est présenté chez notre malade ?

#### BIBLIOGRAPHIE

- (1) CAUSSADE, J. MILHIT et S.-I. DE JONG. Œdème aigu du poumon au cours d'infections pulmonaires, *Bull. et Mém. Soc. méd. hôp. de Paris*, N° 6, 1906, p. 160.

- (2) CAUSSADE et TARDIEU. Œdèmes et congestions pulmonaires (Alcan, édit.).
- (3) FOURNEAU. De l'œdème aigu. *Th. Paris*, 1897-98.
- (4) FERNAND BEZANÇON, Et. BERNARD, L. DE GENNES et DELARUE. Œdème aigu du poumon mortel au cours d'une encéphalite. *Bull. et Mém. Soc. méd. hôp. de Paris*, juillet 1932, p. 1273.
- (5) CLOVIS VINCENT et Et. BERNARD. Œdème aigu pulmonaire actif dans l'encéphalite, *Bull. et Mém. Soc. méd. hôp.*, Paris, 1922, p. 1181.
- (6) ROTIER. Œdème aigu du poumon considéré comme équivalent de l'épilepsie, *Th. Montpellier*, 1931-32.
- (7) GERNEZ et MARCHANDISE. Œdème aigu du poumon au cours d'une hémorragie méningée. *Soc. de méd. du Nord*, 2 février 1932.
- (8) ANTONINI et BIANCALANI. E. P. A. nei traumatizz. sul cranio, *Arch. antrop. crimin.*, 1927, p. 47.
- (9) MOUTIER. Œdème aigu du poumon chez les blessés craniocérébraux, *Presse méd.*, 1918, p. 108.
- (10) Ch. LAUBRY. *Séméiologie cardio-vasculaire*. Doin, édit.; — Sur les causes et le mécanisme de l'œdème aigu du poumon, *Arch. de méd. gén. et colon. de Marseille*, déc. 1932, p. 529-541.
- (11) Ed. DOUMER. L'œdème aigu du poumon, *Pratique médicale illustrée*, Doin, édit.
- (12) FRUGONI, MELLI, PESERICO et LUISADA. *L'edema polmonare acuto* (Luigi Pozzi, édit. Roma).
- (13) SIGMUND MAYER. Cité in FRUGONI.
- (14) MEURERS. Legat. carot. *Etschr. f. exp. med.*, 1925, v. 40.
- (15) KROGH. *Klin. Woch.*, 25 avril 1927.
- (16) LAUBRY et TZANCK. Circulation de retour ; étude physiologique et pathogénique, *Presse méd.*, 23 mai 1932.
- (17) GLASS. *Arch. f. exp. path.*, 1920, v. 85, p. 127.
- (18) BOGGIAN. *Min. medica*, 15 déc. 1929.
- (19) FRUGONI et MELLI. *Loc. cit.*, au N° 12.
- (20) FAUVERT. Le foie vasculaire, *Th. Paris*, 1935, Arnette, édit.
- (21) LENORMANT, WERTHEIMER et PATEL. Rapp. du XLII<sup>e</sup> Congr. fr. de Chir., Paris 1933.

**La Radiothérapie des syndromes organo-végétatifs. Sympathicotonies, vagotonies, amphotonies (1),** par L. DELHERM et Henri BEAU, médecins électro-radiologistes des Hôpitaux de Paris. Préface du professeur LAIGNEL-LAVASTINE.

L'objet de ce livre est strictement limité à une question de thérapeutique ; néanmoins, les auteurs font un rappel anatomo-physiologique.

La technique est précisée, aussi bien pour la radiothérapie moyennement pénétrante de l'axe rachidien que pour la radiothérapie superficielle ou les irradiations périphériques. En effet, dans la radiothérapie du sympathique, il faut chercher à provoquer une modification fonctionnelle en évitant l'action destructrice sur les tissus, cette radiothérapie doit donc n'utiliser que les doses minima suffisantes pour redresser la fonction sans léser l'organe.

Puis sont successivement étudiés les syndromes tégumentaires, cardio-vasculaires, nerveux, endocriniens, respiratoires, digestifs et complexes, dans lesquels le clinicien relève des facteurs sympathiques.

Une bibliographie méthodique termine l'ouvrage.

On appréciera l'utilité de ce petit livre qui permettra l'application précise d'une thérapeutique reconnue efficace dans la plupart des affections ou des troubles d'origine neuro-végétative.

L. G.

- (1) Collection Médecine et Chirurgie pratique. Un volume de 158 pages. — Prix : 22 fr. — Paris, Masson et C<sup>ie</sup>.

## VUE D'ENSEMBLE SUR LES CARDIOPATHIES RHUMATISMALES

Par M. H. GRENET.

Les travaux poursuivis depuis plusieurs années ont quelque peu modifié et complété nos idées relatives aux manifestations cardiaques du rhumatisme articulaire aigu, mieux nommé maladie rhumatismale, puisque les symptômes articulaires n'y sont pas constants.

J'essayerai, dans ce court article, de mettre en valeur quelques points dignes d'intérêt.

**Epoque d'apparition.** — Les complications cardiaques dont on sait la fréquence et la gravité particulières chez les enfants, se produisent presque toujours, comme l'a remarqué Findlay, lors de la première ou de la seconde atteinte de rhumatisme : y a-t-on échappé jusque-là, et l'on a bien des chances d'avoir le cœur épargné lors des récurrences ultérieures.

C'est d'ordinaire entre le sixième et le quinzième jour de l'attaque articulaire que se manifestent les troubles cardiaques. Ils sont quelquefois plus tardifs (jusqu'au trentième ou quarantième jour) ou au contraire plus précoces. Les anciens auteurs avaient déjà signalé leur précession possible par rapport aux symptômes articulaires. Il existe même des formes cardiaques pures, sur lesquelles j'ai insisté en décrivant les formes viscérales du rhumatisme : le développement d'une endocardite au cours d'un état fébrile indéterminé doit toujours faire soupçonner, même en l'absence d'arthralgies, une infection de nature rhumatismale.

**Caractères évolutifs.** — Sur l'endocardite simple qui aboutit à bas bruit à la constitution d'une lésion orificielle, insuffisance mitrale le plus souvent, et sur la fréquence de la péricardite chez les enfants, je crois inutile d'insister. Ce sont là des notions bien établies.

Il me paraît plus important d'attirer l'attention sur le rhumatisme cardiaque évolutif et sur les formes malignes du rhumatisme.

Dans ces cas, le myocarde est toujours atteint, et son état règle en partie le pronostic.

*Le rhumatisme cardiaque évolutif*, bien individualisé par Ribierre et Pichon, a toujours une grande gravité, qu'il se produise d'emblée ou qu'il soit secondaire, se développant au cours d'une récurrence chez un ancien rhumatisant dont le cœur a déjà été touché. Nous connaissons tous de ces malades, des enfants surtout, qui ne cessent de présenter des poussées fébriles subintrantes en même temps que des phénomènes d'hyposystolie, avec des alternatives d'amélioration et d'aggravation, — dont les signes d'auscultation se modifient peu à peu, — et qui souvent finissent par succomber. En général, les formes les plus graves ne sont pas de très longue durée ; il arrive pourtant qu'elles se prolongent pendant plusieurs mois, plus d'une année parfois, pour aboutir à la mort.

*Les formes malignes du rhumatisme* s'apparentent au rhumatisme cardiaque évolutif, mais elles méritent d'être individualisées en raison de leur caractère d'extrême gravité, de la diffusion et de la multiplicité des atteintes viscérales (qui n'épargnent jamais le myo-

carde) et de l'insuffisance habituelle de la médication salicylée. On peut distinguer les formes malignes d'emblée et les formes secondairement malignes qui surviennent chez d'anciens rhumatisants. Mme Grenet-Cazamian en a fait l'étude dans sa thèse, en l'étayant des observations recueillies dans mon service.

*Rhumatisme cardiaque évolutif, endocardite maligne et infections secondaires.* — Un certain nombre d'auteurs, surtout à l'étranger, attribuent au rhumatisme une origine streptococcique, opinion qui ne repose que sur des arguments discutables, et que rien ne permet à l'heure actuelle d'accepter sans les plus expresses réserves. Mais cela suffit pour que l'on tende à rapprocher le rhumatisme cardiaque évolutif de l'endocardite maligne d'Osler, celle-ci se développant, comme chacun sait, sur un cœur déjà touché par une lésion ancienne qui est souvent rhumatismale.

On ne saurait trop s'élever contre une telle assimilation, que les auteurs français n'admettent guère d'ailleurs. Les deux affections ont des signes cliniques, bactériologiques et anatomiques qui leur sont propres. La lenteur de l'évolution, qui se fait d'une seule tenue, l'anémie progressive, les pétéchies, les lésions de la pulpe des doigts, les hématuries microscopiques, l'absence de symptômes péricardiques, sont des caractères qui appartiennent à l'endocardite maligne. L'hémoculture permet dans les mêmes cas de déceler le streptococcus viridans, qui n'existe jamais dans le rhumatisme cardiaque évolutif. A l'examen macroscopique des pièces, les efflorescences perlées de l'endocarde valvulaire, bien décrites par Pichon, la fréquence de la péricardite et de la symphyse cardiaque, s'opposent dans le rhumatisme à l'aspect ulcéro-végétant de l'endocardite d'Osler ; et à l'examen histologique, on trouve d'ordinaire, chez les rhumatisants dont les lésions sont en activité, des nodules d'Aschoff dans le tissu interstitiel du myocarde, dans le péricarde et dans l'endocarde, ces formations pouvant exister aussi dans d'autres organes.

Il convient donc de maintenir une différence absolue entre les cardiopathies rhumatismales et l'endocardite maligne lente, l'infection streptococcique qui détermine celle-ci trouvant seulement un point d'appel dans une lésion de date plus ou moins ancienne, et qui d'ailleurs n'est pas forcément rhumatismale.

On a soutenu que les accidents dits de rhumatisme cardiaque évolutif, tout en restant très différents de l'endocardite d'Osler, sont souvent liés à des infections secondaires, à des remaniements par des agents microbiens divers, au nombre desquels peut figurer le bacille tuberculeux. Je ne nie pas qu'il n'en soit parfois ainsi chez l'adulte, où bien des causes morbides sont susceptibles de s'intriquer. Mais je me crois en droit d'affirmer que, chez l'enfant, dans la très grande majorité des cas, le rhumatisme suffit à provoquer une cardiopathie évolutive sans qu'il soit besoin d'invoquer une infection associée. Comme je l'ai montré avec Fr. Joly, ni les hémocultures, ni les cuti ou intra-dermo-réactions, ni les examens anatomiques ne permettent de soutenir une autre opinion. Ce n'est que d'une manière exceptionnelle que, chez l'enfant, d'autres germes, qu'il s'agisse ou non du



bacille de Koch, interviennent à côté du rhumatisme comme agents d'une évolution endocarditique.

**La spécificité des cardiopathies rhumatismales.** — Ces complications cardiaques ont donc leur autonomie ; elles dépendent du rhumatisme seul, sans infection surajoutée. Sont-elles spécifiques ? En d'autres termes, portent-elles en elles-mêmes des caractères qui signent leur origine ? On n'en saurait douter à mon avis, à la condition de ne pas oublier qu'il n'y a, en anatomie pathologique, qu'une spécificité relative, approchée. Je me suis expliqué nettement sur ce point dans un mémoire que j'ai écrit en collaboration avec R. Levent, et dans lequel nous avons étudié le nodule d'Aschoff et montré son identité de nature avec la nodosité sous-cutanée de Meynet. « Il nous paraît, disions-nous, qu'on peut sans forcer les mots ni violenter les idées, parler d'une spécificité du nodule d'Aschoff. Là où il n'est pas, le rhumatisme est douteux, à condition qu'il ne s'agisse pas d'accidents trop anciens pour pouvoir laisser derrière eux autre chose qu'une cicatrice. Là où il est, très grande vraisemblance de maladie rhumatismale. » Le fait que cette lésion se rencontre parfois dans d'autres infections et dans des états allergiques, n'enlève rien à la valeur générale de ces conclusions.

**Endocardite rhumatismale au décours d'autres maladies.** — Il y a certes bien des cardiopathies infectieuses qui ne sont pas rhumatismales et dont la nature peut être précisée.

Mais dans certaines maladies où elle est rare, l'endocardite ne se développe guère que lorsque sont apparues des manifestations articulaires que l'on est tenté de considérer comme pseudo-rhumatismales. Tel est le cas de la scarlatine. Comme le pensait déjà Trousseau, comme l'avait soutenu L. Gallavardin, j'ai montré que le rhumatisme scarlatin est, au moins dans ses formes généralisées et tardives, un rhumatisme vrai, et que l'endocardite qui le complique est une endocardite rhumatismale.

Cette notion peut être étendue. Une chorée, même non précédée de symptômes articulaires, doit être habituellement tenue pour rhumatismale si elle se complique ou s'accompagne d'une endocardite.

J'ai montré, par un cas observé avec le Dr Bidegaray, qu'une pancardite qui survient au décours d'une fièvre typhoïde peut être rhumatismale.

Il faut considérer aussi comme rhumatismales ces endocardites qui, à titre d'ailleurs exceptionnel, se produisent peu après des arthralgies, à la suite d'injections de sérum antidiphthérique, faits signalés par J. Huber et dont j'ai moi-même rapporté un exemple net.

Des récidives ultérieures d'un rhumatisme indiscutable ont montré, dans tous ces cas, le bien fondé de cette opinion, aussi bien pour la scarlatine et la chorée que pour la cardite post-typhique ou le rhumatisme avec endocardite post-sérothérapique (preuve qu'il ne s'était pas agi seulement d'arthralgies sériques).

Il se trouve donc que l'apparition de symptômes d'endocardite au décours d'une maladie infectieuse peut quelquefois, surtout lorsqu'il s'est produit en

même temps ou peu de temps auparavant des manifestations articulaires, permettre de supposer l'existence d'un rhumatisme vrai réveillé, « sorti », par cette maladie. Il est d'autres exemples de ce genre : l'herpès, dont on connaît le virus spécifique, n'est-il pas aussi un symptôme de la pneumonie ? C'est ainsi que j'ai pu parler d'un rhumatisme de sortie, ou rhumatisme biotrope.

**Remarques thérapeutiques.** — Sans trop nous attarder à ces derniers cas qui soulèvent d'importants problèmes, mais qui demeurent rares, retenons l'importance et la gravité du rhumatisme cardiaque évolutif et des formes malignes du rhumatisme. Le salicylate de soude est souvent insuffisant pour en arrêter la marche ; et pourtant il a, même alors, une action que pour ma part je considère comme certaine, à la condition de le donner à doses suffisantes et avec persévérance. J'ai indiqué qu'on en peut tirer le maximum d'effet en prescrivant des cures discontinues (6 à 8 jours pendant lesquels on donne une dose quotidienne de 6 gr., 8 gr., 10 gr. ou plus, selon l'âge ; repos de quatre à cinq jours, permettant l'élimination du médicament ; recommencer, et ainsi de suite). Il est souvent utile de donner, pendant les périodes d'interruption, du pyramidon à la dose de 0 gr. 60 à 1 gr. : ce médicament a pour Eppinger, Schlesinger, une valeur antirhumatisme indiscutable ; j'en ai obtenu moi-même des résultats utiles, et je le considère comme le meilleur succédané du salicylate, qu'il ne saurait remplacer, mais avec lequel on peut le faire alterner.

Malgré tout, dans ces formes cardiaques et malignes du rhumatisme, l'échec de la médication, quels que soient le mode d'administration et la voie d'introduction, est malheureusement fréquent. C'est alors que les agents de choc peuvent être utiles. Il m'a paru que les plus efficaces sont l'or colloïdal (qu'il faut manier prudemment, en le donnant par petites doses, d'abord en injections sous-cutanées ou intra-musculaires, les injections intra-veineuses n'étant employées qu'ensuite) et l'auto-hémothérapie.

Il est bien entendu qu'on ne négligera jamais les traitements symptomatiques habituels, glace sur le cœur, toni-cardiaques, etc.

Tels sont les quelques points sur lesquels j'ai cru bon d'attirer l'attention. Je demeure fidèle, on le voit, à la doctrine du rhumatisme maladie spécifique, doctrine à laquelle restent attachés depuis Lasègue la plupart des auteurs français et vers laquelle reviennent des étrangers qui s'en étaient éloignés. On retiendra l'importance des formes cardiaques et malignes, dont on peut affirmer la nature purement rhumatismale ; et il me paraît d'un grand intérêt de connaître ces rhumatismes de sortie, maladies secondes apparaissant au cours ou à la suite d'autres infections.

**Notions de pharmacodynamie. Leçons sur la toxicité,** par L. LAUNOY. Grand in-8° de 295 pages. — Paris, J.-B. Baillière et Fils.

**Les suppurations gangréneuses du poumon,** par LÉON BERNARD et PELLISSIER. Petit in-8° de 91 pages. — Paris, J.-B. Baillière et Fils.

## LE CŒUR DES SCOLIOTIQUES

Par M. LANCE.

Il est classique que les gros gibbeux, abandonnés à eux-mêmes, ne vivent pas vieux. Ils finissent par présenter de la dilatation du cœur droit et de l'asystolie.

Comme l'avait déjà vu Cruveilhier, « la déformation de la colonne vertébrale porte son action beaucoup plus sur le poumon que sur le cœur » et Huchard (*J. de Méd. et Chir. Pratiques*, février 1896) déclare que chez les bossus l'asphyxie précède l'asystolie tandis que chez les cardiaques vrais c'est l'asystolie qui précède l'asphyxie.

Le poumon chez les gros gibbeux est gêné de toutes parts, dans ses fonctions.

1° La capacité thoracique est considérablement diminuée. Dans la scoliose dorsale droite, du côté gauche, effondré, il ne reste presque plus de place pour le poumon. Le cœur, refoulé vers la droite, verticalisé par torsion de son pédicule, occupe la plus grande partie de l'hémithorax. La fermeture de l'angle au niveau de la gibbosité, et la saillie des corps vertébraux qui ont tourné vers la droite diminuent singulièrement l'espace pour le poumon droit.

De plus, la courbure rachidienne entraîne un tassement du rachis qui diminue sa hauteur, aussi les viscères abdominaux, en particulier le foie souvent hypertrophié, refoulent le diaphragme dans la cage thoracique et compriment les bases pulmonaires.

2° L'imbrication des côtes du côté concave, leur verticalité du côté convexe entraînent une diminution considérable du jeu de la respiration thoracique, une immobilité thoracique facile à vérifier sur les malades. Ce non-fonctionnement du poumon se traduit à la percussion, comme l'a bien montré Bouvier par des zones de matité au niveau du poumon « anère » ; « on trouve à la percussion une matité très prononcée en arrière dans une zone variable, le long de la colonne vertébrale, du côté de la convexité de la courbure dorsale ». Le murmure respiratoire ne s'entend pas à ce niveau. Or, comme l'a démontré le Pr. Potain pour les épanchements pleurétiques, le poumon comprimé et ne fonctionnant plus s'atrophie et se rétracte à la longue.

Le champ de l'hématose est donc considérablement rétréci chez les gros gibbeux. Le cœur, même au repos, bat à 110, 120 et plus. Il a à fournir un travail plus considérable pour assurer l'hématose. Il n'y arrive qu'en partie car les gibbeux restent maigres, malingres. La compensation cardiaque peut s'exercer tant que le sujet est jeune. Mais survient-il une maladie intercurrente, grippe, bronchite, le sujet peut être emporté en quelques heures par une véritable asphyxie. Un refroidissement brusque peut avoir le même effet, c'est pourquoi le bain de mer doit être interdit aux gibbeux (V. Ménard).

Si on ne vient pas à son secours, le cœur des gibbeux finit par céder, c'est alors que surviennent les palpitations, la cyanose à la marche, l'impossibilité de monter les escaliers, enfin une asystolie véritable.

On peut éviter une telle évolution.

D'abord par le repos en décubitus. Puis par le déplissement thoracique dans des corsets rigides faits sur un moulage pris *couché* au maximum de la correction. Le bras du côté concave est surélevé, et audessous une large fenêtre de décompression pratiquée. Le gibbeux, couché, dans son corset, fait des exercices spirosopiques qui peu à peu augmentent sa capacité respiratoire, déplissent le thorax, du côté concave, lui rendent sa mobilité costale. On voit le pouls tomber de 120 à 100, 90. Plus tard, on pourra remplacer le corset par une fixation opératoire du rachis qui permettra de remplacer le corset rigide par un corset semi-rigide (coutil baleiné). Il faut donc savoir que les troubles cardiaques du gibbeux, cause de la mortalité dans la scoliose, sont évitables par un traitement précoce, rationnel et persistant.

\*\*\*

Mais il n'y a pas que les gibbeux qui peuvent présenter des troubles cardiaques au cours de la scoliose. La scoliose peut exister, se produire chez des enfants porteurs de lésions cardiaques.

Sur les 400 porteurs de déviations du rachis que nous voyons en moyenne à la consultation d'orthopédie des Enfants malades chaque année, se trouvent 3 ou 4 de ces cas. Ils posent un problème étiologique et un problème thérapeutique.

Au point de vue étiologique, l'expérience nous a montré qu'on pouvait les diviser en 3 groupes :

1<sup>er</sup> groupe. — Il s'agit d'une malformation cardiaque et la scoliose est elle-même vraisemblablement congénitale. C'est l'association de deux malformations.

La maladie de Roger est de beaucoup la plus fréquente que nous constatons ; parce que relativement bénigne, les enfants ont survécu.

En voici deux exemples :

B... Paulette nous est présentée en 1925 à l'âge de 3 ans avec une scoliose dorsale droite très marquée (4 cent. de flèche) constatée dès les premiers mois de la vie, un thorax en carène accentué, maladie de Roger avec légère cyanose. L'enfant est maintenue en corset de celluloïd depuis 10 ans ; la courbure s'est très améliorée (2 cent. de flèche). Elle reste malingre et de petite taille.

Dans un autre cas, C... Rosemonde, vue en 1934 à l'âge de 13 ans, il y avait une scoliose dorsale droite de 2 centimètres de flèche avec grosse gibbosité et des anomalies du rachis (6 vertèbres lombaires, hémisacralisation de la 6<sup>e</sup> VL, platyspondylie de la 11<sup>e</sup> dorsale). Un souffle rude dans le 3<sup>e</sup> espace gauche décèle une maladie de Roger.

Dans d'autres cas, la maladie de Roger est associée avec une scoliose acquise, banale. Tel est le cas de B... Odette, vue en 1933 à l'âge de 10 ans, qui présentait une scoliose minime à double courbure minime (5 à 8 mm. de flèche) et un membre inférieur gauche plus court de 1 centimètre ; maladie de Roger. Traitée par un soulier surélevé et une ceinture de Spitzzy, le redressement presque total est actuellement obtenu.

2<sup>e</sup> groupe. — Il s'agit d'enfants présentant une cardiopathie acquise suite de maladie de Bouillaud, de





# Le Résyl

Ether glycéro-gaïacologique

Assèchant bronchique et désinfectant  
de la muqueuse, il diminue la toux, réduit  
l'expectoration et relève l'état général.

**BRONCHITES**  
**ECTASIES BRONCHIQUES**  
**LARYNGITES**  
**TUBERCULOSE**  
dans ses formes peu évolutives  
**ADÉNOPATHIES BRONCHIQUES**  
**LYMPHATISME**

COMPRIMÉS - SIROP - AMPOULES



LABORATOIRES CIBA-RO.ROLLAND, Pharmacien  
109-111-113, BOULEVARD DE LA PART-DIEU - LYON

chorée, cardiopathie reconnue et soignée, et chez lesquels s'établit une déviation du rachis.

En voici des exemples :

Un enfant de 9 ans, Ch..., qui était soignée par le Dr Apert pour une insuffisance mitrale d'origine inconnue, la seule maladie infectieuse qu'il ait présentée étant la varicelle, nous est amené en 1934 pour une scoliose à triple courbure marquée. La région dorsale présentait une flèche de 2 cent.

Nous avons vu aussi en 1934 une fillette de 14 ans porteuse d'un rétrécissement mitral qui serait survenu à l'âge de 3 ans à la suite d'une pleurésie aiguë. Elle présentait une scoliose récente (?) considérable avec 6 centimètres de flèche et de grosses déformations osseuses. Traitée en corset depuis lors elle est très améliorée (flèche de 25 mm.).

En 1934 encore nous voyons une fillette de 13 ans avec un rétrécissement de l'orifice pulmonaire. Elle avait présenté de la chorée entre 10 et 13 ans et depuis peu se développait une déviation déjà marquée (20 mm. de flèche) du rachis.

3<sup>e</sup> groupe. — Sur des enfants qui nous sont amenés pour une déviation rachidienne, l'auscultation fait découvrir une affection cardiaque ne donnant aucun trouble et jusque-là méconnue. M. le Pr. Nobécourt a récemment (*Journal des Prat.*, 10 août 1935) insisté sur ces insuffisances mitrales latentes de l'enfance.

En 1934, une enfant de 6 ans 1/2, Gisèle N..., nous est amenée pour une scoliose dorsale droite. Elle présente un torticolis droit, une déformation congénitale du thorax (2 gouttières latérales). La pointe du cœur bat très bas et les battements sont visibles à l'épigastre. On trouve un souffle net d'insuffisance mitrale.

Cet exemple suffit à montrer l'utilité qu'il y a à ausculter le cœur de tout scoliotique avant d'instituer un traitement.

En effet, nous estimons que ces scoliotiques porteurs d'une lésion cardiaque, même bien compensée, ne doivent pas être soumis au traitement habituel de la scoliose : la gymnastique de développement des muscles, même la gymnastique respiratoire, nous semble chez eux contre-indiquée. On pourrait peut-être faire une exception pour la maladie de Roger lorsqu'elle se montre très bénigne, encore faudrait-il agir avec la plus grande prudence et surveiller soi-même les exercices. En cas de cyanose même légère tout effort même léger doit être supprimé. Il en est de même pour toutes les cardiopathies acquises, même bien compensées.

Pour nous, le traitement devra se contenter de contention et redressements par lits plâtrés et corsets amovibles jusqu'à l'âge de 15 ans. A partir de cet âge, le redressement étant obtenu au maximum possible, sera maintenu, si l'état général le permet, par une ostéosynthèse étendue du rachis. La lésion cardiaque ne constitue pas une contre-indication à l'anesthésie générale pratiquée à l'éther (Vaquez). Il est indispensable d'éviter à ces cardiaques l'effondrement de leur rachis et de les laisser devenir gibbeux. L'ostéosynthèse permet de l'obtenir et de supprimer un corset qui ne sera pas indéfiniment toléré.

## ACTUALITÉS

### QUINIDINE ET QUININE EN THÉRAPEUTIQUE CARDIAQUE

Introduits en thérapeutique cardiaque par Frey, en 1918, la quinine et ses dérivés n'ont pas cessé depuis lors de retenir l'attention des cliniciens. Le rapport du Professeur Pezzi, de Milan, au récent Congrès de l'Union Thérapeutique, témoigne de l'évolution des idées en ces dernières années et comporte diverses modifications aux conclusions formulées dès 1922 par P. N. Deschamps et sur lesquelles se basaient la connaissance des indications et la conduite des traitements.

La quinine, à cette époque, semblait dépourvue d'importance en tant que médicament cardiaque et avait fait place à la quinidine, plus fidèle. Vis-à-vis du cœur normal, cette dernière se comportait comme un dépresseur général, un ralentisseur du rythme, un frénateur de la conductibilité et un amoindrisseur de l'excitabilité et de la contractibilité myocardiques.

Sur un cœur arythmique, elle diminuait l'excitabilité de l'oreillette, et rapprochait de sa durée normale la période d'état réfractaire du cœur. Elle supprimait la fibrillation, ralentissait le rythme des ventricules et supprimait les extrasystoles.

Son indication principale, pour ainsi dire seule reconnue à cette époque, était certaines arythmies complètes ou perpétuelles, à condition que le sujet ne fût pas trop âgé et son arythmie pas trop invétérée et surtout qu'aucune lésion valvulaire n'y fût associée ; cette dernière éventualité était une quasi-certitude d'insuccès et commandait l'abstention.

On considérait aussi comme indication, mais à titre accessoire, les extrasystoles ventriculaires, l'angine de poitrine coronarienne, la tachycardie paroxystique mais sans qu'on pût être grandement assuré du succès.

Les progrès de ces dernières années en physiologie cardiaque et son expérience de clinicien ont conduit le professeur Pezzi à formuler un certain nombre de corrections à ces conceptions.

Active expérimentalement entre les mains de Clerc et Pezzi, la quinine s'est montrée moins fidèle en pratique clinique. Son abandon actuel en thérapeutique cardiaque pour faire place à la quinidine semble pourtant excessif à Pezzi ; si les arythmies sont le domaine où la quinidine est le traitement de choix, le bromhydrate de quinine possède aussi des indications qui lui sont propres.

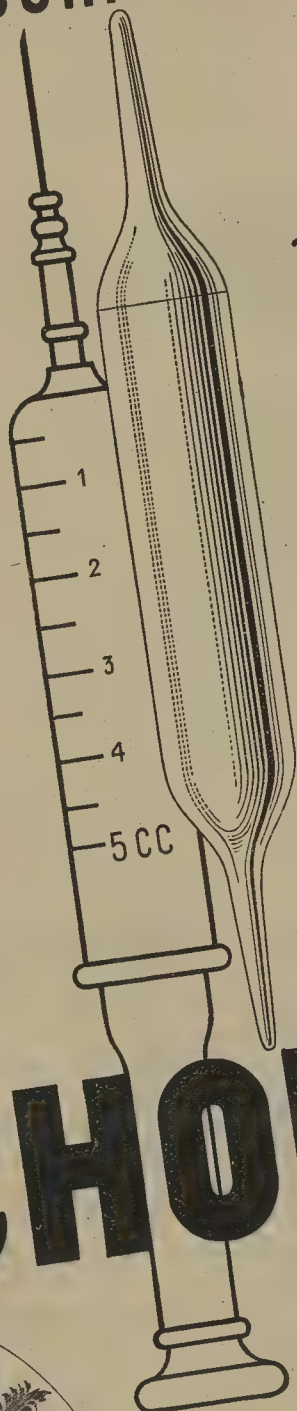
Il s'en faut cependant que dans les arythmies complètes on puisse compter sur les 50 % de succès dont ont fait état, au début, des auteurs optimistes. Il est des arythmies qui s'améliorent spontanément et sur lesquelles la quinidine n'a qu'un faux semblant d'action ; il est aussi des améliorations dues à la quinidine qui sont sans lendemain.

Pour juger équitablement le médicament, il faut donc en préciser les indications. Sont à exclure du traitement quinidique les sujets ayant atteint ou dépassé 60 ans, à moins que leur arythmie ne soit très récente et qu'il n'y ait aucune tare cardiovasculaire. Toute cardiopathie orificielle, le rétrécissement mitral



La CYNARATHÉRAPIE chez les HÉPATO-RÉNAUX

AZOTÉMIE  
SCLÉROSE  
OLIGURIE



*Métabolisme  
de l'azote  
de la cholestérine  
et de l'eau*

# CHOPHYTOL

C R I S T A L L I S É

## INJECTABLE

(PRINCIPE ACTIF CRISTALLISÉ DE CYNARA)  
TRAITEMENT DE DOUZE INJECTIONS DE 5 cc.  
INTRA VEINEUSES, INTRA MUSCULAIRES OU HYPODERMIQUES  
UNE TOUS LES JOURS OU TOUS LES 2 JOURS  
CURE INTERCALAIRE PER OS DE DRAGÉES  
de CHOPHYTOL ou de CYNUROL

LABORATOIRES ROSA, 1, PLACE PORTE-CHAMPERRET, PARIS XVII<sup>E</sup>  
" La Feuille d'Artichaut en Thérapeutique "

en particulier, est une contre-indication ; les succès de la quinidine dans ces cas sont le plus souvent apparents et les risques sont réels.

Les états hypertensifs malins sont eux aussi une contre-indication cardinale.

C'est donc l'arythmie solitaire qui est l'indication majeure de la quinidine, en particulier chez les sujets proches de la quarantaine ; c'est aussi l'hypertension d'origine thyroïdienne, dans le Basedow en particulier ; les troubles du rythme cardiaque cèdent habituellement sans difficulté à des doses faibles du médicament si l'état général est bon et le cœur sans lésions surajoutées.

Le malade sera mis d'abord au repos et soumis à une cure digitalinique préparatoire (X gouttes par jour pendant cinq jours) ; il recevra alors la quinidine — qui sera choisie d'activité bien définie — à dose fractionnée et croissante jusqu'à retour d'un rythme normal. Une dose totale pour la cure variant entre 20 et 35 comprimés de vingt centigrammes de quinidine doit en principe faire disparaître les troubles ; au cas contraire, une 2<sup>e</sup> période de traitement après quelques semaines d'interruption devra donner de bons résultats.

Même au cas de succès la médication ne doit être abandonnée que progressivement et il est utile de faire de temps à autre une cure d'entretien.

Cette médication ne semble dangereuse que dans le cas d'indications mal établies. Il est cependant des cas où des troubles digestifs (diarrhée, vomissements) ont forcé à l'interrompre.

Diminuant l'excitabilité de l'oreillette et ralentissant la conductibilité cardiaque, la quinidine est, d'autre part, apte à rompre le cercle vicieux d'où résulte la fibrillation auriculaire.

Dans le flutter enfin, ou tachysystolie auriculaire, on peut parfois tirer parti de l'action de la quinidine, mais cette action est infidèle. La cure digitalique préalable est ici, plus encore qu'ailleurs, d'absolue nécessité.

\*  
\* \*

Il est, par contre, d'autres troubles du rythme où la quinine semble, à l'avis de Pezzi, avoir été trop dédaignée et où elle peut rendre des services qu'on ne saurait attendre d'aucun autre médicament.

Dans l'extrasystolie, le bromhydrate de quinine paraît le seul médicament susceptible d'action. La part faite des causes extracardiaques d'extrasystolie que l'on devra traiter étiologiquement (troubles gastro-intestinaux, troubles viscéraux divers de l'abdomen), on peut obtenir d'excellents résultats par deux doses quotidiennes de dix à quinze centigrammes de bromhydrate de quinine, associées à la valériane et à la jusquiame qui en renforcent la vertu sédative.

Contre la tachycardie paroxystique, Huchard avait déjà, empiriquement, conseillé autrefois la quinine. En réalité, l'administration per os paraît insuffisante tant comme préventif que comme curatif, comme l'est aussi pour sa part la quinidine.

En revanche, quinidine, et surtout quinine, semblent douées d'une action puissante, quasispécifique, et très rapide par voie intraveineuse.

Ce mode d'administration, préconisé par Winterberg et par Singer, semble avoir donné entre leurs mains de très beaux résultats (0 gr. 20 à 0 gr. 70 de chlorhydrate de quinine intraveineux). Mais on va ainsi au-devant de phénomènes de choc toujours graves et parfois mortels.

Il est préférable, comme Clerc et Pezzi l'ont fait, d'employer la technique de Baccelli : dilution dans du sérum physiologique de cinquante centigrammes de quinine en solution à 10 %, administrée par voie intraveineuse et précédée d'une injection sous-cutanée de caféine. La tolérance est bonne en général et l'on peut même administrer ainsi des doses de quinine supérieures à la dose ci-dessus.

Codilla et Cossio ont, à la vérité, employé dans le même but la quinidine : solution de quinidine à 5 % en injection intraveineuse de 10 centimètres cubes (soit cinquante centigrammes de quinidine) ; dose que l'on peut renouveler vingt-quatre heures plus tard si l'effet est insuffisant.

Mais la quinidine, par cette voie, reste beaucoup plus dangereuse que la quinine en raison des phénomènes toxiques secondaires : collapsus, sueurs froides, troubles de la vue, vertiges, nausées, vomissements.

En réalité, toute injection intraveineuse chez de tels malades en état de crise est shockante et Pezzi préfère soit l'administration de petites doses de digitaline, soit la compression des globes oculaires, selon la méthode de Dagnini. En cas d'insuccès, l'injection *intramusculaire* d'un demi-milligramme d'ouabaïne peut faire cesser la crise en 3 à 5 heures sans aucun danger. Ce n'est qu'en cas d'accès rebelle à toutes les thérapeutiques précédentes et durant plusieurs jours que Pezzi se résigne à recourir aux injections intraveineuses ; et encore exclut-il absolument dans ces cas la quinidine pour n'avoir recours qu'à la quinine associée au sérum et à la caféine comme nous l'avons dit plus haut.

Il est enfin des troubles cardiaques sans lésion valvulaire ni organique d'aucun ordre : états névrosiques, où le système nerveux végétatif semble seul en cause, états diversement dénommés par les auteurs (irritabilité cardiaque, palpitations, hyperkinésie du cœur, cœur de guerre). Il n'y a pas dans ces cas de troubles du rythme mais seulement réponse cardiaque exagérément énergique aux excitations sinusales, avec phénomènes douloureux concomitants.

Dans ces cas, la quinine agit par son action sédative, en paralysant le centre bulbaire du vague et en tempérant l'excitabilité du sympathique. Elle est dans ces cas susceptible de rendre les plus grands services, employée de la même façon que dans les cas d'extrasystoles : bromhydrate de quinine à toute petite dose, 10-15 centigrammes, associé à la valériane et à la jusquiame.

De l'exposé clinique du professeur Pezzi, on peut donc tirer la conclusion que les indications de la quinine et de ses dérivés en thérapeutique cardiaque doivent être revisées en rendant à la quinine une importance dont on l'avait à tort dépouillée.

Indication cardinale de la quinidine : arythmie perpétuelle et surtout arythmie solitaire en l'absence re-





# DINITRA

plus actif que les extraits thyroïdiens,  
moins toxique que la thyroxine,  
permet des traitements prolongés.

## OBÉSITÉ

HYPOTHERMIES - HYPOSPHYXIES - HYPOTHYROÏDIES  
HYPOMÉTABOLISMES

**RALENTISSEMENTS de la NUTRITION**

Cellulite - Asthme - Migraines - Arthritisme

SOCIÉTÉ d'APPLICATIONS PHARMACODYNAMIQUES, 5 & 7, rue Claude Decaen, PARIS

DRÉVILLE

connue de toute lésion cardiaque, en particulier valvulaire. Indication accessoire : le flutter auriculaire.

Indications de la quinine : états névrosiques du cœur principalement. Accessoirement les crises de tachycardie paroxystique lorsque malgré le repos et les autres modes de traitement les accès s'éternisent. Encore ne faut-il avoir, chez de tels malades, recours à la quinine par voie intraveineuse qu'en faisant appel à la méthode préconisée par Clerc et Pezzi. Dans ces cas la quinidine que l'on considérerait encore récemment comme pouvant être utile doit être exclue comme dangereuse.

R. LEVENT.

## JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

### LA RÉDUCTION DU PRIX DES LOCAUX A USAGE PROFESSIONNEL ET LE DÉCRET-LOI DU 16 JUILLET 1935

Le prix des loyers des locaux à usage professionnel, en particulier des locaux donnés à bail aux membres du corps médical pour l'exercice de leur profession, se trouvait déjà régi par les lois du 1<sup>er</sup> avril 1926 et du 29 juin 1929. Il vient d'être l'objet d'une nouvelle réglementation, contenue dans l'un des décrets-lois du 16 juillet 1935, pris en exécution de la loi du 8 juin 1935 accordant au gouvernement des pouvoirs exceptionnels pour assurer la défense du franc.

Aux termes de ce décret, à compter du jour de sa publication, c'est-à-dire du 17 juillet 1935, le prix à cette date des loyers de tous locaux, appartements ou chambres loués nus ou en meublé à usage professionnel, est réduit à titre exceptionnel et temporaire de 10 p. 100.

Une circulaire du Garde des Sceaux est venue, quelques jours après, sinon compléter ce texte, tout au moins en préciser la portée.

C'est ainsi qu'il a été indiqué que le décret pose une règle d'un caractère général, qui s'applique automatiquement et de plein droit. Il faut entendre par là que le bailleur devra appliquer cette réduction sans qu'il soit besoin pour le locataire de former une demande en réduction.

En outre, le Garde des Sceaux a tenu à spécifier que la réduction porte tant sur les locaux vacants que sur les locaux loués. Il s'ensuit qu'au cas où le locataire occupant au 17 juillet 1935 les lieux viendrait à quitter ceux-ci, le propriétaire ne pourra louer à l'avenir à un prix supérieur à celui qui était effectivement payé ou réclamé le 17 juillet 1935, diminué de 10 p. 100.

Si l'on rapproche ces dispositions de celles des lois du 29 juin 1929 et du 30 juin 1935, les locaux à usage professionnel qui, en vertu de celles-ci, ne pouvaient être donnés en location à un prix supérieur au prix de 1914 multiplié par le coefficient 3,05, ne pourront être désormais loués à un prix supérieur au loyer de 1914 affecté du coefficient 2,745.

Un certain nombre de considérations accessoires méritent à leur tour d'être examinées.

1° En ce qui concerne les charges, la Circulaire du Garde des Sceaux indiquait que la réduction ne devait s'appliquer qu'au loyer net, abstraction faite des charges lorsque ces dernières ne sont pas comprises dans le prix global de location et sont déterminées par la représentation forfaitaire ou réelle des dépenses auxquelles elles correspondent. En outre, d'après le décret-loi du 30 octobre 1935 qui a complété celui du 16 juillet 1935, lorsque les charges sont comprises dans le prix global du loyer, le montant en est fixé forfaitairement à 15 p. 100 du loyer principal et à

25 p. 100 en cas de chauffage de l'immeuble, cette disposition ne produisant toutefois effet qu'à partir du terme à courir au 1<sup>er</sup> janvier 1936.

2° La réduction s'applique-t-elle aux termes qui, en vertu des conventions passées entre les parties, ont été payés d'avance ?

La Circulaire du Garde des Sceaux a apporté à cette question une réponse affirmative. La réduction doit être effective à partir du jour de la publication du décret. S'il y a lieu à restitution au profit du locataire du trop-perçu sur la portion du terme correspondant à la période postérieure à cette date, cette restitution pourra être réalisée par l'imputation de ce trop-perçu sur le montant du loyer du terme à échoir.

3° Le décret-loi du 16 juillet 1935 a prévu une sanction en cas d'inobservation par le propriétaire de ses dispositions. Il a été ainsi décidé que toute majoration du loyer tel que fixé par le décret donnerait lieu à application de l'art. 13 de la loi du 1<sup>er</sup> avril 1926.

Aux termes de celui-ci, toute exigence du bailleur, de ses agents ou préposés ou toute convention tendant à imposer au preneur sous une forme indirecte, telle que remise d'argent, de valeurs ou de cautionnement ou reprise de mobilier, un prix de location dépassant le prix licite, sera frappée de nullité absolue.

L'art. 13 dispose en outre que toutes personnes les ayant frauduleusement exigées seront passibles des peines prévues à l'art. 419 du Code Pénal (emprisonnement de 2 mois à 2 ans, amende de 2.000 fr. à 100.000 fr., interdiction de séjour de 2 à 5 ans), sans préjudice de tous dommages-intérêts que pourront éventuellement réclamer les preneurs.

Par contre, l'art. 14 de la loi du 29 juin 1929, qui prévoyait la possibilité de condamner le bailleur convaincu de hausse illicite au paiement d'une amende civile au moins égale au triple et jamais supérieure au décuple de la majoration et autorisait le locataire à introduire une demande en réduction dans les six mois du paiement de la première quittance, n'a pas été visé par le décret-loi du 16 juillet 1935. Conformément aux principes juridiques qui commandent d'interpréter *stricto sensu* les textes d'exception, l'art. 14 ne peut donc recevoir son application si la réduction de 10 p. 100 n'est pas consentie par le bailleur.

4° Il importe enfin de souligner que les locataires de locaux destinés à la fois à l'habitation et à l'usage professionnel — ce qui est le cas dans lequel se trouvent le plus habituellement les membres du corps médical — bénéficieront, tant pour les locaux destinés à l'habitation que pour les locaux destinés à l'usage professionnel, de la réduction de 10 p. 100, le décret-loi s'appliquant à toutes les locations portant tant sur les locaux d'habitation que sur les locaux professionnels.

G. NATTAN-LARRIER,  
Docteur en Droit,  
Avocat à la Cour de Paris.

Manuel de pathologie chirurgicale élémentaire, par le Dr Lucien DIAMANT-BERGER. Un volume in-8 de 180 pages. — Paris, Louis Arnette.

Thérapeutique hydro-climatologique des maladies du foie et des voies biliaires par Paul CARNOT, Maurice VILLARRET et René CACHERA. Un volume de 152 pages avec 4 figures. — Prix : 20 fr. — Paris, Masson et Cie.

Petite chirurgie de la bouche, par le Dr R. THIBAUT. Un volume in-8 couronné de 200 pages avec 111 figures et 5 planches de radiographie. — Prix : 25 fr. (franco : 27 fr. 50). — Paris, Expansion scientifique française.



TOUTES les Affections du **FOIE** et du **REIN** :

1 à 2 capsules à chacun des deux principaux repas de :

# CAPARLEM

HUILE DE HAARLEM (au Juniperus Oxycedrus)

QUALITÉ INCOMPARABLE ET ACTIVITÉ INSOUÇONNÉE

Laboratoire Lorrain de Produits Synthétiques purs — **ETAIN** (Meuse)

**Laboratoires R. HUERRE & Cie**

Docteur ès-sciences

12, Boulevard Bonne-Nouvelle — Paris

Traitement des Amaigrissements  
de la Tuberculose et des Asthénies

par le

# TRIGANOL VIGIER

CACHETS DE POUDRE ET D'EXTRAIT DE FENUGREC DÉSODORISÉ

Littérature et échantillons sur demande

**CONSTIPATION  
SPASMODIQUE**

# CARBATROPINE

CHARBON ATROPINÉ

LABORATOIRE

**MONTAGU**

49, B<sup>d</sup> de PORT-ROYAL

PARIS

**ÉTABLISSEMENT HYDROTHERAPIQUE & MAISON DE CONVALESCENCE  
du Docteur BUVAT**

Docteurs BUVAT et VILLEY-DESMESERETS

*Anciens Internes des Asiles de la Seine, Médecins-Directeurs*

**VILLA MONTSOURIS**

130, rue de la Glacière, PARIS. Tél. Gobel. 05-40

Mardi, Vendredi, 2 à 5

**L'ABBAYE**

VIRY-CHATILLON (S.-et-O.) Tél. Juvisy 76

PARC : Huit Hectares

Traitement des Maladies **NERVEUSES** et des **TOXICOMANIES**

CONDITIONS SPÉCIALES POUR L'HOSPITALISATION DES VEILLARDS ET DES CHRONIQUES

*S'adresser pour renseignements : 130, rue de la Glacière.*

La Méthode du Docteur PAUL FERRIER

# RÉGIME ET PHOSPHOCALCASE

est indiquée en vue d'un traitement physiologique de la

## TUBERCULOSE

quelles qu'en soient la forme et la localisation.

Strictement appliquée aux formes dites graves, elle a pour but de les transformer rapidement, en formes bénignes et curables.

*Littérature et échantillons :* LABORATOIRE DE LA PHOSPHOCALCASE, BOURGOIN (Isère).

Hypertensions

ET TOUS ÉTATS

SPASMODIQUES

DE LA MUSCULATURE

LISSE

BENZOATE DE BENZYLE



**OLETHYLE-BENZYLE**

Le seul en **GÉLULES**  
**CAPSULES**  
**MOLLES**

*Littérature - Échantillons - Posologie.*  
LABORATOIRE CENTRAL DE PARIS  
122 Rue du Faubourg Saint-Honoré, Paris

# PEPTONATE DE FER ROBIN

Gouttes - Vin - Élixir

## ANÉMIE-CHLOROSE-DÉBILITÉ

LABORATOIRES ROBIN, 13. Rue de Poissy. PARIS

R. C. 221.839,  
Seine.



## CONGRES DE LA GOUTTE ET DE L'ACIDE URIQUE

Vittel, 14-15-16 septembre 1935 (1).

Ce Congrès, placé sous la présidence générale du professeur Carnot, a permis sinon d'éclairer la pathogénie de la goutte, du moins de classer nos connaissances sur ce sujet. Le 14 au matin, au cours de la séance inaugurale, des allocutions ont été prononcées par le D<sup>r</sup> Bouloumié, le professeur Carnot, le D<sup>r</sup> Monseaux et le D<sup>r</sup> Daniel (de Bucarest), puis le professeur agrégé Chabrol a présenté son rapport sur *l'Histoire thermique de la Goutte*.

Peut-être, dit le D<sup>r</sup> Chabrol, peut-on voir dans le fait de se plonger dans la fontaine d'Epidaure, le début des cures thermales de podagre ; cependant, c'est à Rome que le traitement thermal a été mis une première fois au point et a connu son apogée. D'abord sont préconisées les eaux chaudes de Baies, Albula, et Cutilis. Puis, sous l'influence des méthodistes, les bains froids sont mis en honneur. C'est par ces deux méthodes que sont successivement traités l'empereur Auguste et le poète Horace. Au moyen âge, le thermalisme est moins étudié. Préconisé à nouveau par l'Ecole de Naples au XI<sup>e</sup> siècle, il est utilisé sous beaucoup de directives médicales jusqu'au XIX<sup>e</sup> siècle. Au XIX<sup>e</sup> siècle, les goutteux vont à Vichy et à Aix-en-Savoie. De nos jours, ce sont les grandes stations de diurèse de Vittel, de Contrexéville et d'Evian qui se partagent les faveurs de nos contemporains.

\*\*

Au cours des séances ultérieures, les travaux furent répartis en quatre sections : section clinique présidée par le professeur Rathery ; section biologique : professeur Lœper ; section hydrologique : professeur Villaret ; section thérapeutique : professeur Etienne. Les rapports et les communications présentés dans chacune de ces sections ont été les suivants :

### SECTION CLINIQUE

#### RAPPORT

**Formes cliniques de la goutte aiguë**, par le D<sup>r</sup> Lucien de GENNES, médecin des hôpitaux de Paris. — A côté de l'accès de goutte franche très fréquemment décrit, existent des formes atypiques dont, en 1923, Bezançon a donné une description complète. C'est à l'étude de ces formes polyarticulaire, pseudo-phlegmoneuse, phlébitique, hydarthrodiale et pseudo-tuberculeuse, que de Gennes consacre la plus grande partie de son exposé. Les éléments de diagnostic sont essentiellement cliniques : ce sont la rapidité de développement des phénomènes, l'absence de toute cause infectieuse, l'importance de la distension veineuse et de l'œdème, le bon état général, l'action du colchique.

Quant aux accidents décrits sous le nom de goutte remontée ou rétrogradée, l'auteur les considère comme des lésions d'organes, graves et chroniques, sur lesquelles se déclenchent des accidents aigus, dont la cause occasionnelle peut être liée à un accès de goutte ou considérée comme un de ses équivalents.

**Le rhumatisme goutteux**, par le D<sup>r</sup> MATHIEU-PIERRE WEIL, médecin des hôpitaux de Paris, et le D<sup>r</sup> Ch. POLAK. — Le rhumatisme goutteux a une signification précise, c'est celui dont la goutte est la cause. Il a droit de cité au même titre que le rhumatisme blennorragique et tant d'autres. A

côté des gouttes uriques et à tophi qui devient rare, existe une goutte non tophacée infiniment plus fréquente. Elle peut prendre l'allure d'un rhumatisme aigu, subaigu, ou chronique, être fébrile ou apyrétique, mono-articulaire, oligo-articulaire ou généralisée. Ces formes appartiennent à la goutte au point de vue étiologique, pathogénique et thérapeutique. Au point de vue pathogénique, on ne saurait ramener la goutte à un état urique ; d'autres facteurs interviennent sûrement. La crise de goutte est une crise hyperergique dont, loin d'être la cause, le trouble urique n'est, sans doute, qu'une expression éventuelle en rapport peut-être même moins avec la maladie qu'avec les troubles hépatiques sans lesquels, sans doute, celle-ci ne saurait survenir. Cette crise frappe généralement l'orteil, mais peut se localiser à n'importe quelle région, gardant les caractères fluxionnaires et œdémateux si nets à la crise de l'orteil. Elle peut donner lieu à de l'œdème, à des pseudo-phlébites, à des hydarthroses, etc., ou bien évoluer sous la forme d'un rhumatisme banal aigu, subaigu ou chronique accompagné ou non d'hyperuricémie. C'est à ces formes rhumatismales, dont l'existence est indiscutable qu'il convient de réserver l'appellation si expressive et si véridique de rhumatisme goutteux.

**Le foie des goutteux**, par le professeur FIESSINGER. — Passant en revue le métabolisme de l'acide urique chez le chien qui ne fait pas de goutte, chez les oiseaux et l'alligator qui en font, l'auteur conclut que la physiologie comparée n'apporte au problème hépatique de la goutte qu'une solution incomplète. On ne peut conclure du chien à l'homme et des oiseaux au chien.

Au point de vue clinique, le gros foie des goutteux prend plutôt place dans les foies de surcharge que dans les foies lésionnels. Lorsqu'on examine au point de vue hépatique les goutteux, on ne constate guère qu'une élévation anormale de l'acide urique et du cholestérol. Or il s'agit de stigmates goutteux ; par contre, la fonction chromagoge est normale, le métabolisme azoté peu modifié, la courbe glycémique légèrement élevée et étalée, les concentrations galactosuriques peu anormales. Des lésions hépatiques peuvent cependant exister dans la goutte. On peut voir des cirrhoses, leur apparition supprime les manifestations goutteuses. L'ictère est rare. La lithiase biliaire fréquente, elle peut coexister avec la lithiase rénale, et c'est alors celle-ci qui apparaît la première. Mais la lithiase biliaire ne se lie pas plus dans la goutte à l'hypercholestérolémie que le tophus à l'hyperuricémie.

La conclusion générale du rapporteur est que, très probablement, dans la goutte, des purines non métabolisées demeurent en circulation par suite du trouble hépatique ; ces purines seraient la cause déterminante de la maladie goutteuse, l'acide urique n'est qu'un produit mort. L'inconnu chimique de la goutte, c'est le métabolisme des purines et des xanthines dans lequel le foie joue un rôle mais dans lequel aussi tout l'organisme entre en jeu.

**Le rein goutteux**, par le professeur agrégé ABRAMI et le D<sup>r</sup> A. LICHTWITZ. — La question des rapports entre le fonctionnement rénal et la goutte est extrêmement complexe, en raison même de l'ignorance dans laquelle nous sommes de la nature véritable du processus goutteux. Les rapports du rein et de la goutte doivent être envisagés à un double point de vue : quels sont, chez les goutteux, les manifestations rénales, quel est le rôle du rein dans la goutte ? Chez beaucoup de goutteux, on peut observer diverses manifestations rénales : albuminurie simple, contemporaine des crises articulaires ou apparaissant dans leur intervalle, lithiase rénale : rein de Rayer, sclérose rénale : rein de Todd. Ces différentes lésions paraissent être des néphropathies métaboliques liées au terrain particulier sur lequel se développent goutte, gravelle, obésité, diabète, et dont nous



ne savons pas à l'heure actuelle donner une définition biologique. Si le rein de Todd s'accompagne souvent de précipitation uratique, c'est que la caractéristique de la goutte est l'aptitude anormale de certains tissus à provoquer, par suite de modifications locales, la précipitation urique *in situ*.

Le rôle d'un trouble rénal dans le déterminisme de la goutte était admis par Garrod. D'expériences personnelles les auteurs concluent que l'existence d'une imperméabilité relative du rein à l'acide urique ne peut nullement être considérée comme la cause de la goutte ; cette imperméabilité ne peut même pas être retenue comme un facteur aggravant : en effet, l'hypo-uricurie n'aboutit pas fatalement à l'hyperuricémie, il n'y a aucun rapport d'intensité entre l'hypo-uricurie et la précipitation tissulaire. Les brightiques à hyperuricémie élevée ne font pas d'accidents goutteux.

La conclusion générale d'Abrami et Lichtwitz est que le seul phénomène caractéristique de l'état goutteux est une tendance à la précipitation de l'urate de soude dans certains tissus, en raison non pas d'une hyperuricémie excessive, mais d'une modification locale. L'étude des rapports uriques sang/urine ne permet pas, dans l'état actuel, d'éclairer la pathogénie de la goutte.

**L'appareil cardio-vasculaire des goutteux**, par le professeur agrégé C. LIAN et le Dr GILBERT-DREYFUS, médecins des hôpitaux de Paris. — On peut distinguer, chez les goutteux : des manifestations transitoires contemporaines de la crise ; des manifestations chroniques sur lesquelles peuvent se greffer des poussées aiguës : poussées hypertensives, artérites, elles-mêmes en relation ou non avec les attaques articulaires ; des manifestations qui témoignent tantôt d'un processus lésionnel chronique, tantôt d'un trouble fonctionnel, tels l'insuffisance cardiaque ou les arythmies, l'angor pectoris.

Le mécanisme de ces diverses manifestations n'est pas univoque et l'on voit tour à tour intervenir dans leur éclosion les deux éléments constitutifs primordiaux de la maladie goutteuse : l'élément nutritif, l'élément neuro-sympathique. L'élément nutritif, c'est-à-dire la surcharge du sang en produits tendant à la précipitation, conditionne les affections cardio-vasculaires chroniques. L'élément neuro-sympathique, qui conditionne le déclenchement de l'attaque articulaire, est aussi celui qui engendre les manifestations aiguës. Il faut toutefois noter que bien souvent, le rôle de la goutte se borne à favoriser l'apparition des manifestations articulaires. On a exagéré en disant que la goutte est aux artères ce que le rhumatisme est au cœur.

**Les troubles nerveux chez les goutteux**, par MM. le professeur RIMBAUD et le Dr ANSELME-MARTIN. — Ces accidents peuvent être classés en trois catégories : les troubles nerveux de nature vraiment goutteuse, les divers états nerveux accompagnant les manifestations aiguës et chroniques de la goutte, les équivalents nerveux de la goutte.

Parmi les premiers prennent place : les accidents nerveux accompagnant l'accès de goutte ; les accidents difficiles à discriminer de goutte cérébrale dite goutte remontée ; l'artérite cérébrale goutteuse, à peine spécifique d'ailleurs ; les accidents médullaires goutteux ; la méningite goutteuse, qui est peut-être la manifestation la plus spécifiquement diathésique ; les névrites, névralgies, myalgies goutteuses dont on a exagéré le terrain, et enfin les troubles psychiques.

Parmi les troubles nerveux accompagnant les manifestations aiguës et chroniques de la goutte, prennent place l'artérite cérébrale et la cérébro-sclérose des goutteux, les algies, les névroses ou états psychiques. Si, en effet, il ne faut pas prétendre que tout ce qui survient chez les goutteux est de nature goutteuse, il y a cependant certains

états nerveux qui ont, avec la diathèse, des relations indirectes mais indiscutables.

Les équivalents nerveux de la goutte sont des cas de *corryza spasmodique*, d'asthme, de vomissements cycliques et acétonémiques de l'enfance, d'angor, d'urticaire, de spasmes cérébraux et de migraine. C'est entre migraine et goutte que les rapports sont le plus certains.

Dans l'ensemble, l'étude de ces divers accidents est délicate. Sortie de l'articulation, la goutte perd sa spécificité symptomatique. Il semble cependant, qu'elle n'aime pas le système nerveux.

**Radiographie de la goutte**, par le professeur RECHOU. — La présentation de ce rapport s'est accompagnée de la projection de fort beaux clichés.

## SECTION BIOLOGIQUE

### RAPPORTS

**Les troubles nutritifs chez les goutteux**, par le professeur LOEPER et le professeur agrégé LEMAIRE. — Les auteurs modernes ont eu le mérite de montrer que d'autres corps chimiques que l'acide urique intervenaient dans le mécanisme de l'accès de goutte.

Le rôle pathogène de l'acide urique était jadis envisagé de la manière suivante : l'hyperuricémie croît jusqu'à la crise de goutte aiguë qui, suivie d'hyperuricurie, est une véritable crise d'élimination. L'inconstance des résultats expérimentaux n'a pas permis de maintenir ces vues et a amené Bezançon à incriminer d'autres dérivés : corps uricogènes, acide urique salifié, etc. La cause de l'hyperuricémie demeurant par ailleurs mystérieuse.

Avec Chauffard, l'attention fut attirée vers le cholestérol. Le goutteux est presque toujours un hypercholestérolémique, mais c'est surtout un cholestérinopexique. Pour étudier ce rôle des tissus, Lœper propose trois épreuves : l'intradermo-réaction cholestérinique, la floculo-réaction cholestérinique du sérum, la mesure du pouvoir cholestérolitique du sérum. Ces trois réactions sont particulièrement aptes à définir les interactions hémotissulaires de la goutte : si la première met en évidence le pouvoir précipitant de la peau, la seconde et la troisième permettent d'étudier le pouvoir floculant du sérum et la cholestérololyse.

Un troisième corps dont le métabolisme est troublé est le calcium, fait mis en évidence par Rathery. Il serait intéressant d'étudier ce pouvoir précipitant des tissus vis-à-vis du calcium à l'aide du tophus calcaire provoqué.

L'ensemble de ces recherches permet d'apprécier l'instabilité humorale du goutteux et les possibilités réactionnelles de ses tissus. La rétention complexe urocholestérino-urique est sans doute la raison de cette instabilité ; elle explique les modalités de la crise de goutte qui peut être déclenchée par des actions non spécifiques. Cette crise est l'indice d'une rupture d'équilibre entre les composés anormalement ou excessivement retenus ; elle aboutit tout au moins au début à leur élimination : la floculo-réaction peut servir à la prévoir. C'est quand les émonctoires deviennent insuffisants, que la précipitation arthro-dermo-viscérale apparaît. Elle semble pouvoir être prévue par les intradermo-réactions.

**La pathogénie de la goutte et la genèse du tophus**, par le professeur MERKLEN et le professeur agrégé WOLF. — Quatre facteurs sont à envisager : l'uricogénèse, l'uricololyse, les éléments contribuant à la constitution de l'hyperuricémie, les facteurs d'élimination de l'acide urique.

L'acide urique paraît dériver des nucléides. Une nucléinase transforme les polynucléotides en nucléotides simples ; une nucléotidase dégage des nucléotides le radical phosphorique. Une nucléosidase sépare enfin dans les nucléosides l'hydrate de carbone des purines. Ces trois fer-



# FRANCOPLASTE

## LE PANSEMENT QUI TIENT

traitement et prophylaxie du cancer par les composés silico-magnésiens

# NÉOLYSE

et néolyse radioactive

LABORATOIRE G. FERMÉ  
22, Rue de Turin — PARIS-8<sup>e</sup>

## ESTOMAC — INTESTIN

DYSPEPSIE

ENTÉRITE

GASTRALGIE

CHEZ L'ENFANT  
CHEZ L'ADULTE

## VALS-SAINT-JEAN

EAU de RÉGIME, FAIBLEMENT MINÉRALISÉE et GAZEUSE

Envoi gratuit d'Echantillons et de Notices à MM. les Docteurs sur demande adressée

DIRECTION-VALS-GÉNÉRALE: 53, Boul' Haussmann, Paris (9<sup>e</sup>). Téléph. 227-76.

ANÉMIE PALUDÉENNE

— Source Dominique —

VALS-LES-BAINS

Saison du 1<sup>er</sup> juin au 1<sup>er</sup> octobre

# ANGIOLYMPHE

— Principes Actifs d'Orchidées

Tous ÉTATS DÉFICIENTS - PRÉTUBERCULEUX - TUBERCULOSE

AUCUNE TOXICITÉ — PAS DE CONTRE INDICATIONS

Injections intra-musculaires indolores — 2 à 5 cc. par séries de 10 à 12 injections

# ARGYCUPROL

— Ag (10 %) + Cu (0,1 %)

Attaque le Gonocoque et les Associations microbiennes

BLENNORRAGIE aiguë (traitement abortif) ou Chronique et leurs Complications - AFFECTIONS GYNÉCOLOGIQUES : Métrites simples ou gonococciques, Vulvite, Vulvo-Vaginites, etc. - OPHTALMOLOGIE - DERMATOLOGIE

Injections urétrales, Vaginales, Grands lavages uréthro-vésicaux

INDOLORE — NON CAUSTIQUE — NE PROVOQUE PAS DE RÉTRÉCISSEMENTS

Echantillons et Littérature : LABORATOIRES de l'ANGIOLYMPHE, 4 bis, rue Hébert, COURBEVOIE

ments sont des ferments hydrolytiques. La désamination se passe, soit sur la molécule nucléotide, soit sur la molécule nucléoside. C'est à la suite de la désamination que la molécule se désagrège, donnant naissance aux oxypurines d'où dérive l'acide urique. La question de l'uricolyse est complexe. Si ce processus existe chez les animaux, rien ne permet d'affirmer son existence chez l'homme. L'hyperuricémie n'est pas spécifique de la goutte, mais en est un facteur important.

Dans la pathogénie de l'hyperuricémie, l'imperméabilité rénale a un rôle capital. Le rein des goutteux présente une perméabilité élective et précoce pour l'acide urique. Il semble que seuls deviennent goutteux les sujets dont le rein présente cette lésion. Cependant, la lésion rénale n'est pas tout, elle n'explique pas les localisations tissulaires.

Deux ordres de facteurs interviennent en effet, à côté de l'hyperuricémie, par manque d'élimination ; c'est, d'une part, l'instabilité sanguine avec tendance à la précipitation qui rend probablement compte de la crise ; c'est, d'autre part, une modification du système histiomonocytaire qui est le siège de phénomènes d'hypersaturation locale. Cette dernière modification intervient dans la pathogénie du tophus.

**Le métabolisme de l'acide urique**, par le docteur P. BRODIN et A. GRIGAUT. — L'acide urique dérive des nucléoprotéides par l'intermédiaire de leur groupe purique. Ces nucléoputrides proviennent soit des tissus, soit de l'alimentation.

Pour Terroine, une formation synthétique des purines peut se produire également aux dépens des déchets protéiques chez les animaux inanitiés soumis au jeûne protéique.

Chez le goutteux, l'hyperuricémie ne paraît pas être essentiellement liée à une lésion rénale. L'absence d'élimination de l'acide urique tient sans doute à l'état physico-chimique, sous lequel l'acide urique est retenu, l'acide urique à l'état de combinaison minérale ou à l'état de combinaison organique. Chez le goutteux, l'acide urique libre augmente sans doute parce qu'il existe sous une forme qui le rend impropre à l'excrétion. Il en résulte un déséquilibre minéral avec tendance à la floculation et à la précipitation, ce qui explique, d'une part, que la goutte soit une maladie précipitante ; d'autre part, que cette précipitation puisse être déclenchée, lors d'une crise de goutte, par une cause en apparence minime, telle qu'une substance alimentaire pour laquelle le goutteux est sensibilisé.

**Les lésions anatomo-pathologiques de la goutte**, par le professeur TAPIE et A. GARIPUY. — Les auteurs étudient successivement la goutte viscérale, le tophus goutteux et la goutte articulaire. Au point de vue viscéral, la signature spécifique de la goutte ne se retrouve dans aucun viscère. Le rein des goutteux est un petit rein scléreux ; les dépôts d'urates à l'intérieur des tubes et dans le tissu interstitiel sont assez caractéristiques, mais inconstants. Les lésions cardio-vasculaires, celles du foie, de l'appareil respiratoire et du système nerveux n'apportent non plus aucun argument sérieux à la notion de goutte viscérale, dont la clinique a, depuis longtemps, établi la réalité.

Parmi les tophi, deux aspects sont à retenir : le tophus à développement progressif a un centre constitué par des substances adipo-lipoidiques autour duquel existent des dépôts uratiques et une gaine de tissu fibrillaire ou fibroblastique. Dans cette gaine, on note des cellules géantes, des lymphocytes, des monocytes, des plasmazellen et quelques polynucléaires éosinophiles pour la plupart ; le tophus à début inflammatoire débute par un œdème inflammatoire dans lequel se dépose la bouillie uratique.

La goutte articulaire peut être aiguë ou chronique. La goutte aiguë se résume en des phénomènes inflammatoires,

associés à une précipitation uratique ayant pour siège la jointure ou les tissus péri-articulaires. Dans la goutte articulaire chronique, la jointure forme au maximum une cavité à parois irrégulières remplie de bouillie crayeuse ; cartilages, ligaments, extrémités osseuses sont déformés et infiltrés d'urates.

A la période initiale, les altérations peuvent toutefois être limitées aux cartilages, qui ont perdu leur régularité. Des nodosités d'Heberden peuvent s'observer. Au point de vue pathogénique, classiquement, la goutte est un tophus débutant par le cartilage ; pour Letulle, la nécrose fibroïde du cartilage précède la précipitation uratique.

Il est possible que toutes les lésions goutteuses aient à leur origine un même processus d'inflammation hyperergique, mais l'anatomie pathologique ne peut, à elle seule, permettre d'affirmer que cette séduisante synthèse soit vraie. Des recherches physio-pathologiques sont nécessaires.

**Goutte et allergie**, par le professeur agrégé PASTEUR-VALLERY-RADOT et le docteur G. MAURIC. — Aucun des arguments cliniques ne permet d'affirmer que la crise de goutte soit une manifestation allergique. Les arguments biologiques sont de la plus grande importance. Les recherches de Widal, Abrami et Joltrain, de Guzdent, ont montré que certains goutteux présentaient des réactions cutanées à divers antigènes, ce qui pose la question de la sensibilisation anaphylactique. Mais tous les tests de cette sensibilisation n'ont pas été recherchés ; en particulier, l'épreuve de Prausnitz et Küstner.

Des recherches dans ce sens demandent à être poursuivies. Les auteurs modernes assimilent l'aspect histologique du tophus goutteux aux images de l'inflammation hyperergique. Cette assimilation intéressante n'est pas admise par tous. D'autre part, un certain doute persiste sur la spécificité de ces images hyperergiques. Même pour les auteurs qui se rallient à l'hypothèse allergique de la goutte, l'acide urique n'en jouerait pas moins un rôle important, ainsi que le montrent les travaux de Rondoni et de Chini.

Les recherches doivent être continuées pour que l'on puisse conclure avec des arguments indiscutables que l'attaque de goutte est un phénomène d'anaphylaxie à un antigène spécifique et que le tophus goutteux est la manifestation d'une allergie tissulaire.

**Le sang des goutteux**, par le docteur F. COSTE, médecin des hôpitaux de Paris, et A. GRIGAUT. — Dans le sang des goutteux, la protéinémie est normale, les lipides sont à peine augmentés. La cholestérolémie n'excède pas la cholestérolémie des sujets non goutteux du même âge. Il n'y a aucun rapport entre le taux du cholestérol et l'occurrence des accès ni la présence de tophi.

L'urée sanguine a été trouvée normale chez 45 goutteux francs. Elle était élevée par contre chez deux goutteux néphrétiques et deux autres goutteux présentèrent une hausse de l'azotémie pendant un accès franc sévère.

La constante d'Ambard était légèrement élevée, comme chez la plupart des sujets du même âge. L'azote total non protidique était normal, l'azote résiduel et polypeptidique légèrement et inconstamment augmenté. Les constatations défavorables à l'idée d'un trouble initial de la fonction hépatique s'accordent avec l'existence fréquente d'un trouble hépatique dans la goutte.

Les ions métalliques, Ca, Mg, Na, K, métalloïdiques P, Cl, sont en quantité normale. L'équilibre des chlorures plasmatique et globulaire n'est pas modifié. Les modifications acido-basiques paraissent minimes. La sédimentation globulaire et le Vernes-résorcine sont augmentés pendant les accès, normaux dans leur intervalle.

L'uricémie retient longuement l'attention des auteurs. Une question préalable concerne la valeur des méthodes de dosage. Pour Coste et Grigaut, le dosage dans les globules



# TRAITEMENT DES AFFECTIONS PULMONAIRES AIGUES ET CHRONIQUES

## DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE

PAR LES VACCINS du Professeur MINET

(ASTHME — EMPHYSEME — PNEUMONIE, BRONCHO-PNEUMONIE — GRIPPE  
et COMPLICATIONS GRIPPALES : Otites, Mastoïdites, Sinusites)

Ces vaccins établis sur des données scientifiques nouvelles sont des *vaccins adaptés*, c'est-à-dire des vaccins qui ont été créés à l'aide de souches microbiennes multiples provenant de l'expectoration de nombreux malades. Ils sont par conséquent polyvalents. D'autre part, ils doivent une activité toute particulière à leur mode de préparation qui est tout à fait spécial.

Le *vaccin antigrippal* donne des résultats heureux dans toutes les formes de la grippe, qu'elle soit grave ou bénigne; le pourcentage des guérisons dépasse 90 p. 100. Le vaccin antigrippal MINET est employé à *titre préventif* de la grippe : une injection répétée pendant deux ou trois jours consécutifs évite la contagion.

En présence d'une grippe sérieuse avec ou sans localisations pulmonaires, injecter une à deux ampoules par jour en se guidant sur la courbe de température. Le vaccin antigrippal juggle très rapidement les complications grippales suppuratives : otites, sinusites, mastoïdites, pleurésies, etc.; il agit même quand de la purulence s'est manifestée. Nous insistons tout particulièrement sur les traite-

ments des otites inflammatoires ou purulentes, dont l'injection sous-cutanée du vaccin arrête complètement l'évolution en empêchant la production de leurs complications habituelles.

Le *vaccin antipneumonique* donne dans tous les cas de pneumonie, aussi bien dans la broncho-pneumonie infantile que dans la pneumonie franche de l'adulte et dans la broncho-pneumonie des vieillards, la guérison dans la presque totalité des cas.

Le *vaccin antiasthmatic*, préparé selon les mêmes méthodes, amène d'après le professeur MINET, la guérison dans le tiers des cas traités et une très grande amélioration dans un autre tiers. Son emploi est donc des plus intéressants.

Tous ces résultats ont été consignés dans une série de communications faites par le professeur MINET à la Société médicale des hôpitaux de Paris et ont été vérifiés en France depuis plus de cinq ans par un bon nombre de cliniciens français.

Ces vaccins présentent le *grand avantage de ne jamais amener d'accidents*. Leur conservation est indéfinie.

MAISON DE VENTE :

Laboratoires STÉNÉ, 2, Place des Vosges, à PARIS (4<sup>e</sup>)

# SULFARSENOL

## ARSENOS-SOLVANT

ADOPTÉS PAR LES HOPITAUX

## EKTOPHANOL

SELS DE LITHIUM DE L'ACIDE PHENYLQUINOLEINE CARBONIQUE

Indications : Rhumatismes musculaires ou articulaires, aigus ou chroniques, Goutte, Sciatique, Lumbago, etc.

LABORATOIRES DE BIOCHIMIE MÉDICALE CH. DESGREZ, D<sup>r</sup> en Ph<sup>e</sup>, 19-21, rue Van-Loe, PARIS XVI<sup>e</sup> — Tél. Auteuil 26-62

## OLÉOCHRYSSINE LUMIÈRE

CHRYSOTHÉRAPIE — CALCITHÉRAPIE

Suspension huileuse d'aurothiopropanol sulfonate de calcium  
Tuberculose — Rhumatismes — Syphilis — Dermatoses*Imprègne l'organisme lentement, régulièrement et sans interruption pendant 4 ou 5 jours*  
*Résultats inégalés par tout autre traitement chimique*

## ALLOCHRYSSINE LUMIÈRE

AUROTHÉRAPIE

PAR VOIE INTRAMUSCULAIRE

*Traitement de la Tuberculose sous toutes ses formes*

Absorption facile et rapide — Tolérance parfaite — Aucune réaction locale, ni générale

## CRYOGÉNINE LUMIÈRE

LE MEILLEUR ANTIPYRÉTIQUE

ET ANALGÉSIQUE

*Action véritablement rapide dans la fièvre et la douleur*

Ne détermine pas de sueurs profuses, ni de tendance au collapsus, ne ferme pas le rein, ne provoque pas de vertiges — Pas de contre-indications

## CRYPTARGOL LUMIÈRE

COMPOSÉ ARGENTIQUE STABLE, ATOXIQUE

*Aussi antiseptique que le nitrate d'argent*

Non irritant, kératoplastique — Aucune intolérance digestive ou cutanéomuqueuse — Jamais d'argyrisme

## EMGÉ LUMIÈRE

MÉDICATION HYPOSULFURIQUE MAGNÉSIENNE

*Prophylaxie et traitement de tous les troubles liés à un état d'instabilité humorale*

ANTI-CHOC

Littérature et Echantillons gratuits sur demande à la

Sté A<sup>me</sup> des Produits Chimiques Spéciaux "BREVETS LUMIÈRE"  
45, rue Villon. LYON — Bureau à PARIS 3, Rue Paul-Dubois

# SIROP DU D<sup>R</sup> REINVILLIER

(Lauréat de l'Académie de Médecine de Paris)

au Phosphate de Chaux hydraté

TUBERCULOSES - RACHITISME - MALADIES DES OS & DU SYSTÈME NERVEUX  
DENTITION DIFFICILE

DOSES : 2 à 4 cuillerées à bouche, à dessert ou à café suivant l'âge

PRESCRIRE :

BERTAUT-BLANCARD FRÈRES

SIROP REINVILLIER, un flacon

64, Rue de La Rochefoucauld, PARIS (9<sup>e</sup>)SANS D'ACIDE  
LIBREASSIMILATION  
COMPLÈTE



est sans valeur, en raison de la présence du glutathion et d'ergothionéine actifs par leur groupement SH. Dans le sérum, la présence d'acide ascorbique (vit. C) introduit une cause d'erreur par excès assez légère ; la précipitation argentique, une erreur par défaut. Au total légère erreur par défaut, mais l'approximation est suffisante pour les besoins de la clinique. Les recherches montrent que l'hyperuricémie est pratiquement constante dans la goutte, mais il ne semble pas y avoir de rapports entre l'exagération de l'hyperuricémie et l'accès goutteux ; au contraire, l'accès goutteux coïncide en général avec un fléchissement de l'hyperuricémie. Envisagée du point de vue pathogénique, l'hyperuricémie rapprochée de l'absence d'hyperuricurie constitue un phénomène des plus intéressants. Les auteurs envisagent à ce propos la rétention des purines par le goutteux et celle du cycle métabolique fermé des nucléo-protéines et substances puriniques. Ils envisagent les rapports entre les troubles du métabolisme et l'allergie dans la goutte. Chemin faisant, les auteurs définissent le rhumatisme goutteux et abordent la question de la valeur de l'hyperuricémie dans le diagnostic du rhumatisme.

**Examen du sang et de l'urine chez le goutteux**, par M. Ch.-O. GUILLAUMIN. — L'examen du sang paraît devoir comprendre essentiellement le dosage de l'urée, de l'acide urique et du cholestérol du sérum. Mais, à côté de ces mesures, il semble peut-être plus utile encore de préciser les caractéristiques de l'équilibre spécial au goutteux, soit pour l'acide urique à l'aide de la technique de Tannhauser et Czonicker, soit pour le cholestérol par l'étude du pouvoir cholestérololytique du sérum, d'après les travaux de MM. Lœper et Lemaire, de MM. Tixier et ses collaborateurs. A ceci peut s'ajouter l'étude globulaire des composés actifs sur les réactifs phosphotungstiques, mais à la condition de n'y voir que des témoins du métabolisme des composés sulphydrylés (glutathion) et non pas des générateurs d'acide urique. Selon chaque cas particulier, l'étude sanguine pourra être complétée par des examens cytologiques, physico-chimiques ou chimiques (glucose, sédimentation, etc.).

L'examen urinaire peut être ainsi conçu :

1° Examen global de l'urine des vingt-quatre heures, mais examen global sommaire volontairement, pour pouvoir être rapidement réalisé. Il comprendra la mesure de l'activité de la diurèse, celle du métabolisme azoté, l'ébauche du bilan acido-basique, la recherche des principaux témoins rénaux, hépatiques ou biliaires, intestinaux, l'étude du métabolisme des sucres et des purines. Selon chaque cas particulier, cet examen sera poursuivi d'une façon plus détaillée, soit pour l'établissement du bilan acido-basique complet, dont le mécanisme intime sera mis en évidence à l'aide d'un graphique spécial, soit pour l'étude des divers métabolismes, qu'il s'agisse des sucres (carbone total), des purines (substance X), des témoins glandulaires ou des minéraux. Cette exploration générale sera complétée par des épreuves fonctionnelles, recherchant la valeur de la sécrétion rénale pour l'urée, les colorants, ou l'eau (épreuves d'Ambard, de Cottet, P. S. P.), ou encore par l'examen cyto-bactériologique effectué sur une émission récente.

## SECTION THERAPEUTIQUE

### RAPPORTS

**La thérapeutique médicale de la goutte**, par le professeur PERRIN et Em. ABEL. — Dans la goutte aiguë, trois médications principales seront employées suivant le type évolutif et l'état des fonctions cardio-rénales : les dérivés de l'acide salicylique ; les dérivés cincophéniques qui ne sont pas inoffensifs, le colchique qui est le remède par excellence de la goutte aiguë. A ces médications symptomatiques seront utilement associées l'auto-hémothérapie, l'auto-sérothérapie, l'amino-acidothérapie.

Dans la goutte chronique, quatre buts sont à poursuivre : l'action antalgique par les dérivés salicylés et cincophéniques et par le venin d'abeille dans les cas rebelles ; l'action désintoxicante et désensibilisante par les cholérétiques et les cholagogues ; l'action antiurique par les uricolytiques à base de lithine, pipérazine, acide thyminique et acide benzoïque ; l'action tonique : fer, arsenic, vanadium ; phosphore chez les goutteux asthéniques.

En outre, la médication alcaline mérite une mention spéciale ; la médication acide a eu des succès ; la médication iodée est utile dans les arthropathies fixées et les scléroses viscérales.

**Diététique et hygiène des goutteux**, par le professeur agrégé Guy LAROCHE. — Pour formuler un régime, on n'oubliera pas que chez le malade peuvent exister à un stade plus ou moins précoce des défaillances fonctionnelles hépatique, pancréatique, intestinale, rénale, des troubles endocriniens ou vago-sympathiques, des modifications du métabolisme lipido-protidique, glucidique, etc., et enfin des foyers d'infection. L'expérience montre qu'il faut régulariser les fonctions digestives, gastriques et intestinales si souvent dérégées chez les goutteux, mettre au repos le foie surmené, stimuler les émonctoires, le foie, les reins, les poumons, la peau, régler et calmer le système nerveux végétatif et régulariser les endocrines.

Le médecin doit insister sur la réduction de la viande et de la ration alimentaire dans son ensemble. L'expérience prouve que le régime carné est préjudiciable aux goutteux et que le régime végétarien leur est favorable. On interdira les boissons alcooliques ; on insistera sur l'horaire et la régularité des repas.

L'hygiène générale est aussi importante que le régime alimentaire : avoir recours notamment aux exercices physiques avec respiration méthodique. Si la gymnastique active est impossible, on peut avoir recours à la gymnastique passive.

Au point de vue climatique, les goutteux redoutent les vents froids du nord et de l'est. Les bords de la mer sont souvent mal supportés, peut-être à cause des phénomènes congestifs qu'ils déterminent. L'hygiène de la peau doit être l'objet de soins constants : frictions, port de la flanelle, bains tièdes, bains de vapeur, thermo-résineux, etc.

**Le traitement médicamenteux de la goutte**, par A. P. CAWADIAS, O. B. E. M. D. F. R. C. P. — Le médecin peut utiliser la psychothérapie, la diététique, la physiothérapie et de la pharmacothérapie.

Les médicaments les plus précieux appartiennent à l'allopathie et à l'homéopathie. Suivant les cas, le médecin utilisera l'un ou l'autre. Dans l'allopathie, le colchique, les salicylates, l'atophan sont utilisables à l'état aigu ; les alcalins, les uricolytiques, l'opothérapie, les médicaments digestifs et les médicaments shocks à l'état chronique. Les médicaments homéopathiques agissent par le mécanisme de désensibilisation collatérale. Ils doivent être considérés comme des antigènes ou anaphylactogènes analogues aux antigènes d'origine métabolique qui déterminent les états de sensibilisation chez les goutteux. Leur administration est individuelle.

Dans l'ensemble, il vaut mieux commencer par l'allopathie, plus simple, mais il faut se souvenir, avec Hippocrate, qu'il y a des malades qui guérissent mieux par les semblables et d'autres qui guérissent mieux par les contraires.

**Quelques causes d'échec dans le traitement de la goutte**, par le professeur H. PAILLARD (de Vittel). — En présence d'un goutteux dont l'état général est médiocre, ne pas instituer un régime alimentaire trop sévère et débilitant ; exclure seulement les aliments sensibilisants ou toxiques. Songer à traiter l'intestin des goutteux, car une toxi-infection intesti-



nale peut entraîner la sensibilisation de l'organisme. Chercher l'insuffisance rénale, souvent latente, dont la constatation amène à restreindre l'alimentation azotée et à favoriser la diurèse. Enfin quelques détails ont un intérêt : éviter les chaussures serrées et proscrire la constriction par des jarretelles.

## SECTION D'HYDROLOGIE

### RAPPORTS

**La thérapeutique hydrominérale de la goutte**, par le professeur A. LEMIERRE et le professeur agrégé L. JUSTIN-BESANÇON. — Les indications des cures thermales sont fondées, avant tout, sur un examen méthodique et complet de chaque gouteux. C'est donc la clinique qui dicte le genre de cure qui convient à telle ou telle forme de goutte urique constituée (forme sthénique, ou asthénique des classiques, goutte articulaire ou tophacée). Les indications hydrominérales diffèrent profondément suivant les phases évolutives de la maladie gouteuse. Mais ce sont les lésions viscérales associées, en particulier l'atteinte rénale, qui conditionnent l'emploi ou la contre-indication de la cure hydriatique. Les eaux minérales ont également leur emploi dans le traitement de la goutte oxalique et, d'une façon plus générale, dans la thérapeutique des perturbations métaboliques apparentées à la diathèse gouteuse.

Le mode d'action générale des cures thermales dans la goutte est encore enveloppé d'obscurité. On peut cliniquement reconnaître aux traitements hydrominéraux un triple effet : sédation sur certaines manifestations de la maladie gouteuse ; action sur le terrain diathésique ; action sur les lésions viscérales associées.

Une étude d'hydrologie générale répartit les stations proprement dévolues au traitement de la goutte en cures de diurèse, stations sulfatées calciques, eaux bicarbonatées sodiques et sources radio-actives. Un exposé d'hydrologie spécial envisage les principales stations françaises utilisées dans le traitement de la goutte et mentionne certaines cures complémentaires. Une brève étude des techniques de cure et des précautions dictées par l'examen clinique de chaque malade, n'oublie pas le rôle adjuvant du régime et de la physiothérapie.

**Cure sulfatée calcique et régulation neuro-humorale**, par le professeur SANTENOISE, le professeur agrégé MERKLEN et M. VIDACOVITCH. — L'administration par voie œsophagienne de l'eau d'Hépar provoque chez l'animal d'importantes modifications de l'excitabilité réflexe vagale décelée par les tests suivants : augmentation progressive des effets cardio-modérateurs de la compression des globes oculaires, augmentation des effets cardio-modérateurs de l'excitation du nerf de Hering, ainsi que de l'effet dépresseur de l'excitation du nerf de Hering chez l'animal à vagues coupés ; augmentation de l'effet intestino-moteur sur l'iléon et le côlon ou l'excitation du nerf de Hering ; aplatissement des lois de sommation du nerf de Hering.

L'action de l'eau sulfatée calcique porte aussi sur le sympathique. Les modifications de ce dernier système étant démontrées par les moyens suivants : étude du réflexe solaire et de l'hypertension par occlusion des carotides chez l'animal à vagues coupés ; réflexe hypertenseur de l'excitation du splanchnique chez l'animal décapsulé ; étude des lois de sommation du nerf hypogastrique et des lois de sommation de l'appareil splanchnique vasomoteur.

Ces modifications sympathiques passent par deux phases : a) sitôt l'ingestion d'eau il y a hyperactivité fonctionnelle du sympathique ; b) un moment après l'ingestion il y a diminution de l'excitabilité sympathique.

L'étude des tests à l'adrénaline et à l'acétylcholine confirme l'existence de ces deux phases. Au point de vue hu-

moral, les auteurs ont poursuivi également des recherches très complètes. L'ingestion est généralement suivie d'hypercalcémie avec hyponatrémie et abaissement de pH, puis ensuite le calcium s'abaisse, K et pH s'élèvent ; la réserve alcaline baisse. Durant ces deux phases l'index réfractométrique varie peu. Il existe une corrélation entre ces modifications vago-sympathiques étudiées.

L'état antérieur de l'animal permet d'expliquer certaines variations individuelles de l'amplitude des réactions.

La réaction des animaux est également modifiée lorsqu'on les traite à l'eau d'Hépar de manière régulière : les premiers jours il y a forte sympathicotomie initiale et excitabilité parasympathique tardive. Après vingt à vingt-cinq jours la réponse parasympathique est prédominante. L'eau sulfatée calcique déclenche donc des mécanismes régulateurs dont la stimulation entraîne en partie tout au moins des effets thérapeutiques. Le rôle de l'appareil endocrinien est probablement important dans le déclenchement du mécanisme neuro-humoral ainsi mis en évidence.

## LIVRES NOUVEAUX

**Consultations de cardiologie (1)**, par Georges MARCHAL, médecin de l'hôpital Tenon, Préface du docteur LAUBRY.

Ce livre réunit sous la forme de trente consultations les principales affections du cœur que le médecin peut être appelé à rencontrer en clientèle. Ces observations ne valent pas seulement par la façon dont elles ont été choisies et recueillies. Elles valent aussi par les réflexions qui les entourent, par les discussions dont elles sont un prétexte, par les conseils thérapeutiques qui les couronnent. L'auteur en effet indique dans chaque cas ce que doit être l'examen pour arriver au diagnostic, ainsi que la thérapeutique qui s'impose.

Le lecteur est ainsi conduit au travers des lésions valvulaires, des endocardites évolutives et infectieuses, des aortomyocardites ; l'auteur lui donne une vue suffisante et compréhensive des principales arythmies, il offre des exemples curieux de différentes insuffisances ventriculaires, il montre enfin les marques trompeuses que révèlent les neurotonies, il en indique la fréquence et souligne l'importance en cardiologie des facteurs purement fonctionnels. Ainsi ce livre de pratique courante permet de faire le tour de la pathologie cardiaque contemporaine renouvelée à la faveur de nos méthodes d'investigation.

L. G.

**Pathologie digestive**, par P. HARVIER. Un volume de 162 pages avec 14 figures. — Prix : 22 fr. — Paris, Masson et Cie.

**Appareil circulatoire**, par Ch. LAUBRY. Un volume de 186 pages avec 32 figures. — Prix : 22 fr. — Paris, Masson et Cie.

**Traitement de l'éclampsie, technique actuelle du traitement prophylactique**, par B. STROGANOFF. Un volume de 112 pages. — Prix : 18 fr. — Paris, Masson et Cie.

**La diphtérie maligne**, par R. POINSO. Un volume de 112 pages avec 12 figures. — Prix : 18 fr. — Paris, Masson et Cie.

(1) Collection du Médecin praticien. In-8 de 228 pages. — Prix : 25 fr. — Paris, Masson et Cie.

Le Directeur-gérant : D<sup>r</sup> François LE SOURD.



**UROMIL**


ÉTHER PHÉNYL CINCHONIQUE — PIPÉRAZINE — HÉXAMÉTHYLÈNE TÉTRAMINE

MOBILISE — DISSOUT  
ÉLIMINE

**L'ACIDE URIQUE**

**ARTHRITISME**

D. L. BELIERES - 19, RUE DROUOT - PARIS



**LA MÉDICATION  
OPOTHÉRAPIQUE**

THYROÏDE (Bœuf)

OVAIRE (Vache)

corps jaune

Follicule

**CHOAY**

OPOTHÉRAPIE SIMPLE  
OPOTHÉRAPIE ASSOCIÉE : **SYNCRINES**

EXTRAITS TOTAUX (Poudres d'Organes) | Cachets  
Comprimés

EXTRAITS INJECTABLES en solution aqueuse | Ampoules stérilisées

**LABORATOIRES CHOAY - 48, rue Théophile Gautier - PARIS (XVI<sup>e</sup>)**



**De Trouette-Perret**

**1<sup>re</sup> Aphloïne**  
Spécifique des Troubles de la Ménopause et du système veineux

**la Nisaméline**  
(Guaco)  
Prurits - Eczémas - Prurigos  
Néuralgies

**la Papaine**  
Gastro-Entérites  
Diarrhées - Vomissements  
Troubles Dyspeptiques

**61, AVENUE PHILIPPE-AUGUSTE — PARIS**

# URASEPTINE

## ROGIER

**La Grande Marque  
des Antiseptiques Urinaires  
et Biliaires**

**Dissout  
et chasse  
l'Acide Urique**

**HENRY ROGIER**

Docteur en Pharmacie  
Ancien interne des Hôpitaux de Paris  
Membre de la Société Chimique  
de France

**56, BOULEVARD PEREIRE  
PARIS**





*La Lancette Française***GAZETTE DES HOPITAUX****CIVILS ET MILITAIRES****PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI****ADMINISTRATION ET RÉDACTION :****49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6°. Tél. : Danton 48-31.****PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6°) - Téléph. : LITRE 34-93.****PRIX DE L'ABONNEMENT****FRANCE**

3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.

*Etudiants : 25 francs par an.*

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

**ETRANGER**

Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.

Tous les autres pays : 75 francs.

**SOMMAIRE****TRAVAUX ORIGINAUX***L'hépatonéphrite apolique (fin), par M. Jean VAGUE.*  
*La systolométrie et la mesure de la pression artérielle par les inter-*  
*sections métriques (avec 2 fig.), par M. A. WALTER.***V<sup>e</sup> CONFÉRENCE DE L'ASSOCIATION INTERNATIONALE DE**  
**PÉDIATRIE PRÉVENTIVE (fin), par M. J. HUBER.****SOCIÉTÉS SAVANTES***Académie de médecine.***NOTES POUR L'INTERNAT***Cancer de l'œsophage.***LIVRES NOUVEAUX****ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS****INFORMATIONS****HÔPITAUX DE PARIS.** — Par décision de l'Assistance publique, la bibliothèque de l'internat des hôpitaux de Paris a été transférée de l'Hôtel-Dieu à l'amphithéâtre des hôpitaux, 17, rue du Fer-à-Moulin, dans des locaux plus vastes et mieux éclairés. Dès maintenant, la bibliothèque est ouverte tous les jours aux internes et anciens internes, de 10 h. à midi et de 14 à 19 h., sauf les dimanches et jours fériés.**HÔPITAL MIXTE DE VANNES.** — Un concours pour l'emploi de médecin-accoucheur chef du service de la maternité de l'hôpital mixte de Vannes s'ouvrira à la Faculté de médecine de Paris le jeudi 9 janvier 1936, à 9 h. du matin.

Ne pourront être admis à se présenter à ce concours que les docteurs en médecine de nationalité française et munis du diplôme d'Etat.

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétaire de la Commission administrative des hospices de Vannes.

**UNIVERSITÉ DE STRASBOURG.** — Le jour de l'anniversaire de l'entrée des troupes françaises à Strasbourg a eu lieu la séance de rentrée de l'Université.

Au cours de la cérémonie, le diplôme de docteur honoris causa, de l'Université de Strasbourg, a été remis par M. Dresch, recteur, au professeur Archibald Young, directeur de la clinique chirurgicale de la Faculté de médecine de l'Université de Glasgow.

Le professeur Leriche a fait l'éloge du récipiendaire.

Le professeur Weil, de la Faculté de médecine de Strasbourg, a ensuite rendu hommage à la mémoire du professeur Gonin, de l'Université de Lausanne, décédé avant d'avoir pu recevoir également l'hommage du diplôme de docteur honoris causa.

**UNIVERSITÉ DE BRUXELLES.** — L'Université libre de Bruxelles vient de rendre un solennel hommage à Jules Bordet, dont les admirables travaux ont jeté sur elle un lustre incomparable.

Dans le grand hall de l'avenue des Nations se trouvaient réunis autour de MM. le ministre Paul Hymans, le bourgmestre Max, le président Marcq et le recteur Dustin, tous les amis du maître et de nombreux confrères.

M. le professeur Ernest Renaux, en une conférence remarquable, retraça l'œuvre du maître, puis le président du Conseil remit au professeur Bordet, au milieu des ovations, son médaillon, œuvre du sculpteur Bonnetain.

**UNIVERSITÉ DE LIÈGE.** — L'Université de Liège vient de consacrer une séance solennelle à la commémoration du baron Léon Frédéricq, l'éminent physiologiste liégeois récemment décédé. Le Roi s'était fait représenter et, par un télégramme adressé au recteur Buesberg, il s'est associé à l'hommage rendu au grand savant.

M. le professeur Noel retraça la vie et les travaux du professeur Frédéricq. M. le professeur Louis Lapicque prit ensuite la parole au nom de l'Institut de France, de l'Académie de médecine et de la Société de biologie.

**ACADÉMIE FRANÇAISE.** — Notre éminent confrère le docteur Georges Duhamel, poète, romancier, auteur dramatique, a été élu jeudi dernier membre de l'Académie française au fauteuil vacant par suite du décès de G. Lenôtre.

Georges Duhamel est né en 1884, il a passé sa thèse de

**DIGITALINE NATIVELLE****LABORATOIRE NATIVELLE, 27, Rue de la Procession, PARIS (XV°)**

doctorat en médecine en 1909 sur l'*Acide thymique dans la thérapeutique des maladies goutteuses*. Pendant la guerre il fit de la chirurgie au front.

L'auteur admiré de la *Vie des martyrs* et de *Civilisation* est depuis peu de temps directeur du *Mercur de France*.

**MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE. — Sanatoriums.** — D'après un décret en date du 21 novembre (J. O., 22 nov. 1935) les emplois de médecins adjoints dans les sanatoriums publics et assimilés de toutes catégories et les emplois de médecins directeurs dans les sanatoriums de femmes et d'enfants pourront être remplis par des femmes.

D'autre part, nul ne pourra être nommé médecin directeur s'il n'a dirigé effectivement, à titre provisoire, pendant une année au moins, un sanatorium.

**LES INVALIDES DE LA SCIENCE.** — M. Schneid, conseiller municipal du quartier Bonne-Nouvelle, a saisi le Conseil municipal d'une proposition tendant à la création par la ville de Paris et le département de la Seine d'une maison des invalides de la science où seraient recueillies et soignées les victimes de la science, comme il en a été créé une par l'Etat pour les invalides de la guerre.

**MÉDAILLE DU DOCTEUR HENRI BOURGEOIS.** — Les amis et les élèves du docteur Henri Bourgeois ont l'intention, au moment où il va quitter son service de l'hôpital Laennec, de lui témoigner leur affection et leur reconnaissance, en lui offrant une médaille dont l'exécution a été confiée au maître sculpteur Fix-Masseau.

Toute souscription de 100 fr. donnera droit à un exemplaire de cette médaille dont la remise aura lieu à une date qui sera fixée ultérieurement.

Prière d'envoyer les souscriptions par chèque, chèque postal (Paris 599), ou mandat au trésorier, M. Georges Masson, 120, boulevard Saint-Germain, Paris (VI<sup>e</sup>).

**COLLÈGE DE FRANCE.** — M. le professeur H. Vincent, membre de l'Institut, commencera son cours le mercredi 4 décembre 1935, à 5 h., et le continuera tous les mercredis, à la même heure.

Objet du cours : « L'infection et l'immunité. »

## LIVRES NOUVEAUX

**Les névroses tachycardiques** (1), par GALLAVARDIN, médecin des hôpitaux de Lyon, et A. TOURNAIRE, ancien interne des hôpitaux de Lyon.

L'intérêt que présente l'étude des névroses tachycardiques — si l'on comprend sous ce terme l'ensemble des manifestations d'hyperexcitabilité sympathique, d'allure essentielle, dont le cœur est si souvent le théâtre — est double.

Une telle étude, au point de vue cardiologique, constitue une préface indispensable à la connaissance des cardiopathies en général. Sans doute ce n'est pas le cœur lui-même qui est malade : appareils valvulaires, tissu myocardique, système de transmission rythmique, réseau d'irrigation coronarienne, tout est parfaitement sain. Mais le cœur est suspendu au nœud sinusal qui en règle incessamment l'activité ; et ce nœud sinusal, si minuscule qu'il soit, figure le point de convergence auquel aboutissent tous les courants, toutes les irradiations transmises par les innombrables filets

vago-sympathiques. C'est dans le nœud sinusal que s'établit à chaque instant le bilan des excitations émanées des centres encéphaliques et bulbo-médullaires, comme aussi des centres ganglionnaires, la prédominance des excitations sympathiques se chiffrant par le taux de la tachycardie. L'étude de ces névroses tachycardiques n'offre pas un moindre intérêt au point de vue de la pathologie du sympathique.

Pour étudier les réactions cardiaques d'ordre sympathique, nous possédons un chronomètre, le cœur, qui traduit à chaque moment si nous savons l'interpréter, non par une impression vague ou des formules compliquées, mais par un chiffre, le degré exact de l'excitabilité sympathique.

Quelle lumière serait projetée sur nombre de syndromes viscéraux ou vasculaires et quels éclaircissements n'obtiendrions-nous pas, de cette façon, sur l'ensemble du fonctionnement du système nerveux végétatif si l'on pouvait, à chaque instant, dresser en quelque sorte la courbe de l'hyperexcitabilité sympathique comme nous pouvons le faire dans toutes les névroses tachycardiques.

« Placée en quelque sorte au confluent de la cardiologie et de la pathologie sympathique, écrivent les auteurs de ce livre, nous sommes persuadés que l'étude des névroses tachycardiques, si avancée qu'elle paraisse, n'est qu'à son début, et que, soit dans sa symptomatologie, soit dans sa pathogénie, soit peut-être dans son traitement, elle réserve encore d'heureuses surprises à ceux qui voudront bien s'y consacrer. »

L. G.

## ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

**Jeudi 21 novembre.** — Jury : MM. Carnot, président ; Lenormant, Tanon, Schwarz. — M. COURAULT. Contribution à l'étude de la sigmoïdite hyperplasique. — Mlle CAUCIEN. Remarques sur la sémiologie et la mortalité des hémorragies gastro-duodénales. — M. WEISSBERG. Etude sur les cystites consécutives aux inflammations chroniques du col utérin. — M. BAËTEAUX. Etude du rhumatisme tuberculeux. Formes cliniques et traitement. — M. CANGÈS. De l'utilisation de la chloroprocaine.

**Lundi 25 novembre.** — Jury : MM. Gosset, président ; d'Allaines, Quénu, Sénèque. — M. LE MASLE. Le professeur Adrien Proust (1834-1903).

**Mardi 26 novembre.** — Jury : MM. Carnot, président ; Tanon, Joannon, Lemaire. — M. JARRY. Etude de la d'Arsonvalisation. — M. TABOURDEAU. Etude pathogénique et thérapeutique sur le mal de mer.

**Mercredi 27 novembre.** — Jury : MM. Clerc, président ; Aubertin, Donzelot, Moreau. — M. MONIN. La forme embolique pleuro-pulmonaire de l'infarctus du myocarde.

**Jeudi 28 novembre.** — Jury : M. Bezançon, président ; Gougerot, Laignel-Lavastine, Sézary. — M. POISSON. Les éléphantiasis tuberculeux. — M. RAVELA. Séro-diagnostic de la syphilis. — M. DE SAINT-LÉGER. Essai sur la centrothérapie.

**Samedi 30 novembre.** — Jury : MM. Claude, président ; Lereboullet, Nobécourt, Gastinel. — M. GROSSIORD. Etude physio-pathologique des tremblements. — M. VINTZEL. Essai d'antigénotherapie locale dans certains tabès. — M. BAGUETTE. Traitement des broncho-pneumonies infantiles. — M. DUMOND. Les injections intra-péritonéales de sérums dans les états de déshydratation de l'enfance.

**Lundi 18 novembre.** (Thèses vétérinaires.) — Jury : MM. Fiessinger, président ; Lesbouyriès. — M. LOMER. Hypocalcémie dans la fièvre vitulaire.

(1) Collection Médecine et Chirurgie pratiques. In-8 de 122 pages avec 24 figures. — Prix : 17 fr. — Paris, Masson et Cie.

Insomnies  
Toux nerveuse.

**BROMÉINE**

MONTAGU

**OUATAPLASME**

du **D' LANGLEBERT**  
PANSEMENT COMPLET  
Phlegmasies, eczémas, brûlures, etc



# tonique "roche"

**élixir**

2 cuillerées à café  
2 fois par jour.

phosphore · strychnine  
arsylène · manganèse

**toni-stimulant  
complet**



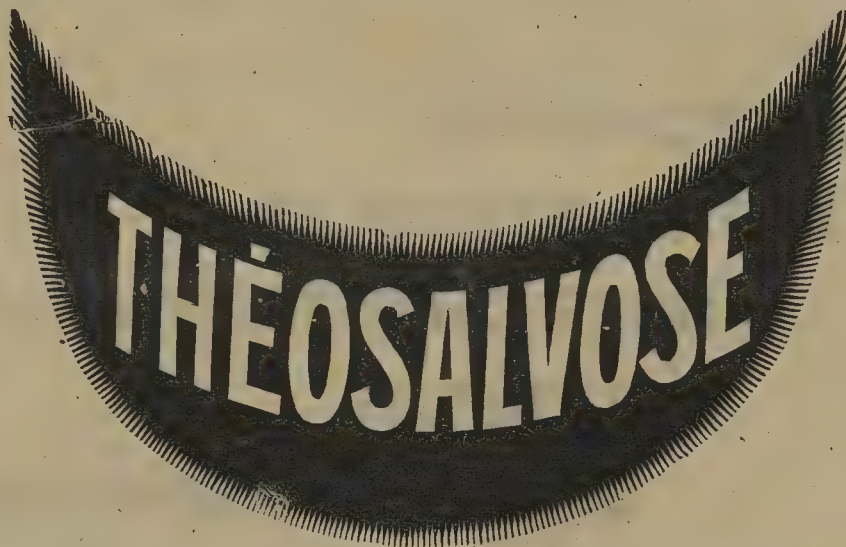
Produits F. HOFFMANN-LA ROCHE & C<sup>ie</sup> 10, Rue Crillon, PARIS

**DIURETIQUE** { D'UN POUVOIR REMARQUABLE  
D'UNE FIDELITE CONSTANTE

**Pure**  
**Digitalique**  
**Strophantique**  
**Sparléinée**  
**Scillitique**  
**Barbiturique**

Phosphatée  
Lithinée  
Caféinée

Ne se délivrent  
qu'en cachets



*Cachets dosés,*

0 gramme 25

et à

0 gramme 50

de Théosalvose

**DOSE MOYENNE :**

1 à 2 grammes

par jour.

**THÉOBROMINE FRANÇAISE** garantie chimiquement pure

Artériosclérose — Affections cardiaques et rénales — Albuminuries — Intoxications  
Urémie — Urlicémie — Goutte — Rhumatismes — Hydropisie — Maladies infectieuses

**Laboratoires André GUILLAUMIN**

PARIS — 13, rue du Cherche-Midi, 13 — PARIS

R. G., 2, 16, Seine.



Par l'Association de  
ses composants

Extrait pancréatique désinsuliné  
Phényl - Ethyl - Malonyl - Urée  
Trinitrine

# le Disonyl Ex-Nidyl

Constitue  
l'Agent thérapeutique Type

*dans les :*

**TACHYCARDIES**

**EXTRA-SYSTOLES**

**ALGIES CARDIOTHORACIQUES**

**ANXIÉTÉS**

**INSOMNIES NERVEUSES**

**POSOLOGIE :**

3 à 6 dragées par jour  
*à avaler sans les croquer*

Echantillons

**LABORATOIRES du D<sup>r</sup> ROUSSEL**  
97, Rue de Vaugirard - PARIS. (6<sup>e</sup>)



# L'HÉPATONÉPHRITE APIOLIQUE<sup>1</sup>

Par M. JEAN VAGUE,

Assistant à la Faculté de médecine de Marseille,  
Interne des hôpitaux.

**Intoxication apiolique expérimentale.** — L'intoxication apiolique expérimentale n'a été l'objet que d'un petit nombre de travaux. Lutz et Oudin (*Bull. de la Soc. de Pharm.*, Tome 16, p. 73) observent, chez le cobaye, des convulsions avec contracture des 4 membres en extension, puis une paraplégie ; mais leurs conclusions portent que, seul l'apiol cristallisé a des propriétés convulsivantes et tétanigènes. Flandin, Nacht et J. Bernard : *S.M.H.*, 15 juin 1934, p. 967, injectant à la souris le même apiol que celui absorbé par leur malade relèvent les mêmes troubles convulsifs et paralytiques que Lutz et Oudin chez le cobaye.

Expérimentant chez le cobaye avec l'apiol vert liquide, nous avons réalisé une intoxication suraiguë terminée par la mort en 24 heures et avec des doses moins fortes, une intoxication plus prolongée, permettant une survie de quelques jours ; nous avons utilisé tantôt la voie digestive, tantôt la voie sous-cutanée ; enfin nos expériences ont porté chez l'animal neuf et la femelle gravide.

Voici le protocole de nos expériences :

**1° APIOL PAR VOIE DIGESTIVE CHEZ LE COBAYE.** — *Expérience 1.* — Cobaye 1. Mâle de 510 gr. — 17 avril 1934. — 5 gr. d'apiol per os.

Le soir azotémie 0,47, glycémie 1,40.

18 avril 1934. — Somnolence, poils hérissés, hypothermie, paraparésie, poids 450 gr. ; azotémie 0,95, glycémie 0,90. Sacrifice par section bulbaire ; la vessie contient 1 cc. d'urines riches en albumine, mais ne renfermant pas de sucre.

Cobaye 2. — Mâle de 500 gr. — 18 avril 1934. — Azotémie 0,20, glycémie 1,25.

Apiol : 2 gr. 50 per os.

19 avril. — Même dose.

Le soir, poils hérissés, paraparésie.

20 avril. — Amélioration.

21 avril. — Apiol, 2 gr. 50.

Le soir, hypothermie, tremblement, paraparésie ; azotémie 0,75 ; glycémie 1 gr. 25.

22 avril. — Amélioration.

23 avril. — 2 gr. 50 d'apiol per os.

Le soir, mêmes signes que les jours précédents.

24 avril. — Légère amélioration, mais l'hypothermie persiste ; poids 360 gr.

Apiol : 2 gr. 50 per os.

Aggravation le soir, quelques soubresauts terminaux.

25 avril. — L'animal est dans le même état ; azotémie 0,90, glycémie 0,80 ; l'urine de la vessie contient de l'albumine, des cylindres et des hématies, des leucocytes. Poids 320 gr. ; le soir, animal dans le coma, sacrifice par section bulbaire.

Cobaye 3. — Femelle de 750 gr. — 10 novembre 1934. Azotémie 0,23, glycémie 1 gr. 30, formule sanguine : poly. 49, lympho. 28, mono. 19, éosino 4.

Apiol 3 gr. 50 per os.

11 novembre. — Pas de changement, même dose.

12 novembre. — Animal somnolent, poids 650 gr., diarrhée, même dose.

13 novembre. — Hypothermie, poils hérissés, mais aucun trouble paralytique ; poids 585 gr. Le soir quelques convulsions, puis coma. Sacrifice par section bulbaire ; poids 560 gr. ; azotémie 1 gr. 20, glycémie 1 gr., formule sanguine : poly. 71, lympho. 14, mono 13, éosino 2.

Cobaye 4. — Mâle de 535 gr. — 2 janvier 1935. — Apiol 3 gr. per os.

3 janvier. — Même état, même dose.

4 janvier. — Hypothermie, tremblement, poids 445 gr., même dose.

5 janvier. — Tremblement, cris, parésie discrète ; l'animal dévie sa marche, tantôt à droite, tantôt à gauche ; il est incapable d'avancer tout droit ; hypothermie, poils hérissés, pas de convulsions, diarrhée ; le soir, animal plus somnolent ; sacrifice par section bulbaire ; poids : 440 gr., azotémie 1 gr. 20, glycémie 0,90, formule sanguine : poly. 68, lympho. 22, mono. 18, éosino 2 ; urine de la vessie : albumine, cylindres, hématies, leucocytes, pas de sucre.

**2° APIOL PAR VOIE DIGESTIVE CHEZ LA FEMELLE GRAVIDE.** —

Cobaye 5. — Femelle gravide, 635 gr. — 23 février 1935. — Apiol 3 gr. per os.

24 février. — Pas de changement, même dose.

25 février. — Animal abattu, ne mange pas, poids 615 grammes, même dose.

26 février. — Tremblement, pas de parésie, mais marche déviée, tantôt d'un côté, tantôt de l'autre, chutes fréquentes sur le côté ; le soir, subcoma ; pas d'avortement. Sacrifice par section bulbaire ; azotémie 1 gr. 40, glycémie 0,95. Formule sanguine : poly. 70, lympho. 19, mono. 9, éosino 1 ; urine de la vessie : albumines, cylindres, hématies et leucocytes.

Cobaye 6. — Femelle gravide 685 gr. — 27 février. — Apiol 3 gr. 50 per os.

28 février. — Agitation, cris, poils hérissés, tremblement ; pas de parésie ; poids 645 gr. ; azotémie 1 gr. ; glycémie 1 gr. 20. Dans la matinée, mise bas prématurée : un fœtus vivant de 70 gr. ; un fœtus mort de 65 gr. ; le soir animal très abattu, dyspnéique, sacrifice par section bulbaire. Azotémie 1 gr. 20, glycémie 0,95, formule sanguine : poly. 70, lympho. 13, mono. 14, éosino 3.

**3° INJECTION SOUS-CUTANÉE D'APIOL.** — Cobaye 7. — Mâle de 490 gr. — 29 novembre 1934. — Apiol 2 gr. en injection sous-cutanée.

30 novembre. — Bon état, même dose.

1<sup>er</sup> décembre. — Hypothermie, tremblement, paraparésie, déviation de la marche.

2 décembre. — Hypothermie et prostration sont plus marquées, mais l'animal marche sous l'effet d'une forte excitation ; le tremblement a diminué, poils hérissés, poids 430 gr. Sacrifice par section bulbaire. Azotémie : 1 gr. 20, glycémie 0,95, formule sanguine : poly. 59, lympho. 24, mono. 14, éosino 3.

Cobaye 8. — Mâle de 580 gr. — 13 décembre. — Apiol en injection sous-cutanée : 4 cc.

14 décembre. — Paraplégie ; l'animal se traîne avec peine sur ses pattes antérieures ; tremblement ; poils hérissés ; dans la marche en avant, l'animal dévie constamment vers la gauche ; azotémie 1 gr., glycémie 0,90, formule : poly. 61, lympho. 20, mono. 17, éosino 3. Sacrifice par section bulbaire ; poids 540 gr.

Cobaye 9. — Femelle de 700 gr. — 13 décembre 1934. — Apiol 5 cc. sous la peau.

14 décembre. — Paraparésie, déviation de la marche, tremblement, cris.

(1) Fin. — Voir *Gas. des hôp.*, 1933, n° 93, p. 1565.

(2) D. OLMER, L. CORNIL et J. VAGUE. *Soc. de biol.*, nov. 1935.

15 décembre. — Animal dans le coma, soubresauts musculaires généralisés, azotémie 1 gr. 10, glycémie 0,95, formule sanguine : poly. 49, lympho. 26, mono. 23, éosino 3. Sacrifice par section bulbaire. Urine de la vessie : albumine, cylindres, hématies, leucocytes, nombreux cristaux. Poids 620 gr.

De cette étude expérimentale, nous pouvons tirer les conclusions suivantes :

1° L'apiol vert que nous avons employé est peu toxique pour le cobaye ; la dose mortelle pour cet animal est de 5 grammes par kilo et par jour ;

2° L'intoxication rapide donne lieu chez le cobaye à un syndrome toujours semblable à lui-même qui consiste :

a) Dans les plus fortes intoxications et comme signe de début dans les intoxications un peu plus prolongées, en paraplégie ou paraparésie, l'animal traîne ses membres postérieurs ;

Et en troubles de type cérébelleux, l'animal dévient sa marche tantôt à gauche, tantôt à droite de sa direction et tombant sur le côté ;

b) Lorsque l'intoxication se prolonge quelques jours les troubles métaboliques prennent le pas sur les autres :

1° Un amaigrissement intense jusqu'à 1/4 du poids de l'animal est constitué très rapidement ;

2° Le poil se hérissé, l'animal ne mange plus, est abattu, paraît somnoler dans un coin de sa cage, dont il est difficile de le faire bouger ; nous avons constaté de la diarrhée chez les cobayes 3 et 4. Il n'y a pas de paralysie et l'animal meurt en quelques jours dans le coma après les convulsions terminales ;

3° Une azotémie moyennement élevée mais constante, allant de 0,90 à 1 gr. 50, s'observe dans tous les cas ainsi qu'une hypoglycémie relative au-dessous du gramme ;

4° La formule sanguine subit peu de modifications ;

5° On n'observe ni ictère ni hémorragie externe, mais l'autopsie révèle la présence de sang dans la cavité gastrique ;

6° L'albuminurie, la cylindrurie, l'hématurie microscopique sont constantes.

L'azotémie, l'hypoglycémie, l'albuminurie s'observent aussi dans les intoxications plus rapides ;

7° Des deux femelles gravides, à la fin de leur gestation, que nous avons intoxiquées, une seule a mis bas prématurément ;

8° La voie d'introduction du poison a peu d'influence sur son effet, la dose toxique paraît cependant un peu moindre avec l'injection sous-cutanée, le syndrome réalisé est le même.

Si nous voulons faire part du foie et du rein dans l'intoxication apiolique expérimentale, nous nous rendons compte aussitôt que, après les troubles nerveux qui surviennent dès les premiers jours, l'atteinte hépato-rénale est constante sans être, cependant, la seule vers la fin ; l'étude anatomo-pathologique des cas cliniques et expérimentaux nous permettra d'en tirer une conclusion plus précise.

**Anatomie pathologique. — I. CHEZ L'HOMME. —** Nous ne possédons pour l'instant aucun examen anatomique précis concernant les h.-n. apioliques chez

l'homme. En effet, la plupart des observations sont dépourvues de protocole d'autopsie et dans le cas de Laederich, Mamou et Mme Arager la cadavérisation n'a pas permis l'étude histologique ; dans notre observation, quoique l'examen histologique ait pu être fait dans d'excellentes conditions, le diagnostic d'h.-n. apiolique n'est cependant pas absolument certain.

A) *Etude macroscopique.* — Les renseignements à ce sujet sont très réduits ; le foie et le rein ne paraissent pas d'ailleurs être macroscopiquement très altérés. Trillat et Thiers notent que le foie est normal, les reins volumineux et d'aspect congestif.

Dans notre obs. 6, le foie pesait 1.400 gr. et paraissait normal ; les reins volumineux pesaient 190 et 200 gr. ; leur décapsulation a été facile. Les autres organes ne paraissaient nullement altérés, sauf l'estomac dont la plus grande partie de la muqueuse était le siège de petites hémorragies punctiformes, parfois confluentes. Des lésions de métrite post-abortum typique, mais en résolution, occupaient le fond de l'utérus ; les trompes étaient normales, ainsi que les annexes.

B) *Etude histologique.* — Læderich, Mamou et Mme Arager décrivent une hépatite aiguë dégénérative consistant en clarification et atrophie cellulaire avec pycnose du noyau, quelques infiltrats lymphocytaires périportaux. La moelle osseuse manifeste une activité érythro et granulo-poiétique considérable avec de très rares mégacaryocytes. Au dire des auteurs, ces lésions ne sont pas interprétables et la lecture des préparations de reins était même impossible dans leur cas.

L'étude des pièces de notre observation nous a révélé les lésions suivantes :

a) *Le foie.* — Il frappe d'abord par le peu d'importance de ses lésions ; la congestion est modérée ; les travées lobulaires sont parfaitement conservées ; on note en quelques points, dans les espaces portes, des îlots lymphocytaires très limités.

Les cellules hépatiques sont peu ou pas touchées, beaucoup sont normales ; la plupart sont tuméfiées, finement granuleuses, leur noyau est clair, riche en chromatine, bien dessinée et condensée en un fin nucléole, souvent double. La dégénérescence vacuolaire s'observe en certains points, notamment dans la zone péri-portale et près des nodules inflammatoires. Il n'y a pas de dégénérescence graisseuse, pas de nécrose ; les cellules de Kupffer sont parfois, mais très rarement, augmentées de volume.

b) *Le rein.* — Il est au contraire profondément altéré, très congestif dans toutes ses portions.

Les glomérules sont parfois normaux, mais la plupart accusent une vaso-dilatation d'ailleurs modérée. L'endothélium vasculaire est quelquefois desquamé ; des nodules lympho-plasmocytaires semblent se constituer tantôt autour des glomérules, tantôt et plus fréquemment autour des veines. Ces nodules inflammatoires sont relativement rares dans la corticale, mais deviennent beaucoup plus nombreux à mesure qu'on s'approche de la médullaire et des canaux excréteurs.

Les tubes contournés sont fortement altérés ; on observe tour à tour et parfois côte à côte dans le même tube tuméfaction, dégénérescence granuleuse et cytolysé, ou dégénérescence érythrofile avec pycnose nu-



cléaire. Les anses grêles et les segments intermédiaires sont peu touchés, certains cependant sont en partie desquamés, mais surtout beaucoup renferment des cylindres et des globules rouges réalisant en certains points une véritable tubulite hémorragique ; les canaux excréteurs contiennent aussi des hématies, parfois en grand nombre. Tout autour d'eux, se fait une infiltration lymphocytaire diffuse, agglomérée de loin en loin en petits foyers.

c) *La rate* est simplement congestive avec quelques points hémorragiques.

d) *La médullo-surrénale* est le siège d'infiltrats lymphocytaires discrets.

e) *L'estomac, le cœur, le pancréas* ne sont pas touchés.

Ce qui frappe en somme dans cet aspect, c'est avec l'intensité de la dégénérescence épithéliale du rein, le peu d'importance des altérations hépatiques qui rappellent plutôt le type de l'hypertrophie et de l'hyperplasie. Pratiquement, en dehors de son caractère unique, cette observation est douteuse dans son étiologie, aussi n'oserions-nous généraliser à toutes les h.-n. apioliques, l'aspect des lésions constatées à l'autopsie dans ce cas.

II. CHEZ LE COBAYE. — Les lésions réalisées sont assez uniformes.

a) *Dans les cas d'intoxications aiguës par voie digestive.* — Les lésions macroscopiques constatées consistent simplement dans l'aspect souvent jaunâtre du foie, la teinte au contraire foncée des reins ; les autres organes ne paraissent pas touchés macroscopiquement.

#### *Examen histologique :*

1° Le foie est très peu congestif ; sa disposition trabéculaire est conservée, les cellules de Kupffer sont modérément hypertrophiées, dessinant avec netteté des travées hépatiques. Les cellules du foie présentent ici aussi les trois aspects que nous avons vus plus haut : dégénérescence granulo-graisseuse avec noyau tantôt normal, tantôt pycnotique, surtout abondante dans la région péri-portale, cellules normales ou hypertrophiées, claires avec noyau volumineux (les divisions cellulaires sont cependant très rares, disséminées dans tout le lobule) quelques cellules atrophiques, éosinophiles avec pycnose nucléaire groupées en amas de trois ou quatre éléments dans le voisinage des espaces portes. C'est à peine si quelques espaces portes sont entourés par un petit manchon lymphocytaire de peu d'étendue.

2° Les reins sont à la différence du foie fortement congestifs dans leur portion médullaire et corticale ; il existe une glomérulite congestive, hémorragique et diapédétique, quelques lymphocytes et plasmocytes entourent souvent les glomérules.

Les tubes contournés sont très touchés ; les cellules sont parfois tuméfiées à l'extrême, la lumière tubulaire ayant complètement disparu, le protoplasma est en dégénérescence granulo-vacuolaire ; les noyaux y sont, pour la plupart intacts, mais on constate quelques pycnoses et quelques caryorrhexis ; la plupart des tubes ont leurs cellules atrophiques, éosinophiles et desquamées ; les segments intermédiaires sont en gé-

néral normaux, les tubes excréteurs aussi, mais assez souvent desquamés.

L'endothélium vasculaire est parfois tuméfié, une infiltration lymphoplasmocytaire souvent abondante entoure les glomérules et les tubes, elle est beaucoup plus importante autour des tubes excréteurs.

La rate est congestive avec quelques hémorragies. Les surrénales également congestionnées, renferment de rares îlots inflammatoires lymphocytaires, de petites hémorragies dans la partie profonde de la corticale avec accumulation de pigments.

b) *Intoxication suraiguë par voie digestive.* — Les lésions hépatiques sont différentes ; la congestion est assez importante ; la dégénérescence graisseuse n'est presque plus notée, mais presque uniquement la dégénérescence éosinophile avec atrophie cellulaire et pycnose du noyau ; cet aspect se voit en deux zones d'élection : la région péri-portale et la région centrolobulaire ; elle respecte plus ou moins la partie moyenne du lobule où se voient surtout des cellules plus claires, plus volumineuses, contenant parfois quelques vacuoles et un gros noyau. Certaines de ces cellules cependant sont tellement claires qu'elles paraissent vidées de leur contenu, et de fait, le noyau a dans quelques cas disparu. Les cellules de k. dessinent nettement la trame lobulaire, surtout dans la zone moyenne des cellules claires subnormales où elles sont franchement augmentées de volume. Par ailleurs, la disposition lobulaire est peu atteinte. La disposition des lésions à l'intérieur de la glande hépatique est irrégulière, certains lobules étant beaucoup plus frappés que d'autres ; dans l'ensemble, la nécrose prédomine au centre de la glande hépatique.

Les reins sont très congestifs, surtout la médullaire ; les lésions glomérulaires sont les mêmes que celles citées plus haut, mais les tubes contournés sont moins touchés ; leur atteinte est inégale : si beaucoup de tubes présentent de la tuméfaction granuleuse avec parfois disparition du noyau, si certains sont desquamés et hémorragiques, beaucoup d'autres sont normaux ou subnormaux ; il n'est même pas rare d'y trouver des figures de division cellulaire. Les anses grêles, les segments intermédiaires et les tubes excréteurs sont souvent plus touchés que les tubes contournés ; ils sont en effet fréquemment atteints de tubulite hémorragique et desquamative.

Les lésions des autres organes sont identiques aux lésions observées dans les cas précédents.

c) *Intoxication par voie sous-cutanée.* — Les lésions sont les mêmes que dans le premier cas, mais la congestion hépatique est plus marquée, comme dans l'intoxication suraiguë ; la réaction interstitielle périportale est plus importante et se propage parfois assez loin. Les reins sont également très congestifs, les lésions tubulaires sont plus accusées, la dégénérescence érythrofile plus fréquente que dans l'intoxication par voie digestive.

Si nous rassemblons ces diverses lésions d'h.-n. apioliques chez l'homme et chez l'animal, nous en arrivons tout naturellement aux conclusions suivantes :

1° L'intoxication aiguë détermine, chez l'homme et chez l'animal, des lésions surtout parenchymateuses du foie à type de dégénérescence graisseuse périportale avec réaction hypertrophique et hyperplasique de

la zone moyenne du lobule, des lésions de glomérulo-tubulo-néphrite aiguë congestive, interstitielle, mais surtout dégénérative.

2° L'intoxication suraiguë donne une nécrose à prédominance centro-lobulaire et périportale du foie, respectant plus ou moins les cellules moyennes des lobules qui sont réactionnelles, et une glomérulo-néphrite congestive, mais peu dégénérative, où se voient même des figures d'hyperplasie épithéliale.

3° Enfin dans certains cas prolongés chez l'homme, peut-être les lésions hépatiques seraient-elles de type réactionnel ou parviendraient même à guérir alors que la tubulo-néphrite épithéliale dégénérative conditionnerait l'évolution fatale.

Sans doute l'intoxication apiolique est-elle complexe tant par le nombre des constituants du poison que par les diverses atteintes viscérales auxquelles elle aboutit ; mais de tous les troubles cliniques, biologiques et anatomiques qu'il nous est donné d'y observer, un certain nombre se détachent nettement des autres, en particulier dans les formes subaiguës où il est possible de voir évoluer l'intoxication : ils constituent un syndrome hépatorénal, une hépatonéphrite aiguë.

## LA SYSTOLMÉTRIE ET LA MESURE DE LA PRESSION ARTÉRIELLE PAR LES INTERSECTIONS MÉTRIQUES

Par M. le docteur A. WALTER.

Afin de remédier à l'insuffisance et à l'obscurité des données oscillométriques, a été créé un appareillage dit « Systolmètre à mesure totale » en millimètres d'eau et centimètres de mercure, dont les résultats non interprétatifs sont *entièrement métriques*.

Par exemple, dans le tracé en escalier d'un artérioscléreux, il est difficile sur un oscillogramme de déterminer le point exact de la maxima ; de situer la moyenne quand se produit le phénomène du « plateau » — répétition d'oscillations d'amplitude égale sur plusieurs centimètres de chutes de pression ; de lire la minima sur un tracé dont les oscillations s'effacent progressivement en fuseau.

La systolmétrie résout tous ces problèmes par l'emploi dans un seul appareil de deux manomètres combinés (figure 1) :

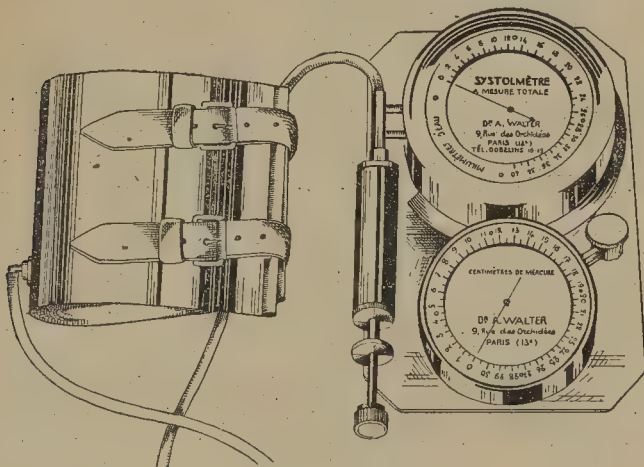


Fig. 1.

1° L'un étalonné en centimètres de mercure et indiquant les pressions rythmiques intra-artérielles ;

2° L'autre étalonné en millimètres d'eau et fonctionnant en boîtier étanche, dont l'aiguille marque les amplitudes qui, au moyen d'un diaphragme approprié, sont détectées et mesurées en unités issues du système métrique décimal français : en millimètres d'eau.

Quelles sont les conséquences pratiques en clientèle de la systolmétrie ?

1° La simplicité de l'appareillage, la manœuvre consistant à dévisser un volant d'une main et à noter les lectures de l'autre main, sur un systolgramme — sorte de fiche quadrillée.

2° L'objectivité des chiffres des pressions artérielles, points obtenus par l'intersection de deux lectures métriques (figure 2). On effectue avec soin la mesure millimétrique du champ supramaximal et inframinimal — zone d'amplitudes indifférenciées (Donzelot).

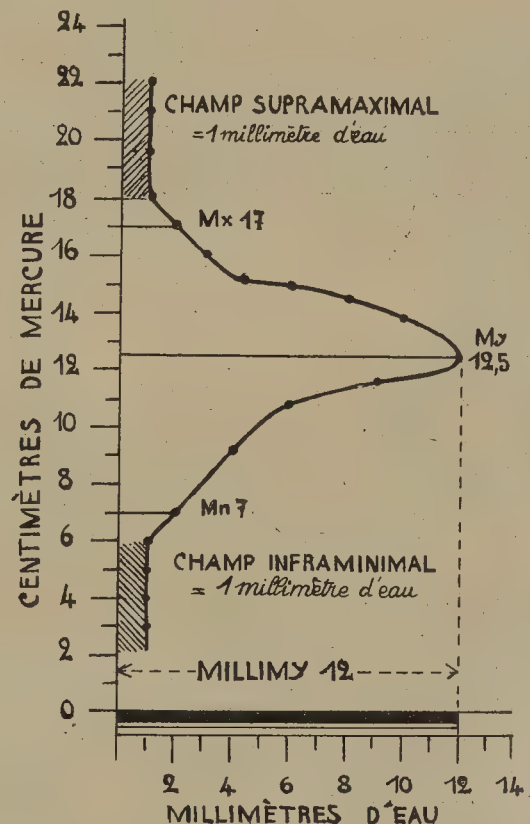


Fig. 2.

On double leurs valeurs respectives et on pointe leurs positions sur le tracé. En rejoignant les deux points ainsi obtenus à l'échelle centimètres-mercure, on lit à leur intersection sur cette échelle Mx et Mn exactement et sans erreur possible.

Exemple pris sur le tracé de la figure 2 :

a) Maxima. Le champ supramaximal trouvé est de 1 mm. d'eau. On double ce chiffre, soit 2 mm. d'eau. On pointe 2 mm. d'eau sur le tracé, puis on rejoint le point obtenu à l'échelle cm.-mercure et on note à l'intersection le chiffre 17 qui est celui de la maxima recherchée.

b) Minima. Le champ inframinimal trouvé est de 1 mm. d'eau. On double ce chiffre, soit 2 mm. d'eau. On pointe 2 mm. d'eau sur le tracé, puis on rejoint le point obtenu à l'échelle cm.-mercure et on note à l'intersection le chiffre 7, qui est celui de la minima recherchée.

La systolmétrie exclut les méthodes « interprétatives » de l'oscillométrie, dont les tracés invertébrés, mous, formés de reliefs mal différenciés, sont entachés d'obscurité et de confusion.

3° La notation aiguë de la pression moyenne due à une inertie mécanique minime, les « plateaux » ne se produisant pas. Sur le tracé, la My est de 12,5 bien nette.



4° La terminologie métrique par réduction d'appellations qualitatives : poulx ample, petit, mou, etc... Il est préférable d'y substituer une réalité métrique en notant la *millimétrie* : c'est la pression, lue en millimètres d'eau sur le cadran systométrique, de la plus grande amplitude de la courbe (à ce moment précis, le manomètre-mercure marque la moyenne). La millimétrie est de 12 sur le tracé, la moyenne étant de 12,5.

5° L'exploration des membres inférieurs se fait en valeurs métriques absolues dans le diagnostic des artérites, claudication intermittente, indications d'amputation pour le chirurgien. A titre d'exemple, il est possible de mettre en évidence deux perméabilités artérielles distinctes : l'une à droite, l'autre à gauche et de les désigner métriquement : à droite millimétrie 4, à gauche millimétrie 6.

Le Systomètre est adopté dans les Etablissements du Service de Santé militaire par décision ministérielle n° 5146, et inscrit récemment à la Nomenclature.

Présenté à la Société de médecine de Paris le 10 octobre 1935 par M. le docteur A. Bécart.

## V<sup>e</sup> CONFÉRENCE DE L'ASSOCIATION INTERNATIONALE DE PÉDIATRIE PRÉVENTIVE

Bâle, 20-21 septembre 1935 (1).

### Prévention de la tuberculose à l'école

1<sup>er</sup> Rapport : D<sup>r</sup> J. GENÉVRIER (Paris)

Dans la première partie, l'auteur insiste sur la valeur indicatrice des troubles généraux et fonctionnels : toux, inappétence, pâleur, fatigabilité, fléchissement de la courbe de poids, réactions ganglionnaires, dont il discute du reste la valeur. Le dispensaire sera l'auxiliaire du médecin scolaire. Le diagnostic de la tuberculose pulmonaire évolutive sera facile avec la radiologie, mais elle est rare : 1 sur 1.000 ou sur 1.500 écoliers ; plus souvent, il s'agit de tuberculoses cutanées, ganglionnaires, ostéo-articulaires, de tuberculoses des séreuses, pleurésie, péritonite, méningite, ces dernières formes n'étant pas contagieuses, mais la préservation devrait en éviter l'éclosion.

La cuti-réaction à la tuberculine, par sa sensibilité, constitue, si elle est négative, un signe négatif important (sauf les rares cas d'anergie passagère) ; les statistiques varient pourtant avec les milieux étudiés ; les cas positifs semblent être en diminution notable, sauf après contact infectant.

L'auteur s'élève contre l'exclusion des préventoriums des enfants avec cuti-réaction négative qui restent ainsi sous la menace de contacts infectants sans que leur état général soit amélioré par cette cure. Il faut dépister pour la soigner la « tuberculose maladie ». La cuti-réaction indique seulement la « tuberculose biologique » quasi universelle.

Les modes de contamination sont ensuite passés en revue : très rarement elle vient d'un autre enfant qui serait contagieux, plus souvent des maîtres ou du personnel (de 2 à 4 ou 20 p. 100 suivant les statistiques). Soixante sur 8.000 instituteurs sont en congé de longue durée dans la Seine (0,75 p. 100).

Les examens périodiques des maîtres devraient être pratiqués, or ils ne sont pas obligatoires ; le personnel, les cuisinières surtout, devraient être vus (au moins deux fois l'an). Mais c'est la contamination familiale, la plus fréquente de beaucoup, qu'il faut combattre.

Cette préservation de l'écolier exige l'élargissement de l'inspection médicale scolaire par une collaboration de tou-

tes les organisations ou œuvres sociales ; celle du *dispensaire d'hygiène sociale* avec ses médecins, les infirmières-visiteuses des écoles et des dispensaires assurant la visite des familles des écoliers suspects ; des fiches bien établies facilitent ce travail en commun.

Il convient enfin d'assurer la salubrité de l'école, d'y éviter l'encombrement, d'avoir des terrains de jeux, des colonies de vacances, des écoles de plein air, des préventoriums, des centres de placement familial type Grancher. C'est donc plus une question sociale dans son ensemble qu'un simple problème de prophylaxie scolaire ; l'obligation scolaire constitue un point de fait important pour le dépistage de la tuberculose en général, dont les artisans sont les médecins des écoles et des dispensaires avec la collaboration indispensable des infirmières-visiteuses au foyer, à l'école, au dispensaire, à l'hôpital.

2<sup>e</sup> Rapport : D<sup>r</sup> J.-H. TUNTJER (Groningue) (Hollande)

Après une brève description de quelques épidémies scolaires de tuberculose survenues en Hollande, le rapporteur commente la loi du 7 décembre 1934, dont le but est de préserver les écoliers de la contagion par le personnel enseignant. Il insiste sur la grande valeur des examens radioscopiques pour la prophylaxie de la tuberculose à l'école.

3<sup>e</sup> Rapport : Professeur H. KLEINSCHMIDT (Cologne) (Allemagne)

Bien que l'allure de l'infection tuberculeuse pendant l'enfance soit beaucoup moins rapide qu'il y a quelques dizaines d'années, et qu'elle n'atteigne son maximum que vers vingt ans, on constate cependant encore un nombre considérable d'infections tuberculeuses chez les enfants d'âge scolaire. Selon toutes les apparences, on peut dire que le plus grand nombre de ces contaminations ne se produit pas à l'école. Sans doute les maîtres et les camarades de classe atteints de tuberculose pulmonaire ouverte jouent un certain rôle ; on ne doit pourtant pas exagérer l'importance des fameux émetteurs méconnus de bacilles dont il a été question récemment. Tout d'abord leur nombre est plus faible que dans la petite enfance ; on sait qu'ils n'infectent en général pas même leurs frères et sœurs, ni leurs camarades d'internat. En tout cas, les observations récentes font paraître superflu de séparer à l'école les enfants qui réagissent positivement et négativement à la tuberculine. C'est le tuberculeux adulte qui est la principale source d'infection, comme on peut fort bien l'établir lorsque tous les écoliers ont subi l'épreuve à la tuberculine et sont reportés sur un plan de la localité. Les sources extrafamiliales de contamination sont plus nombreuses.

Les suites de la contamination tuberculeuse à l'âge scolaire ne sont en général pas bien graves. On sait que les dangers de la maladie sont bien plus grands dans les premières années de la vie, et qu'on rencontre dans la période précédant la puberté et dans la puberté même des formes très graves de tuberculose pulmonaire. Il s'ensuit que l'âge de six à douze ans doit être considéré comme spécialement favorisé. Mais la résistance passagère de l'enfant ne signifie pas qu'il ne tombera pas gravement malade plus tard.

Le diagnostic de la tuberculose n'est vraiment certain que lorsque les réactions à la tuberculine sont pratiquées systématiquement à plusieurs reprises et, en cas de résultat positif, suivies d'un examen radioscopique. Aujourd'hui, malheureusement, on ne pratique souvent cet examen que chez les écoliers qui semblent particulièrement menacés.

Les infections provenant de maîtres ou de camarades de classe sont très variables dans leurs suites, ce qui dépend sans doute des occasions plus ou moins nombreuses de surinfection. La résistance de ce groupe d'âge à la tuberculose peut être fortement diminuée par la surinfection. Il

(1) Association de la Presse médicale française.

Fin. — Voir Gaz. des hôp., 1935, n° 89, p. 1504.

s'agit donc de prendre des précautions spéciales pour empêcher la contamination par les maîtres et les camarades.

Dès avant l'entrée dans l'école normale, les futurs maîtres seront examinés soigneusement, de préférence dans un dispensaire antituberculeux ; plus tard, au cours de leurs fonctions, ils seront radioscopés environ tous les deux ans. Les maîtres et les enfants atteints de tuberculose contagieuse seront exclus de l'école et ne seront réadmis que lorsqu'un examen médical approprié aura prouvé l'inexistence de toute capacité de contagion. Il est préférable de considérer toute espèce de tuberculose pulmonaire active chez l'enfant comme contagieuse. On devra aussi créer un fonds d'assistance pour les maîtres malades et incapables de service, et organiser l'éducation des écoliers tuberculeux dans les sanatoriums.

Il est beaucoup plus difficile d'éliminer les infections en dehors de l'école. Peut-être n'est-il même pas désirable d'éviter à cet âge tout risque de contagion. Ici aussi, nous devons vouer notre attention surtout au problème de la surinfection inévitable dans le cas de sources familiales ou domiciliaires de contagion.

Afin d'assurer la prophylaxie suffisante du milieu, il faut éclairer à ce sujet la population ; ce qu'on peut le mieux faire en commençant déjà à l'école même par un enseignement approprié.

La prophylaxie individuelle devra viser à l'amélioration des conditions économiques et hygiéniques. Lors de l'envoi dans des maisons de vacances ou des sanatoriums, il faut ne pas songer en première ligne aux enfants du groupe d'âge offrant la plus grande résistance à la tuberculose, mais aux enfants d'âge préscolaire ou d'âge pubère. De ce fait n'entrent en considération que les écoliers atteints d'une forme active de tuberculose dont il est prouvé que l'infection est récente, qui sont exposés d'une manière permanente ou dont l'état général est affaibli par la maladie ou la sous-alimentation. Le séjour curatif doit être suffisamment long ; il faut profiter aussi des mois d'hiver.

La force de résistance des enfants infectés qui restent à la maison sera rehaussée par une alimentation complémentaire, par des colonies de jour avec des bains d'air et de soleil, et par des applications de rayons ultra-violet.

#### Discussion

Professeur NOGGERATH (Leipzig). — Il faut non seulement dépister les enfants menacés, mais aussi ceux qui menacent les autres ; l'extension de la lutte doit se faire en partant des cas de tuberculose ou des décès qui en résultent, et l'action des médecins, de leurs collaborateurs, de tous organismes ou autorités doit être coordonnée ; surveiller les masures suspectes, leurs voisins, multiplier les radiographies bien faites et non par des procédés peu coûteux récemment conseillés. Le danger varie suivant que l'enfant est tranquille ou toussueur.

Professeur OPITZ (Berlin). — Les enfants porteurs de bacilles, quoique peu nombreux, existent ; on en trouverait dans le contenu gastrique. Dans quelques cas d'érythème noueux, de pleurésie paraissant simple, surveiller les bronchitiques simples, parfois suspects. Après la puberté, les signes sont plus nets.

On écartera ces porteurs de germes de l'école. On séparera les pulmonaires et les osseux.

Le critérium de guérison est difficile à fixer. Trois examens à trois semaines d'intervalle sont à conseiller. L'éviction sera souvent d'un an ou deux. Les filles seraient plus menacées aux approches de la puberté. Danger des maîtres tuberculeux qui doivent être exclus définitivement par le péril de ces lésions soi-disant fermées.

Professeur NUZZI (Rome, Italie). — La prévention mutualiste de la tuberculose scolaire en Italie s'explique par les

formes anatomo-cliniques rencontrées. La question est d'ordre plus général que scolaire. L'œuvre nationale fasciste de la mutualité scolaire a créé l'assistance préventive et réalisé l'assurance contre la tuberculose pour 600.000 écoliers mutualistes par une action médicale, éducative et sociale. Elle ne demande rien au budget de l'Etat et se propose par la prévention de réaliser des économies appréciables.

Docteur E. LESNÉ et Mlle G. DREYUS-SÉE (Paris) préconisent l'action conjuguée du médecin, du pédagogue et des pouvoirs publics.

La prophylaxie de la tuberculose à l'école comporte deux ordres de mesures :

#### I. — Elimination absolue des contagieux :

a) Surveillance des enfants par le médecin de l'école disposant des moyens d'examen clinique, biologique et radiologique indispensables, ou collaborant avec les dispensaires antituberculeux voisins.

b) Surveillance médicale obligatoire de tout le personnel scolaire des établissements publics et privés au moyen d'exams répétés à intervalles réguliers.

#### II. — Mesures destinées à renforcer la résistance de l'écolier :

a) Hygiène des locaux scolaires et mesures destinées à éviter le surmenage intellectuel et à favoriser les exercices physiques bien surveillés en plein air.

b) Nécessité d'une bonne hygiène alimentaire pour tous les écoliers.

c) Multiplication du nombre des colonies de vacances, écoles de plein air et préventoriums, centres de placement (œuvre Grancher), de telle sorte que chaque école dispose pour tous ses élèves d'une organisation complète de prophylaxie antituberculeuse.

Docteurs ARMAND-DELILLE et LESTOQUOY (Paris) demandent l'unification des méthodes statistiques. Les contaminations sont surtout familiales. Les cuti-réactions doivent conduire à dépister, par l'enquête, les contamineurs. Il faut lutter contre le surmenage, améliorer les logements, instituer le carnet de santé.

Professeur LEREBoullet (Paris). — Les primo-infections, d'après les statistiques, sont moins fréquentes que jadis, s'accroissent à la puberté ; une cuti-réaction annuelle en période scolaire serait à conseiller, car l'évolution est aggravée en période scolaire.

L'alimentation insuffisante ou défectueuse joue un rôle chez les adolescents, les étudiants, les élèves des grandes écoles.

Professeur FRONTALI (Padoue). — Près de 50 p. 100 des cas résultent de contamination familiale, 10 p. 100 de contaminations extrafamiliales. Entre six et douze ans le nombre des cuti-réactions positives augmente. Le reste, 40 p. 100, paraît se contaminer à l'école. Les maîtres seraient atteints dans la proportion de 5 à 10 p. 100, avec de grandes variations régionales. Pratiquement, il faut faire des cuti-réactions, et examiner par radiographie les cas suspects. Le carnet personnel permanent, « véritable passeport sanitaire », tend à se généraliser en Italie. Pour les communautés religieuses, une surveillance médicale doit être étroite ; un système d'assurances assure les soins et décide les intéressés à se soigner. L'auteur croit à la récupération possible des maîtres.

Professeur WIELAND (Bâle). — Il faut tenir compte des « émetteurs de bacilles larvés » qui pourraient atteindre 25 p. 100. Il faut les séparer des autres, faire partir à la montagne les cas graves.

Docteur D. OLTRAMARE (Genève). — L'auteur montre le tableau des moyens de lutte (médecins, infirmières, fiches médicales, liaison avec les familles, hôpitaux, sanatoria, co-



lonies, collaboration avec les maîtres, les familles, les autres médecins des dispensaires). Examen régulier, certificat de vaccination, contrôle médical des enfants, des convalescents, surveillance des maîtres et du personnel, dépistage des contagions familiales. L'hygiène des locaux et des enfants, les programmes étudiés, l'hygiène au foyer ou dans les œuvres qui recueillent les enfants sont à surveiller.

Des dispositions législatives devraient rendre possible cette surveillance et le retrait des enfants vivant dans un milieu contaminé. La bonne ordonnance des fiches est nécessaire à cette coordination des efforts.

Docteur KREUSER (Stuttgart). — Après une classification de gravité aux divers âges, l'auteur insiste sur les causes prédisposantes (rougeoles) ; il faut faire la prophylaxie de la maladie plus que celle de l'infection.

Docteur M. LUST (Bruxelles). — La Belgique a supprimé le surmenage scolaire, le travail du soir, exige trois après-midi consacrés au sport, lutte contre le taudis et la sous-alimentation.

Il s'élève contre la délivrance du lait dans le milieu de la matinée, facteur de dyspepsie et d'anorexie.

Docteur WILD (Bâle) cite des cas où des enfants contaminés ont pu favoriser la contagion des autres écoliers.

Docteur LOWEGREN (Helsingfors, Finlande) préconise l'éducation des infirmières, celle du public, une hygiène consciente évitant la bacillophobie.

Docteur R.-A. MARQUÉZY (Paris) préconise une cuti-réaction annuelle qui devrait être juridiquement imposée ; le carnet scolaire mériterait d'être généralisé ou le livret de santé à l'hôpital suivant les enfants dont les familles changent de domicile ou de résidence et mentionnant les cuti-réactions avec les vaccinations, l'épreuve de Schick, etc.

Docteur ROBERT CLÉMENT (Paris). — L'enfant se tuberculise surtout pendant la période scolaire ; les pesées mensuelles, les cuti-réactions bien interprétées sont à conseiller, ainsi que les mensurations thoraciques. Les vacances mieux réparties, les écoles de plein air sont des desiderata à réaliser.

Les rapporteurs se déclarent d'accord dans les grandes lignes avec les orateurs touchant l'importance de la question des émetteurs de bacilles larvés, celle des cuti-réactions et des examens radiologiques pour fixer les cas de diagnostic difficile.

### Conclusions

1. La lutte contre la tuberculose scolaire n'étant qu'une partie de la lutte contre la tuberculose en général, il est désirable qu'une liaison étroite soit établie entre l'inspection médicale des écoles, les dispensaires antituberculeux, les services hospitaliers et les œuvres de préservation de l'enfance.

2. Cette lutte doit donc se faire aussi bien à l'école qu'en dehors de l'école ; à ce dernier point de vue, on devra tenir compte du milieu familial de l'écolier (logement, alimentation, état de santé de l'entourage).

3. Tout le personnel affecté à une école, maîtres et serveurs, sera obligatoirement soumis à un examen d'admission et à un examen qui sera répété tous les deux ans au moins. Cet examen sera clinique et radioscopique et sera fait par un service compétent admis par l'autorité.

Les lois et règlements devront être tels que le malade pourra avoir les moyens matériels de se soigner le temps nécessaire.

4. Tout enfant admis à l'école publique ou privée sera soumis à un examen médical, répété si possible chaque année et comportant l'examen clinique, la cuti-réaction et, si celle-ci est positive, l'examen radiologique. Ces examens

ADOPTÉ PAR LES HOPITAUX DE PARIS

# SCILLARÈNE

## " SANDOZ "

*Glucoside cristallisé, principe actif isolé du Bulbe de la Scille*

DIURÉTIQUE GÉNÉRAL — DIURÉTIQUE AZOTURIQUE VRAI

AMPOULES  
1/2 à 1 par jour.

GOUTTES  
xx, 2 à 8 fois par jour.

COMPRIMÉS  
2 à 8 par jour.

SUPPOSITOIRES  
1 à 2 par jour.

PRODUITS SANDOZ, 20, rue Vernier. — PARIS-17°.

B. JOYEUX, Pharmacien de 1<sup>re</sup> classe.

## DÉSINFECTION — CHLORAMINE INTESTINALE — FREYSSINGE

1 à 3 pilules à chaque repas. - 6, Rue Abel, PARIS - Aucune contre-indication

**CHARBON DE PEUPLIER** sous forme de **GRAINS ANISÉS** de **CHARBON TISSOT**  
Humectant, divisant, aseptisant, expulsant.  
et conséquences : MAUVAISES DIGESTIONS, MIGRAINES, LOURDEURS DE TÊTE  
DIVISION du BOL ALIMENTAIRE HÉMORROIDES, etc. — Une cuillerée à café avalée comme des grains de lin, après chaque repas.  
**CONSTIPATION** Toutes Pharmacies. — Échantillons : PARIS, 34, BOULEVARD DE GILBY (Service A.)



seront consignés sur le carnet sanitaire, qui doit suivre l'enfant pendant toute sa vie scolaire. L'enfant capable de contaminer ses camarades sera éliminé et soigné.

5. L'enfant passant à l'école une grande partie de sa vie, doit y trouver les conditions d'hygiène les plus favorables à son développement physique et à sa résistance à l'infection tuberculeuse.

6. Pour atteindre ce but, il y aura lieu de développer les écoles en plein air, les terrains de jeux, de diminuer la durée des heures d'étude, de consacrer plus de temps aux récréations et aux exercices de plein air. On donnera à l'écopier, toutes les fois que cela sera nécessaire, un supplément de nourriture capable de compléter l'insuffisance de son alimentation familiale.

Lors de la séance terminale, présidée par le professeur Scheltema, l'assemblée a confirmé le projet de demander que la VI<sup>e</sup> Conférence, en 1936, soit tenue en Italie. Il paraît probable que Bologne sera le siège de cette Conférence qu'on espère voir fixée lors des vacances de Pâques, et à proximité du Congrès international de pédiatrie, probablement à Rome. Les questions envisagées seraient :

1° Les vaccinations contre les infections typhoïdiques et les vaccinations associées.

2° Le rôle des visiteuses de l'enfance dans la lutte poursuivie au domicile contre la morbidité et la mortalité infantiles.

En 1937 enfin, la Conférence devant statutairement se tenir en Suisse, aurait lieu à Lausanne sous la présidence du professeur Taillens. Les sujets à proposer n'ont pas encore été arrêtés parmi ceux qui ont été retenus par le bureau de l'Association.

JULIEN HUBER.

## SOCIÉTÉS SAVANTES

### ACADEMIE DE MEDECINE

(SÉANCE DU 19 NOVEMBRE 1935)

La réserve alcaline dans la paralysie générale progressive avant et après la malarithérapie. — MM. PAULIAN et G. TANASESCO. De l'étude de 12 malades de paralysie générale, étude portant sur la réserve alcaline avant et après la malarithérapie, résultent les conclusions suivantes :

La réserve alcaline sanguine dans la paralysie générale avant le traitement rappelé se trouve dans les limites normales, dans une proportion de 67 p. 100, atteignant des chiffres compris entre 69,1 p. 100 et 51 p. 100. L'acidose décrite par les auteurs ne se trouve qu'en proportion de 33 p. 100, chiffres compris entre 45,3 p. 100 et 33,8 p. 100 CO<sup>2</sup>.

Le liquide céphalo-rachidien avant le traitement se trouve à peu près dans tous les cas en état d'acidose marquée, comprise entre 44,3 p. 100 et 29 p. 100 CO<sup>2</sup>, la proportion étant ainsi de 91 p. 100. Au contraire, l'équilibre normal de la réserve alcaline ne l'affecte que dans un petit nombre de cas.

Après le traitement malarique, les choses paraissent se renverser. Le sang recolté est en état d'acidose dans une proportion de 67 p. 100 avec des réserves alcalines comprises entre 49 p. 100 et 26,2 p. 100 et seulement dans une proportion de 33 p. 100, les chiffres de la réserve se maintiennent normaux, 62,4 p. 100 à 51 p. 100.

Le liquide céphalo-rachidien présente une tendance d'accroissement de réserve alcaline, mais sans atteindre les limites normales, si bien que dans une proportion de 88 p. 100, nous avons trouvé des réserves variant entre 46,2 p. 100

et 38,5 p. 100 CO<sup>2</sup>, tandis que dans un seul cas la limite de la réserve alcaline s'est maintenue normale à 68,3 pour 100.

L'acidité ionique urinaire se trouve, elle aussi, comprise, avant le traitement malarithérapique, dans les limites de 7,4 à 5,4 et, après le traitement, elle se trouve dans les chiffres compris entre 6,6 et 5,4.

Les conclusions pratiques tirées de ces constatations nous conduisent à l'idée d'une alcalinisation avant le traitement malarique, pour pouvoir écarter autant que possible l'acidose du liquide céphalo-rachidien. L'alcalinisation doit être faite plus puissante après le traitement, afin d'aider la tendance d'accroissement qu'affecte R + A après le traitement malarique.

Effets sur la fécondation et la procréation chez des cobayes femelles portant dans le péritoine des filtrats tuberculeux inclus en sacs de collodion. — MM. Fernand ARLOING et A. DUFOUTT apportent une contribution à l'étude des effets de l'infection permanente par l'ultra-virus tuberculeux sur la gestation. Pour y parvenir, ils ont utilisé la méthode de M. le prof. Sanarelli, de Rome, en incluant dans la cavité péritonéale de cobayes femelles des sacs de collodion contenant des filtrats de cultures de tuberculose humaine récemment isolées. Puis les femelles ont été mises en cohabitation avec des mâles.

Sous réserve de la virulence variable de certains filtrats et des inflammations, même aseptiques, qui peuvent amener une obstruction des trompes et empêcher la fécondation, il résulte de leurs expériences que la culture *in vivo* de l'ultra-virus tuberculeux en sac de collodion confirme la diversité des effets pathologiques produits suivant leur virulence par les injections de filtrats chez la femelle en gestation et sur son produit.

Ainsi, les filtrats peu actifs laissent la gestation évoluer et les nouveau-nés se développer normalement. Avec les filtrats de virulence moyenne, la fécondation se produit, la gestation arrive à terme et les produits restent hypotrophiques et finissent par mourir dans un état de dénutrition progressive, ainsi que les enfants nés de mères tuberculeuses (Couvellaire). Enfin, les filtrats très actifs peuvent gêner la fécondation ou amener l'avortement en produisant une cachexie évoluant jusqu'à la mort.

La natalité et la mortalité en Italie. — M. G. ICHOK montre, à l'aide de documents officiels, qu'en Italie, comme dans tant d'autres pays, la natalité baisse d'une façon continue.

Les naissances, qui étaient en 1922 au nombre de 30,8 pour 1.000 habitants, sont tombées en 1931, dernière année pour laquelle les statistiques sont connues, jusqu'à 24,9. La nuptialité est, à son tour, descendue de 9,6 à 8,7 également pour 1.000 habitants.

Les effets de la dénatalité sont, dans une certaine mesure, combattus par une diminution de la mortalité, qui, de 18,1 pour 1.000 habitants en 1922, est tombée en 1931 à 14,8. Il reste encore, dans ce domaine, beaucoup à faire. Et, puisque malgré tous les efforts pour favoriser la natalité, sa diminution ne fait que s'accroître, l'Italie risque de se dépeupler, à moins de redoubler d'ardeur dans la lutte contre la maladie évitable et la mort prématurée, lutte en partie déjà couronnée de succès, mais qui offre un vaste champ d'action.

Accidents dus au menthol. — M. CHAMPEAU signale des accidents graves, attribués à l'ingestion de 6 milligrammes de menthol, chez un enfant de quatre ans et demi.

Election du secrétaire général. — M. Charles AGHARD, secrétaire général depuis 1920, époque où il succéda à M. Debève, a été depuis cette époque réélu trois fois. Il se représentait mardi dernier pour la quatrième fois. Par 78 voix





# Anusol

*La*  
**médication la plus efficace des hémorroïdes**

**INDICATIONS:** Hémorroïdes, fissures anales, rhagades anales, prurit anal, proctite et abcès proctitiques, ténésme, défécations douloureuses de toute origine, y compris celles liées à des affections du rectum pendant les règles et la grossesse.

**RESULTATS:** élévation de la pression sanguine dans les plexus veineux hémorroïdaires. Disparition rapide des paquets hémorroïdaires, des hémorragies et des troubles circulatoires. En un mois, amélioration immédiate des troubles subjectifs et des symptômes objectifs.

**MODE D'EMPLOI:** Un suppositoire Anusol matin et soir.  
ECHANTILLONS ET LITTÉRATURE A LA DISPOSITION DE MM. LES MÉDECINS

LABORATOIRES SUBSTANTIA, M. GUÉROULT, Pharm., 13, Rue Pagès, SURESNES (Seine)

# AGOLINE

(GRANULÉ SOLUBLE)



**CHOLECYSTITES CHRONIQUES  
CONGESTION DU FOIE**

Lithiase biliaire - Ictère et Cholémie  
Dyspepsies réflexes - Constipation  
Migraines, Vertiges, Eczéma, Prurit

d'origine  
hépato biliaire

**Posologie :** 1 à 3 cuillerées à café le matin à jeun, dans un demi verre d'eau chaude.

**LABORATOIRES DU D<sup>r</sup> ZIZINE**  
24, 26, Rue de Fécamp - Paris (XII<sup>e</sup>)

sur 78 votants, M. ACHARD a été réélu triomphalement pour une nouvelle période de cinq ans.

M. le Président SIREDEY adresse à M. Achard les félicitations de ses collègues. Il rappelle que M. Achard a été le brillant secrétaire général de la célébration du Centenaire de l'Académie, et que partout, en France et à l'étranger, il a su augmenter le prestige de l'Académie.

M. ACHARD remercie en excellents termes. Il reporte sur ses collègues le mérite de tous les progrès que l'Académie a pu réaliser, tant dans le domaine matériel que dans le domaine moral.

## NOTES POUR L'INTERNAT (ORAL)

### CANCER DE L'ŒSOPHAGE

Le cancer de l'œsophage est un cancer d'une extrême malignité frappant le plus souvent l'homme aux environs de la cinquantaine. Son traitement chirurgical « radical » n'a donné que des résultats désolants.

La radiumthérapie n'a donné que d'exceptionnels résultats favorables.

Ce cancer revêt l'aspect d'un épithélium pavimenteux ou malpighien soit baso-, soit spino-cellulaire avec globes cornés épidermiques.

#### SYMPTOMES

Nous prendrons pour type le cancer de la portion moyenne de l'œsophage dans lequel les signes œsophagiens apparaissent le plus souvent les premiers.

##### S. Fonctionnels.

Le *signe capital*, le premier signe, qui reste souvent isolé assez longtemps, est la *dysphagie*.

On doit dire que toute dysphagie qui apparaît spontanément chez un homme de 40 à 60 ans, surtout si elle est intermittente et passagère, doit faire penser au cancer de l'œsophage.

Elle se manifeste d'abord pour les aliments solides, puis pour les liquides, elle est progressive, mais sans régularité ; en effet, le *spasme* joue un rôle important.

Pour peu que les accidents dysphagiques se répètent, l'examen radioscopique et l'œsophagoscopie sont absolument nécessaires.

**Radioscopie.** — On fera l'examen avec une bouillie un peu épaisse et très opaque. On note un léger retard dans la progression du bol baryté et parfois ce bol laisse en un point de son trajet un petit fragment accroché à la paroi œsophagienne ; cet examen n'a de valeur que s'il est répété après avoir supprimé le spasme possible par injection d'atropine préalable.

**Œsophagoscopie.** — A un certain niveau, on voit la lumière de l'œsophage déformée par une petite saillie sur une paroi ; cette paroi est immobile, elle ne bat pas aux mouvements respiratoires ; et à ce niveau la *muqueuse* est tendue ; elle a perdu sa couleur normale rosée : elle est blanchâtre ou bien est semée de points ecchymotiques ou de fines granulations ; surtout dès que l'on touche cette muqueuse, elle saigne au moindre contact.

L'œsophagoscopie permet de pratiquer une *biopsie* ; elle sera toujours faite très prudemment, ne prélevant qu'un fragment minuscule de muqueuse ; l'examen histologique confirmera les présomptions cliniques.

Mais très souvent, soit que le malade ne s'alarme pas, soit qu'on le voit plus tard, le tableau est aggravé :

##### S. Fonctionnels.

Leur ensemble réalise le syndrome de sténose œsophagienne.

a) La *dysphagie* reste le signe capital.

Son gros caractère est d'être intermittente.

Le caractère *spasmodique* de cette dysphagie fait qu'elle survient brusquement au cours d'un repas, par crises qui durent 2 à 3 jours ; pendant ce temps, la dysphagie peut être absolue, ni solide, ni liquide n'étant toléré. Puis elle cesse et la déglutition redevient à peine gênée, souvent normale. Cette *dysphagie est progressive* et cela de façon *irrégulière*. Le malade *sélectionne progressivement* son alimentation. Chacune des crises de dysphagie devient plus intense et plus longue à mesure qu'évolue l'affection.

Il arrive un moment où la *dysphagie devient continue*. Elle est alors due à la sténose, mais le spasme joue encore un rôle très important. Quand cette dysphagie est devenue très intense apparaissent les *réurgitations*.

b) Les *réurgitations* surviennent lors des repas ; les aliments déglutis sont *immédiatement rejetés, non digérés*, parfois au milieu de quintes de toux très pénibles.

Elles peuvent se produire plus tard après le repas, séjournant dans la poche sus-stricturale, réalisant de pseudo-vomissements. Ces *réurgitations* surviennent également le *matin à jeun*, prenant l'aspect de pituites muco-salivaires très fétides pouvant contenir des filets de sang.

c) La *sialorrhée* est de règle au cours du cancer de l'œsophage.

d) La *fétidité de l'haleine* est un excellent signe et doit faire penser au cancer.

e) Quant à la *douleur*, elle est des plus variables.

Dans certains cas, c'est une simple pesanteur, une gêne rétrosternale.

Dans d'autres cas, elle prend l'intensité de véritables brûlures lors du passage du bol alimentaire.

##### S. Généraux.

Dès que la dysphagie devient assez marquée, l'état général est très touché : le malade est en état d'*inanition*.

— L'*amaigrissement* est extrêmement rapide, réalisant une véritable disparition de la graisse et une fonte musculaire intense.

— La *déshydratation* est intense : la peau est sèche, gardant les plis qu'on lui imprime. Les *urines* sont rares et hautes en couleur.

— Le teint est terreux et blafard.

— Bien souvent des poussées thermiques surviennent ; on peut les mettre sur le compte d'une tuberculose pulmonaire concomitante ou d'une infection à point de départ de la tumeur.

##### S. Physiques.

L'examen général montre des signes d'atteinte de l'état général.

Gros amaigrissement, ventre en bateau, petit foie.

Il est rare que l'auscultation de la déglutition permette d'entendre :

Un retard du 2<sup>e</sup> bruit,

Un bruit de gargouillement.

Parfois la percussion de l'espace interscapulo-vertébral fait ressortir l'existence d'une matité que l'on peut mettre sur le compte d'une adénopathie médiastinale.

Et ce sont encore les examens spéciaux, la radioscopie et l'œsophagoscopie qui seuls permettront d'affirmer le diagnostic.

(A suivre.)

ROGER-JEAN CHEVALLIER.

Le radium à faible dose et la médecine générale, par le Dr G.-H. NIEWENGLAWSKI. Un volume petit in-8 de 58 pages. — Paris, Desforges, Girardot et Cie, 27 et 29, quai des Grands-Augustins (6<sup>e</sup>).

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.



# DIASTOGÈNE F

Kola fraîche  
stabilisée  
Manganèse  
Arsines

Fenugrec

*(comprimé glutinisé  
inclus dans le cachet)*

abrège  
les  
convalescences

2 à 3 cachets  
par jour

Laboratoire  
66 rue Nationale



Dehaussy  
Lille



# FARINES MALTÉES JAMMET

de la Société d'Alimentation diététique

## RÉGIME DES MALADES, CONVALESCENTS, VIEILLARDS

Farines très légères

### RIZINE

Crème de riz maltée

### ARISTOSE

à base de farine maltée de blé et d'avoine

### CÉRÉMALTINE

(Arrow-root, orge, blé, maïs)

Farines légères

### ORGÉOSE

Crème d'orge maltée

### GRAMENOSE

(Avoine, blé, orge, maïs)

### BLÉOSE

Blé préparé et malté

Farines plus substantielles

### AVENOSE

Farine d'avoine maltée

### CASTANOSE

à base de farine de châtaignes maltée

### LENTILOSE

Farine de lentilles maltée

*Alimentation  
des  
Enfants*

CACAOS, MALTS, SEMOULES, CÉRÉALES spécialement préparées pour DÉCOCTIONS

Usine et Laboratoires à LEVALLOIS-PERRET. — Brochure et Échantillons sur demande



ÉTABLISSEMENTS JAMMET Rue de Miromesnil 47 Paris

## Granules de CATILLON

à 0,001 Extrait Titré de

## STROPHANTUS

C'est avec ces granules qu'ont été faites les observations discutées à l'Académie de Médecine en 1889. elles prouvent que 2 à 4 par jour donnent une diurèse rapide, relèvent vite le cœur affaibli, dissipent ASYSTOLIE, DYSPNÉE, OPPRESSION, ŒDÈMES, Affections MITRALES, CARDIOPATHIES des ENFANTS et VIEILLARDS

## Granules de CATILLON

0,0001

## STROPHANTINE

GR.

TONIQUE du CŒUR par EXCELLENCE — TOLÉRANCE INDÉFINIE

Griz de l'Académie de Médecine pour "Strophantus et Strophantine", Médaille d'Or Expos. Univ. 1900

PARIS, 3, Boulevard St-Martin. — R. C. Seine 48283

# ULCÈRES, GASTRITES, COLITES BISMUTH TULASNE



Boîte : 10 paq. de 10 g.

Pansement gastro-intestinal au sous-nitrate de bismuth kaoliné, préparé suivant la méthode de A. Tulasne, ex-chef de laboratoire à la Pitié. Pouvoir sédatif et cicatrisant incomparable, innocuité absolue, facilité d'absorption, dosage rigoureux en paquets de 10 gr.

Un paquet (ou deux) dans un verre d'eau le matin à jeun ou par prises fractionnées dans la journée.

Autres indications :

DYSPEPSIES, AÉROPHAGIE  
VOMISSEMENTS, DIARRHÉES  
FERMENTATIONS, OXYUROSE

LABORATOIRES BOUILLET  
48, Bd des Batignolles, PARIS



*La Lancette Française***GAZETTE DES HOPITAUX**

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

**49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE). PARIS, 6°. Tél. : Danton 48-31.**

PUBLICITE : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6°) - Téléph. : LITRE 54-93.

## PRIX DE L'ABONNEMENT

## FRANCE

3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.

*Etudiants* : 25 francs par an.

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

## ETRANGER

Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.

Tous les autres pays : 75 francs.

**SOMMAIRE****REVUE GÉNÉRALE***Les cavernes tuberculeuses chez l'enfant*, par M. G. VAJA (de Bucarest).**XVII<sup>e</sup> RÉUNION ANNUELLE DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE****D'ORTHOPÉDIE.** (Compte rendu, par M. M. LANGE.)*Première question* : « La maladie de Volkmann. Rétraction ischémique des muscles fléchisseurs des doigts. Pathogénie. Traitement. » Rapporteur : M. R. MASSART (Paris).**Discussion.****SOCIÉTÉS SAVANTES***Académie des sciences.* — *Académie de médecine.* — *Société médicale des hôpitaux.* — *Société de chirurgie.***CORRESPONDANCE****PRATIQUE MÉDICALE****LIVRES NOUVEAUX****INFORMATIONS****HÔPITAUX DE PARIS.** — **CONCOURS D'ASSISTANT D'ÉLECTRO-RADIOLOGIE** — Jury définitif : MM. Mallet, Thibonneau, Maingot, Desmarest, Lesné.— **CONCOURS DES PRIX DE L'INTERNAT.** — *Médecine.* — Jury définitif : MM. May, Decourt, Tixier, Richet, Léon-Kindberg.*Chirurgie et accouchement.* — Jury définitif : MM. Duval, Marion, J. Bloch, Fèvre, Sureau.**HÔPITAUX DE PROVINCE.** — **LYON.** — Le concours de l'Internat en pharmacie s'est terminé par les nominations suivantes :Internes titulaires : M. Jacquier-Laforge, M<sup>lle</sup> Cohen, MM. Trouillas, Loisy, Alacoque, M<sup>lles</sup> Fournel, Pasquet, MM. Faure, Pons, Berger, Guyot, Gerbay.Internes provisoires : MM. Dubreuil, Folliet, Laval, Julien, Ehrwein, Joly, Pétigny, Jardon, Gourbeyre, M<sup>lle</sup> Lecanet.**UNIVERSITÉ DE BORDEAUX.** Le titre de docteur honoris causa de l'Université de Bordeaux va être conféré au grand savant italien le professeur Nicola Pende qui compte en France autant d'amis que d'admirateurs.**GUERRE.** — Le médecin capitaine Talbot, professeur agrégé du Val-de-Grâce à l'Ecole d'application du Service de

santé militaire, est nommé comme professeur agrégé chargé d'enseignement à l'Ecole du Service de santé militaire.

— **Mutations :***Médecin colonel.* — M. Aubert, médecin chef des salles militaires de l'hospice mixte de Chartres, est affecté comme sous-directeur du Service de santé de la 4<sup>e</sup> région du Mans.*Médecin lieutenant-colonel.* — M. Guillois, médecin chef de l'hôpital militaire annexe d'Haguenau, est affecté comme médecin chef de l'hôpital militaire de Bourges. Désigné comme président de commission de réforme.*Médecins commandants.* — M. Godar, des salles militaires de l'hospice mixte du Mans, est affecté comme médecin chef des salles militaires de l'hospice mixte de Chartres; M. Sorlat, de l'hôpital militaire Sédillot, à Nancy, est affecté comme médecin chef des salles militaires de l'hospice mixte d'Angoulême.**COMMISSION DU CODEx.** — Un arrêté du ministre de l'Éducation nationale, pris sur la proposition de la Commission du Codex, supprime l'article « poudres d'organes » et ajoute après « poudre d'opium » un article relatif aux *poudres opothérapiques, poudres d'organes*. (J. O., 26 nov. 1935, p. 12413 et suiv.)**ASSISES ITALIENNES DE MÉDECINE GÉNÉRALE.** — Le 1<sup>er</sup> décembre aura lieu à l'Université de Milan la seconde assemblée générale des Assises italiennes de médecine générale, auxquelles participeront de nombreux praticiens de l'Italie septentrionale.

Le sujet en discussion sera « Étiologie, pathogénie et thérapeutique des néphrites ».

**PRIX D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE (PRIX A. CHAUVIN).** — M. A. Chauvin (d'Aubenas, Ardèche), dans le seul but d'encourager le développement scientifique de l'O. R. L. et de**NATIBAÏNE**

ASSOCIATION DIGITALINE NATIVELLE ET OUABAÏNE ARNAUD

LABORATOIRE NATIVELLE, 27, rue de la Procession, PARIS (XV<sup>e</sup>)

l'ophtalmologie, a décidé d'attribuer pour l'année 1936 la somme de 6.000 fr. à un prix d'O. R. L.

Ce prix, réservé aux docteurs en médecine français spécialisés en O. R. L. et aux internes des hôpitaux français (nommés au concours et ayant au moins une année d'internat dans un service d'O. R. L.), sera attribué à l'auteur d'un mémoire inédit sur le sujet suivant : « Les indications opératoires dans les mastoïdites aiguës. »

Le sujet a été choisi par un jury de neuf membres composé par des professeurs de faculté de médecine, des laryngologistes des hôpitaux de Paris et de province, etc., et le prix sera décerné par le même jury lors du Congrès de la Société française d'O. R. L. en octobre 1936.

Pour tous renseignements, s'adresser à M. Alfred Chauvin, Aubenas (Ardèche).

**HÔPITAL DE LA PITIÉ. — Service central d'électro-radiologie.** (Chef de service : M. Delherm; chefs adjoints : MM. Thoyer-Rozat et Morel-Kahn.) — *Programme.* — Mardi 3 décembre, 10 h. : M. Delherm. Présentation de malades. Mercredi 4 décembre, 11 h. : M. Codet. Clichés du gros intestin.

Vendredi 6 décembre, 10 h. : M. Delherm. Présentation de malades.

Samedi 7 décembre, 11 h. : M. Gaston Durand. Signes de probabilité et signes de certitudes du radiodiagnostic en pathologie digestive.

Mardi 10 décembre, 10 h. : M. Delherm. Présentation de malades.

Mercredi 11 décembre, 11 h. : M. Thoyer-Rozat. Clichés de vésicules.

Vendredi 13 décembre, 10 h. : M. Delherm. Présentation de malades.

Samedi 14 décembre, 11 h. : M. Morel-Kahn. Les idées actuelles sur les « images granuleuses ».

Mardi 17 décembre, 10 h. : M. Delherm. Présentation de malades.

Mercredi 18 décembre, 11 h. : M. Stuhl. Clichés pathologiques du crâne.

Vendredi 20 décembre, 10 h. : M. Delherm. Présentation de malades.

Samedi 21 décembre, 11 h. : M. Ledoux-Lebard. La maladie de Paget.

**COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CLINIQUE MÉDICALE PROPÉDEUTIQUE.** (Hôpital Broussais. Fondation de la Ville de Paris. Professeur : M. Emile SERGENT.) — *Cours de perfectionnement sur l'exploration radiologique de l'appareil respiratoire*, du lundi 2 décembre au samedi 7 décembre 1935 inclus, par MM. Sergent, Benda, Francis Bordet, Cottenot, Couvreur, Henri Durand, Kourilsky, Mignot, Pruvost et Turpin.

Ce cours comprendra des leçons théoriques et des exercices pratiques qui auront lieu tous les matins et tous les après-midi.

Les exercices pratiques seront réservés aux assistants qui auront versé un droit d'inscription de 250 fr.

**AMPHITHÉÂTRE D'ANATOMIE.** (M. le docteur Maurice Robineau, directeur des travaux scientifiques.) — Un cours hors série d'opérations chirurgicales (chirurgie de pratique courante), en dix leçons, par M. le docteur J.-C. Rudler, professeur, commencera le lundi 2 décembre 1935, à 14 h., et continuera les jours suivants, à la même heure.

Les auditeurs répéteront individuellement les opérations. Droit d'inscription : 250 fr.

Se faire inscrire : 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (V<sup>e</sup>).

Un deuxième et même cours, en dix leçons, commencera le 15 juin 1936.

**NÉCROLOGIE.** — Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. le docteur Martine (de Paris).

— On annonce la mort à Glasgow du docteur James Robertson Riddell, un des plus grands radiologistes de la Grande Bretagne.

## CORRESPONDANCE

Nous recevons la lettre suivante :

Paris, le 25 novembre 1935.

Monsieur le Rédacteur en chef,

Votre bonne foi a été surprise : dans votre numéro du 2 novembre, a été insérée une note tendancieuse, dont la teneur a échappé à la vigilance de votre comité de rédaction et qui appelle la rectification suivante :

Dans votre compte rendu d'une communication récente par un auteur étranger, il a été créé une confusion entre dinitrophénol et Dinitra.

Pour couper court à toute équivoque, précisons qu'il n'existe aucun cas publié d'agranulocytose, de cataracte ou d'accident mortel imputé à Dinitra (dinitrophényl-lysine).

Produit français pur, de prescription exclusivement médicale, Dinitra n'a aucun rapport avec les dinitrophénols impurs vendus directement au public américain et qui ont causé quelques accidents aux Etats-Unis.

Tout en déplorant que les tribunes des plus hautes sociétés savantes françaises soient utilisées pour combattre les produits français, nous sommes persuadés que vous ne sauriez associer votre honorable journal à de semblables errements.

DELAGRANGE.

## RENSEIGNEMENTS

**DOCTEUR** recommande château de la Houssaye (Seine-et-Marne), à vendre, à 30 minutes de Paris. Domaine historique, avec deux tourelles, trente chambres, 2 hectares de forêt, beau parc, dépendances, pays de chasse et de pêche. — Prix de vente : 320.000 fr. — S'adresser à M<sup>me</sup> Ruet, 42, rue de Trévis, Paris (IX<sup>e</sup>).

**PRÉPARAT. EN PHARMAC.**, dem. pl. stable ou gérance, référ. 1<sup>er</sup> ordre, FERRARI, 18, rue Montpensier, Paris. 284.

ANÉMIES  
DYSPEPSIES  
ANTITOXIQUE



DOSE: 4 à 6  
TABLETTES  
PAR JOUR

**BIOXYDE DE MANGANESE COLLOÏDAL SELS MAGNÉSIENS**  
Laboratoire SCHMIT, 71 Rue Sainte-Anne, PARIS. 2<sup>e</sup>

Insomnies  
Toux nerveuse.

**BROMÉINE MONTAGU**



# CONSTIPATION

AUCUNE ACCOUTUMANCE

ACTION RÉGULIÈRE  
ET CONSTANTE

1 à 6 comprimés par jour  
aux repas ou au coucher  
Commencer par deux comprimés

LABORATOIRES LOBICA  
46, AVENUE DES TERNES - PARIS  
25, RUE JASMIN - PARIS (16<sup>e</sup>)



à base de :

- POUDRE DE MUQUEUSE  
INTESTINALE
- EXTRAIT BILIAIRE
- FERMENTS LACTIQUES
- AGAR-AGAR

# TAXOL

## NÉVROSES - INSOMNIES

# LOBÉLIANE LALEUF

ANTISPASMODIQUE PUISSANT  
EXCLUSIVEMENT VÉGÉTAL  
GOÛT ET ODEUR AGRÉABLES  
ATOXIQUE

DOSE CALMANTE = 2 à 5 cuillerées à café par jour  
DOSE HYPNOTIQUE = 1 à 3 cuillerées à café le soir

ÉCHANTILLONS ET LITTÉRATURE  
LABORATOIRES LALEUF  
20 - RUE DU LAOS - PARIS (15<sup>e</sup>)

Nouvelle adresse : 51, rue Nicolo, PARIS (XVI<sup>e</sup>).

Dans les **SEPTICÉMIES**  
un résultat **CERTAIN**  
**PRONTOSIL**

en injections intraveineuses  
Chimiothérapie des affections  
à strepto et staphylocoques

Littérature et Echantillons

**Edmond RIGAL & C<sup>o</sup>**



**26, rue Vauquelin, 26**

~~~~~ **PARIS-V<sup>e</sup>** ~~~~~

# CINNOZYL

SOLUTION HUILEUSE DE  
CINNAMATE DE BENZYLE  
CHOLESTÉRINE, CAMPHRE

**PRÉTUBERCULOSE,  
TRAITEMENT ADJUVANT  
DES TUBERCULOSES MÉDICALES  
ET CHIRURGICALES**

## **AUGMENTE LA CHOLESTÉRINÉMIE**

De 1 à 2 ampoules  
par jour ou  
tous les 2 jours.  
Séries de 15  
à 20 injections.  
Boîte de 8 ampoules  
de 5 cc.

AMÉLIORE L'ÉTAT GÉNÉRAL, AIDE A METTRE L'ORGANISME  
EN ÉTAT DE RÉSISTANCE VIS-A-VIS DE L'INFECTION BACILLAIRE  
**INJECTIONS sous-cutanées INDOLORES ou intramusculaires**  
Aucune réaction

Pas de contre-indication

: : **LABORATOIRES CLIN, COMAR & C<sup>ie</sup>, 20, rue des Fossés-St-Jacques, PARIS** : :



## PRATIQUE MÉDICALE

### UN BON TONICARDIAQUE (1)

Par M. le docteur CHAUSSET.

L'adoverne représente tous les glucosides cardiotoniques de l'adonis vernalis dans la proportion même où ils se trouvent dans la plante : l'adoverne a été minutieusement étudié par MM. Mercier, Lutembacher, Darré, Giraud-Costa ; l'adoverne se présente sous trois formes : gouttes, granules, suppositoires.

L'adoverne remplace, supplée et continue l'action de la digitaline ; il est toujours très bien supporté, car, aux doses thérapeutiques, il ne donne pas de phénomènes d'accumulation, ni de signes d'intolérance gastro-intestinale.

Comme MM. Lutembacher et Giraud-Costa surtout l'ont démontré, l'adoverne est indiqué principalement dans l'hyposystolie, l'asystolie, dans l'affaiblissement moyen du muscle cardiaque, dans l'intervalle des cures de digitaline. Il faut bien savoir que l'action thérapeutique de l'adoverne trouve également son indication dans nombre de cas de rétention hydrique, de stases viscérales, où souvent il se montre supérieur à la digitaline ; de même chez les hypertendus, l'adoverne peut être administré pendant longtemps sans aucun inconvénient, de même qu'au cours des maladies infectieuses, lorsque le cœur risque de présenter des défaillances. Son emploi aux doses moyennes permettra d'éviter les accidents et d'assurer le fonctionnement parfait de l'appareil cardiovasculaire ; en un mot l'adoverne est indiqué dans tous les cas où l'on craint l'action trop brutale de la digitaline ou de l'ouabaïne, car c'est un médicament sûr et inoffensif.

## LIVRES NOUVEAUX

**Repos physiologique du poumon par hypotension dans le traitement de la tuberculose pulmonaire** (2), par F. PARODI, agrégé de l'Université de Milan, médecin directeur du Sanatorium de Camerlata (Côme). Préface du professeur Sergeant.

L'auteur a publié en 1933 un livre de « Mécanique pulmonaire » dont l'originalité a retenu l'attention non seulement des physiologues, mais de tous les cliniciens et aussi de bon nombre de physiologistes. Le point de départ de ses recherches reposait sur la base suivante : le poumon est un organe dont la fonction est essentiellement mécanique et qui, malade, est justiciable de traitements mécaniques. Il convient donc de lui appliquer les lois connues de la physique et de la mécanique qui régissent les corps de sa catégorie que sont les solides élastiques.

Ce nouveau volume complète « La Mécanique pulmonaire » ; il contient l'application clinique et expérimentale de la théorie précédemment exposée. L'auteur reprend les problèmes fondamentaux se rapportant à la mécanique de la respiration, en les traitant tant au point de vue mécanique que clinique et physiologique. Cet ouvrage semblera moins aride peut-être dans sa substance que le précédent ; il contribuera à faire connaître davantage encore parmi les médecins la doctrine nouvelle sur laquelle F. Parodi fait reposer la thérapeutique pulmonaire.

L. G.

**Le nodule de la corde vocale** (1), par le D<sup>r</sup> JEAN TARNEAUD, oto-rhino-laryngologiste de l'hôpital Bellan et du Conservatoire national de musique de Paris. Préface du Prof. Sébilleau, membre de l'Académie de médecine.

Jusqu'à présent le nodule de la corde vocale n'a été l'objet d'aucune étude d'ensemble.

Le livre de Tarneaud n'est pas seulement une mise au point qui vient à son heure, mais un travail fondé sur de minutieuses observations, d'importantes expérimentations doublées de contrôles anatomiques et radiographiques.

L'auteur expose l'histoire des travaux sur le nodule, puis décrit longuement l'étiologie de cette affection et donne, ainsi que le souligne le professeur Sébilleau dans sa préface, « une explication entièrement nouvelle de la pathogénie » qui fait comprendre les causes et le lieu d'élection toujours identique de la formation nodulaire.

Après le chapitre d'anatomo-pathologie, les formes cliniques du nodule sont longuement mentionnées en raison de leurs caractères particuliers qu'il importe de reconnaître.

Servi par le stroboscope et ses connaissances laryngophoniatriques, l'auteur a pu caractériser tous les symptômes inhérents au nodule, affection rencontrée dans tout abus de la voix, aussi bien dans l'enfance que chez l'adulte, professionnel ou non de la voix.

Tous les modes thérapeutiques du nodule sont étudiés de façon approfondie avec indication précise de leur emploi, suivant les particularités de l'affection nodulaire.

Ce livre sera consulté avec profit par tous ceux qu'intéressent la physiologie et la pathologie du larynx et de la voix.

L. G.

**Le Traitement des Ulcères gastro-duodénaux** (2), par le D<sup>r</sup> Paul FROMENT, Médecin assistant à l'hôpital de la Pitié.

De cette analyse des multiples moyens thérapeutiques proposés dans la cure des ulcères gastro-duodénaux, l'auteur précise qu'il est possible de dégager quelques notions essentielles qui sont les suivantes :

En présence d'un ulcus compliqué, le traitement chirurgical doit être systématiquement appliqué ; le chirurgien devra même intervenir d'urgence en cas de complication aiguë, les hémorragies exceptées, car celles-ci n'ont pas encore une thérapeutique nettement codifiée.

En présence d'un ulcus non compliqué, le traitement médical doit tout d'abord être mis en œuvre ; on appliquera la médication classique, on pourra également essayer, sans trop en prolonger l'emploi en cas d'insuccès, l'une quelconque des diverses thérapeutiques récemment proposées. En cas d'échec, et en cas d'échec seulement, le malade sera confié au chirurgien.

L'ulcéreux opéré devra continuer à se soumettre au traitement diététique et médicamenteux, il devra être suivi, et on devra savoir dépister les complications possibles, et leur appliquer le traitement approprié.

Pour juger la valeur des divers procédés thérapeutiques il faut faire preuve d'esprit critique, car le meilleur critérium de guérison est celui du temps.

Le livre de M. Froment est intéressant à lire, et quoique résumé il sera dans ces cas spéciaux, un excellent conseiller du praticien.

L. G.

(1) In-8 de 150 pages avec 24 figures. — Prix : 30 fr. — Paris, N. Maloine.

(2) Collection « Les Thérapeutiques nouvelles ». Grand in-8 (15,5×23,5) de 112 pages avec figures. — Prix : 15 fr. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

(1) *Courrier méd.*, Paris 1934, p. 421.

(2) In-8 de 232 pages avec 59 figures. — Prix : 48 fr. — Paris, Masson et C<sup>ie</sup>.



*La combinaison phosphorée  
organique la plus assimilable  
est celle des réserves végétales.*

*Le phosphore organique des plantes  
à chlorophylle se trouve intégralement  
transposé dans la **PHYTINE**  
forme naturelle, assimilable, du  
—— phosphore végétal ——*

# PHYTINE

PHOSPHORE

CALCIUM

MAGNÉSIE

# FERROPHYTINE

PHOSPHORE

FER

# QUININO-PHYTINE

PHOSPHORE

QUININE

Ces médicaments se présentent sous forme de :

**CACHETS****GRANULÉ****COMPRIMÉS**

Phytine

Phytine

Phytine

Ferrophytine

Ferrophytine

Quinino-phytine

LABORATOIRES CIBA — O. ROLLAND — 109-113, BOUL<sup>d</sup> DE LA PART-DIEU, LYON



## REVUE GÉNÉRALE

## LES CAVERNES TUBERCULEUSES CHEZ L'ENFANT

Par M. G. VAJA (de Bucarest).

La production des cavernes dans la tuberculose pulmonaire des enfants et surtout des nourrissons a été considérée pendant longtemps comme très rare. On a démontré ultérieurement que c'était au contraire une lésion assez fréquente. Il s'agit en effet d'une lésion fort banale et presque constante aux autopsies.

En 1885, Bouchut, dans son *Traité pratique des maladies du nouveau-né*, insiste sur les cavernes pulmonaires. Plus tard, 1896, Unger, dans son *Manuel de Pédiatrie*, insiste sur le fait qu'en pratiquant des autopsies on rencontre à côté de nombreux foyers caséux, une ou plusieurs cavernes pulmonaires, ayant les dimensions d'un noyau de cerise ou d'une noisette.

En 1904, au Congrès de Dusseldorf, Rey reconnaît la fréquence de ces lésions et dit qu'on les observe seulement à partir de l'âge de 5 mois. Plus tard, Stirnimann, Nauwelaers, Geipel, Withe et Carpenter et d'autres auteurs relatent des cas isolés de cavernes pulmonaires tuberculeuses chez des nourrissons. Ribadeau-Dumas, en 1913, dit que les cavernes s'observent dans 32,4 % des cas de tuberculose avant l'âge de 2 ans.

La thèse de Aine portant sur 194 observations d'enfants tuberculeux réunit 48 cas de cavernes.

En 1924, Siperstein et Bauguess publient une étude sur la tuberculose cavitaire des enfants.

On peut trouver des cavernes chez des enfants de tout âge. On a cité des cas de cavernes pulmonaires chez des enfants âgés de moins de 3 mois. On a même communiqué un cas de broncho-pneumonie ulcéreuse dans le premier mois de la vie. Ces derniers cas sont plutôt des exceptions et c'est surtout à partir du 6<sup>e</sup> mois qu'on les rencontre assez fréquemment.

Voici différentes données statistiques en ce qui concerne la fréquence des cavernes suivant l'âge des malades :

Ghon trouve 43,75 % des cavernes avant l'âge de 2 ans et seulement 24,44 % de 2 à 14 ans, Barbier, que les cavernes sont plus fréquentes entre l'âge de 5 à 15 mois chez le nourrisson.

La statistique faite en 1933 par MM. Armand-Delille et Lestocquoy à l'Hôpital Hérold a donné les chiffres suivants des formes ulcéro-caséuses, cliniquement constatées, pour 100 cas observés.

0 à 1 an, 58 p. 100 ; 1 à 4 ans, 47 p. 100 ; 4 à 9 ans, 41,1 p. 100 ; 9 à 12 ans, 70,9 p. 100 ; 12 à 14 ans, 81 p. 100 ; 14 à 15 ans, 94,8 p. 100.

En ce qui concerne leur fréquence, voici plusieurs chiffres d'après les auteurs (Péhu et Dufourt) :

|                    |       |              |           |
|--------------------|-------|--------------|-----------|
| Queyrat .....      | 4 cas | 11 autopsies | 36 p. 100 |
| Leroux .....       | 57 —  | 219 —        | 26 —      |
| Küss .....         | 11 —  | 24 —         | 46 —      |
| Constantinovitch . | 5 —   | 24 —         | 20 —      |
| Stirnimann .....   | 11 —  | 41 —         | 27 —      |
| Mentoux (Mme)...   | 13 —  | 80 —         | 44 —      |

|                   |      |       |        |
|-------------------|------|-------|--------|
| Ribadeau-Dumas .. | 25 — | 68 —  | 37 —   |
| Wolstein .....    | 43 — | 178 — | 24 —   |
| Geipel .....      | 13 — | 34 —  | 38 —   |
| Nauwelaers .....  | 12 — | 31 —  | 38 —   |
| Malleterre .....  | 12 — | 30 —  | 40 —   |
| Péhu et Dufourt.. | 7 —  | 34 —  | 20,6 — |

Ces deux derniers auteurs pensent que les chiffres assez disparates tiennent au fait que certains n'ont tenu compte que des cavernes franches, tandis que d'autres y ont englobé aussi des tubercules ramollis.

En ce qui concerne la localisation des diverses formes de cavernes, les statistiques ont montré que dans 4/5 des cas, elles sont localisées sur le même poumon et que dans 3/5 des cas on les trouve dans un seul lobe pulmonaire.

Les dimensions des cavernes sont très variables, elles peuvent être du volume du noyau d'une cerise, jusqu'à celui d'une mandarine et plus grand encore : Stirnimann, à la suite d'une pneumonie caséuse, a trouvé une caverne qui occupait à peu près tout un poumon.

Comme mécanisme de production, Péhu et Dufourt pensent qu'elles sont provoquées par la surinfection continue et massive à laquelle sont soumis au sein de leur famille, une part des enfants tuberculeux. Elles seraient un vrai phénomène de Koch.

Cette explication peut être valable seulement pour les cavernes de réinfection. Quant aux cavernes de primo-infection, elles sont le résultat de l'évolution de la lésion vers la fonte caséuse, suivie de l'évacuation de cette matière.

On peut diviser les cavernes de la tuberculose infantile en deux grandes classes :

1. Les cavernes de primo-infection, cavernes primitives des nourrissons ;

2. Les cavernes de la période de réinfection ;

Parmi ces dernières on peut aussi distinguer deux formes :

A. Les cavernes rondes isolées ;

B. Les cavernes anfractueuses.

**Les cavernes du nourrisson.** — La caverne primitive du nourrisson fait suite à la fonte caséuse du chancre d'inoculation et à l'évacuation de la matière à travers une bronche. Dans la plupart des cas, on voit ce processus se produire dans le chancre géant d'inoculation. Ribadeau-Dumas a trouvé l'ulcération du tubercule initial dans plus de 1/3 des cas.

Ces cavernes sont des excavations arrondies ou ovales, régulières. Les parois sont d'apparence jaunâtre, caséuses quand la caverne est encore en évolution. Leur aspect est lisse, quelquefois rougeâtre, d'apparence sèche dans les cavernes plus anciennes.

Ghon dit que ce sont plutôt des pertes de substance, la membrane pyogénique manquant dans la plupart des cas et surtout dans ceux qui ont eu une évolution rapide. Cependant certaines d'entre elles ont une bordure, un encerclage constitué par du tissu dense sclérosé. Quelquefois, on peut même trouver des calcifications dans les parois de ces cavernes.

Leur contenu est tantôt caséux, mou, tantôt franchement purulent. Dans les formes plus anciennes, on peut même les trouver vides.

On peut rencontrer cette lésion parfois aussi chez des enfants succombant à une affection intercurrente à une date quelquefois éloignée du début de l'infection tuberculeuse. Elle peut donc devenir une source permanente de contagion pour les personnes de l'entourage et aussi une source de réinfection massive pour le malade. Elle est d'autant plus dangereuse que parfois rien ne permet de douter de son existence.

Dans les formes fibreuses, on a pensé qu'il s'agit d'une association de syphilis et de tuberculose. Hutinel et Tixier au Congrès de Rome (1912) disaient :

« Les enfants chez qui on rencontre ces cavernes sont souvent syphilitiques en même temps qu'ils sont tuberculeux, comme si l'association de la syphilis avec la tuberculose avait modifié les réactions du parenchyme pulmonaire et facilité la production d'une sclérose pérityphituberculeuse ».

C'est la même chose que soutiennent Barbier et aussi Aine dans sa thèse inaugurale.

On peut trouver ces cavernes primitives dans toutes les régions du poumon où peut siéger le nodule primitif d'inoculation, mais la plupart des auteurs ont noté l'atteinte plus fréquente du poumon droit. Elles siègent surtout à la partie moyenne du poumon droit, à peu près dans l'ordre suivant, d'après leur fréquence : partie inférieure du lobe supérieur, partie supérieure du lobe moyen, lobe inférieur.

Leurs dimensions varient du volume d'un pois à celui d'une noisette et même plus encore.

Une autre forme de caverne pulmonaire tuberculeuse du nourrisson est celle qui peut se creuser en pleine pneumonie caséuse, lésion qui n'est pas rare chez le nourrisson.

Généralement, ce sont de grandes cavernes constituées par la confluence de deux ou plusieurs ulcérations formées aux dépens des zones caséifiées et ramollies apparues dans le bloc pneumonique.

Elles peuvent avoir de grandes dimensions, dépasser le volume d'une mandarine. Stirnimann a relaté un cas où la caverne occupait à peu près tout le volume du poumon.

Dans la plupart des cas, cette forme de caverne présente à cause de son mode de production, une disposition en logettes avec la présence des cavités diverticulaires. Les parois sont irrégulières, déchiquetées, sillonnées de brides conjonctives, qui cloisonnent parfois la cavité, et de vaisseaux mis à nu. Elles sont couvertes d'une matière caséuse.

La troisième forme enfin des cavernes du nourrisson, est celle décrite par Barbier sous le nom de forme cavernuleuse disséminée. Ces cavernes font suite à la fonte caséuse de la broncho-pneumonie tuberculeuse qui évolue en îlots disséminés.

Elles se présentent comme de petites ulcérations multiples qui creusent le parenchyme pulmonaire avec des cavités grosses comme un pois. Parfois, elles sont plus grandes, mais ne dépassent jamais le volume d'une cerise. On ne trouve autour d'elles aucune réaction fibreuse apparente, elles sont entourées par le tissu pulmonaire sain ou emphysémateux, dans lequel coexistent des foyers de broncho-pneumonie, caséifiés ou non, et des zones d'atélectasie.

Quelquefois, ces cavernules sont limitées à une région du poumon ; dans la plupart des cas, elles n'ont

aucune tendance à se localiser, mais à se développer indifféremment partout.

C'est une forme qui évolue habituellement très vite vers la mort, mais si la confluence des foyers de broncho-pneumonie n'a pas été trop grande, ni l'infection trop virulente, alors la maladie évolue moins vite. Dans ce dernier cas, on peut observer des cavernes de volume un peu plus grand que les précédentes et, en plus, entourées par du tissu de sclérose. Le poumon prend alors l'aspect d'une éponge rigide.

Dans presque toutes ces formes de cavernes du nourrisson, cavernes de primo-infection, on trouve à l'autopsie la signature de la primo-infection : de gros ganglions caséifiés et des lésions de généralisation de la tuberculose dans les poumons.

Au point de vue clinique, ces cavernes ne se manifestent généralement par aucun signe stéthacoustique, quelquefois, on ne trouve même pas de symptômes qui puissent attirer l'attention du côté des poumons.

Ce sont seulement les cavernes de la pneumonie caséuse qui ont parfois une symptomatologie, tantôt aiguë, tantôt subaiguë, franchement pulmonaire. Les deux autres formes de cavernes ont une symptomatologie obscure et trompeuse. La première forme ne se manifeste que par des signes de primo-infection : la baisse de la courbe du poids, une fièvre peu élevée dans la plupart des cas, la perte de l'appétit, peut-être de la diarrhée. Dans la forme cavernuleuse disséminée on peut n'observer qu'un amaigrissement sans cause apparente jusqu'au moment où une méningite vient emporter rapidement le malade.

Dans tous ces cas c'est seulement la radioscopie et surtout la radiographie qui font le diagnostic d'excavation. On ne doit jamais affirmer l'absence de caverne sans avoir fait un examen radiologique.

Les cavernes qui font suite au tubercule de primo-infection peuvent même ne pas apparaître sur les clichés.

Celles de la pneumonie caséuse se manifestent comme des clartés plus ou moins grandes suivant le volume de la caverne, et dont la forme n'est pas toujours bien régulière. Elles se trouvent au milieu de la grande ombre que forme la pneumonie caséuse.

La forme cavernuleuse disséminée donne des images en nid d'abeille ou mie de pain en cas de lésions localisées. En cas de généralisation l'image est formée par de petites taches alternant avec des clartés et occupant toute la surface pulmonaire.

**Les cavernes de la période de réinfection.** — La première forme, qu'on peut isoler au cours de la période de réinfection de la tuberculose infantile, est la caverne ronde isolée en plein parenchyme pulmonaire. Elle fait toujours suite à la pneumonie lobaire tuberculeuse, forme anatomo-clinique que Grancher a complètement isolée de la pneumonie caséuse.

Le type le plus caractéristique est réalisé par la pneumonie tuberculeuse qui présente dans son centre un grand foyer de caséification. Celui-ci arrive très rapidement à la constitution de la caverne ronde isolée. C'est une forme de tuberculose qu'on rencontre très fréquemment au cours de la deuxième enfance, entre 4-15 ans.



Au point de vue anatomo-pathologique, c'est un nodule caséux à contour à peu près circulaire situé en plein parenchyme pulmonaire et présentant tout autour de lui une zone de condensation pulmonaire. Ce foyer arrive, après la fonte de la matière caséuse, à s'évacuer par les bronches soit spontanément, soit à la suite du collapsus pulmonaire par pneumothorax thérapeutique. Une fois son contenu évacué, il reste à sa place une caverne ronde isolée.

Les parois de cette caverne sont régulières, nettes, comme taillées à l'emporte-pièce. On ne trouve nulle part de vaisseaux dénudés comme on en voit fréquemment dans les cavernes anfractueuses. Elle est creusée en plein parenchyme pulmonaire.

Après la constitution de la caverne, la condensation péricavitaire commence à régresser, laissant à sa place un nombre plus ou moins grand de nodules en voie de sclérose et de calcification.

Dans la même catégorie on peut observer des pneumonies à foyers nécrotiques multiples qui laissent à leur place autant de cavernes rondes. Les lésions sont en totalité analogues à celles avec foyer unique, seulement dans cette forme c'est la pneumonie qui présente des altérations plus considérables.

On ne peut pas préciser si cette forme de tuberculose caverneuse est produite par réinfection endogène ou exogène. Il paraît plus probable que les deux formes de réinfection peuvent la produire.

Cliniquement elle débute comme une pneumonie grippale ou à pneumocoques, mais la durée est plus longue que celle de la pneumonie banale et le plateau n'est pas très net. Dans la période terminale, l'état général s'améliore, la température baisse, la courbe du poids monte et les enfants paraissent être des convalescents d'une pneumonie banale, si on n'a pas trouvé des bacilles à l'analyse des crachats. La caverne ne se manifeste par aucun signe stéthacoustique. Elle est une révélation de l'examen radiologique, qui doit être fait à tout enfant présentant une forme anormale de pneumonie même si la bacilloscopie a été négative.

Radiologiquement elle se présente sous la forme d'une clarté circulaire ou ovalaire située en plein champ pulmonaire. Elle se rencontre soit immédiatement sous la clavicule, soit à la partie moyenne du champ pulmonaire, soit au voisinage du hile. Exceptionnellement cette image peut être rencontrée au-dessus de la clavicule.

Au début, elle est entourée par une ombre péricavitaire à contour flou, laquelle s'efface progressivement en même temps que la caverne s'entoure d'un anneau nettement dessiné. Cette modification se produit spontanément ou sous l'influence de la collapsothérapie et correspond au stade pendant lequel la caverne s'entoure d'une coque fibreuse dense au fur et à mesure que la lésion pneumonique disparaît.

La caverne ronde se forme très rapidement et rarement on peut observer, surtout à l'hôpital, le stade de pneumonie lobaire qui la précède. Pourtant j'ai pu suivre cette évolution sur les clichés dans le service de M. Armand-Delille. Dans un des cas, l'excavation a été provoquée par le pneumothorax thérapeutique, institué pour prévenir l'excavation de la pneumonie au cours de laquelle on avait trouvé des bacilles dans le contenu gastrique.

La caverne ronde est une forme de tuberculose caverneuse de début et une forme aiguë. Les Allemands lui ont donné le nom de Fröhkaverne.

Une autre forme de caverne de début qu'on observe aussi chez les enfants plus grands, c'est la forme de lobite ulcéro-fibreuse. C'est une forme absolument analogue à celle de l'adulte à début insidieux, progressif, décrite par Léon Bernard et Bethoux.

C'est une spéléonque à parois anfractueuses, sclérosées et qui se trouve située dans un lobe, de préférence le lobe supérieur droit infiltré en masse par du tissu fibreux.

Le diagnostic est fait sur le cliché, car à l'examen stéthacoustique on trouve des signes très peu nets.

La deuxième forme de caverne de réinfection, est la caverne anfractueuse, forme qu'on rencontre habituellement dans la tuberculose pulmonaire chronique de l'adulte. Elle correspond à l'évolution vers l'excavation des lésions bronchio-alvéolaires.

Les cavernes sont généralement localisées aux sommets des poumons. Le plus souvent c'est un seul sommet qui est atteint et c'est habituellement le sommet droit. Parfois à côté d'une grande caverne située dans un sommet, il peut exister des cavernes plus petites dans le même lobe pulmonaire ou dans un autre.

Les dimensions de ces spéléonques sont très variables, variant des cavernes minuscules de la grandeur d'un pois ou d'une cerise jusqu'à une mandarine, ou même celle d'un lobe pulmonaire qui peut être entièrement détruit.

Leur forme est aussi très variable. En cas de destruction rapide, la caverne prend une forme plus ou moins arrondie ou piriforme. Les cavernes de petit volume sont aussi plus arrondies que celles de plus grand volume. Les parois des dernières sont irrégulières, creusées d'anfractuosités, séparées quelquefois par des cloisons. On peut même observer des travées sur les parois de la caverne ou même la traversant. Ce sont des vaisseaux pulmonaires plus ou moins oblitérés.

L'aspect des parois diffère d'après le mode de formation et surtout d'après son âge. Quand l'ulcération est en formation, elle peut être tapissée sur sa surface interne par une matière pulpeuse. En vieillissant la caverne s'entoure par du tissu fibreux en s'isolant de plus en plus du parenchyme pulmonaire voisin. Ce tissu fibreux peut être un vrai tissu cicatriciel ou peut présenter des lésions tuberculeuses en activité. Dans ce dernier cas la caverne présente encore une extension centrifuge.

Le parenchyme pulmonaire voisin peut être sain ou peut présenter soit des foyers de broncho-pneumonie d'apparence banale, soit des zones splénisées ou congestives, soit des zones d'aspect emphysémateux.

Dans un grand nombre de cas la plèvre présente des adhérences autour des lésions caverneuses situées sous la plèvre. Ces adhérences peuvent s'étendre sur une grande surface ou ne former que des brides.

Les signes stéthacoustiques renseignent assez mal sur la présence des cavernes. Ces signes sont les mêmes que ceux des cavernes des adultes: matité ou bruit de pot fêlé, souffle caverneux, pectoriloquie aphone, bronchophonie, râles humides, caverneux. Tous ces signes peuvent manquer ou être masqués par des signes de bronchite généralisée ou par le fait que la

caverne est entourée par une grande partie de poumon sain. De même on peut se tromper à cause de l'existence des signes pseudo-caverneux ; grande déviation de la trachée, par attraction fibreuse ; adénopathie médiastine, quelquefois une pleurésie purulente.

Le diagnostic clinique doit être toujours contrôlé par l'examen radiologique et surtout ne jamais affirmer l'absence de cavités sans radiographie.

**Complications.** — En ce qui concerne les complications de la tuberculose caverneuse chez l'enfant, on peut dire que celles-ci sont généralement assez rares.

L'hémoptysie est très rare dans la tuberculose infantile. Quand elle existe, elle est habituellement produite par la rupture d'un vaisseau pulmonaire de calibre assez grand, aussi la mort survient-elle rapidement dans un grand nombre de cas.

Quelquefois on observe une vomique produite par l'évacuation du contenu de la caverne par la bronche de drainage. Dans la plupart des cas, cette évacuation du pus se produit par petites quantités et alors le pus est dégluti au lieu d'être expulsé au dehors par la bouche.

Quoique les cavernes soient aussi fréquentes et fréquemment situées immédiatement au-dessus de la plèvre, les cas de pneumothorax spontanés sont assez rares.

Le début du pneumothorax spontané peut être très lent et, comme dans ces cas il ne se manifeste par aucun symptôme, il est une trouvaille d'examen radiologique ou même d'autopsie. Une fois constitué il se manifeste généralement par les signes cliniques classiques, mais il existe des cas de pneumothorax spontané du nourrisson qui ne se manifestent par aucun signe physique. Son pronostic est mauvais, la maladie évoluant dans ces cas rapidement vers la mort.

**Traitement.** — Traitées seulement par la cure d'aération et de repos, les lésions caverneuses de la tuberculose infantile peuvent évoluer de deux manières bien différentes : vers l'extension des lésions ou vers la sclérose. Ce dernier mode d'évolution ne se produit que dans un très petit nombre de cas, dans lesquels la maladie a affecté la forme chronique des adultes ; dans la plupart des cas, elle évolue rapidement vers la généralisation.

En cas d'évolution vers la sclérose, les cavernes restent une source continue de contamination pour les personnes de l'entourage et d'ensemencement des poumons du malade. La plèvre est aussi atteinte, en se produisant des adhérences parfois assez étendues pour empêcher l'institution du pneumothorax thérapeutique.

Le traitement le plus indiqué est celui qu'on utilise aussi chez l'adulte dans des cas pareils, le traitement collapsothérapique et en première ligne le pneumothorax artificiel. La plupart des auteurs admettent aujourd'hui l'efficacité de ce traitement.

Le pneumothorax thérapeutique doit toujours être appliqué en cas de lésions unilatérales excavées et même en cas de lésions bilatérales si les lésions d'un côté sont petites et paraissent stabilisées et si celles de

l'autre côté demandent une intervention immédiate. Il doit être institué même avant l'excavation en cas de pneumonie au cours de laquelle la bacilloscopie a été positive, dans le but d'éviter cette évolution. Par l'institution précoce du pneumothorax, on évite aussi la formation des adhérences pleurales. L'existence des lésions caverneuses bilatérales ne constitue pas toujours une contre-indication absolue du pneumothorax, ce traitement donnant parfois des résultats inespérés.

La technique ne diffère pas trop de celle employée chez l'adulte. M. Armand-Delille, qui a été parmi les promoteurs de ce traitement chez l'enfant, préconise de faire toujours une injection de morphine et scopalamine avant la première insufflation. Chez les enfants plus petits, on doit faire la première insufflation sous narcose au chloroforme ou au chlorure d'éthyle.

La plèvre de l'enfant étant beaucoup plus mince que celle de l'adulte, on ne ressent pas le moment de la pénétration dans la cavité pleurale. Ainsi on doit enfoncer le trocart avec beaucoup de précaution.

Les recherches faites ont démontré que la plèvre de l'enfant laisse les gaz se résorber plus vite que chez l'adulte. Donc il est mieux d'injecter de l'azote qui se résorbe plus lentement que l'air atmosphérique et que les insufflations soient plus rapprochées que chez l'adulte, comme le recommande M. Armand-Delille.

L'opération de Jacobaeus est rarement nécessaire chez l'enfant au cours du pneumothorax. Sur des clichés successifs, on voit se produire l'amincissement et l'élongation des brides suivies de l'affaissement des cavernes. Souvent même, les brides filiformes se rompent sans provoquer aucun phénomène anormal.

En cas de tendance à la symphyse pleurale après l'épanchement pleural, on préconise un oléothorax antisymphysaire. M. Armand-Delille recommande de ne pas injecter de grandes quantités d'huile à la fois, mais d'injecter à l'occasion de chaque insufflation 15, 20, 30 cm<sup>3</sup> et même 50 cm<sup>3</sup> d'huile de paraffine pure.

Dans un certain nombre de pareils cas, cet auteur a observé l'immobilisation complète du diaphragme du côté injecté, accompagnée d'une ascension de la convexité. A côté des cas typiques il a observé aussi d'autres malades chez lesquels ces phénomènes étaient temporaires.

Après l'institution du pneumothorax, l'expectoration cesse complètement (s'il n'existe une bride qui maintienne la caverne béante), la toux disparaît, de même que les bacilles dans les crachats. La température redescend à la normale ou présente de faibles oscillations ne dépassant pas 37°8 ; le poids, après une période stationnaire, commence à remonter progressivement. Si les conditions favorables se maintiennent, ces résultats semblent définitivement acquis.

Voici maintenant quelques chiffres d'une statistique communiquée par M. Armand-Delille à la Société d'études sur la tuberculose : Sur 33 grands enfants unilatéraux 32 résultats bons, 1 douteux ; 17 grands enfants bilatéraux, 12 résultats bons, 2 douteux, 3 aggravés.

Dans deux de ces derniers cas, le pneumothorax a été institué dans des conditions désespérées.

Sur 10 petits enfants, 4 guéris, 5 résultats bons, 1 mauvais.



Chez les grands enfants, les résultats sont à peu près toujours bons. Même chez les enfants chez lesquels à la suite des adhérences, les cavernes ne sont pas complètement collabées, l'état général s'améliore ; l'enfant gagne du poids.

Chez les petits enfants, le pronostic est moins bon au début à cause de la grande tendance de la maladie à une généralisation rapide ; mais s'ils résistent, il devient très bon à partir de la deuxième année.

De même le pneumothorax ne donne pas de bons résultats dans les formes cavitaires de primo-infection, la tuberculose se manifestant à cette période plutôt comme une maladie générale.

Comme conclusion on peut donc affirmer qu'étant donné la grande tendance à l'évolution rapide et la gravité de la tuberculose infantile ulcéreuse, le pneumothorax artificiel est le seul moyen efficace de traitement. Lui seul peut arrêter la marche évolutive de cette maladie.

## BIBLIOGRAPHIE

- ABOULKER. *Th. Paris*, 1921.  
 AINE. *Th. Paris*, 1914.  
 ARMAND-DELILLE, ISAAC GEORGES, DUCROHET. *Presse méd.*, 1923.  
 ARMAND-DELILLE, LESTOQUOY. *La tuberculose pulmonaire de l'enfant et de l'adolescent*, Paris, 1933.  
 ARMAND-DELILLE et Mlle LINOSSIER. *Soc. méd. Hôp.*, Paris, 1928.  
 ARMAND-DELILLE, DUHAMEL, MARTY. *Soc. méd. Hôp. Paris*, 1924.  
 ARMAND-DELILLE, HECHTER, MAGRIN. *Soc. Etudes Sc. tub.*, 1932.  
 BARBIER. *Paris méd.*, 1917.  
 BARBIER. *Rev. de la Tuberculose*, 1924.  
 COMBE. *La tuberculose du nourrisson*.  
 GARDÈRE. *Journ. de Méd.*, Lyon, 1924.  
 LESTOQUOY, *La Médecine*, 1933.  
 PÉNU et DUFOURT. *Tuberculose médicale de l'enfant*.  
 RIBADEAU-DUMAS. *Soc. méd. Hôp. Paris*, 1913.  
 RIBADEAU-DUMAS. *Les débuts de la tuberculose*.  
 VINCENTI. *Journ. de Méd.*, Lyon, 1924.

**Introduction à la chirurgie thoracique** (1), par E.-E. LAUWERS. Préface du professeur PROUST.

Après avoir écrit une « Introduction à la chirurgie nerveuse », une « Introduction à la chirurgie réparatrice », le professeur Lauwers intitule ce nouveau volume *Introduction à la chirurgie thoracique*.

Il a voulu simplement comme dans les précédents volumes montrer les possibilités et les limites de la chirurgie thoracique ainsi que la nécessité absolue d'unir les notions médicales et chirurgicales, en étudiant avant toute intervention opératoire son mécanisme physiologique.

Le chapitre qu'il consacre pour commencer aux notions physiologiques de la respiration prend donc une valeur toute particulière. Ensuite c'est non seulement l'introduction à la chirurgie de la plèvre, du poumon, des bronches, des tumeurs intra-thoraciques, ainsi qu'à la chirurgie cardiaque, mais c'est aussi une description d'ensemble de ces chirurgies diverses avec un énoncé des règles qui doivent les guider.

L. G.

(1) In-8 de 112 pages. — Prix : 20 fr. — Paris, Masson et Cie.

## XVII<sup>e</sup> RÉUNION ANNUELLE DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'ORTHOPÉDIE

Bruxelles, 4 octobre 1935 (1).

C'est à Bruxelles que la Société Française d'Orthopédie donnait cette année sa réunion annuelle, voulant ainsi marquer à nos confrères belges, si assidus à nos réunions parisiennes, une marque d'estime et de profonde amitié. La joie de cette réunion a été obscurcie par le deuil qui frappe la Belgique et auquel tous les Français se sont unis de cœur. Il n'y a donc pas eu de fêtes officielles. Mais nos amis belges n'en ont pas moins tenu à recevoir chez eux leurs confrères français. Ils l'ont fait avec leur gentillesse, leur franche cordialité habituelle ; les Français ont été reçus « à la Belge », et c'est tout dire. Ils en conservent un souvenir ému et reconnaissant.

Première journée (4 octobre 1935.)

## PREMIÈRE QUESTION

**La maladie de Volkmann. Rétraction ischémique des muscles fléchisseurs des doigts**  
*Pathogénie. Traitement*

Rapporteur : M. R. MASSART (Paris).

*Résumé du rapport.* — Le sujet a déjà fait l'objet, en 1920, d'un rapport du professeur Denucé, de Bordeaux.

## I. Etude pathogénique de la maladie de Volkmann. —

1<sup>o</sup> FAITS OBSERVÉS A L'ORIGINE DE LA MALADIE DE VOLKMAN.  
— Trois facteurs étiologiques sont invoqués.

A. *Un traumatisme.* — Deux lésions déterminent le syndrome : la fracture sus-condylienne de l'humérus, la fracture des deux os de l'avant-bras, et cela presque exclusivement chez l'enfant.

Les lésions siègent donc « dans une région de passage, où l'artère humérale, le nerf médian, le nerf cubital et le nerf radial sont exposés aux violences des fragments osseux taillés à vif et coupants ».

B. *Un appareil trop serré.* — Jusqu'en ces dernières années, c'est la striction par l'appareil qui était incriminée, opinion contre laquelle s'est élevé Albert Mouchet. En fait, les faits de compression abondent, soit compression par l'appareil, soit compression par les tissus résultant de la flexion forcée du coude, mais il existe des cas de Volkmann sans appareillage. Au total, « l'appareillage aggrave la lésion sans en être la cause première ».

C. *L'infiltration intratissulaire.* — Infiltration hémorragique abondante de la région, qui existe toujours (Löhr, Albert Mouchet). Les observations de Jorge, Moulouguet et Sénèque, dans lesquelles l'évacuation précoce de l'épanchement séro-hématique par aponévrotomie amène la sédation des phénomènes, sont la preuve de l'importance de ce facteur dans la genèse de l'affection. Il en est de même des cas de Volkmann survenant chez les hémophiles par hématome, et cela en dehors de tout traumatisme grave.

*Modification du poulx.* — On trouve de manière constante des différences oscilométriques à l'avant-bras, atténuées par l'épreuve du bain chaud prolongé, et l'infiltration du ganglion stellaire.

*L'artériographie* révèle des diminutions de calibre ou oblitération artérielle. Elle est dangereuse chez ces malades

(1) Association de la Presse médicale française.

(gangrène dans un cas de Leveuf), en particulier avec les solutions d'iodure de sodium.

*Comment apparaît la maladie de Volkmann.* — a) *Début brusque* ; en quelques heures, avec troubles trophiques étendus et graves, gonflement énorme attestant une lésion vasculaire, et phénomènes paralytiques et vaso-moteurs.

b) *Un début lent, insidieux*, si bien que la déformation n'est constatée qu'à l'ablation de l'appareil.

2° **CONSTATATIONS OPÉRATOIRES.** — L'hématome a été constaté et évacué (Jorge, Moulounguet et Sénèque). Pour Leriche, le sang ne peut provenir du foyer de fracture et est un *infarctus* des muscles fléchisseurs.

*Les lésions artérielles.* — Leriche a insisté sur leur fréquence, que montrent de nombreux cas de diminution de calibre ou oblitération de l'humérale ou de ses branches (Leriche, Lance, Patel, Mathieu, Sorrel, etc.). Ces lésions artérielles s'accompagnent de lésions des filets du grand sympathique contenus dans la gaine du vaisseau lésé.

*Les lésions nerveuses*, portant sur l'un ou plusieurs des trois nerfs du bras, sont très fréquentes, et constituent une lésion surajoutée au syndrome de Volkmann en lui imprimant, par les attitudes des doigts en griffes liées aux paralysies, des modifications importantes.

*Les altérations musculaires tardives.* — Ce sont de véritables nécroses aseptiques limitées, une nécrose et non une myosite rétractile. L'histologie montre cette nécrose des éléments musculaires et une prolifération intense du tissu cellulaire interfasciculaire.

3° **CONCEPTIONS PATHOGÉNIQUES BASÉES SUR L'ÉTUDE DE LA CHRONAXIE DANS LA MALADIE DE VOLKMANN**, par M. G. BOURGUIGNON. Ce chapitre est entièrement rédigé par l'éminent électro-radiologiste de la Salpêtrière.

Il montre l'abondance de l'importance de l'emploi de la chronaxie dans l'étude de la maladie de Volkmann. Elle révèle des lésions nerveuses que les autres méthodes d'exploration, moins sensibles, laissent inaperçues.

Sur 13 Volkmann observés par l'auteur, 10 fois la chronaxie a été employée. La chronaxie des muscles rétractés est peu atteinte et dans un cas même elle était normale. Dans tous les cas on a trouvé des lésions d'un ou plusieurs nerfs du membre supérieur, avec maximum des signes de dégénérescence au niveau des muscles à la main.

Donc la maladie de Volkmann n'est pas une lésion de la fibre musculaire.

Elle « apparaît comme constituée par l'association d'un double processus qui résulte de la blessure simultanée des vaisseaux et des nerfs. La blessure des vaisseaux, par l'intermédiaire de la lésion de leur gaine sympathique, est la cause de la rétraction qui respecte les fibres musculaires ». « La blessure des nerfs détermine la dégénérescence des muscles de la main qui entraîne la production de la griffe. » A l'appui de cette conception, G. Bourguignon apporte un certain nombre d'observations, qu'il divise en quatre catégories selon l'étendue des lésions nerveuses constatées.

4° **LES FAITS EXPÉRIMENTAUX.** — Le rapporteur cite les nombreuses tentatives de reproduction expérimentale de la maladie de Volkmann (Letser, Jepson, Barney Brooks, Clivio V. Nario). Ces expériences montrent que la compression par appareil trop serré ne reproduit pas le Volkmann, que l'oblitération de l'artère ne suffit pas non plus à le déterminer. Clivio V. Nario, qui est arrivé à reproduire expérimentalement le Volkmann, montre qu'il est indispensable, outre l'oblitération de la voie vasculaire principale, d'établir l'arrêt de la circulation en retour par oblitération des veines et immobilisation.

5° **CONSTATATIONS ANATOMIQUES FAITES À L'AVANT-BRAS.** — Pourquoi la rétraction ischémique de Volkmann s'observe-t-elle presque exclusivement à l'avant-bras ?

On a invoqué la morphologie des loges aponévrotiques inextensibles, dans lesquelles l'épanchement constitue une tension intense avec suppression du retour du sang veineux. On a aussi incriminé la faible irrigation des muscles fléchisseurs, ce qui est actuellement fort contesté.

*Conclusions pathogéniques.* — Le rapporteur se range à l'exposé fait par Leriche à la Société de Chirurgie (27 février 1935).

Dans un premier temps l'artère est lésée au moment de la fracture ou lors de la réduction. Cette lésion artérielle détermine dans un deuxième temps une lésion ischémique localisée du corps charnu des muscles fléchisseurs des doigts. Dans un troisième temps apparaissent d'importantes réactions vaso-motrices autour de la zone ischémisée avec énorme épanchement séro-hématique créant un véritable infarctus musculaire. A cette époque la rétraction est un *phénomène réversible*, justiciable des opérations portant sur le sympathique.

Par la suite on assiste à la formation du bloc fibreux qui envahit le muscle, enserre les vaisseaux et les nerfs, qui constituent l'aspect complexe des Volkmann âgés.

**II. Le traitement de la maladie de Volkmann.** — Le choix des méthodes à employer découle de la pathogénie, dépend de l'époque où l'on observe le malade.

A. **MÉTHODES CHIRURGICALES.** — 1° *Interventions précoces.* — *Aponévrotomie*, réalisée par Murphy, Jorge, Moulounguet et Sénèque, Leriche et Stulz. Cette intervention précoce est à recommander, elle permet l'évacuation du séro-hématome, l'exploration du paquet vasculo-nerveux, et enfin la reposition des fragments osseux sous le contrôle de la vue. Elle permet de réduire au minimum les dégâts causés par le traumatisme.

2° *Les interventions artérielles.* — Lorsque le Volkmann est constitué depuis plusieurs semaines, faut-il intervenir ?

Le rapporteur montre par des observations que comme le soutient Leriche, les lésions sont à cette époque réversibles si l'on intervient sur le grand sympathique — c'est l'époque où les artériectomies en cas d'oblitération du vaisseau (Leriche et Stricker, Patel, Lance, Mathieu et Padovani, etc.), la sympathectomie périhumérale si l'artère est restée perméable mais contractée, amènent la cessation ou l'amélioration des phénomènes d'excitation sympathique, de vasoconstriction à distance.

3° *Les interventions pour lésions anciennes.* *Interventions sur les os.* — Ce sont les résections des deux os de l'avant-bras, ou la résection à la demande des os du poignet.

Le rapporteur fait des réserves sur la première de ces opérations qui n'est pas toujours d'une réalisation facile. La deuxième a donné d'excellents résultats.

*Les opérations tendineuses*, allongements des tendons par dédoublement, complexes et délicates, n'ont plus de défenseurs qu'en Angleterre.

*Les opérations sur les muscles* ne sont pas assez employées : la dissection et l'ablation du bloc fibreux, la transplantation par abaissement du condyle huméral interne donnent de notables améliorations.

B. **TRAITEMENT ÉLECTRIQUE DE LA MALADIE DE VOLKMANN PAR LA DIÉLECTROLYSE D'IODE.** — M. G. BOURGUIGNON, dans une note, expose en détail la technique qu'il emploie et qui lui a donné des résultats constants à condition d'être employée avec persévérance pendant de longs mois.

C. **MÉTHODE PAR LES APPAREILS.** — Le rapporteur ne cite que brièvement les méthodes de traction caoutchoutée (Cl. Martin, R. Jones) ou par tourniquet (Mommensen, L. Michel, Massabuau et Guibal), renvoyant au rapport de Dénucé. Ces méthodes insuffisantes employées seules constituent un ad-



juvant important au traitement chirurgical et au traitement électrique.

#### Discussion

M. le professeur FROELICH (Nancy) a observé 17 cas de Volkmann. Il est convaincu que les fautes de traitement entrent pour beaucoup dans la pathogénie de l'affection (appareils serrés, pressions, etc.). Il en montre des exemples.

M. Ch. LASSERRE (Bordeaux) insiste aussi sur la prophylaxie par un traitement bien conduit des fractures du coude chez l'enfant. Pour les cas anciens, il a obtenu de bons résultats par des terroplasties, la résection de bûtoirs osseux, l'emploi du tourniquet et la diélectrolyse iodée.

M. L. MICHEL (Lyon) cite aussi 3 cas où le plâtre mal fait pouvait être incriminé.

Le traitement par les appareils à tourniquet seuls peut donner d'excellents résultats primitifs, mais les rechutes sont fréquentes. C'est au contraire un excellent adjuvant des opérations chirurgicales.

M. POUZET (Lyon). Sur 3 cas précoces traités par la sympathectomie, 1 résultat nul, 2 améliorations momentanées.

5 cas tardifs ont été traités : 1 par une artériectomie, puis le tourniquet avec amélioration, 4 par des résections du squelette, 2 résections antibrachiales et 2 résections du poignet. La résection du poignet constitue pour les cas tardifs une bonne opération.

MM. ROEDERER et J. RÉCAMIER (Paris) rapportent un échec

## ESTOMAC-INTESTIN

DYSPEPSIE

ENTÉRITE

GASTRALGIE

CHEZ L'ENFANT  
CHEZ L'ADULTE

## VALS-SAINT-JEAN

EAU de RÉGIME, FAIBLEMENT MINÉRALISÉE et GAZEUSE

Envoi gratuit d'Echantillons et de Notices à MM. les Docteurs sur demande adressée  
DIRECTION-VALS-GÉNÉRALE : 53, Boul' Haussmann, Paris (9<sup>e</sup>). Téléphone 227-76.

ANÉMIE PALUDEENNE. — Source Dominique.  
VALS-LES-BAINS. — Saison du 1<sup>er</sup> juin au 1<sup>er</sup> octobre.

A. GUERBET & C<sup>o</sup> PHARMACIENS

THERAPEUTIQUE & RADIOLOGIE

## LIPIODOL LAFAY

Huile iodée à 40 %.

0. gr. 54 d'iode par cm. 3

22, Rue du Landy - St-Ouen, près Paris

R. C., 225 781

Tout Déprimé  
» Surmené

Tout Cérébral  
» Intellectuel

Tout Convalescent  
» Neurasthénique

est justiciable  
de la :

## NEVROSTHENINE FREYSSINGE

6, Rue Abel  
PARIS (12<sup>e</sup>)

Gouttes de glycérophosphates alcalins (0.46 par XX gouttes).  
XV à XX gouttes à chaque repas. - *Ni sucre, ni alcool.*



## CURE DE DIURESE



## RHIZOTANIN CHAPOTOT

Tanin de Fraisier - Sels de chaux et de magnésie

**Tonique -- Reconstituant -- Recalcifiant**

Anémies — Bronchites chroniques — Prétuberculos.  
Amélioration rapide des Accidents Diarrhéiques  
et des Néphrites Albuminuriques.

Cachets pour adultes -- Poudre pour enfants  
Granulé pour adultes et enfants

Éch. Méd. grat. P. AUBRIOT, Ph. 56, bd Ornano, PARIS-18<sup>e</sup>

## OLÉTHYLE-BENZYLE

BENZOATE DE BENZYLE

LABORATOIRE CENTRAL DE PARIS

122, rue du Faubourg Saint-Honoré

INFECTIONS  
AIGUES  
FÉBRILES

## SEPTICEMINE CORTIAL

7, r. de l'Armorique  
PARIS (XV<sup>e</sup>)



complet de l'appareil à tourniquet. Ils montrent un appareil de convalescence en celluloid pour le redressement des doigts et du coude.

M. LEVEUF (Paris) fait la critique des observations publiées. Que sait-on de la lésion musculaire au début ? Seuls Funk-Brentano, et Beschet ont vu au début les muscles bruns. Personnellement, sur 4 cas, il a fait 3 biopsies. Le muscle est frappé et la lésion évolue tant que l'organisme n'a pas éliminé (macrophages) les tissus détruits.

Les lésions des nerfs sont constantes (thèse de Berger) comme le prouvent les examens de Bourguignon. Pour les artères, elles sont souvent lésées, mais la circulation collatérale se rétablit. L'injection du ganglion stellaire n'amène aucun résultat. Pour lui, le sympathique n'intervient en rien dans le syndrome de Volkmann. Il rejette donc la théorie de M. Leriche. Quant à l'hématome et l'infarctus musculaire, il déclare qu'on ne l'a jamais vu. Les observations de Jorge, de Moulouquet et Sénèque n'étaient pas des Volkmann.

Pourquoi le Volkmann est-il si rare, pourquoi est-il exclusif à l'enfant ? C'est parce qu'il ne se produit que chez des sujets prédisposés, des spasmophiles qui font facilement des spasmes artériels. C'est pourquoi chez eux l'artériographie est dangereuse.

M. le professeur H. BILLET (Lille) rapporte un cas chez un hémophile, et un autre très amélioré par la sympathectomie. Il insiste sur la prophylaxie. Il ne faut faire la réduction qu'au bout de 5 à 8 jours quand l'hématome commence à se résorber.

M. le professeur ROCHER (Bordeaux) montre par 6 observations le rôle indiscutable que joue l'appareillage ou la flexion forcée du coude dans la genèse du syndrome. Aussi il ne faut pas hésiter à réduire à ciel ouvert les fractions du coude chez l'enfant.

MM. FÈVRE et Pierre BERTRAND (Paris). Dans une fracture des 2 os de l'avant-bras se produit un Volkmann, sympathectomie 8 jours après la réduction. Résultat parfait. Dans un cas de fracture du coude, avec lésions nerveuses associées — malgré immobilisation à 120° un Volkmann s'installe rapidement. Au bout de 2 jours, évacuation des caillots et artériectomie. L'artère est oblitérée. Résultat temporaire, mais les lésions nerveuses persistent.

MM. PERROT et Max WALTHAW (Genève) rapportent un cas traité au bout de 7 jours par l'exérèse de l'humérale thrombosée. Bon résultat immédiat, puis récurrence traitée par la physiothérapie. Guérison.

Les auteurs font remarquer que la griffe des paralysies s'accompagne d'extension de la première phalange qui est fléchie dans le Volkmann. Il y a donc flexion par rétraction musculaire à laquelle se superposent des griffes paralytiques.

M. BARROS LIMA (Brésil) rapporte un cas de fracture des os de l'avant-bras appareillée avec du carton qui fait un Volkmann ayant nécessité la résection des 2 os de l'avant-bras. Un autre cas âgé de 17 ans a été opéré de la même manière.

M. TAVERNIER (Lyon). Il y a des Volkmann légers et des cas graves que rien ne guérit.

Dans un cas il a pratiqué dès le début l'aponévrotomie, trouvé un œdème énorme et un infarctus du muscle. Malgré cela, le Volkmann se constitue. Deux semaines après, on dégage les nerfs et artères et sympathectomie. Cependant fait un Volkmann grave.

M. M. MUTEL (Nancy) croit à l'action de l'appareillage. La nécrose ichémique existe — on l'a constatée pendant la guerre par les garrots mis au membre inférieur. La griffe paralytique ne suffit pas à expliquer la flexion des doigts. Cette flexion résulte d'une disposition mécanique spéciale

à l'avant-bras. Si on serre l'avant-bras circulairement, les doigts se fléchissent. L'injection par le sang de la loge aponevrotique entraîne mécaniquement la flexion des doigts.

M. M. LANCE (Paris) ne croit pas qu'on puisse expliquer les paralysies constantes observées par des lésions mécaniques des nerfs au moment du traumatisme parce que l'on ne les constate pas toujours par l'exploration. Il montre par 3 observations personnelles comment l'extirpation d'une artère oblitérée ou une sympathectomie a pu faire disparaître très rapidement les signes de ces paralysies. Il pense qu'il s'agit donc dans certains cas de paralysies à distance par troubles vaso-moteurs portant sur les troncs nerveux.

M. R. MASSART, rapporteur, clôt la discussion, en remarquant que si la pathogénie du Volkmann donne encore lieu aux opinions les plus divergentes, on s'entend actuellement sur les directives du traitement.

(A suivre.)

M. LANCE.

## SOCIÉTÉS SAVANTES

### ACADEMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 12 NOVEMBRE 1935)

**Des variations concomitantes de la chronaxie et de l'excitabilité nerveuse sous une influence pharmacodynamique (action sur le nerf moteur de « *Rana esculenta* » de la cocaïne et de ses succédanés).** — MM. Jean RÉGNIER et André QUEVAUVILLER.

(SÉANCE DU 19 NOVEMBRE 1935)

**La contraction utérine.** — M. GOSSET présente une communication de MM. Lévy-Solal et Sureau qui ont étudié, par une méthode graphique spéciale, la contraction utérine au cours de l'accouchement. Ils ont pu, grâce à un mode d'enregistrement rapide, dissocier la contraction utérine des phénomènes surajoutés. Les caractéristiques graphiques de la courbe ont permis aux auteurs d'analyser avec précision, l'action des ocytociques et des anesthésiques.

### ACADEMIE DE MEDECINE

(SÉANCE DU 26 NOVEMBRE 1935)

**Notice.** — M. VILLARET lit une notice nécrologique sur le regretté professeur ETIENNE (de Nancy), membre correspondant dans la 1<sup>re</sup> section (médecine).

**Rapports.** — *Eaux minérales.* — M. POUCHET lit un rapport sur des demandes en autorisation.

**Tableau A.** — M. TIFFENEAU dépose le rapport de la Commission de l'inscription au tableau A. Ses conclusions seront examinées dans une séance ultérieure.

**Ordre des médecins.** — M. BROUARDEL expose que l'Académie a été saisie par la Fédération corporative des médecins de la Seine de la question de l'ordre des médecins. La Fédération demandait à l'Académie de la soutenir au sujet de plusieurs points de la loi votée par le Sénat et qui doit venir prochainement devant la Chambre. La Commission estime que l'Académie ne peut intervenir tant que son avis n'a pas été demandé par le gouvernement.

**Coquillages.** — M. TANON, au nom de la Commission nommée à cet effet, propose de demander à M. le Ministre de la marine marchande, de vouloir bien communiquer, pour avis, à l'Académie, le projet de décret en préparation



# LENIFORME

**2.5 et 10%**

HUILE ANTISEPTIQUE NON IRRITANTE  
est indiqué dans le

**CORYZA**

**PUISQUE**

l'agent pathogène  
est un virus filtrant  
**qui ne permet pas**  
de fabriquer un vaccin  
prophylactique ni curatif.

Echantillon :  
26, rue Pétrelle, 26  
PARIS (9<sup>e</sup>)

**SE VEND EN FLACON OU EN RHINO-CAPSULES**

sur la question. L'Académie pourra ainsi discuter en toute connaissance de cause ce décret intéressant particulièrement la santé publique. Il en est ainsi décidé.

#### Remarques à propos de 35 cancers primitifs multiples.

— M. HARTMANN. Les cancers primitifs multiples ne sont pas aussi exceptionnels qu'on le croit. M. Hartmann a pu en observer personnellement 35 cas, 5 existant simultanément, les 30 autres développés successivement, après un temps variant de 1 à 19 ans. Le plus souvent, la mort est survenue 1 ou 2 ans après l'ablation du deuxième cancer. Il y a cependant des cas où la survie a été beaucoup plus longue. 9 ans après l'ablation d'un cancer recto-sigmoïde, M. Hartmann dut opérer de nouveau sa malade d'un cancer du sein qui ne fut suivi de mort que 6 ans plus tard, soit 15 ans après la première opération. Chez une autre malade, il réséqua l'estomac pour cancer, 4 ans plus tard il enleva un cancer du sein, puis encore 4 ans plus tard, soit 8 ans après la gastrectomie, un cancer végétant des ovaires. Une malade, chez laquelle il a enlevé successivement, à 1 an d'intervalle un cancer du côlon, puis un cancer de l'utérus, reste guérie depuis 28 ans, etc.

A propos de ces cancers multiples, M. Hartmann émet des doutes sur la conception généralement acceptée actuellement du cancer résultant d'une irritation chronique ; il est beaucoup plus tenté par l'idée d'une influence diathésique ou peut-être par celle d'un virus qui, siégeant dans l'organisme, provoquerait, lorsqu'il pénètre des cellules, leur développement désordonné et par suite un cancer.

#### La présence de bactériophages dans les eaux du Nil.

— M. TANON présente un travail de Mme PANAYOTATOU (d'Alexandrie). L'auteur a fait à Alexandrie, des analyses de l'eau d'un canal de dérivation, en des points divers, très éloignés les uns des autres. Il a fait ses expériences avec un grand nombre de microbes, et a constaté sur 12 prélèvements, la présence de bactériophages antidysentérique et antiparathyphoïdique. Ceux-ci sont plus abondants dans les endroits où le canal n'est pas protégé, et où les eaux de pluie peuvent s'y déverser, en entraînant des boues qui restent après les inondations.

**Malariathérapie.** — C'est une note historique que présente M. le professeur CLAUDE au nom de MM. GELMA et EISSEN. Il en résulte que longtemps avant les beaux travaux de Wagner Jauregg (1917), l'impaludation était entrée en Alsace dans la thérapeutique psychiatrique.

Un médecin de Stéphanfeld, Dagonet, avait en effet avant 1870 attiré l'attention sur les effets curatifs du paludisme chez les malades de l'asile.

**L'alimentation et l'hygiène publique.** — M. BROUARDEL, au nom de M. Etienne BURNET, lit un important travail sur ce sujet.

**Election.** — L'Académie procède à l'élection d'un membre titulaire dans la 2<sup>e</sup> section (chirurgie) en remplacement de M. Alexandre Guéniot, décédé.

Les candidats étaient ainsi classés : en première ligne M. Lemaître ; en seconde ligne ex aequo et par ordre alphabétique, MM. Baumgartner, Chevassu, Fredet, Grégoire, Robineau. Adjoint par l'Académie : M. Hautant. Au premier tour de scrutin, M. LEMAÎTRE, professeur de clinique oto-rhino-laryngologique, a été élu par 66 voix sur 80 votants.

**Séance annuelle.** — La séance annuelle aura lieu le 10 décembre. M. le secrétaire général Achard prononcera l'éloge de Dutrochet (1776-1847), membre de l'Académie en 1824. On doit à ce physiologiste les premiers travaux sur l'endosmose et l'exosmose.

### SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 25 OCTOBRE 1935)

**Méningo-myélite morbilleuse.** — MM. ANDRIEU, FERRA-Bouc et HENRION. Observation d'un cas de myélite aiguë disséminée avec réaction méningée minime au cours d'une rougeole. Mort en état asphyxique en moins de 10 jours. Ces accidents sont survenus au cours d'une éruption diffuse. L'injection de sérum de convalescent n'a rien donné.

Le docteur MOLLARET estime que, depuis quelques années, des faits semblables sont fréquents. Il doit s'agir d'infection à virus neurotope, les maladies éruptives jouant un rôle occasionnel.

**Ostéopathies de carence consécutives à des régimes excessifs.** — MM. LOUBEYRE et BLONDEAU (Alger) rapportent des cas d'ostéopathies de carence analogues à ceux signalés par Weissenbach et Lièvre, survenus chez des malades ayant subi des restrictions alimentaires excessives. Ces ostéopathies se manifestent par des douleurs rachidiennes, costales et par une décalcification notable.

**Granulie cancéreuse des poumons secondaire à un cancer latent de l'estomac.** — M. DESBUQUOIS (de Tours). Femme de 46 ans succombant rapidement à une granulie pulmonaire typique. A l'autopsie, cancer des poumons secondaire à cancer latent de la petite courbure de l'estomac. Propagation lymphatique avec constatation d'une alvéolite cancéreuse.

**Forme dysphagique de la syphilis nerveuse.** — MM. SÉZARY, JOSEPH et BARDIN. Malade de 62 ans, est subitement atteinte d'une dysphagie absolue portant sur les liquides et les solides. Outre la paralysie du glosso-pharyngien et du pneumogastrique, on constate l'atteinte du spinal, du facial, du trijumeau et des nerfs moteurs gauches, avec troubles cérébelleux et hémiparésie gauche. On peut incriminer la syphilis du point de vue étiologique. Traitement intensif par novarsénol-benzol et bismuth.

De cette forme de neuro-syphilis, on connaît deux autres observations.

**Méningite primitive mortelle à « Proteus vulgaris ».** — MM. DONGALOS et DONCAS (Athènes). Observation relatée par les auteurs. Un cas de septicémie à « proteus » d'origine urinaire est, à ce propos, relaté par le professeur LEMIERRE.

**Méningite spirochétosique épidémique.** — MM. J. MARET et GABRIEL. Trois cas de cette forme chez des enfants. Syndrome méningé à liquide céphalo-rachidien clair avec réaction cytologique intense, constituée par des lymphocytes dans deux cas, constituée par des polynucléaires dans un troisième cas. Guérison en quelques jours sans séquelles. Séro-diagnostic fortement positif. Par inoculation des urines au cobaye, détermination d'une spirochétose ictéro-hémorragique avec mort au 17<sup>e</sup> jour.

Ces trois enfants prenaient des bains de rivière (Loing, canal de l'Oureq), d'où origine de la contamination.

MM. BRULÉ, LEMIERRE, MOLLARET, CAIN, RIST, TROISIER attirent l'attention sur les spirochétoses méningées atténuées.

**Maladie de Basedow et tuberculose.** — MM. LABBÉ, BOLLIN, UHRY et OLLIVIER. Observation d'un jeune hérédo-syphilitique présentant une maladie de Basedow associée à des troubles dystrophiques. L'examen de la pièce opératoire a montré des lésions basedowiennes avec lésions folliculaires sans bacilles de Koch. Les auteurs discutent la nature tuberculeuse ou banale, simple réaction phagocytaire, de ces aspects retrouvés dans des cas exceptionnels de goitre basedowien.



# PNEUMOGÈINE

**IODE**

*ACTIVE LA VENTILATION  
PULMONAIRE  
DÉCONGESTIONNE  
LES BRONCHES*

**CAFÉINE**

*SOUTIENT LE CŒUR*

**THÉOBROMINE**

*AUGMENTE LA DIURÈSE*

**EMPHYSÈME**  
*DYSPNÉES, CARDIAQUES  
BRONCHITES CHRONIQUES*

**ACTION SURE ET RAPIDE**

EN DEHORS DES CRISES 2 à 4 CUILLERÉES À CAFÉ DANS UN PEU D'EAU BIEN SUCRÉE  
PENDANT LES CRISES 4 à 8 CUILLERÉES À CAFÉ DANS UN PEU D'EAU BIEN SUCRÉE

**LABORATOIRES RENARD** 142 Avenue de Clichy PARIS

**Néphrite chronique hypertensive et gigantisme.** — M. DECOURT signale un cas de néphrite chronique hypertensive avec gigantisme et insuffisance de développement des caractères sexuels secondaires, chez un jeune homme dont le père était atteint de syphilis et qui présentait lui-même des lésions d'aortite et Wassermann positif.

# SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 30 OCTOBRE 1935)

**A propos du matériel d'ostéosynthèse.** — M. MENEGAUX répond à M. Richard que tous les mauvais résultats ne doivent pas être indifféremment mis sur le compte du matériel de prothèse.

M. FREDET partage cette manière de voir et estime que d'autres facteurs jouent un rôle important : défauts d'application du matériel, infection, etc.

**Difficultés de diagnostic de l'ostéite fibrokystique.** — M. SCHWARTZ rapporte deux cas de tumeurs osseuses dans lesquelles ni la radio ni l'examen histologique n'ont donné de diagnostic certain. Il insiste sur les incertitudes qui règnent encore à ce sujet.

M. BRAINE souhaite que l'on donne plus d'importance aux réactions biologiques dans le diagnostic de l'ostéite fibro-kystique.

M. SORREL pense que la clinique et la radio gardent une importance de premier plan à côté de l'histologie, qui n'est pas plus infaillible.

M. MOULONGUET s'élève contre le pessimisme de certains ; nous commençons à avoir sur certains points des notions précises et certaines.

M. ROUX-BERGER estime que l'examen histologique, même faillible, est une nécessité absolue.

MM. MAUCLAIRE, RICHARD, WELTI, SÉNÈQUE et MATHIEU considèrent aussi que la biopsie est d'une importance capitale.

**Angio-endothéliome de la gouttière humérale.** — MM. D'ALLAINES, CONTIADES et NAULLEAU ont observé deux récides traitées par trois interventions successives. Devant une transformation sarcomateuse, ils eurent recours à la radiothérapie, qui n'amena qu'une amélioration passagère.

**Fracture du plateau tibial externe.** — M. MENEGAUX rapporte cette observation de M. Roques (Armée). Il s'agit d'une fracture à deux fragments ; l'auteur a pu faire une reposition et a maintenu la réduction à l'aide de deux vis et de deux greffes. Il a dû faire une ménisectomie complémentaire. Le résultat est très satisfaisant puisque la flexion atteint 80°, et qu'il persiste seulement quelques mouvements de latéralité.

M. SORREL tient à faire connaître que le plus beau résultat qu'il lui a été donné d'observer a été obtenu par extension à la broche de Kirshner.

(SÉANCE DU 6 NOVEMBRE 1935)

**Apophysites de l'épine iliaque antéro-supérieure.** — M. MOUCHET rapporte trois observations de M. Dupas. Il s'agit dans tous les cas d'un syndrome douloureux siégeant au niveau de l'épine iliaque antéro-supérieure et pouvant en imposer à un examen superficiel pour une fracture. Radiologiquement, l'auteur insiste sur l'aspect tigré particulier à ces lésions. Il estime que dans certains cas, il s'agit vraisemblablement d'entorse juxta épiphysaire, et l'injec-

tion de solution anesthésiante lui a donné de bons résultats.

**Occlusion aiguë par péritonite encapsulante.** — M. WILMOTH rapporte une observation rare de M. Funck Brentano. L'auteur intervient pour un syndrome occlusif survenant chez une malade antérieurement opérée d'appendicite. À l'examen, on est frappé par une tumeur sous-ombilicale et droite, d'une sonorité un peu anormale. L'intervention montre, dans une cavité péritonéale normale une tumeur du volume d'une tête d'enfant, brillante, nacrée, et dans laquelle on trouve 2 m. 50 d'intestin parfaitement sain. M. Wilmoth insiste sur ce que cette observation est la quatrième d'occlusion aiguë par péritonite encapsulante. Guérison.

M. MADIÉRY ayant vu la malade le matin, avait été frappé par le caractère tout à fait particulier du tympanisme sous-ombilical et avait émis l'hypothèse d'une péritonite encapsulante.

**Emploi de tissu spongieux hétérogène en chirurgie.** — M. MATHIEU, après avoir rappelé que Bailleul est le premier à avoir utilisé des débris osseux, analyse un travail de M. Calvé qui a employé du tissu spongieux de veau, conservé dans l'éther. Il a obtenu, dans quinze cas, une régénération osseuse satisfaisante avec un minimum d'incidents. Le rapporteur rapproche ce fait des tentatives de Waldenstromm avec l'*os purum*, et montre tout l'intérêt de ces travaux.

**Infarctus viscéraux.** — M. GRÉGOIRE communique les résultats de son expérimentation dans l'étude des infarctus viscéraux sans oblitération vasculaire. Il estime que certains se rapprochent beaucoup du choc anaphylactique : on trouve dans tous les cas même chute de pression, et même arrêt circulatoire avec vaso-dilatation à la suite des mêmes injections de substances déchainantes après sensibilisation préalable. Au cours de trente-deux expériences réalisées sans anesthésie générale et à l'aide de sérum de cheval comme substance déchainante, il a pu réaliser des infarctus au niveau d'organes très divers : testicule, appareil tubo-ovarien, pancréas, intestin. L'auteur rappelle que d'autres substances sont susceptibles de réaliser un syndrome analogue. Il montre enfin les conséquences thérapeutiques qui découlent de ces conceptions pathogéniques : la médication anti-choc devant compléter et aider l'intervention chirurgicale sans s'y substituer.

M. CHEVASSU remarque qu'il n'a jamais observé d'infarctus testiculaire sans torsion du cordon.

M. MONDOR insiste à ce sujet sur les infarctus utéro-ovariens consécutifs à des injections d'eau savonneuse.

M. BROCC se demande si les lésions obtenues par M. Grégoire sont bien superposables aux lésions caractéristiques des pancréatites hémorragiques, ce qui lui paraît douteux.

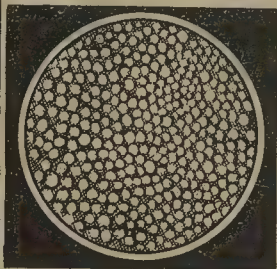
M. BRÉCHOT a observé un cas d'infarctus testiculaire sans torsion.

**Les scarlatines chirurgicales.** — M. L. BAZY a observé trois cas indiscutables de scarlatine typique survenue à la suite d'intervention chirurgicale, avec même exanthème, même phénomène d'extinction de Schultz-Charlton, et montre que ces faits prouvent le rôle du streptocoque tout au moins dans les scarlatines chirurgicales. Il montre la possibilité de diverses races de streptocoques à spécificité élective, et la diminution de contagiosité tenant à l'affaiblissement du streptocoque dans les milieux de suppuration.

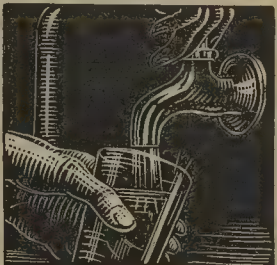
Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

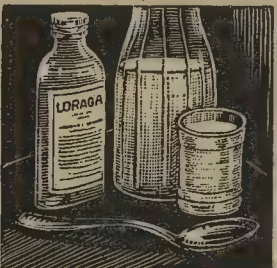




Goutte de Loraga dans laquelle on se rend compte de la ténuité et de la régularité des globules d'huile de paraffine, constituant une véritable émulsion très homogène.



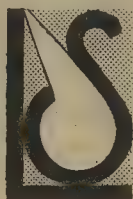
Pour les malades aimant absorber leur médicament dans de l'eau : une cuillerée à soupe de Loraga dans un verre, ajouter de l'eau et boire le tout.



Pour les enfants qui répugnent, par principe, à prendre des médicaments : une ou deux cuillerées à café dans du lait.



"Une émulsion doit couler aisément", dit le bon pharmacien. Le Loraga satisfait à cette exigence sous tous les climats.



# LORAGA

Emulsion originale d'huile de paraffine et d'agar-agar avec phénolphthaléine

## Régulateur physiologique de l'intestin

S'incorpore intimement au contenu intestinal. Donne au bol fécal la consistance et la plasticité normales. Stimule doucement le péristaltisme sans provoquer de spasmes.

**INDICATIONS :** Toutes formes de constipation et à tout âge. — Paresse intestinale au cours de la grossesse et pendant la période de lactation. — Atonie intestinale des vieillards.

TOLÉRANCE PARFAITE - AUCUNE ACTION SECONDAIRE PAS D'ACCOUTUMANCE NI DE SUINTEMENT HUILEUX

LITTÉRATURE ET ÉCHANTILLONS SUR DEMANDE A MM. LES MÉDECINS

## LABORATOIRES SUBSTANTIA

M. GUÉROULT, Pharmacien

13, Rue Pagès  
SURESNES (Seine)





LE DIURÉTIQUE RÉNAL PAR EXCELLENCE

# SANTHÉOSE

LE PLUS FIDÈLE, LE PLUS CONSTANT, LE PLUS INOFFENSIF DES DIURÉTIQUES

SES QUATRE FORMES

**PURE**

Le médicament régulateur par excellence, d'une efficacité sans égale dans l'artério-sclérose, la présclérose; l'albuminurie, l'hydropisie, l'urémie.

**PHOSPHATÉE**

L'adjuvant le plus sûr des cures de déchloruration et de désintoxication de l'organisme, dans la neurasthénie, l'anémie et les convalescences.

**CAFÉINÉE**

Le médicament de choix des cardiopathies, fait disparaître les œdèmes et la dyspnée, renforce la systole, régularise le cours du sang.

**LITHINÉE**

Le traitement rationnel de l'arthritisme et de ses manifestations; jugule les crises, enraye la diathèse urique, solubilise les accidents urinaires.

**DOSES :** 2 à 4 Cachets par jour. — Ces cachets sont en **FORME DE CŒUR** et se présentent en boîtes de 24.

**PRODUIT FRANÇAIS**4, rue du Roi-de-Sicile  
— PARIS —**PRODUIT FRANÇAIS**

# NUCLÉARSITOL ROBIN

*Granulé - Comprimés - Injectable*

**TUBERCULOSE - FIÈVRES PALUDÉENNES  
LYMPHATISME - SCROFULE**

**LABORATOIRES ROBIN, 13. Rue de Poissy. PARIS**

## OLÉTHYLE-BENZYLE

TOUTES les Affections du **FOIE** et du **REIN :**

1 à 2 capsules à chacun des deux principaux repas de :

# CAPARLEM

**HUILE DE HAARLEM** (au Juniperus Oxycedrus)

**QUALITÉ INCOMPARABLE ET ACTIVITÉ INSOUPEÇONNÉE**

Laboratoire Lorrain de Produits Synthétiques purs — **ETAIN** (Meuse)



*La Lancette Française***GAZETTE DES HOPITAUX**

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

**49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6<sup>e</sup>. Tél. : Danton 48-31.**PUBLICITE : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6<sup>e</sup>) - Téléph. : Littré 54-93.**PRIX DE L'ABONNEMENT****FRANCE**

3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.

*Etudiants : 25 francs par an.*

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

**ETRANGER**

Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.

Tous les autres pays : 75 francs.

**SOMMAIRE****TRAVAUX ORIGINAUX***Sorcières et possédées*, par M. J. LÉVY-VALENSI.**FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY***Thèses soutenues pendant l'année 1934-1935.***SOCIÉTÉS SAVANTES***Société de médecine militaire française.***CHRONIQUE***Le dîner du « Concours médical ».**L'espéranto médical.***INTÉRÊTS PROFESSIONNELS***Les étudiants en médecine et la naturalisation des médecins et étudiants étrangers.***ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS****NOTES POUR L'INTERNAT***Cancer de l'œsophage (fin).*

Castaigne, médecin des hôpitaux de Paris, professeur agrégé, directeur de l'Ecole de médecine et de pharmacie de Clermont-Ferrand.

*Au grade de chevalier.* — M<sup>me</sup> Joliot, née Irène Curie, chef de travaux à la Faculté des sciences de Paris; M. Jean Joliot, maître de conférences de chimie physique et radio-activité à la Faculté des sciences de Paris.*FINANCES.* — *Au grade de chevalier.* — M. Brunet, à Hazebrouck.*COLONIES.* — *Au grade de chevalier.* — M. Robert Deschiens, chef de laboratoire à l'Institut Pasteur.*INTÉRIEUR.* — *Au grade de chevalier.* — M. Réau, adjoint au maire de Clermont-Ferrand; M. Ryckewaert, ancien maire de Steenvoorde (Nord).**MÉDAILLE D'HONNEUR DES ÉPIDÉMIES.** — La médaille d'or est décernée, à titre posthume, à M<sup>lle</sup> Blumenfeld, externe des hôpitaux à l'hôpital Hérold, décédée d'une méningite infectieuse contractée dans l'exercice de ses fonctions.**SANTÉ PUBLIQUE.** — M. le professeur Marcel Labbé est nommé membre de la Commission permanente des stations hydrominérales, climatiques et vales.**MÉDECINS ÉTRANGERS.** — Le *Journal officiel* du 29 novembre 1935 publie trois décrets autorisant des médecins sarrois à exercer en France.**ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS.** — M. le docteur Schoenagel, médecin chef de service de l'asile public d'aliénés de Saint-Venant (Pas-de-Calais), est nommé médecin chef de service à l'asile public d'aliénés de Stephansfeld (Bas-Rhin), en remplacement de M. le docteur Clerc, appelé à un autre poste.M<sup>me</sup> le docteur Collet, médecin chef de service à l'asile**INFORMATIONS****HÔPITAUX DE PARIS.** — **CONCOURS D'ASSISTANT D'ÉLECTRO-RADIOLOGIE.** — *Epreuve sur titres.* — Séance du 28 novembre. — MM. Bernard, 19; Bouland et Choffat, 18; Djian, 12; Guillaumont, 10; Lamy, 14; Simon, 10.**CONCOURS DE L'EXTERNAT.** — Le jury est provisoirement composé de MM. Julien Marie, Mollaret, Soulié, Caroli, Auroisseau, Sicard, Seillier, Blondin, Prélat.**HÔPITAUX DE PROVINCE.** — **SAINT-ÉTIENNE.** — Après concours, M. le docteur R. Perron, ancien interne des hôpitaux de Lyon, a été nommé médecin spécialiste d'ophtalmologie et d'oto-rhino-laryngologie des hôpitaux de Saint-Etienne.**FACULTÉS DE MÉDECINE.** — **PARIS.** — *Nouveau régime* (session février 1936). — Les consignations pour la session de réparation de février 1936 seront reçues les lundi 9 et mardi 10 décembre, au secrétariat de la Faculté, de midi à 15 h.**Création d'une chaire.** — La Commission des finances de la Chambre vient de voter un relèvement de crédit ayant trait à la création d'une chaire de clinique médicale.**LÉGION D'HONNEUR.** — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :**ÉDUCATION NATIONALE.** — *Au grade de commandeur.* — M. E.**OUABAÏNE ARNAUD**LABORATOIRE NATIVELLE, 27, Rue de la Procession, PARIS (XV<sup>e</sup>)

Public d'aliénés de Fains (Meuse), est nommée médecin chef de service à l'asile public autonome de Bassens (Savoie), en remplacement de M. le docteur Cornu, admis à faire valoir ses droits à une pension de retraite.

M. le docteur Louis Caron, ancien chef de clinique des maladies mentales à la Faculté de médecine de Paris, reçu deuxième au concours de médecin des asiles en 1934, est nommé médecin directeur de l'asile agricole de Chezal-Benoit (Cher), en remplacement de M. le docteur Courtois, décédé.

— Un poste de médecin chef de service est vacant à l'asile public d'aliénés de Saint-Venant (Pas-de-Calais), par suite du départ de M. le docteur Schoennagel, appelé à un autre poste.

Un poste de médecin chef de service est vacant à l'asile public d'aliénés de Fains (Meuse), par suite du départ de M<sup>me</sup> le docteur Collet, appelée à un autre poste.

#### ASSISTANCE AUX BLESSÉS NERVEUX DE LA GUERRE. —

M. le docteur Pierre Male, reçu quatrième au concours de médecins des asiles en 1932, ancien chef de clinique des maladies mentales à la Faculté de médecine de Paris, est mis à la disposition de l'assistance aux blessés nerveux de la guerre, dont le siège social est à Paris, 35, avenue de Saint-Ouen, pour assurer le service de ses dispensaires et établissements destinés aux enfants anormaux (poste créé). (J. O., 27 nov. 1935.)

MINISTÈRE DE LA MARINE MARCHANDE. — Un examen d'aptitude aux fonctions de médecin sanitaire maritime, réservé aux docteurs en médecine français, aura lieu à Bordeaux les 20 et 21 décembre 1935.

S'inscrire avant le 10 décembre prochain auprès du directeur de l'Inscription maritime à Bordeaux.

INSTITUT D'ACTINOLOGIE. — Un concours est ouvert pour la nomination d'un interne au sanatorium héliothérapique de l'Institut d'actinologie, à Vallauris, près de Cannes.

Ce poste conviendrait à un étudiant en fin d'études, désireux de se spécialiser dans le traitement des tuberculoses extrapulmonaires ou dans la physiothérapie.

L'interne sera nommé pour un an. Indemnité mensuelle 500 fr., logé, nourri, blanchi. Les conditions du concours seront communiquées ultérieurement aux candidats. S'inscrire, pour les Parisiens, à l'Institut d'actinologie, 210 bis, rue de Vaugirard, Paris (XV<sup>e</sup>), pour les étudiants des facultés de province, directement à l'Institut d'actinologie, à Vallauris (Alpes-Maritimes).

## CHRONIQUE

### LE DINER DU « CONCOURS MÉDICAL »

Tous les ans, à pareille époque, nos confrères du *Concours Médical*, à l'issue de leurs réunions confraternelles, se réunissent en un banquet cordial auquel ils ont bien voulu nous convier.

M. le Professeur Portmann, sénateur de la Gironde, présidait. A ses côtés notre confrère respecté, le D<sup>r</sup> Noir, directeur du *Concours Médical*; M. Siredey, président de l'Académie de médecine; les médecins généraux inspecteurs Rouvillois et Lévi, M. le professeur Roger, ancien doyen, les professeurs Hartmann, Cunéo, Grégoire, Laignel-Lavastine, Barthélemy, Rocher, Chavigny; les D<sup>rs</sup> Chapon, président de l'A. G., Cibrie, secrétaire général de la Confédération...

A l'heure des toasts, M. Noir, en une cordiale allocution, salua ses hôtes et définît les buts du *Concours*; puis

MM. Hartenberg, au nom du S. M. S.; Cibrie, au nom de la Confédération; Chapon, au nom de l'A. G.; Dartigues, au nom de l'U. M. F. I. A.; le professeur Cunéo, M. Siredey dirent en termes excellents toute l'estime qu'ils éprouvent pour le *Concours* et son directeur M. Noir.

M. le sénateur Portmann termina la série des discours.

Après avoir rappelé l'œuvre confraternelle du *Concours*, il définit la charte médicale: Liberté. Libre choix. Entente directe. Liberté de prescription. Respect du secret professionnel. Défense contre l'emprise de l'Etat, contre les abus fiscaux. Défense de l'enseignement médical.

M. Portmann aborda enfin la question de l'Ordre des médecins. Il montra comment malgré ses efforts le Sénat a donné un rôle prépondérant aux magistrats de carrière alors que l'Ordre aurait dû rester purement médical.

En terminant, M. le professeur Portmann se rappela qu'il est le président des *Médecins amis du vin*, et très spirituellement, il déclara que le vin est à la base de toute diététique et que c'est son usage modéré qui permettra à notre race de conserver ses qualités de mesure et de bonne humeur. C'est sur cette parole pleine d'espoir qu'il leva son verre en l'honneur du *Concours Médical*.

F. L. S.

### L'ESPÉRANTO MÉDICAL

A Paris et dans la banlieue, il y a déjà un certain nombre de médecins espérantistes, isolés. Ceux qui ne sont pas encore venus à l'espéranto n'en discutent plus la valeur pratique. Ils savent qu'il est un organe idéal de diffusion pour la pensée médicale. Le babélisme des Congrès en démontre tous les jours la nécessité urgente et impérieuse. Il importe, d'ailleurs, de ne pas nous laisser vaincre ou seulement distancer sur ce terrain par les confrères étrangers. L'outil est au point: il existe depuis longtemps une excellente Revue internationale et un dictionnaire médical parfait. Les médecins ont une bonne occasion à saisir. Qu'ils s'inscrivent sans retard au cours — à la fois original, attrayant et sérieux — qui commence à l'Ecole de Psychologie, 49, rue Saint-André-des-Arts, les mardis et vendredis, à 20 h. 30, sous la direction du D<sup>r</sup> G. Philippet. Il leur sera facile de se grouper ensuite.

D<sup>r</sup> A. BÉCART.

CONFÉRENCES DE LA COMMISSION MÉDICALE DE L'ASSOCIATION POUR L'ÉTUDE DE LA CULTURE SOVIÉTIQUE [exercice de la Russie neuve, 74, rue Blanche, Paris (IX<sup>e</sup>)]. — Mardi 3 décembre, à 20 h. 45, maison de la Mutualité, 24, rue Saint-Victor (salle E). Docteur Edouard Joltrain, ancien chef de laboratoire et chef de clinique, médecin inspecteur des épidémies, membre de l'Académie de médecine de Belgique: « L'enseignement médical et les instituts scientifiques en U.R.S.S. »

Mardi 10 décembre, à 20 h. 45, maison de la Mutualité, 24, rue Saint-Victor (salle E). Docteur Tiffeneau, membre de l'Académie de médecine, professeur à la Faculté de médecine: « Impressions d'U.R.S.S. à l'occasion du Congrès international de physiologie. »

**QUATAPLASME** du D<sup>r</sup> L'ANGLEBERT  
PANSEMENT COMPLET  
Phlegmasies, eczémas, brûlures, etc.

**PULVEOL**  
ANTISEPSIE DU CARREFOUR AÉRO-DIGESTIF  
POUDRE et PASTILLES  
Livraison et Echantillons: 10, Impasse Milord, Paris (18<sup>e</sup>)

Extrait hépatique  
de Morue irradié.

**MORUBIASSE**  
PILULES ET GRANULES

Rachitisme,  
Lymphatisme.

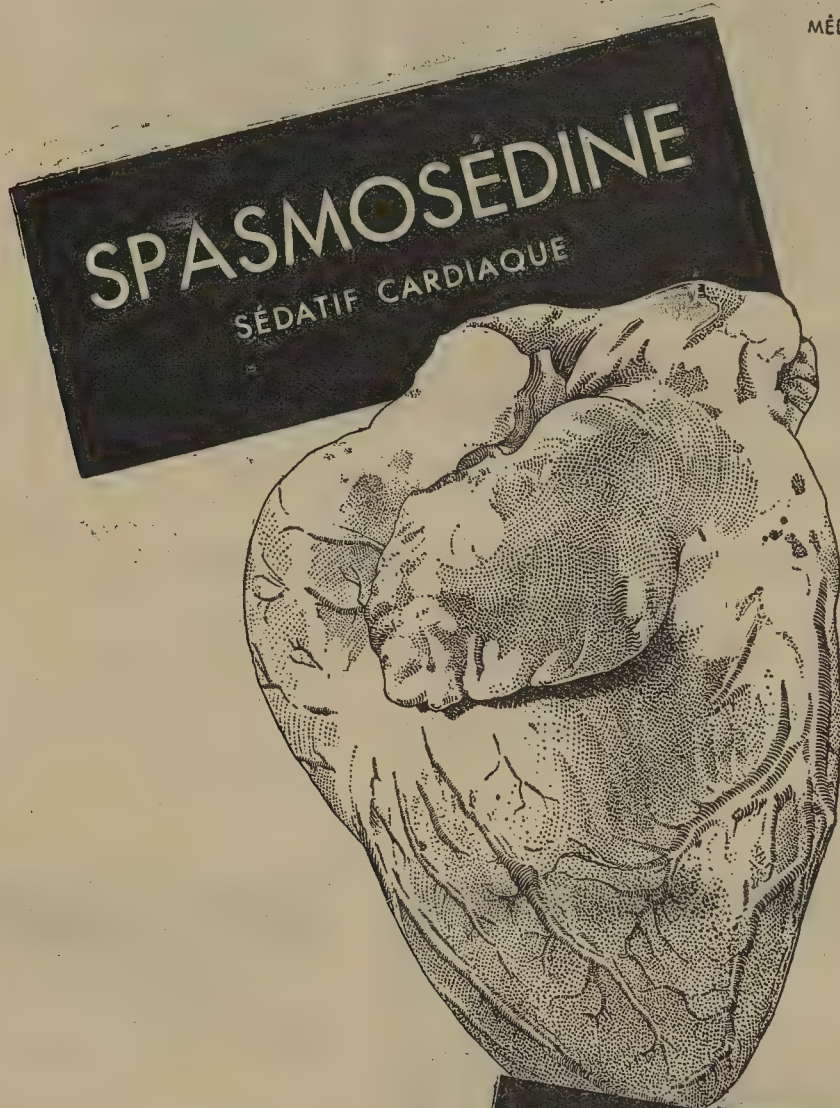
Toux  
Dyspnée

**IODEINE MONTAGU**



LABORATOIRES DEGLAUDE  
15, BOUL. PASTEUR, PARIS (XV<sup>e</sup>)

MÉDICAMENTS CARDIAQUES  
SPÉCIALISÉS



**SPASMOSEDINE**  
SÉDATIF CARDIAQUE

**DIGIBAÏNE**  
TONIQUE CARDIAQUE

*Les 2 médicaments cardiaques essentiels*

**AUROTHÉRAPIE DE LA TUBERCULOSE**  
**CRISALBINE**  
 EN INJECTIONS INTRA-VEINEUSES

THIOSULFATE DOUBLE D'OR ET DE SODIUM  
 AMPOULES DOSÉES A 0,05 0,10 0,15 0,20 0,25 0,50  
 DE PRODUIT PUR CRISTALLISÉ

**SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE**  
**SPÉCIA**

MARQUES DOULENC <sup>F<sup>RES</sup></sup> & USINES DU RHÔNE. 86, RUE VIEILLE DU TEMPLE. PARIS



**BRIANÇON**

1350 M.

d'Altitude

125 Chambres pour Dames  
 et Jeunes Filles.

Organisation sanatoriale  
 et médicale moderne

Galeries de Cure privées

Train rapide & direct: PARIS-LYON  
 Briançon • Autocars: GRENOBLE  
 MARSEILLE

Médecins Présidents: D<sup>rs</sup> M. & O. PIN

**Sanatorium Hôtel des NEIGES.**



## SORCIÈRES ET POSSÉDÉES<sup>1</sup>

Par M. J. LÉVY-VALENSI.

Une malade atteinte de théomanie que je vous présentais à la fin de ma dernière leçon, a victorieusement déjoué le piège que je lui tendais. En faisant intervenir le diable, elle demeure dans la tradition du mystique vrai comme du délirant mystique (2).

Le mystique vit dans la terreur de l'esprit malin dont l'intervention apparaît dans la vie des saints et dans certaines de leurs célèbres autobiographies. Le diable se manifeste par pensées blasphématoires, sacrilèges, obscénités, tentations, inhibitions et surtout en se substituant à Dieu dans les révélations.

C'est là surtout ce que redoute le mystique en dépit des caractères différentiels invoqués par sainte Thérèse de ces images qui n'ont ni la vérité, ni la majesté, ni les effets qui se rencontrent dans les visions qui viennent de Dieu (3). L'amour qu'on lui témoigne n'apparaît ni pur, ni chaste. C'est sans doute cette peur du démon qui fait rejeter le sensible au plus pur d'entre les mystiques, saint Jean de la Croix.

Si l'on est en droit de penser que la mentalité des peuples soustraits aux civilisations (nègres de l'Afrique centrale, Polynésiens, etc.) vus par les premiers explorateurs est conforme à celle des premiers hommes, on doit admettre que la croyance à l'action maléfique d'êtres surnaturels est contemporaine de l'humanité.

Pour le primitif déjà un peu évolué, d'après Lévy-Bruhl, en effet, l'atmosphère est peuplée d'un monde d'esprits nuisibles (animisme de Tylor), les uns bien-faisants, la plupart malveillants, qui concrétisent toutes ses terreurs. Parmi ces derniers, un rôle important est joué par les âmes des morts récents jaloux des vivants. Ces morts, il faut les apaiser par des dons (objets, aliments), des sacrifices. De là, la terreur illogique, absurde, que la plupart des hommes ont de prétendus revenants qui hantent certaines maisons maudites et, sans doute, le culte des morts devenu, dans nos civilisations religieuses, un culte pour les morts, alors qu'il était à l'origine une défense contre les morts.

La division entre bons et mauvais esprits est la base de la religion de Zoroastre, puis des Manichéens, enfin des Albigeois ; elle est à la source de la plupart des religions dans tous les pays et à tous les âges de l'humanité.

Le Diable, principe du mal, apparaît aux premières lignes de l'Écriture ; on le retrouve, mais très épisodiquement, dans l'Ancien Testament, qui d'ailleurs semble ignorer Paradis et Enfer. D'après mon Maître, le professeur Roger, dont j'ai déjà signalé les ouvrages, le diable de l'Ancien Testament est un fils de Dieu chargé de mission spéciale, un espion qui rapporte les méfaits des hommes, en même temps qu'un agent provocateur. Dans le Nouveau Testament, le démon

est un ange déchu, une puissance qui n'égale pas celle de Dieu, mais s'oppose à elle et la contrarie souvent. C'est le Christianisme qui a introduit dans le culte la notion du pouvoir maléfique de Satan, et ses inquisiteurs et exorcistes furent les agents inconsistants de la diffusion de la démonomanie.

La possession a toujours fait partie de l'orthodoxie chrétienne, mais, jusqu'au xiv<sup>e</sup> siècle, elle est mollement combattue ; les peines sont d'ordre religieux, la plus sévère étant l'excommunication. Le pape Jean XXII, qui fut dit-on un psychopathe, exige au xiv<sup>e</sup> siècle que le démon soit poursuivi par des méthodes de châtement corporel, et ses successeurs, le suivant dans cette voie, font intervenir le pouvoir séculier ; alors les bûchers s'allument dans tous les pays de foi chrétienne. Le diable créé par la répression va multiplier ses méfaits tant que cette répression s'exercera.

C'est en vain qu'au xvi<sup>e</sup> siècle un médecin courageux, Jean Wier, tout en faisant sa part à une foi qui est la sienne, s'indigne des tortures infligées à ceux qu'il devine des malades. En face de lui, Jean Bodin, savant sociologue et économiste, écrit son exécration livre : « *La Démonomanie des sorciers* » ; là sont approuvés tous les préjugés de son temps, et il vouerait volontiers au feu Jean Wier, qu'il englobe parmi les sorciers.

Examinons le dogme au nom duquel sont morts tant d'innocents.

Le diable n'est pas unique. Je ne connais pas le dernier recensement, mais, en 1568, Jean Wier en avait recensé 7.405.326, divisés en 1.111 légions de chacune 6.666 suppôts, plus 72 princes « sauf erreur de calcul ».

Le diable agit directement sur l'homme ou par l'intermédiaire d'un sorcier.

Le sorcier a fait un pacte avec le diable, pacte écrit avec son sang ou par un échange d'objets : fleurs, poussières, poils, excréments, etc...

De ce pacte, le sorcier conserve des stigmates, c'est-à-dire des zones insensibles, surtout dans la région ano-génitale, ce qui autorisera un jour les inquisiteurs à larder de coups de pointes le malheureux suspect de sorcellerie. Quand la zone anesthésiée fait défaut, on dit que le stigmaté est interne, viscéral, ou que le démon l'a effacé au moment de l'examen.

Le sorcier a tous les pouvoirs maléfiques : il abat la grêle sur les récoltes, incendie les granges, sème la maladie parmi les hommes et les animaux, distille les philtres amoureux et noue aussi les aiguillettes. Vous comprenez le chantage rémunérateur que sorciers et sorcières peuvent exercer avec un tel pouvoir ; ils ne s'en privent pas.

Sorciers et sorcières ont d'ailleurs aussi des devoirs. A certains jours, le jeudi de préférence, afin d'éviter les vendredi, samedi et dimanche consacrés par les trois religions observées en Europe, souvent au contraire les jours de fête, ils doivent se rendre au sabbat, annoncé à son de trompe.

Le sorcier s'enduit les cuisses d'un onguent fait de la graisse d'un enfant assassiné, puis, il part à travers les airs à califourchon sur le diable figuré par un animal, bouc, chien ou simplement un manche à balai.

(1) Leçon donnée à la clinique de M. le Pr Claude. Mars 1935.

(2) J. LÉVY-VALENSI. Inspirés et Théomanes, *Progrès Méd.* (sous presse).

(3) Psychoses mystiques, *Paris Méd.* (sous presse) ; — Visionnaires, *Paris Méd.* (sous presse).

Le sabbat a lieu en forêt, dans une clairière, à la croisée des chemins.

Le démon, représenté par un bouc, préside sur une vaste cathèdre et fait pour commencer baiser par ses fidèles la partie postérieure de son individu. C'est ensuite une parodie du culte, une confession générale des atrocités accomplies depuis la dernière réunion, une messe « à rebours » servie sur le ventre nu d'une femme. Un banquet où se mangent des choses immondes continue cette petite fête, qui se termine par des accouplements entre démons et sorcières ; on a de ces dernières des descriptions d'un réalisme rebutant.

Le sorcier peut aussi se transformer en animal, en loup le plus souvent (lycanthropie) qui dans les campagnes égorge les enfants. De 1598 à 1600, il y eut dans le Jura une épidémie de lycanthropie, et le juge Boguet se vante d'y avoir allumé 600 bûchers.

Ces descriptions d'un imaginaire sabbat, comme d'un état lycanthropique, traduisent peut-être certains états oniriques. Il est probable que l'onguent dont les sorciers s'enduisaient le corps, s'il ne renfermait pas la graisse d'un enfant, incorporait des substances hallucinantes ; il est probable aussi que la sorcière ingérait ou inhalait de ces substances.

Des épidémies de démonopathie se rencontrent en 1609 au pays de Labour, et l'année suivante en Navarre.

Ce délire est, avant tout, l'œuvre des exorcistes. Ceux-ci sont hommes de très bonne foi, mais ignorants et maladroits. Convaincus qu'ils ont devant eux le complice de l'ennemi de la foi, ils n'hésitent pas à agir par exhortation, par menace et par suggestion. Le sorcier, souvent un débile, sous l'action suggestive de l'exorciste, vient à se convaincre de méfaits qu'il n'a pas commis, ou parfois avoue pour échapper à un supplice plus grand, pour obtenir une atténuation de peine (étranglement avant le bûcher), ou enfin pour gagner le pardon céleste pour des fautes réelles, souffrant pour des fautes qu'il n'a pas commises. C'est ainsi que s'explique peut-être l'aveu de Gaufridy, curé des Accoules, à Marseille, brûlé en place des Prescheurs à Aix, en 1611, pour sortilège commis sur Madeleine de Mandolx et Louise Capet. Et du xiv<sup>e</sup> au xvii<sup>e</sup> siècle, les bûchers s'allument en Espagne, en France, mais aussi dans la plupart des autres pays, et l'on brûle par milliers, au nom de Dieu, des malades parmi lesquels d'ailleurs certains escrocs.

Quelques hommes éclairés et intrépides, prêtres et médecins, ont cependant essayé de résister à cette folie mystique meurtrière. J'ai signalé, au xvi<sup>e</sup> siècle, Jean Wier, il n'est que justice de rappeler, au xvii<sup>e</sup> siècle, le nom du Père de la Sprée.

Il faut arriver cependant en 1782 pour qu'un arrêt de Louis XIV remplace le bûcher par la prison ou le bannissement. En 1670, quand le roi a commué en bannissement la peine du bûcher qui frappe 12 sorciers normands, le Parlement de Rouen fait des remontrances.

La croyance dans le pouvoir des sorciers existe d'ailleurs encore dans nos campagnes. Vous avez tous présente à l'esprit la mésaventure arrivée il y a quelques années à deux ecclésiastiques, l'archimandrite Saboungi (1919) et le curé de Bombon (1926), accusés

de maléfices par certains de leurs paroissiens, fidèles de « la Vierge qui pleure ».

Nous avons dans notre service, depuis deux mois, les cinq membres d'une même famille qui ont accusé un infortuné ecclésiastique de se livrer sur eux à un envoûtement, L'internement de toute la famille a seul mis fin à l'exécution de dangereuses menaces.

Cette malade, une femme de 40 ans, est envoûtée par un magnétiseur hindou.

Il y a quelques mois, elle se présentait le soir, à 8 heures, à l'Hôtel-Dieu, demandant à être admise d'urgence pour se mettre sous la protection des médecins.

C'est une débile crédule, suggestible et superstitieuse. Proie facile des chiromanciens, magnétiseurs et faiseurs d'horoscopes, elle a connu tous les marchands d'orviétan. Veuve, il y a dix-huit mois, elle ébauche un délire érotomane fixé sur un dentiste. Un faiseur d'horoscope lui apprend pour 75 francs « qu'elle doit faire confiance aux amitiés qui naîtront pendant ces deux semaines ».

Peu de jours après, elle voit à la foire de Bicêtre un fakir qui « moyennant 2 francs mettait la science au service de l'humanité ». Elle reconnaît en lui l'ami annoncé par l'horoscope, et lui fait des visites fréquentes sous prétexte d'électrisation générale.

Le fakir doit voyager, il lui demande sa photographie en pied, ce qui la surprend. Elle comprendra bientôt que, grâce à cette photographie, il a construit une poupée de cire à sa ressemblance sur laquelle il agit pour l'envoûter.

On la tire par les jambes, elle est harcelée de fluides, elle éprouve des sensations voluptueuses. Elle se protège la tête avec une casserole, les organes génitaux avec des tampons de soie.

Elle a vu des morts lui apparaître, elle a des pensées inavouables, il lui fait faire « des choses qu'elle ignorait ».

Ce délire archaïque, évoquant les croyances médiévales, apparaît la manifestation d'une *psychose paranoïde* (1).

\*\*

La possession par le démon peut se faire directement. Un religieux, cité par saint Grégoire le Grand, avale le diable dans une salade. Un moine de la Légende dorée l'absorbe dans un demi-setier de vin.

De nos jours, c'est en évoquant les esprits que les spirites font venir le diable.

En principe, la possession se fait du consentement du possédé ; qu'elle soit directe, ou indirecte, par l'intervention du sorcier. Le possédé doit donc être châtié et il fut longtemps lui aussi la proie des flammes. Cependant, au xvii<sup>e</sup> siècle, sans doute à cause des puissantes relations de quelques-unes des religieuses possédées, on admet que le sorcier est seul responsable et lui seul connaît le bûcher. Gaufridy est brûlé en 1611, Urbain Grandier en 1634 pour avoir ensorcelé

(1) J. LÉVY-VALENSI et Jean DELAY. Délire archaïque (astrologie, envoûtements, magnétisme), Soc. Méd.-Psychologique, 12 juillet 1934.



les ursulines de Loudun, Thomas Boule, en 1642, attaché au cadavre exhumé du curé Preant pour avoir ensorcelé les religieuses de Louviers.

Le théologien reconnaît chez le possédé des caractères particuliers :

- 1° L'aspect du visage qui est diabolique ;
- 2° La voix qui a le même caractère ;
- 3° La connaissance de langues que le sujet ignorait ;
- 4° La divination ;
- 5° Des actes d'une force surhumaine.

La doctrine de la possession fait partie du dogme du catholicisme. Toute religion étant et devant demeurer traditionnelle, cette doctrine demeure et chaque diocèse possède encore un exorciste.

Je m'avance sans doute beaucoup, mais je ne crois pas que ce religieux ait souvent l'occasion d'exercer son ministère ; quand il l'exerce, peut-être encore pense-t-il agir sur des malades par l'action apaisante de la religion. Je sais aussi que l'ecclésiastique très clairvoyant qui est l'exorciste de l'Archevêché de Paris, adresse un certain nombre de ses possédées à mon ami le docteur Vinchon, spécialiste en diablerie.

Mais laissons la question religieuse, toujours respectable, et parlons maladie.

\*  
\*\*

Le démon, chez nos sujets, agit de l'extérieur ou de l'intérieur : démonopathie *externe* ou *interne*.

Le démon extérieur peut être vu ; il est plus habituellement perçu par contact, deviné par odeur (soufre, pourriture) ou reconnu par les souffrances qu'il fait subir, par les idées obscènes, sacrilèges, blasphématoires qu'il met dans l'esprit, par les tentations qu'il impose.

Quand le sujet éprouve des sensations voluptueuses, c'est que le démon a avec lui des relations sexuelles (incubes et succubes) car il y a aussi des démons femelles. Une de nos malades, dont j'ai souvent déjà raconté l'histoire, étudiée, en 1910, avec mon ami Boudon, faisait depuis quelque temps du spiritisme. Un jour, un diabolotin se substitue à l'âme évoquée de son père et ne la quitte plus. Elle ne le voit pas mais le sent sur son corps ; il a 27 cm. de long, des dents pointues, une longue queue. Il la mordille aux seins et ailleurs, et elle se défend par cuirasses, onctions, bains aromatiques, etc...

Un cas de démonopathie externe a, il y a quelques années, suscité ma curiosité (1), c'est celui de Berbiguier vu comme un halluciné par Baillarger, Delasiauve, Brierre de Boismont, Auguste Marie, et chez qui j'ai cru pouvoir diagnostiquer un délire d'interprétation.

Berbiguier, qui se faisait appeler de Terre-Neuve du Thym, d'une terre qu'il possédait sur sa fenêtre dans une caisse où poussait cette plante aromatique, est une curieuse figure du siècle dernier (1851), qui a tenté la plume de Chamfleury et de Lorédan Larchey ; il est surtout connu par les trois volumes riche-

ment illustrés que je vous présente, où il raconte les tribulations subies.

Pendant cinquante années, il a été persécuté par une légion de farfadets qui, accrochés à son corps, ne lui ont pas laissé un instant de répit. Il les poursuivait en jetant du sel sur le feu, puis les accrochait avec de grosses épingles, enfin il les enfermait dans de petites bouteilles où il les nourrissait de tabac et de vinaigre.

Une spirite étudiée avec Ey avait logé dans ces petites bouteilles différents esprits, qu'elle alimentait avec de l'éther.

\*  
\*\*

La *démonopathie interne* est plus répandue, c'est elle qui correspond surtout au manuel de l'exorciste. Elle est essentiellement *convulsivante* et *contagieuse*.

La convulsion est par excellence la réaction de l'émotif ; elle s'exprime, chez l'enfant coléreux, par cette attitude arquée que vous connaissez bien. La crise hystérique est d'abord une crise émotive, plus tard elle sera transformée par le pithiatisme et propagée par la contagion de sujets chez lesquels l'émotivité n'aura plus à jouer. La convulsion se voit dans la plupart des états mystiques : théomanie comme démonomanie, convulsions des Jansénistes sur la tombe du diacre Pâris (1), convulsionnaires calvinistes des Cévennes, épidémies de démonopathie de Loudun, de Louviers, de Morzines, de Bayeux, etc.

Un mot sur les possédées de Loudun, auxquelles j'ai consacré une étude récente (2).

Un curé, Urbain Grandier, beau parleur, beau garçon, orgueilleux et peu chaste. Il a pour ennemis les magistrats de la ville, dont il a séduit filles, femmes ou fiancées, les moines auxquels il refuse le droit de confesser, les prêtres qu'il écrase de sa superbe, son évêque sur les privilèges duquel il empiète, et enfin Richelieu qu'il a bousculé pour une question de préséance alors qu'il n'était qu'évêque de Luçon.

Un couvent d'Ursulines, la plupart femmes du monde, à qui le siècle n'est pas tout à fait indifférent. Les Ursulines veulent s'attacher le beau curé comme confesseur, celui-ci refuse.

En 1632, apparition du curé autour du lit de la Supérieure, Jeanne des Anges, avec possession à la façon de l'incubation. Divulgarion aux religieuses qui éprouvent les mêmes apparitions et sensations suivies de convulsions. Urbain Grandier est le responsable, disent les religieuses, de cette possession démoniaque. L'archevêque de Bordeaux s'interpose et tout rentre dans l'ordre.

En 1633, l'épidémie se renouvelle. Richelieu intervient alors par l'entremise de son inquisiteur Laubardemont, scélérat qui, avec l'aide d'exorcistes ignorants, mais de bonne foi, crée la légende de la possession et de la culpabilité de Grandier.

Les religieuses hurlent sous l'influence du démon, la Mère supérieure en a sept pour elle seule ; ensemble elles se roulent à terre, parlent des langues qu'elles ignorent, écrivent automatiquement, etc., tout con-

(1) J. LÉVY-VALENSI. Une forme littéraire du délire d'interprétation. Berbiguier de Terre-Neuve du Thym. *Encéphale*, septembre 1911.

(1) J. LÉVY-VALENSI. Les Convulsionnaires de Saint-Médard. *La Semaine des hôp. de Paris* 15 octobre 1934.

(2) J. LÉVY-VALENSI. Urbain Grandier et les Possédées de Loudun. *Semaine des hôp. de Paris* 15 octobre 1935.

court à la perte du curé de Loudun. On ajoute foi, contrairement au dogme, aux dires de Satan, affirmant pour les besoins d'une mauvaise cause que le diable ne peut mentir lorsqu'il est contraint par l'exorcisme à dire la vérité.

Et, le 18 août 1634, Urbain Grandier, les membres préalablement rompus, est brûlé sur la place Sainte-Croix.

La possession d'ailleurs ne disparaît pas avec lui et l'on voit les exorcistes Tranquille, Lactance, plus tard le Père Surin à leur tour possédés par contamination.

\*\*

S., a 45 ans.

Elle était, en 1932, domestique depuis 12 ans chez la même personne. D'un caractère désagréable, elle a tendance à croire que l'on s'occupe d'elle, que l'on fait des racontars sur son compte. Bouderie avec mutisme pendant un an, prétendant qu'on lui a fait manquer un mariage.

Elevée pieusement, depuis 20 ans elle ne fréquente plus l'église, un confesseur ayant, dit-elle, voulu l'embrasser.

Par contre, elle consulte les cartomanciennes, lit des livres de magie et fréquente une société médico-mystique, le Centre Eudique.

En 1931, elle joue à la bourse et perd tout son petit avoir et plus encore, car elle a des dettes. A cette époque, elle cesse d'être réglée.

Le 2 août 1931, elle est illuminée d'une grande lumière, elle sent en elle la présence de Dieu. Elle acquiert alors le pouvoir de guérir et, plus favorisée que les rois de France spécialisés seulement pour les écrouelles, tout ce qu'elle touche elle le guérit.

Cela dure jusqu'au mois d'octobre, pendant tout ce temps, elle sent comme un fluide qui monte en elle. Puis il y a une phase d'inhibition, durant laquelle elle souffre de ne plus sentir l'inspiration divine.

Le 1<sup>er</sup> décembre, elle est envahie par une légion d'esprits malveillants.

Les esprits, les uns bons, les autres mauvais, se disputent, se battent, « c'est un vrai combat ». C'est le diable, c'est le diable, s'écrie-t-elle. Deux fois elle tente en vain d'obtenir le secours de l'exorciste de l'Archevêché.

Elle voit des spectres autour d'elle, des morts qu'elle a connus parmi lesquels son père venu l'embrasser.

Le diable qui a été en elle n'a pas cessé de la poursuivre. Il tourne autour de son lit, sans y entrer d'ailleurs, il a essayé de lui faire éprouver des sensations voluptueuses pour la rendre amoureuse. Elle l'a vu, habillé en rouge, parfois très beau garçon, en costume de marié, parfois hideux avec des cornes. Il l'a tirée par les pieds. Elle s'est vue, en rêve, dansant avec lui. Il se révèle aussi par des odeurs de bouc, de soufre, mais quelquefois il sent très bon.

D'ailleurs, elle n'aime pas que l'on parle de cela qui appartient surtout au passé. Elle a eu plus souvent affaire à Dieu.

Dieu lui parle intérieurement, il l'oblige à s'occuper de médecine. Quand elle doit soigner un malade, elle souffre de l'organe qui est chez lui atteint.

Sans cesse séparée de son corps, elle a visité le ciel, le purgatoire et l'enfer, mais les renseignements fournis sont flous. Au Ciel, elle a vu Dieu, la Vierge, les Saints ; — au Purgatoire des amis qui demandaient des prières, en Enfer elle a entendu des gémissements ; « c'est, dit-elle, dans mon cerveau comme un cinéma ».

Ce qui la préoccupe d'ailleurs depuis quelque temps est autant scientifique que mystique, elle est branchée par des fils télépathiques sur le naturel comme sur le surnaturel.

On la branche aussi sur des femmes de mauvaise vie, c'est ignoble.

Sur une ligne du métro, elle assiste à tout ce qui se passe dans une gare.

Sur un cabinet de médecin, elle assiste à la consultation.

Elle est aussi privée des aliments qu'elle absorbe par vampirisme et ils lui sont rendus à l'état d'excréments qui lui sont infusés. Elle a été conduite dans des bouges, mêlée à des affaires criminelles auxquelles elle ne participait point volontairement, si bien que lorsqu'elle lit une arrestation dans un journal, se rappelant ses propres aventures, elle s'écrie : « Il est innocent ».

Elle a vu dans la cour de l'asile, Dieu, la Sainte-Trinité, la Vierge, le Sacré Cœur et les Saints guérisseurs, parmi lesquels Saint Blaise qui, paraît-il, est le spécialiste des maux de gorge.

Jésus lui dicte, en dehors et en dedans, des prédictions ; elle nous dit aussi « j'ai son bras », écriture automatique.

Diagnostic : *Délire sans systématisation nette chez une débile.*

\*\*

D., 64 ans, jardinier.

Interné deux fois à Sainte-Anne du 21 novembre 1927 au 23 mars 1928, puis depuis le 25 janvier 1930.

Les certificats d'entrée portent : excitation confusionnelle la première fois, excitation hypomaniaque la deuxième fois. Entre les deux accès, il paraît avoir été normal. Le thème délirant lors des deux internements a été sensiblement le même.

Il a été possédé du diable sous la forme de trois animaux : une énorme araignée de 54 m. de long dans son ventre ; une pieuvre dans son estomac ; un taenia de 100 m. dans son intestin.

Visions en fermant les yeux de maisons qui s'écroulent, d'eau qui coule, de bêtes qui s'injurient (pas d'éthylisme). Il voit aussi des spectres, ses parents, son fils, ses neveux morts à la guerre.

L'enfer et les diables peuplent souvent les visions. L'enfer est un bassin sans fond rempli de diables.

Il suit la marche dans l'enfer des êtres qu'il connaît.

Il entend des voix ? Ce sont des mystères. Il déclare d'ailleurs qu'il ne doit pas répondre sur le diable.

Transféré depuis plusieurs années dans le service du Dr Truelle, il travaille régulièrement au jardin et correctement, mais au cours de son labeur a de violentes colères, interpellant des personnes imaginaires.



Le malade revu aujourd'hui est hostile, irritable, grossier, violent, le délire semble tout à fait dissocié.

Les éléments mystiques persistent, mais par bribes. Il communique avec le Créateur, avec le diable, il déclare d'ailleurs qu'il ne doit pas répondre sur le diable, on lui a enlevé l'intestin. Voilà ce qui persiste du délire passé.

A pris place un délire de grandeur plus humain.

Il sera couronné, il est le descendant de Napoléon III, « c'est le Créateur qui me fait vous le dire ». Il ne sait pas si la couronne sera donnée à lui ou à son grand-père, son père ou son fils. Le Président Sadi Carnot était le frère de son père. Il a 36 frères et sœurs parmi lesquels MM. Queuille et Tardieu. Son gendre est le fils du Maréchal Joffre noyé hier matin par les Congolais.

Sainte-Anne appartient à sa famille, on le détruira pour y construire des maison de rapport.

Il est aussi le député Loufok de Charenton. Il a fait des mariages (cent mille). Il a marié M. Truelle. Il communique par téléphone avec Vercingétorix et Charles IX qui d'ailleurs ne font qu'un.

Il est archi-millionnaire, trésors, marmites pleines d'or. Le veau d'or a été découvert dans sa ville natale.

Jules César (426 avant J.-C.), était roi des Wisigoths, et régnait à Corinthe, petite île en Asie.

Sa femme a des relations intimes avec M. Poincaré ; il n'est pas jaloux, tout le monde peut en faire autant.

Diagnostic : *Manie chronique avec délire mégalomane secondaire ; affaiblissement intellectuel.*

\*  
\*\*

M., 53 ans, mécanicien.

En 1915, en traitement pour blessure au pied dans une ambulance de Lisieux, voit entre ses cuisses un insecte d'une quinzaine de cm., essaye de le saisir, l'insecte se réfugie dans son anus. Consultation le lendemain au major qui ne fait qu'en rire. Il n'y songe plus. En décembre 1931, dans trois de ses compagnons vus au restaurant, il reconnaît Lucifer et deux de ses suppôts. Il se rappelle alors l'insecte vu en 1915. Il est persuadé que Lucifer fait la navette entre une forme humaine extérieure et l'insecte qui est en lui.

D'ailleurs, il y a plusieurs diables dans son corps. Lucifer occupe l'œsophage, sa femme la *Belle Zébuth* la partie gauche du ventre, il y a aussi les petits qui se déplacent, sillonnent le cerveau, les vertèbres, etc. Il tente de les chasser en se martelant à coups de poing, mais en vain. Ils l'épuisent par leurs exigences de nourriture. Il a essayé de les tuer par le jeûne et des inhalations d'oxygène.

Thème délirant : le diable le persécute parce qu'il est le fils de Dieu, son père bien-aimé. Sa mère n'était pas vierge, mais lui n'est pas né de ses relations avec son père officiel. Colère du père, coup de pied au ventre, d'où meurtrissure crânienne. Il aurait dû naître sans organes génitaux, mais le diable lui a greffé des testicules.

Il doit ramener la fraternité entre les hommes pour les rétablir dans l'équilibre cosmique dont le centre

est le cœur de Dieu et les soustraire à l'influence diabolique de la stratosphère.

Diagnostic : *Psychose paranoïde.*

\*  
\*\*

En conclusion, démonomanie comme théomanie ne constituent pas des maladies mentales, mais l'aspect que peuvent revêtir la plupart des psychopathies. Parmi les plus fréquentes il faut retenir :

L'hystérie, base des grandes épidémies de l'histoire;

La mélancolie avec les obsessions de péché et la possession interne (fréquence des hallucinations psychomotrices) ;

Les *délires hallucinatoires chroniques* surtout : *paraphrénies* de Kraepelin, *psychoses paranoïdes* du Professeur Claude qui ne dépassent pas le cadre de la schizophrénie.

## FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

### THÈSES SOUTENUES PENDANT L'ANNÉE 1934-1935 (1)

DOCTORAT D'ÉTAT. — 48. AMIDIEU DU CLOS. — L'amélioration des conditions sanitaires et sociales de la vie rurale. L'effort réalisé en Meurthe-et-Moselle.

57. ANDRÉ. — Le sérum de Rodet dans les dothiémies de l'enfance.

2. ANSEL. — Contribution à l'étude de la section des pédicules thyroïdiens dans les hyperthyroïdies.

67. BARBIER. — Les sciatiques vasculaires.

1. BERNARD. — Essai sur le traitement des ulcères gastroduodénaux par certaines méthodes d'organothérapie.

6. BERTRAND. — Les métrorragies fonctionnelles.

79. BODY. — L'émanothérapie artificielle. Ses indications en gynécologie.

14. BOQUET. — Les coxites de croissance avec luxation progressive de la tête fémorale.

68. BRICKA. — Le traitement du prolapsus total du rectum par la résection de la muqueuse au thermocautère. (Procédé de Hartmann.)

12. BRUCH. — Etude sur le mécanisme physico-chimique de la réaction du benjoin colloïdal.

66. BURLE. — Des résections osseuses dans le traitement des tumeurs à myéloplaxes des os longs des membres.

36. CARPENTIER. — Le traitement chirurgical des gros kystes sphacelés de l'utérus.

88. CUCIUC. — Anesthésie générale à l'évipan sodique.

72. DAVERIO. — Contribution à l'étude des carcinoïdes de l'appendice.

39. DAVID (Ghidale). — Contribution à l'étude de la tuberculose génitale de la femme.

89. DAVID (Robert-Charles-Georges). — Perforations appendiculaires au cours de la typhoïde par lésions typhiques.

52. DELANNOY. — Mesure et interprétation des pressions pleurales. Application à la conduite du pneumothorax. Le collapsus optimum.

27. DELEPOULLE. — Des brûlures du canal de l'urètre chez l'homme.

56. DESMIS. — Les tumeurs du testicule ectopique. Le séminome dans l'ectopie abdominale.

(1) Voir *Gaz. des hôp.*, 1935. — Thèses de Montpellier, n° 82, p. 1386 ; Thèses de Marseille, n° 84, p. 1417 ; Thèses de Toulouse, n° 86, p. 1451 ; Thèses de Bordeaux, n° 87, p. 1472 ; Thèses de Lille, n° 92, p. 1553.

19. DRAPPIER. — La tuberculose rénale dans ses rapports avec la grossesse.
  7. DUFLOS. — Kystes mucoïdes du seuil du plancher nasal.
  32. DUPONT. — Emploi du gaz carbonique dans l'anesthésie générale.
  73. FRANCK. — Vagotonine et système organo-végétatif.
  29. FREY. — Contribution à l'étude de la hernie épigastrique étranglée.
  76. GAUBERT. — Paralysies associées des nerfs craniens. Contribution à l'étude des tumeurs de la base du crâne.
  78. GEMINEL. — Cirrhose hépatique et glandes endocrines.
  16. GINZBURG. — Contribution à l'étude du barbiturisme aigu et de son traitement.
  9. GRAU. — L'exploration radiologique de la plèvre par substances de contraste.
  22. GRIMAUD. — Contributions à l'étude du traitement des infections puerpérales par les antiviruses en applications locales.
  75. GRUNINGER. — Les complications nerveuses de la rougeole.
  74. HAAS. — Les conditions de formation des calculs biliaires.
  41. HAIMOVICI. — Dénatalité, morbidité et mortalité infantiles rurales et moyens de les combattre. Considérations relatives au département de Meurthe-et-Moselle.
  37. HELLUY (Jean-Marie-Joseph). — Contribution à l'étude des corps étrangers vulnérants de l'intestin chez l'enfant.
  40. HELLUY (Joseph-Marie-René). — La réaction de Kottmann.
  54. HERBAUX. — Contribution à l'étude des réactions du centre respiratoire bulbaire aux excitants chimiques en application directe.
  21. HERSCOVICI. — Contribution à l'étude du traitement et en particulier du traitement chirurgical des prurits anogénitaux.
  90. HITZIG. — Contribution à l'étude de la fécondité chez la femme. Etude critique de la théorie et de la méthode d'Ogino-Knaus.
  25. HOUILLON. — Les traitements du pemphigus.
  42. HOUILLON (Mme), née GONAND. — Action de la vagotonine sur le rythme cardiaque.
  33. HUNCKLER. — Considération sur l'état actuel de l'opération de Hartmann dans les cancers du haut rectum.
  49. JACQUIN. — Syndrome apico-costovertebral douloureux révélant un néoplasme latent du poumon.
  64. LAPIERRE. — Le sérum de Jousset dans la tuberculose infantile.
  23. LAZAROVICI (Israël). — La lymphogranulomatose maligne à forme cutanée ulcéreuse.
  30. LAZAROVICI (Samsoni). — De la gangrène spontanée des membres chez le nourrisson.
  18. LE BRIS. — Contributions à l'étude des corps libres intrapleuraux.
  11. LECLERC. — Dédoublé complet de l'appareil génital dans ses rapports avec la puerpéralité.
  81. LEGROS (Mme), née LEDAN. — Considérations sur le cancer du corps utérin et en particulier sur le traitement par hystérectomie vaginale.
  10. LEBOVICI. — Les formes granuleuses de la tuberculose dans le post-partum.
  55. LEPOIRE. — Recherches sur l'oscillométrie et l'état humoral dans l'artérite sénile des membres.
  24. LUPU. — Contribution à l'étude des ruptures traumatiques des hydronéphroses.
  65. MACKÉ. — A propos d'un syndrome d'obésité congénitale et de ses relations avec la région diencéphalo-hypophysaire.
  59. MARCHAL (Mme), née SUHNER. — Migration intra-pelvienne spontanée et progressive de la tête fémorale. Sa signification obstétricale.
  77. MARCHE. — Contribution à l'étude de la pasteurisation et du contrôle hygiénique des laits.
  44. MATHIEU (René-Marie-Simon). — De l'appendicite traumatique.
  3. MATHIEU (Victor-Jean). — Contribution à l'étude du traitement des luxations de l'épaule compliquées de fractures de l'extrémité supérieure de l'humérus.
  20. MENDELSON. — Le rôle de l'hypophyse dans l'hypertension artérielle.
  71. MEYER. — Migraine et hypophyse.
  28. MIGNARDOT. — Contribution à l'étude de l'allergie syphilitique chez le paralytique général avant et après malarithérapie. (Etude clinique et biologique.)
  84. MORELLE (Mlle). — Cures sulfatées calciques et motricité intestinale.
  5. MOUTON. — Contribution à l'étude de la section des artères coronaires.
  43. MOUTON-CHAPAT (Mlle). — La diphtérie et sa prophylaxie par la vaccination dans le département de Meurthe-et-Moselle.
  34. NEIMANN. — La méningite vermineuse.
  8. NETTRE. — Preuves physiologiques du caractère hormonal de la vagotonine.
  13. PERPER. — De la coexistence du fibrome de l'utérus et cancer du gros intestin.
  62. REINER. — Contribution à l'étude du traitement des fractures obstétricales du fémur.
  26. RENTY (DE). — Des métastases à distance du cancer de l'œsophage.
  31. ROSET. — Evolution récente du traitement du décollement rétinien et emploi de la diathermo-coagulation à la Clinique ophtalmologique de Nancy.
  86. ROSNER. — Le problème de la stérilisation des anormaux.
  47. ROYER. — Contribution à l'étude des psychoses syphilitiques. Psychose ballucinoïde chronique et syphilis.
  51. ROZENTAL. — Contribution à l'étude de la maladie d'Oppenheim. La dermatite bulleuse striée des prés.
  58. SCHWARTZ. — Traitement orthopédique et chirurgical des grands raccourcissements des membres inférieurs.
  92. SÉGALL. — Traitement des diverticules de la vessie.
  35. SENELLART. — Contribution à l'étude des rapports de la chlorémie et de la chlorhydrie gastrique. Action des extraits endocriniens (thyroïde et post-hypophyse).
  38. SINGER. — Contribution à l'étude des anévrysmes de l'aorte thoracique descendante.
  82. SONRIER. — La mort subite au cours de l'accouchement. (« Intrapartum » et « sub-partu »).
  69. THOMAS. — De l'emploi des sels mercuriels diurétiques à doses réfractées dans le traitement des cardio-aortites syphilitiques.
  53. TROMPETTE. — Etude synthétique de l'action cancérogène du goudron.
  60. VAN DEN BUSSCHE. — Les pleurésies putrides. Conception actuelle de la question.
  46. VIAL. — Lésions mutilantes congénitales.
  17. VICHARD. — Brucelloses et manifestations ostéo-articulaires.
  45. ZÉGHERS. — Contribution à l'étude de l'aérophagie.
- DOCTORAT D'UNIVERSITÉ. — 63. COIFMAN. — Contribution à l'étude du test cutané d'hydrophilie en pédiatrie. (Epreuve d'Aldrich et Miclure).
80. EINHORN. — Le traitement des affections hépatiques par l'insuline-glucose.
4. GUT. — De la récurrence après la cure radicale de la hernie inguinale.



50. KARADJOFF. — Etude statistique et critique de l'opération de Bouilly dans le traitement du prolapsus génital.

87. KOBLENCIS. — Le tétanos en Meurthe-et-Moselle. Contribution à l'étude des régions tétanigènes et de la prophylaxie du tétanos.

70. KRUMHOLZ. — Contribution à l'étude de la syphilis latente.

91. LEIBSON (Mlle). — Les auto-greffes ovariennes au cours des annexectomies.

15. RAIKOFF. — Septicémie à bacillus fragilis.

83. SUSS. — Etude clinique sur la coexistence du fibrome et de l'épithélioma du col de l'utérus.

85. TIEGER. — Le Kraurosis Vulvae.

61. WEISSBERG. — Contribution à l'étude de la forme généralisée de la maladie ostéo-fibro kystique de Recklinghausen.

L'auteur étudie les conséquences circulatoires de cette malformation et leurs répercussions psychiques.

Myélite aiguë transverse au cours d'une pleurésie purulente à pneumocoques. — MM. BROUARD et PAREIRE relatent l'observation d'un malade qui, au cours d'une pleurésie purulente à pneumocoques, a présenté une paraplégie flasque complète avec anesthésie à tous les modes, troubles sphinctériens et trophiques. Ils en discutent l'étiologie et la pathogénie et concluent à une myélite secondaire à une embolie microbienne.

A propos d'un cas d'ectodermose pluriorificielle. — MM. DRENEAU, VALLA et SILLON.

Orchite mélitococcique. — MM. FARJOT et DUMOND rapportent un cas de mélitococcie contractée dans l'Ardèche et dont la principale manifestation, avec les arthralgies a été une orchite-épididymite avec vaginalite. L'hémoculture permet d'isoler « Brucella melitensis ».

Faut-il déterminer le groupe sanguin de tous les soldats ? — MM. FARJOT et BALGAIRIES concluent par la négative : le groupe sanguin ne peut être déterminé de façon scientifique que sur un nombre peu élevé d'individus.

Le syndrome de cardiaque noir chez les gazés de guerre. — MM. HUGONOT et COUMEL relatent deux observations de syndrome d'asystolie cardio-pulmonaire apparu chez les anciens gazés de guerre. Après un long passé bronchique et pulmonaire, les malades avaient vu survenir une dyspnée et une cyanose intense et rapidement progressive, avec polyglobulie. Ces manifestations, jointes à l'artérite pulmonaire objectivée par les examens radiologiques, réalisaient le tableau classique du syndrome d'Ayerza.

## SOCIÉTÉS SAVANTES

### SOCIÉTÉ DE MÉDECINE MILITAIRE FRANÇAISE

(SÉANCE DU 14 NOVEMBRE 1935)

Psychonévrose associée à un rétrécissement congénital de l'isthme de l'aorte. — M. HENRI présente un sujet, porteur d'un rétrécissement isthmique de l'aorte et chez lequel existe un syndrome mental caractérisé par une hyperémotivité avec phase d'anxiété et tentative de suicide, jusqu'alors considéré à tort comme séquelles d'encéphalite.

**ESTOMAC | INTES**  
**DYSPEPSIE**      **ENTÉRITE**  
**GASTRALGIE**      **CHEZ L'ENFANT**  
                                  **CHEZ L'ADULTE**

---

**VALS-SAINT-JEAN**

---

**EAU de RÉGIME, FAIBLEMENT MINÉRALISÉE et GAZEUSE**

Envoi gratuit d'Echantillons et de Notices à MM. les Docteurs sur demande adressée à :  
**DIRECTION-VALS-GÉNÉRALE : 53, Boul<sup>e</sup> Haussmann, Paris (9<sup>e</sup>). Tél. ph. 227-76.**



**USAGE ENFANTS  
DES DOCTEURS**

**SUC D'ORANGE MANNITÉ  
INOFFENSIF - DÉLICIEUX**

**NÉO-LAXATIF  
CHAPOTOT**

Echant. : 56, Boul<sup>e</sup> Ornano, PARIS

**ANÉMIE PALUDEENNE.** — Source Dominique  
**VALS-LES-BAINS.** — Saison du 1<sup>er</sup> juin au 1<sup>er</sup> octobre.

**TRAITEMENT  
DE L'ALCALOSE**

**GÉNACIDE**

**LABORATOIRE  
MONTAGU**

49, B<sup>d</sup> de PORT-ROYAL

PARIS

**Kyste hydatique du foie ouvert dans les voies biliaires.** — MM. HUGONOT et GUICHÈNE. Observation d'un homme opéré deux fois, à 9 ans de distance, pour kyste hydatique du foie ouvert dans les voies biliaires. Le premier kyste s'était traduit pendant 5 ans par des coliques hépatiques répétées jusqu'à état de mal. Le second a pris le masque d'un ictère chronique par rétention, progressif et intense avec gros amaigrissement. La preuve étiologique difficile à établir en raison de la présence de calculs vésiculaires et de l'imprécision des données biologiques, fut apportée par une hydatidentérie, secondaire à une colique expulsive.

**Névrite au cours d'une scarlatine compliquée de pleurésie streptococcique et traitée par le sérum antistreptococcique de Vincent.** — MM. J. LASSALE, L. FERRABOUC, G. ANDRIEU et P. MOUTIER discutent l'étiologie de cette névrite. Ils penchent pour l'origine scarlatineuse.

**Remarque sur la chemise et sur le col du soldat.** — M. L. FERRABOUC compare la valeur hygiénique de la chemise et du col actuels, à celle d'une chemise à col rabattu.

**A propos d'un abcès de la base de la langue.** — MM. PESME et KLIZOWSKI relatent l'observation d'un malade atteint de phlegmon de la base de la langue. Ils discutent l'angine de Ludwig et insistent sur le fait que dans la région envisagée, tout processus phlegmoneux circonscrit peut se terminer par un phlegmon diffus hyperseptique. L'incision médiane sus-hyoïdienne semble la meilleure pour aller aux plans profonds.

**Crises de hoquet, début d'une méningite tuberculeuse.** — M. BOIDE.

## INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

### LES ÉTUDIANTS EN MÉDECINE ET LA NATURALISATION DES MÉDECINS ET ÉTUDIANTS ÉTRANGERS

L'Association corporative des étudiants en médecine de Paris communique :

« M. Léon Bérard, ministre de la Justice, a reçu le docteur Hartenberg, président du Syndicat des Médecins de la Seine, et M. Maurice Mordagne, délégué permanent de l'Association corporative des étudiants en médecine de Paris, venus l'entretenir de la naturalisation des médecins et étudiants en médecine étrangers.

« Le docteur Hartenberg, d'accord avec la Confédération générale des Syndicats médicaux, a exprimé au Garde des Sceaux le vœu que son administration exige, à propos de chaque naturalisation de médecin ou d'étudiant, l'avis des syndicats médicaux. Ceux-ci sont, en effet, très documentés sur la moralité des médecins ou étudiants étrangers candidats à la naturalisation.

« M. Maurice Mordagne a soutenu le même point de vue que le président du Syndicat des Médecins de la Seine.

« Le ministre de la Justice a témoigné toute sa sympathie aux délégués et répondu que leur revendication lui paraissait justifiée.

« Le corps médical et l'Association corporative des étudiants en médecine, qui estiment M. Léon Bérard pour ses hautes qualités intellectuelles, lui seraient particulièrement reconnaissants s'il voulait bien leur accorder entière satisfaction. »

Ce qu'il faut savoir du naturisme, par Louise-Marie FERRÉ. Petit in-8 de 75 pages. — Prix : 4 fr. — Paris, Editions médicales Norbert Maloine.

## ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

**Mardi 3 décembre.** — Jury : MM. Bezançon, président ; Claude, Marion, Heitz-Boyer. — M. CORNY. Etude du traitement intra-bronchique des abcès du poumon. — M. BURSZYN. Schizophrénie et mentalité primitive.

**Jeudi 5 décembre.** — Jury : MM. Roussy, président ; Le maître, Huguenin, Lemaire. — M. DEMALDENT. Le conduit auditif interne.

Jury : MM. Gougerot, président ; Lereboullet, Nobécourt, Gastinel. — Mlle MILLANT. Dermite érythémato-bulleuse des bains de soleil dans les prés (maladie d'Oppenheim). — M. CALVET. Traitement de l'hypertension artérielle par le nitrate de pilocarpine. — Mlle EYRAUD. Etude des lymphosarcomes du médiastin chez l'enfant. — M. THEBAUD. Quelques aspects cliniques de l'acrodynie infantile.

**Vendredi 6 décembre.** — Jury : MM. Couvelaire, président ; Gosset, Marcel Labbé, Lacomme. — M. FARÈS. Passage de certains métaux métalloïdes à travers le placenta. — M. RABOURDIN. L'appendicite herniaire inguinale. — M. DVOIRIN. Syndrome immédiat.

**Mercredi 4 décembre.** — (Thèse vétérinaire.) — Jury : MM. Lemierre, président ; Lesbouyriès, Panisset. — M. DANIEL. Affection pasteurellique des porcelets nouveau-nés.

### NOTES POUR L'INTERNAT (ORAL)

## CANCER DE L'ŒSOPHAGE

**La radioscopie.** — L'examen simple de la cage thoracique montrera l'existence d'adénopathies médiastinales plus ou moins nettes. Il permettra surtout d'éliminer une ectasie aortique.

Faite avec de la bouillie barytée, la radio pourra montrer :

— Soit, en cas de sténose complète, un arrêt complet de la baryte avec remplissage d'une poche sus-stricturale toujours peu importante ; bientôt il se produit des contractions antipéristaltiques qui amènent la régurgitation de la bouillie.

— Soit, en cas de sténose incomplète, un arrêt au niveau de la sténose, puis la progression de la bouillie dans un canal tortueux rétréci, irrégulier ; enfin, passé ce défilé, la descente normale jusqu'à l'estomac.

**L'œsophagoscopie.** — Souvent douloureuse, elle demande une certaine préparation du malade.

— Au-dessus de la tumeur, la muqueuse est immobile et hypervascularisée.

— La tumeur peut revêtir trois aspects différents :

**Forme végétante :** c'est la plus fréquente ; la lumière œsophagienne est obstruée par une masse qui lui donne l'aspect d'un croissant ; la base de cette tumeur est largement implantée sur une des parois de l'œsophage ; sa surface est lisse ou granulée, de couleur framboisée ou blanc neigeux ; elle saigne au moindre contact.

Très rarement, cette tumeur est pédiculée, prenant l'aspect d'un polype.

**Forme ulcéreuse,** réalisant une ulcération à bords éversés, le fond est sanieux, et repose sur une base indurée.

**Forme infiltrée,** la muqueuse de couleur normale est immobile, indurée et donne au contact du tube une sensation ligneuse. Cet examen permet de préciser le siège du cancer ; son extension en épaisseur est impossible à préciser et seule la radio permet de préciser l'extension en hauteur.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôp.*, 1935, n° 95, p. 1622.



**AÉROCID** nouveau traitement  
DE L'AÉROPHAGIE  
PAR L'OPOTHÉRAPIE

un cachet ou  
deux comprimés  
au lever et  
au coucher

LABORATOIRE DE L'AÉROCID, 71, RUE SAINTE-ANNE, PARIS

# QUINBY

QUINIO BISMUTH "formule AUBRY"

et

## SYPHILIS

# QUINBY SOLUBLE

INDOLORE - INCOLORE PROPRE - INJECTION FACILE

Adopté par :

L'Assistance-  
Publique —  
Les Ministères  
de l'Hygiène et  
des Colonies.

LABORATOIRES

**AUBRY**

62, rue Erlanger

PARIS 16<sup>e</sup>

Téléphone : JASMIN 33-44

**QUINBY** EST ÉGALEMENT EFFICACE

CONTRE LA

## TYPHOÏDE

**QUINBY**

EST ENCORE INDICUÉ CONTRE

LA FIÈVRE DE

## MALTE

# UROMIL

ÉTHER PHÉNYL CINCHONIQUE — PIPÉRAZINE — HÉXAMÉTHYLÈNE TÉTRAMINE



MOBILISE — DISSOUT  
ÉLIMINE

## L'ACIDE URIQUE

# ARTHRITISME

DR L. BELIÈRES - 19, RUE DROUOT - PARIS

INFECTIONS  
CHRONIQUES

# IODASEPTINE CORTIAL

7, r. de l'Armorique  
PARIS (XV<sup>e</sup>)



— Le cathétérisme œsophagien fait à la sonde à bout olivaire a été complètement abandonné depuis l'œsophagoscopie ; il était dangereux et donnait peu de renseignements.

### EVOLUTION ET PRONOSTIC

Dès qu'apparaît la dysphagie, la cachexie augmentant progressivement, la mort survient en 6 à 7 mois.

Si une gastrostomie a été faite, la survie peut aller de un an à 18 mois pendant lesquels peuvent survenir des généralisations et des complications.

### COMPLICATIONS

Les hémorragies sont souvent minimales, aggravant encore l'état de cachexie et d'anémie ; parfois leur abondance est plus forte, elles sont dues à l'ulcération d'un vaisseau œsophagien et réalisent une hématomatose et du mœlena.

#### Complications locales.

L'extension du cancer peut entraîner divers troubles du côté des organes du médiastin :

— Troubles respiratoires marqués par de la dyspnée s'accompagnant de cornage ; ou bien toux coqueluchoïde ; parfois, enfin, fistules œsophago-trachéales ou bronchiques entraînant des bronchopneumonies rapidement mortelles.

— Troubles de la voix par compression du récurrent gauche avec voix bilatérale et adduction cadavérique de la corde vocale.

— Douleurs prenant parfois le type d'angor ou bien de névralgies phréniques.

— Troubles cardiaques ou sympathiques par compression nerveuse.

L'infection peut réaliser diverses complications :

— Infection péri-œsophagienne amenant des médiastinites plus ou moins aiguës revêtant souvent l'aspect gangreneux.

— Infection pleuro-pulmonaire sous forme de bronchopneumonie ou de gangrène pulmonaire.

— Infection à distance revêtant l'aspect de phlébites.

Cet élément infection explique la difficulté des indications de la radiumthérapie.

Enfin, ce n'est que chez des malades gastrostomisés que l'on pourra voir des généralisations qui sont le plus souvent hépatiques. La tuberculose reste très fréquente sur ces terrains cachectiques, elle est d'une particulière gravité et son évolution est rapidement mortelle.

### FORMES CLINIQUES

On peut décrire :

Des formes à type de compression médiastinale, dans lesquelles il faut ramener à sa vraie cause une dyspnée ; des troubles laryngés ; des crises de tachycardie ;

Des formes latentes, absolument exceptionnelles, où la dysphagie est un signe très tardif.

Suivant le siège :

Le cancer de la portion cervicale de l'œsophage est le plus rare ; il pourrait relever d'une intervention chirurgicale radicale. Les douleurs qu'il entraîne sont nettes, la dysphagie s'accompagne de régurgitations immédiates. Parfois une toux coqueluchoïde marque une compression du pneumogastrique.

Le cancer du cardia revêt l'aspect d'un cancer gastrique avec douleurs haut situées par le malade.

### DIAGNOSTIC

Tout d'abord se pose le diagnostic de la dysphagie.

On éliminera les dysphagies non œsophagiennes.

— Pharyngiennes,

— Par compression, goitres rétro-trachéaux ou plongeants.

Parmi les dysphagies œsophagiennes, il faudra éliminer celles qui sont dues à :

— Un rétrécissement spasmodique, diagnostic qui restera un diagnostic d'exclusion, il entraîne une dysphagie variable cédant complètement à la belladone.

— Un rétrécissement inflammatoire, soit banal chez les buveurs, soit syphilitique ou tuberculeux, qui reste exceptionnel ;

— Surtout le rétrécissement cicatriciel.

Il succède à l'ingestion de caustique ou de liquide trop chaud.

Il amène une dysphagie mécanique sans spasme, régulièrement progressive ; les régurgitations sont précoces de par l'absence de poche sus-stricturale.

Il n'y a aucun signe de compression médiastinale.

L'œsophagoscopie montre une muqueuse qui bat au-dessus du rétrécissement qui apparaît comme un entonnoir formé de brises scléreuses radiées, non ulcérées.

Nous citerons à peine le rétrécissement congénital, les diverticules de l'œsophage dont le diagnostic est fait par la radio.

Quand les signes prennent le type de compression médiastinale, il faudra savoir éliminer un goitre plongeant, une adénopathie médiastinale maligne ou non.

Il faudra surtout éliminer un anévrysme de la crosse aortique ou de l'aorte thoracique, d'où la nécessité de l'auscultation et de l'exploration radiologique simple.

### INDICATIONS THERAPEUTIQUES

Elles sont très limitées, visant simplement à éviter la mort par inanition :

— La gastrostomie ; elle devra être faite précocement et à l'anesthésie locale ; on la réalisera la plus continent possible, en la plaçant très haut.

— Parfois après la gastrostomie, on peut tenter la radiumthérapie ; ses résultats sont des plus décevants ; dans l'ensemble mauvais, car les applications sont souvent suivies de poussées infectieuses réalisant des médiastinites en règle mortelles.

ROGER-JEAN CHEVALLIER.

### Mémento Cartier, Edition Sud-Est 1935-1936

Paru au début du mois d'octobre, cet ouvrage, dont la présentation est particulièrement soignée, constitue, de plus, par sa documentation, le livre de chevet du praticien.

Comportant, comme par le passé, la documentation médicale et hospitalière des 28 départements du Sud-Est, l'édition 1935-1936 du Mémento Cartier présente à ses lecteurs de nouvelles rubriques du plus grand intérêt. Citons, entre autres :

— Les listes par rues des médecins exerçants de Lyon et Marseille.

— Les tableaux des Stations climatiques et marines.

— Une carte-index qui, s'ouvrant au milieu du volume, permet de trouver immédiatement le renseignement cherché, tout en mettant en évidence la densité médicale des départements du Sud-Est de la France.

Nous rappelons que cet ouvrage est offert gratuitement à tous les médecins exerçants du Sud-Est, des villes d'eaux françaises et des laboratoires, etc...

Il est cédé aux ressortissants du Corps médical au prix de : 50 francs. — Publicité et souscriptions : 13, rue Puits-Gaillot, Lyon (Rhône).

Le Directeur-gérant : D<sup>r</sup> François LE SOURD.



---

OPOTHÉRAPIE CARDIAQUE

la

# **CRINOCARDINE LALEUF**

AMPOULES BUVABLES  
A BASE D'EXTRAITS SPÉCIAUX CONCENTRÉS DE  
**MYOCARDE . PANCRÉAS . FOIE . REIN  
MUSCLE STRIÉ**

RÉALISE

**SANS CONTRE-INDICATIONS**

**L'ORGANOTHÉRAPIE**  
POLYVALENTE ET SYNERGIQUE

DES

**AFFECTIONS CARDIO-VASCULAIRES**

---

ÉCHANTILLONS . LITTÉRATURE  
LABORATOIRES LALEUF  
20, RUE DU LAOS . PARIS-15<sup>e</sup>

---

Nouvelle adresse : 51, rue Nicolo, PARIS (XVI<sup>e</sup>).

# sirop"roche"

au thiocol

toutes les  
affections  
des voies  
respiratoires

Produits F. HOFFMANN-LA ROCHE & C<sup>ie</sup>  
10, Rue Crillon — PARIS

## NESTLÉ

FAIT UN LAIT  
EN POUDRE

“Nestogène”

LAIT SEC, DEMI-GRAS  
SUCRÉ (SUCRES DIVERS)  
NON DÉVITAMINÉ  
DE BONNE CONSERVATION

LITTÉRATURE ET ÉCHANTILLONS :  
SOCIÉTÉ NESTLÉ (FRANCE) 6, Av. Portalis, PARIS



*La Lancette Française***GAZETTE DES HOPITAUX****CIVILS ET MILITAIRES****PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI****ADMINISTRATION ET RÉDACTION :****49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6°. Tél. : Danton 48-31.****PUBLICITE : M. A. THIOLLIER, 146, boulevard Raspail, PARIS (6°) - Téléph. : LITRÉ 54-93.****PRIX DE L'ABONNEMENT****FRANCE****3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.***Etudiants : 25 francs par an.**On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.***ETRANGER***Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.**Tous les autres pays : 75 francs.***SOMMAIRE****REVUE GÉNÉRALE***La pupille tonique. Syndrome d'Adie, par M. F. FRANCHÉL.***XVII<sup>e</sup> RÉUNION ANNUELLE DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'ORTHOPÉDIE.** (Fin. Compte rendu, par M. M. LANCE.)*Deuxième question : « Les mycoses osseuses et ostéo-articulaires. » Rapporteur : M. Marcel MEYER (Strasbourg).**Discussion.**Communications particulières.***FACULTÉ DE MÉDECINE D'ALGER***Thèses soutenues pendant l'année 1934-1935.***SOCIÉTÉS SAVANTES***Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société de thérapeutique.***NÉCROLOGIE***Le professeur Charles Richet.***LIVRES NOUVEAUX****ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS****LÉGION D'HONNEUR.** — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :**MARINE.** — *Au grade de chevalier.* — M. Servanton, médecin de 2<sup>e</sup> classe, décédé victime du devoir professionnel.**AFFAIRES ÉTRANGÈRES.** — *Au grade de chevalier.* — M. le docteur Antonin Coquerella (Espagnol).**SANTÉ PUBLIQUE.** — *Au grade de chevalier.* — MM. Imbert (de Saint-Bonnet-ès-Allier), Moreau (de Neung-sur-Beuvron), Paraf (de Paris), Pélissier (de Saint Etienne), Serre (du Mont-Dore).**PENSIONS.** — *Au grade de commandeur.* — M. le professeur J.-F. Lemaître (de Paris).*Au grade d'officier.* — M. Leroux (L.-H.-A.) (de Paris),*Au grade de chevalier.* — M. Simon (de Nice).]**MARINE.** — MM. les médecins de 1<sup>re</sup> classe Simon et Fazeuilles, M. le médecin de 2<sup>e</sup> classe Cazenave sont désignés pour suivre le stage d'informations organisé à l'Ecole de Joinville.**FÉDÉRATION DE LA PRESSE MÉDICALE LATINE.** — Notre confrère, le docteur Pierra, secrétaire général de la Fédération de la Presse latine, nous communique la délibération suivante :

« Le Comité permanent de la Fédération de la Presse médicale latine, heureux et fier d'apprendre, dans sa réunion du 30 novembre 1935, que le gouvernement italien a bien voulu désigner, pour représenter dans son sein la Presse médicale italienne, les professeurs Giordano (de Venise) et Pende (de Rome), sénateurs du Royaume, et le professeur Morelli (de Rome), député au Parlement, adresse à ces trois maîtres ses meilleurs souhaits de bienvenue et tient, dans les circonstances actuelles plus que jamais, à les assurer de ses sentiments d'amicale confraternité pour leurs personnes et de profonde sympathie pour leur grande et noble Nation et

**INFORMATIONS****HÔPITAUX DE PARIS.** — **CONCOURS D'ASSISTANT D'ÉLECTRO-RADIOLOGIE.** — *Première épreuve pratique (radiologie).*

MM. Bernard, 8; Bouland, 7; Choffat, 13; Djian, 11; Guillaumont et Lamy, 8; Simon, 12.

*Deuxième épreuve pratique (électrologie).* — MM. Bernard, 18; Bouland, 2; Choffat et Djian, 11; Guillaumont, 10; Lamy, 8; Simon, 5.

Total des points : MM. Bernard, 45; Bouland, 27; Choffat, 42; Djian, 34; Guillaumont, 28; Lamy, 30; Simon, 27.

Sont proposés à la nomination de M. le Directeur général : MM. Bernard, Choffat, Djian.

— **CONCOURS DE L'EXTERNAT.** — Le jury est provisoirement composé de MM. Julien Marie, Mollaret, Soulié, Caroli, Auroseau, Gueullette, Seillier, Blondin, Lallemand.**FACULTÉS DE MÉDECINE.** — **BORDEAUX.** — Le Conseil de la Faculté a désigné, pour la chaire de clinique dentaire : en première ligne, M. le professeur Dubecq; en deuxième ligne, M. le professeur agrégé Despons.**ACADÉMIE DE CHIRURGIE.** — Par décret, la Société nationale de chirurgie prend désormais le nom d'Académie de chirurgie.**EXTRAIT DE MALT FRANÇAIS  
DÉJARDIN****Bière de Santé - Eupeptique - Galactagogue**

pour l'œuvre de civilisation dont elle poursuit, conformément à sa mission millénaire, l'accomplissement sur tous les terrains. »

**SOCIÉTÉ DE PATHOLOGIE COMPARÉE.** — La séance solennelle annuelle aura lieu le mardi 10 décembre prochain, à 4 h. 1/2 très précises, à l'Hôtel des Sociétés savantes, 8, rue Danton, sous la présidence des ministres de l'Éducation nationale, de l'Agriculture et de la Santé publique, et la présidence effective de M. le professeur Mesnil, de l'Institut Pasteur, membre de l'Institut et de l'Académie de médecine.

Question à l'ordre du jour : *Les leishmanioses humaines et animales.* — Rapporteurs : MM. les professeurs Verge et Nattan-Larrier, MM. Donatien et Lestoquard.

La séance sera suivie du banquet traditionnel.

Secrétaire général : M. Grollet, 7, rue Gustave Nadaud, Paris (XVI<sup>e</sup>).

**COURS PRATIQUE DE RÉÉDUCATION.** — Pendant le premier trimestre 1936, un cours pratique de rééducation aura lieu, sous les auspices de l'Œuvre de la réadaptation de l'enfant, 13, rue de l'Ancienne-Comédie, Paris (VI<sup>e</sup>), au Centre social d'orthophonie et de rééducation, établissement subventionné par la Ville de Paris.

Ce cours comportera douze leçons (le jeudi à 18 h.) et vingt exercices pratiques (le mardi à 10 h. et le jeudi à 16 h.) : 1° La notion de rééducation; 2° et 3° La rééducation acoustique; 4° La lecture sur les lèvres; 5° La rééducation des enfants sourds-muets; 6° La rééducation respiratoire; 7° et 8° La rééducation de la voix parlée et chantée; 9° La glossoptose et la rééducation maxillo-faciale; 10° L'examen des yeux chez les déficients de toute catégorie et la rééducation des malvoyants; 11° Classification et examen des déficients psychiques; 12° La rééducation des déficients psychiques.

La leçon d'ouverture sera faite le jeudi 9 janvier, à 18 h., par le docteur G. de Parrel, directeur du cours et président de l'Œuvre de la réadaptation de l'enfant. Le premier exercice pratique aura lieu le mardi 14 janvier, à 10 h.

Le docteur G. de Parrel sera assisté par le docteur Hollande, stomatologiste de l'hôpital Foch, le docteur Jean Gallois, ophtalmologiste de l'hôpital britannique, la directrice et les assistantes du Centre social d'orthophonie et de rééducation.

Pour tous renseignements et inscriptions s'adresser au secrétariat de l'Œuvre de la réadaptation de l'enfant, tous les jours, de 9 h. à 11 h. et de 14 h. à 17 h., 13, rue de l'Ancienne-Comédie, Paris (VI<sup>e</sup>).

**CENTRE SOCIAL D'ORTHOPHONIE ET DE RÉÉDUCATION.** — Cet établissement, subventionné par la Ville de Paris et par l'Œuvre de la réadaptation de l'enfant, est réservé aux malades de l'ouïe, de la parole, de l'intelligence, de la respiration, justiciables de soins de rééducation ou de médico-pédagogie. Les consultations et les séances de rééducation sont gratuites; elles ont lieu le mardi, jeudi, samedi, de 9 h. à 11 h. et de 14 h. à 16 h., 13, rue de l'Ancienne-Comédie, Paris (VI<sup>e</sup>), métro Odéon.

Exercices acoustiques, lecture sur les lèvres, démutisation, orthophonie, rééducation psycho-sensorielle et motrice, spirosco pie, etc.

**CONFÉRENCES DE LA COMMISSION MÉDICALE DE L'ASSOCIATION POUR L'ÉTUDE DE LA CULTURE SOVIÉTIQUE** [exercice de la Russie neuve, 74, rue Blanche, Paris (IX<sup>e</sup>)]. — Mardi 17 décembre, à 20 h. 45, maison de la Mutualité, 24, rue Saint-Victor (salle E). Docteur G. Ichok, professeur à l'École des Hautes Études sociales : « L'éducation sexuelle en U.R.S.S. »

**NÉCROLOGIE.** — Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. le docteur Henry Fournier, médecin principal de 1<sup>re</sup> classe en retraite, à Tours.

## Le professeur Charles RICHET

Charles Richet, l'illustre physiologiste, disparaît à l'âge de 85 ans, après une courte maladie. Malgré son âge avancé, il avait gardé l'intelligence lumineuse, l'enthousiasme et la foi qu'il a apportés dans toutes ses belles recherches.

Charles Richet était le fils d'un très grand chirurgien, le professeur Alfred Richet. C'était un lourd héritage à porter. Charles Richet s'en montra digne et sa gloire dépasse aujourd'hui celle de son père.

Interne des hôpitaux en 1872, Charles Richet passe sa thèse en 1877. En 1878, il est agrégé de physiologie. Il devait devenir professeur en 1887, membre de l'Académie de médecine, puis membre et président de l'Académie des Sciences. La plaque de grand officier de la Légion d'honneur lui fut remise par le maréchal Foch en 1926, à l'occasion du jubilé qui couronnait ses quarante-sept ans d'enseignement.

Mieux que tous ces honneurs, l'admiration et le respect qui dans le monde entier environnaient l'illustre biologiste, ont été la récompense de sa vie de labeur.

L'œuvre de Charles Richet est immense et infiniment variée. Ses travaux de jeunesse sont déjà remarquables, ils portent sur la sensibilité, le suc gastrique, les muscles et les nerfs, la chaleur animale. Plus tard, nous devons à Richet (deux ans avant Behring), la découverte de la sérothérapie, la zomothérapie, d'inoubliables travaux sur l'hérédité et sur les caractères acquis, enfin en 1902 l'anaphylaxie.

Richet n'a pas été seulement le savant que tous vénèrent, il a été aussi un littérateur et un poète admiré. Esprit universel, il fut aussi un des premiers à s'intéresser à l'aviation.

Toujours prompt à s'enthousiasmer pour les grandes causes, il défendait ses idées avec une remarquable éloquence où il mettait tout son cœur — nous nous souvenons avec émotion du noble discours, — un de ses derniers discours, — qu'il prononça à l'Académie des Sciences à l'occasion de la mort tragique du Roi Albert I<sup>er</sup> de Belgique.

Sa foi dans la science n'était en effet égalée que par sa foi dans la patrie qu'il aimait jusqu'au sacrifice. Comment enfin ne pas nous rappeler combien il était attaché à ses élèves et quel admirable chef de famille il fut toujours.

Nous prions nos chers collègues et amis Charles Richet, son fils, Lesné, son gendre, de recevoir dans leur grand deuil l'assurance de notre très affectueuse et bien profonde sympathie.

F. L. S.

ANÉMIES  
DYSPEPSIES  
ANTITOXIQUE



DOSE: 4 à 6  
TABLETTES  
PAR JOUR

BIOXYDE DE MANGANÈSE COLLOÏDAL SELS MAGNÉSIENS  
(Laboratoire SCHMIT, 71 Rue Sainte-Anne, PARIS. 2)

Néuralgies  
Névrites

**BROMÉINE MONTAGU**



*Huile non Caustique*

# LENIFÉDRINE

Huile Végétale Antiseptique

à l'Oléate d'Éphédrine

|                  |   |        |         |
|------------------|---|--------|---------|
| SPÉCIFIER DOSAGE | { | FAIBLE | 0.50 %  |
|                  |   | FORT   | 1 gr. % |

ÉCHANTILLONS :  
L. GAILLARD, Pharmacien  
26, Rue Pétrelle, Paris (9<sup>e</sup>)

*Se fait en*  
*Solution et en Rhino-Capsules*



## VOIES RESPIRATOIRES :

# LE RÉSYL

*asséchant bronchique  
et désinfectant de la muqueuse.*

**Diminue la toux,  
Réduit l'expectoration,  
Relève l'état général.**

SIROP — COMPRIMÉS — AMPOULES

# LA CORAMINE

*tonicardiaque et eupnéique*

*Relève la pression sanguine, raffermi le poulx.  
Rend la respiration plus aisée et plus profonde.*

**Diminue la dyspnée,  
Maintient le potentiel nerveux  
Tonifie le cœur,**

GOUTTES : XX à C PAR 24 HEURES  
AMPOULES : 1 à 10 cc. PAR 24 HEURES

---

Laboratoires CIBA, O. Rolland, Ph<sup>clen</sup>, 109-113, Boulevard de la Part-Dieu, Lyon



## REVUE GENERALE

LA PUPILLE TONIQUE  
SYNDROME D'ADIE

Par M. FÉLIX FRANCHÉL,  
Interne des hôpitaux de Paris.

Depuis le mémoire d'Argyll Robertson (1869) l'examen oculaire et particulièrement l'étude des réflexes pupillaires a pris une importance considérable en clinique : c'est là un geste systématique qu'on ne néglige jamais au cours d'un examen complet, surtout lorsqu'il s'agit d'étayer un diagnostic plus ou moins certain de syphilis.

Mais immédiatement des difficultés ont surgi en ce qui concerne :

D'une part, la définition exacte et la valeur du signe d'Argyll Robertson ;

D'autre part, l'interprétation des autres troubles pupillaires de la neuro-syphilis.

Enfin, l'existence de la pupille dite tonique ou myotonique (syndrome d'Adie) sur laquelle les auteurs ont récemment attiré de nouveau l'attention est encore venue compliquer le problème.

Il nous a paru intéressant de donner un résumé de l'état actuel de nos connaissances sur le syndrome d'Adie et sur les problèmes cliniques qu'il pose.

**Historique.** — Les réactions pupillaires à type tonique ont été signalées dès 1900-1902 par Pilz et surtout Saenger et Strasburger. Quelques travaux allemands ont paru à la suite et en 1926 Weil et Reys, de Strasbourg, ont publié un mémoire important. Mais c'est surtout depuis 1931, à la suite des travaux d'Adie, que les auteurs ont repris cette étude et ont publié des observations relativement nombreuses.

**Etude clinique.** — Le début des troubles est difficile à mettre en évidence. Il s'agit en général de femmes jeunes qui consultent :

Soit pour des troubles de l'accommodation de près ou de loin avec gêne importante de la vision au passage d'un endroit peu éclairé à une luminosité intense ;

Soit pour une inégalité pupillaire variable dans le temps et l'espace.

Assez souvent l'affection est découverte au cours d'un examen systématique.

L'examen met en évidence :

1° Des troubles pupillaires ;

2° Des troubles des réflexes tendineux.

1° a) La pupille est en général régulière et circulaire, mais elle peut être irrégulière, ou ovoïde à grand axe vertical ou horizontal.

À la lumière du jour habituelle, la pupille est en mydriase assez marquée, toujours plus dilatée que celle du côté sain. Lorsqu'on l'éclaire faiblement elle semble ne pas réagir. Mais si l'on fait séjourner longtemps le sujet dans une chambre noire ou un endroit très peu éclairé on constate :

— Que la mydriase s'accroît légèrement ;

— Qu'un éclairage intense provoque le réflexe photo-moteur mais que la contraction pupillaire est très lente : elle peut durer 10-20 secondes, elle peut se faire par saccades (normalement le réflexe se produit en une fraction de seconde) ;

— Par contre cette contraction est complète et on peut obtenir un myosis plus marqué que du côté sain ;

— Enfin lorsqu'on cesse l'éclairage, la pupille se redilate, mais avec la même lenteur qu'elle s'est contractée.

— Le réflexe consensuel est lent ou aboli du côté malade (par éclairage du côté sain).

L'étude des réactions syncinétique à la convergence et l'accommodation montre un trouble analogue et peut-être plus caractéristique de l'affection que les troubles du réflexe photo-moteur :

— Lorsque le sujet fixe un objet rapproché ou fait un effort de convergence, la pupille ne se contracte qu'avec lenteur (10-25 secondes et plus), parfois par saccades, pour arriver là aussi, si l'effort dure suffisamment longtemps, à un myosis très marqué ;

— Lorsque l'effort de convergence cesse ou que le sujet regarde de nouveau à l'infini, le myosis persiste quelques secondes, puis la pupille se redilate lentement ;

— Après la contraction pupillaire produite par l'occlusion énergique des paupières la dilatation est également très lente.

On est convenu de désigner cette modalité des réactions pupillaires sous le nom de *pupille tonique* ou *myotonique* ou *pupillotonie*. Il ne s'agit pas d'une paralysie, mais d'une modification qualitative de la mobilité de l'iris.

b) L'examen oculaire complet ne révèle en général rien de pathologique :

— La musculature extrinsèque est normale et notamment il n'y a pas de diplopie ;

— L'acuité visuelle et le champ visuel pour le blanc et les couleurs sont normaux ;

— Le fond d'œil est indemne de toute lésion ;

— L'atropine dilate la pupille normalement, l'ésérine et la pilocarpine la rétrécissent.

2° L'étude des réflexes tendineux montre une aréflexie portant :

Tantôt uniquement sur les membres inférieurs ;

Tantôt sur les quatre membres.

Cette abolition des réflexes peut être dissociée et quelques réflexes seulement peuvent manquer.

La contraction idio-musculaire, les réflexes cutanés, la force musculaire, la sensibilité subjective et objective aux différents modes, les réactions électriques des nerfs et des muscles sont normaux.

3° L'examen complet du sujet reste négatif :

— Cliniquement on ne constate aucun trouble somatique ;

— Le sang et surtout le liquide céphalo-rachidien sont normaux aussi bien au point de vue chimique et cytologique qu'au point de vue des réactions humérales de la syphilis.

4° Une part spéciale doit être faite à l'exploration du système *vago-sympathique* sur laquelle nous reviendrons.

L'évolution du syndrome d'Adie tel que nous venons de le décrire est chronique. Il ne se modifie pas, ne s'aggrave ni ne s'améliore et en fait gêne peu le sujet. Tous les auteurs s'accordent à considérer l'affection comme bénigne.

**Formes cliniques.** — A côté de la forme typique décrite, le syndrome d'Adie semble pouvoir réaliser un certain nombre de formes cliniques que nous essayerons de grouper en deux chapitres :

1° Formes symptomatiques ;

2° Formes selon les troubles associés.

1° FORMES SYMPTOMATIQUES. — a) *Forme unilatérale* : de beaucoup la plus fréquente (80 % des cas) ;

b) *Forme bilatérale* : rare ;

c) *Forme complète* : est celle qui associe aux troubles pupillaires l'abolition des réflexes tendineux. Nous avons vu que cette abolition peut porter sur un ou plusieurs réflexes ;

d) *Formes incomplètes* :

— La pupille tonique isolée est assez fréquente : dans ce cas les réflexes tendineux des membres sont normaux.

— Quant aux relations de certaines areflexies isolées des membres sans troubles pupillaires et sans cause décelable avec le syndrome d'Adie, elles sont incertaines à l'heure actuelle ;

e) *Formes selon les troubles pupillaires* :

— Le réflexe photo-moteur peut être complètement absent. Selon Adie la pupille tonique est caractérisée plutôt par les modalités de la contraction à la convergence que par les modifications du réflexe à la lumière. Cette abolition du réflexe photo-moteur d'un côté peut coexister avec une réaction tonique typique du côté opposé.

Sous le nom de pupilles « fixées », d'ophtalmoplégie interne ou d'iridoplégie, on désigne des pupilles qui ne réagissent ni à la lumière ni à l'accommodation-convergence. Le terme pupille « fixée » est d'ailleurs impropre, car :

— Parfois la contraction survient au moment de la fermeture des paupières ;

— D'autres fois les défauts ne sont que partiels : dans ces cas la réaction à la lumière est habituellement plus touchée que la réaction à la convergence.

Adie considère que l'absence complète de la réaction à la convergence est très rare ; selon lui, nombre de pupilles fixées sont en réalité des pupilles toniques qu'un examen attentif peut mettre en évidence.

Les auteurs ne sont pas d'accord sur la place qu'il faut assigner aux pupilles dites « fixées ». Il semble que dans certains cas elles peuvent constituer une modalité du syndrome d'Adie, car elles peuvent coexister avec une pupille tonique du côté opposé et on a vu certaines pupilles toniques se transformer en pupilles fixées.

2° FORMES SELON LES TROUBLES ASSOCIÉS. — a) *Formes avec troubles du système nerveux végétatif*. — Si nous consacrons un chapitre spécial à ces formes c'est en vertu de l'importance que certains auteurs et notamment Adie accordent au système sympathique dans la pathogénie du syndrome. L'étude systématique

de ces troubles n'a pas été faite, mais nous avons relevé les cas suivants :

— Association à des crises nerveuses tétaniformes avec tout un ensemble de symptômes attribuables au déséquilibre vago-sympathique (Weill et Reys) ;

— Apparition du syndrome chez un jeune fille très impressionnable de « constitution hyperémotive » (Chavany) ;

— Abolition du réflexe oculo-cardiaque avec signes d'irritation du sympathique cervical et abdominal du même côté (Barré et Klein) ;

— Sujet très sensible, présentant de nombreuses sensations pénibles, notamment douleurs précordiales et en outre troubles du réflexe oculo-cardiaque, troubles de la sudation à la pilocarpine (Barré et Mlle Helle).

Ces faits ouvrent la voie aux recherches futures qui viendront préciser le comportement du système vago-sympathique au cours du syndrome d'Adie.

b) *Formes avec d'autres troubles oculaires*. — On a pu rencontrer exceptionnellement :

— Modifications des vaisseaux du fond d'œil ;

— Rétinite pigmentaire (Harvier et Boudin).

**Diagnostic.** — Le diagnostic du syndrome d'Adie se base sur :

— Les réactions pupillaires, à type tonique presque toujours unilatérales ;

— L'abolition fréquente d'un ou plusieurs réflexes tendineux.

Tout aussi importants pour ce diagnostic sont les facteurs négatifs :

— Absence de toute autre lésion neurologique associée ;

— Absence de tout commémoratif et surtout de tout signe clinique et neurologique de syphilis (malgré les réserves que quelques auteurs ont faites sur ce point).

Quant au *diagnostic différentiel* il est dominé par une affection : la *syphilis nerveuse*. Avec une constance remarquable tous les auteurs signalent que leurs malades ont été considérés comme syphilitiques et traités comme tels. Ceci d'ailleurs s'explique facilement, car la syphilis peut créer toute une gamme de troubles pupillaires depuis la simple irrégularité jusqu'au signe d'Argyll-Robertson complet.

C'est à ce propos qu'a eu lieu une discussion importante entre les différents auteurs sur la définition exacte et l'interprétation du signe d'Argyll-Robertson. Cette discussion sort du cadre du présent travail : néanmoins il nous paraît utile d'en indiquer les points principaux. Certains considèrent, avec Adie, que pour conserver au signe d'Argyll-Robertson sa valeur presque pathognomonique de signe de syphilis nerveuse, il faut s'en tenir à la description stricte de son auteur et exiger les éléments suivants :

— Abolition du réflexe photo-moteur ;

— Conservation intégrale de la réaction pupillaire à l'accommodation et à la convergence ;

— Myosis ;

— Intégrité de l'acuité visuelle, du fond d'œil, du sympathique cervico-oculaire ;

— Trouble des réactions pupillaires aux collyres, notamment dilatation lente et imparfaite par l'atropine.



D'autres auteurs pensent que dans ces conditions le signe d'Argyll Robertson devient un signe rare et n'est plus couramment rencontré en clinique ; selon eux, la simple dissociation entre l'abolition du réflexe photo-moteur et la conservation de la réaction à l'accommodation-convergence, quoique pouvant se rencontrer dans de nombreuses affections, reste néanmoins assez caractéristique de la syphilis.

Ceci posé, le diagnostic entre le syndrome d'Adie et la syphilis nerveuse se discute différemment selon les cas.

Dans les cas typiques de pupille tonique ce diagnostic, à condition de faire un examen soigné, est assez facile car, par opposition au signe d'Argyll Robertson, la pupille tonique :

— Est en règle unilatérale et en mydriase avec diamètre variable selon les moments ;

— Le réflexe photo-moteur existe et surtout la réaction à la convergence est à type tonique ;

— La dilatation par l'atropine est normale ;

— Enfin pendant de longues années on ne voit apparaître aucun trouble neurologique, à part bien entendu l'abolition des réflexes qui fait partie du syndrome.

Plus difficile devient le diagnostic des formes incomplètes et atypiques, notamment des pupilles fixées ou à réflexes imparfaits : si certaines semblent pouvoir être rattachées au syndrome d'Adie, d'autres peuvent se rencontrer dans la syphilis. Dans ces cas :

— Il faut faire un examen minutieux pour rechercher les réactions toniques ;

— Même en leur absence on peut penser au syndrome d'Adie devant des troubles unilatéraux survenant chez des sujets jeunes sans aucun autre signe nerveux ;

— Enfin il faut chercher la syphilis outre l'examen clinique, par l'étude biologique du sang et du liquide céphalo-rachidien.

Après ce que nous venons de dire nous ne ferons que signaler les diagnostics suivants :

— Le tabès se discute à cause de l'abolition des réflexes tendineux. Mais les troubles oculaires, comme nous l'avons dit, sont autres et il y a des signes de syphilis ;

— Dans certaines polynévrites on peut voir des troubles pupillaires : ainsi au cours des polynévrites diphtériques on peut voir une paralysie de l'accommodation, souvent bilatérale, avec intégrité du réflexe photo-moteur. D'ailleurs les antécédents et l'absence de réaction tonique à la convergence permettent le diagnostic ;

— L'encéphalite épidémique touche surtout la musculature extrinsèque et ne donne jamais une réaction tonique.

Tels sont les problèmes cliniques que pose la pupille tonique d'Adie et les différents troubles pupillaires qu'on y rattache. Il nous reste à envisager la nature de l'affection et les lésions qui la provoquent.

**Étiologie.** — La cause du syndrome d'Adie est inconnue jusqu'à ce jour.

Un seul fait semble certain et admis par la quasi-unanimité des auteurs : l'affection n'est pas, syphili-

tique. Elle survient chez des sujets jeunes indemnes de tout signe clinique ou humoral de syphilis. Inversement chez des syphilitiques avérés on ne constate jamais des troubles pupillaires à type tonique. Cependant quelques faits discordants ont été signalés :

— Une malade de Harvier et Boudin présentait outre la pupillotonie une tache de chorio-rétinite pigmentaire du type de celles qu'on rencontre dans la syphilis ;

— Dans un autre cas Chavany suspecte une syphilis héréditaire. Ces faits sont trop peu nombreux et restent discutables. A l'heure actuelle, on peut admettre que la syphilis ne joue aucun rôle dans l'étiologie du syndrome d'Adie.

D'autres étiologies infectieuses (encéphalite léthargique) ou toxiques ont été envisagées ; aucune ne s'est vérifiée.

L'apparition du syndrome à la suite d'un épisode grippal (Weill et Reys), à la suite d'un traumatisme, au cours d'un diabète, n'ont que la valeur de faits isolés.

En résumé :

— Adie croit qu'il s'agit d'une affection « *sui generis* » de nature inconnue ;

— La majorité des auteurs admettent l'action d'un virus neurotrope inconnu.

Actuellement, et sous la réserve de recherches ultérieures, il semble qu'il s'agit plutôt d'un syndrome que d'une maladie. Peut-être les causes en peuvent-elles être diverses ; peut-être aussi, dans quelques cas, selon l'hypothèse de Tournay, une syphilis héréditaire ou très atténuée favorise et guide l'action d'un virus neurotrope.

**Pathogénie.** — La pathogénie du syndrome d'Adie est aussi discutée que son étiologie.

Selon Adie il s'agit d'une affection du système nerveux végétatif :

— Les troubles pupillaires seraient dus à une modification dans la fonction de la partie végétative du noyau du moteur oculaire commun ;

— L'abolition des réflexes serait également due à un trouble du système nerveux végétatif et se rapprocherait de l'aréflexie qu'on peut rencontrer dans la myasthénie, les myopathies, les paralysies familiales périodiques.

Telle n'est pas l'opinion de Guillain et Sigwald qui pensent qu'il s'agit d'une maladie infectieuse spéciale ou d'une intoxication atteignant les voies réflexes spinales et les centres réflexes de la calotte pédonculaire.

On a encore discuté :

— La myotonie congénitale avec lésion musculaire de l'iris ;

— Des lésions du ganglion ciliaire ;

— Récemment, Garcin et Kipfer ont signalé une pupille tonique au cours d'une paralysie progressive de la 3<sup>e</sup> paire crânienne.

Cette incertitude étiologique et pathogénique explique l'absence à l'heure actuelle d'un traitement du syndrome d'Adie. La plupart des malades, par erreur de diagnostic, ont été soumis au traitement antisypilitique. Celui-ci n'a eu aucune action. L'affection est

chronique et bénigne, ne se modifie pas et ne gêne que relativement peu les sujets qui en sont porteurs.

## BIBLIOGRAPHIE

Nous ne signalerons que les travaux relativement récents. Pour les travaux d'avant 1926, nous renvoyons au mémoire de Weill et Reys et aux articles d'Adie.

- ADIE (W.-J. Pseudo Argyll Robertson pupils with absent tendon reflexes; benign disorder simulating tabes dorsalis, *Brit. Med. Journ.*, 30 mai 1931; — Argyll Robertson pupils true and false, *Brit. Med. Journ.* 25 juillet 1931; — Complete and incomplete forms of the benign disorder characterised by tonic pupils and absent tendon reflexes. *Brit. Journ. Ophthalmol.*, août 1932; — Tonic pupils and absent tendon reflexes; benign disorder sui generis; its complete and incomplete forms, *Brain*, mars 1932; — Some common ocular symptoms, *Practitioner*, mai 1934.
- BARRÉ (J.-A.) et KLEIN. Faux tabès et maladie d'Adie, *Strasbourg Méd.*, 25 mars 1934; — Etude d'un cas de syndrome d'Adie, *Revue neur.*, avril 1934, p. 590.
- BARRÉ (J.-A.) et Mlle HELLE. Syndrome d'Adie avec bilateralité des troubles pupillaires, *Revue neur.*, avril 1934.
- CHAVANY. A propos d'un cas de pupillotonie, *Presse méd.*, 3 août 1935.
- GARCIN et KIPFER. Réaction pupillaire tonique à la convergence et immobilité à la lumière au cours d'une paralysie de la III<sup>e</sup> paire; excentration variable de la pupille au repos, *Revue neurol.*, juillet 1935, page 198.
- GULLAIN et SIGWALD. Sur une affection spéciale non syphilitique caractérisée par des troubles pupillaires et abolition des réflexes tendineux, *Soc. méd. des Hôp. de Paris*, 13 mai 1932.
- HAGUENEAU et LEDOUX-LEBARD. Le signe d'Argyll Robertson est-il toujours d'origine syphilitique? Deux cas d'abolition du réflexe photo-moteur avec conservation du réflexe accommodation-convergence sans signe d'Argyll Robertson, *Revue neurol.*, t. I, 1934, p. 570.
- HARVIER et BOUDIN. Maladie d'Adie et chorioretinite syphilitique, *Paris méd.*, 23 fév. 1935.
- KYRIELEIS. Myotonie, myotonische Dystrophie, Pupillotonie, *Münch. med. Woch.*, 5 juillet 1935, p. 1067.
- PAGNIEZ et PASTEUR VALLERY-RADOT. Etude par la méthode graphique d'un cas d'aréflexie tendineuse, *Soc. méd. des Hôp. de Paris*, 6 juillet 1917.
- ROBERTSON (A.). Four cases of spinal myosis, with remarks of the action of light on the pupil, *Edinburgh Med. Journ.*, n° 15, 1869.
- SCHAEFFER (H.). Le signe d'Argyll Robertson, *Presse méd.*, 12 sept. 1934.
- TOURNAY (A.). Pupilles et neuro-syphilis. *Bull. méd.*, 25 mai 1935.
- WEILL et REYS. Sur la pupillotonie, *Revue d'oto-neuro-ophthalmologie*, 1926, p. 433.

**Restauration et prothèse maxillo-faciales, fractures, pertes de substance, difformités**, par les D<sup>rs</sup> PONROY et PSAUME, préface du professeur LEMAITRE. Un volume de 502 pages avec 338 figures (tome VIII de la pratique stomatologique). Prix : broché, 65 fr., relié toile, 80 fr. — Paris, Masson et Cie.

**Le traitement du coma chez les diabétiques**, par le D<sup>r</sup> F. RATHERY, professeur de clinique thérapeutique à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine, médecin de l'hôpital de la Pitié. — Un volume grand in-8 de 36 pages. — Prix : 8 fr. — Paris, J.-B. Baillière et Fils.

XVII<sup>e</sup> RÉUNION ANNUELLE

DE LA

## SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'ORTHOPÉDIE

Bruxelles, 4 octobre 1935 (1).

## DEUXIÈME QUESTION

## Les mycoses osseuses et ostéo-articulaires

Rapporteur : M. Marcel MEYER (Strasbourg)

**Résumé du rapport.** — Le rapport débute par un chapitre de généralités sur la parasitologie des mycoses osseuses.

Tout d'abord une classification botanique et culturale, ensuite une classification clinique, basée uniquement sur l'aspect morphologique in situ. On reconnaît ainsi des Aspergilloses, Blastomycoses, Actinomycoses, Sporotrichoses et Hémisporoses. Le rapporteur les décrit successivement.

Il passe ensuite à l'étude des mycoses osseuses. L'inoculation peut se faire par trois portes d'entrée différentes : les voies digestives supérieures, porte d'entrée classique et fréquente, les voies respiratoires, mode d'infection encore fréquent, une plaie des téguments ou des muqueuses. Des observations montrent qu'un traumatisme peut révéler une lésion latente ou créer un lieu de moindre résistance qui détermine la localisation. L'incubation est très variable. L'ensemencement se fait par voie sanguine, la voie lymphatique n'est jamais intéressée.

Les mycoses créent dans l'os des lésions extrêmement polymorphes, mais identiques pour les différentes variétés de parasites.

On reconnaît des périostites suppurées ou hypertrophiantes, des ostéites à forme envahissante, diffuse, ressemblant à des ostéomyélites, ou à forme circonscrite, gommes ou abcès osseux, des arthrites ou ostéo-arthrites.

Les lésions microscopiques sont aussi polymorphes. En dehors de lésions nodulaires microscopiques typiques, le diagnostic histologique est impossible.

Cliniquement, on observe soit des ostéites secondaires à une lésion déjà connue, le diagnostic s'impose, ou des ostéites primitives de diagnostic très difficile. Les ostéites présentent : 1° une forme aiguë présentant tous les caractères de l'ostéomyélite aiguë ;

2° Une forme chronique, avec douleur, tuméfaction, pas de signes généraux en général, mais pouvant évoluer vers une pyohémie mortelle. On observe des abcès qui se ramollissent, s'ulcèrent, laissent des fistules qui s'infectent secondairement.

Le diagnostic clinique est extrêmement difficile avec la tuberculose osseuse ou la syphilis, selon les localisations et les formes observées.

Le pronostic est beaucoup plus grave qu'on ne le pense et le rapporteur montre le nombre considérable de malades finissant par succomber à la pyohémie et à la cachexie.

L'étude radiographique de ces affections est très importante car, si elle ne permet pas un diagnostic certain, elle révèle des aspects particuliers qui attirent l'attention et suscitent des recherches de laboratoire qui feront faire le diagnostic.

Le rapporteur décrit 3 formes d'après l'aspect radiographique : la forme d'ostéite hypertrophiante des os longs (tibia, spina ventosa), la forme d'ostéomyélite chronique avec liquéfaction et disparition de l'os, la forme gommeuse intraosseuse, l'abcès central. C'est cette forme qui est la plus caractéristique, car, loin de présenter la décalcification de la tuberculose osseuse, ici la cavité s'entoure d'une co-

(1) Association de la Presse médicale française.  
Fin. — Voir *Gaz. des hôp.*, 1935, n° 96, p. 1635.



que d'os condensé, éburnée, caractéristique. L'attention ayant été éveillée par des particularités cliniques ou radiographiques, le diagnostic sera demandé aux examens de laboratoire. Mais ici le rapporteur insiste sur les difficultés considérables de ces recherches et les multiples causes d'erreur et d'interprétation. Aussi faut-il un laboratoire dirigé par un spécialiste des mycoses. C'est pour cela que les mycoses sont souvent dépistées dans certains centres alors qu'on ne les trouve jamais ailleurs. Le rapporteur expose : le prélèvement, l'examen direct sur frottis, les cultures, les inoculations, les biopsies, et enfin les méthodes biologiques de diagnostic parmi lesquelles la séro agglutination. Celle-ci a une grosse valeur, elle est constante pendant la période d'activité de la mycose. Elle n'est pas spécifique pour une espèce, ce qui permet donc la recherche facile d'une mycose avec la seule sporo-agglutination.

Le rapporteur décrit ensuite les mycoses selon leurs localisations.

Sur les os longs il faut surtout retenir le spina ventosa mycosique rarement reconnu.

Sur les os courts, 2 localisations intéressantes : le calcanéum et le rachis.

L'ostéite mycosique du calcanéum est fréquente. Elle affecte la forme de cavernes limitées et son aspect radiographique est caractéristique. Les spondylites mycosiques sont le plus souvent secondaires, confondues avec le mal de Pott et alors presque toujours mortelles. Le diagnostic n'a le plus souvent été fait qu'à l'autopsie.

Les arthrites mycosiques, secondaires ou primitives, présentent absolument l'aspect clinique des ostéoarthrites tuberculeuses. Mais l'aspect radiographique diffère en certains points et permet d'éveiller l'attention.

Il faut encore citer les mycotomes, forme tumorale des ostéites avec atteinte des parties molles, dont le pied de Madura est le type le plus fréquent.

Toutes les ostéites et arthrites mycosiques peuvent s'associer à la tuberculose ou la syphilis, créant des formes mixtes d'un diagnostic complexe. Le traitement des mycoses par l'iode sous différentes formes (iodure de potassium, solution de Lugol, teinture d'iode, etc.), a été longtemps considéré comme souverain dans le traitement des mycoses si bien qu'il servait de test de diagnostic. Il est maintenant démontré, en particulier pour les mycoses osseuses, que, isolé, il est souvent insuffisant pour obtenir la guérison. Il faut y joindre d'une part l'action chirurgicale (ouverture, curetage, évidemment), d'autre part, l'action des agents physiques sur les plaies, rayons ultra-violets et surtout radiothérapie.

Les mycoses sont certainement plus fréquentes qu'on ne le suppose.

Le diagnostic peut être fait par certaines particularités cliniques et surtout les particularités radiographiques mises en évidence par le rapporteur. Il sera confirmé par la séro-agglutination et des recherches de laboratoire qu'il faut reconnaître très délicates. Mais c'est seulement ainsi que l'on pourra établir le diagnostic et un traitement actif, qui guérira le malade, alors que abandonné à lui-même, il est voué à une cachexie et une mort presque certaine du fait de la mycose.

#### Discussion

M. ALLENBACH (Strasbourg) apporte 9 cas de mycose osseuse, 4 cas aigus et 5 à début lent, ressemblant à de la tuberculose. Mais l'aspect radiographique spécial, absence de décalcification et au contraire éburnation autour des foyers, a permis le diagnostic. Dans deux cas, il y avait des abcès froids métastatiques, des parties molles, ayant donné des cultures pures de mycoses. Le traitement par évidemment osseux et traitement ioduré a donné la guérison ; mais les rechutes sont toujours à craindre.

#### Communications particulières

M. le professeur CALENDRA (Venise). *Nouvelle méthode de correction du pied bot congénital de la deuxième enfance par production préventive et temporaire de troubles circulatoires et décalcification des os du pied.* — Deux broches sont passées l'une dans le calcanéum, l'autre dans les méta-carpis. Elles sont réunies par une fourche sur le sommet de laquelle on visse progressivement une pièce qui comprime le sommet de la courbure du pied. Le redressement est progressif. Des projections montrent de très beaux résultats.

M. J. CALVÉ (Berck). *Sur une affection particulière du genou.* — Observation d'une ostéochondrite probable d'un condyle fémoral chez un adolescent ayant eu dans l'enfance une maladie de Köhler scaphoïdienne.

M. GALLAND (Berck). *La révélation radiographique des cartilages articulaires par les injections opacifiantes intra-articulaires.* — Projection de belles épreuves de lésions des ménisques du genou, luxation congénitale de la hanche, obtenues par injections intra-articulaires de diagnorénol à 35 %.

M. Ch. LASSERRE (Bordeaux). *L'ostéomalacie vertébrale présénile.* — L'auteur décrit les symptômes et montre les images radiographiques de cette affection. Il y a deux formes radiographiques : forme ostéo-porotique simulant le cancer vertébral, et une forme ostéomalacique avec aplatissement des corps vertébraux. Le port d'un corset et un traitement à l'urastérine à doses élevées sont indiqués.

M. POUZET (Lyon). *Sur la réfection ostéoplastique du toit du cotyle dans les échecs du traitement non sanglant de la luxation congénitale.* — Entre 3 et 6 ans, la technique de la butée est spéciale. M. Nové-Josserand l'a démontré. L'auteur montre 5 résultats obtenus par cette technique dont 4 excellents.

M. Lucien MICHEL (Lyon). *Un cas de décollement obstétrical de l'épiphyse humérale supérieure avec noyau épiphysaire visible à la radiographie dès la naissance. Résultat éloigné.* — Le décollement épiphysaire obstétrical de l'épiphyse humérale a longtemps été mis en doute. L'auteur en montre un cas indiscutable avec reposition et guérison.

MM. A. RICHARD et ALLARD (Berck). *Les causes d'échec de l'ostéosynthèse dans le mal de Pott.* — Les auteurs ont pu en suivre 26 cas. 9 fois il s'agissait de fractures récentes du greffon (2 guérisons spontanées, 2 consolidations après injection de sylvase dans le foyer, 5 interventions).

17 autres avaient eu des erreurs de technique de la greffe, soit un mauvais repérage (greffe trop haut ou trop bas), soit que systématiquement on avait mis un greffon court ne prenant qu'une vertèbre saine au-dessus et au-dessous du foyer.

M. A. DELAHAYE (Berck). *Sur certaines lésions rachidiennes, leur difficulté de diagnostic.* — L'auteur montre les affections du rachis simulant le mal de Pott : malformations congénitales, spina bifida occulta, spondylolisthésis, hernies nucléaires, épiphysites avec hernie nucléaire, épiphysites pures, calcification du nucléus, lésions traumatiques légères, ostéomyélite atténuée, rhumatisme chronique, cancer primitif, angiome vertébral.

M. Ugo CAMERA (Turin). *Ma dernière technique dans la bifurcation de l'extrémité fémorale luxée.* — L'ostéotomie doit créer un appui en console sur le bout supérieur basculé horizontalement au moyen d'une traction sur le grand trochanter. Le bassin doit être horizontal, ce qui comporte l'égalisation des membres inférieurs, par le raccourcissement du membre sain.

M. GUILLEMINET (Lyon). *Grefe para-épineuse pour spondylolisthésis.* — L'auteur préfère cette technique à l'Albee qu'il juge susceptible de rechute.

M. GUILLEMINET (Lyon). *Un cas d'arthroplastie pour ankylose tuberculeuse ancienne du genou.* — Bon résultat.

M. le professeur ROCHER (Bordeaux). *Un accident grave de sphacèle du triangle de Scarpa après réduction d'une luxation congénitale de la hanche. Hémorragie secondaire de la fémorale. Ligature de l'iliaque externe.*

M. le professeur ROCHER (Bordeaux). *L'opération de Phelps-Salaverri chez le nourrisson.* — L'opération de Phelps-Kirmisson donnait des échecs parce qu'on suturait la peau après l'opération. Salaverri a montré qu'en laissant la plaie ouverte dans le plâtre, le redressement se maintenait. Deux très beaux résultats.

M. le professeur ROCHER (Bordeaux). *Présentation d'appareil.* — L'auteur montre un ressort fixé d'une part à la jambe, d'autre part au soulier, au moyen duquel il obtient le redressement du talus, équinisme, varus ou valgus dans les pieds paralytiques.

M. le professeur LEFORT et M. INGEBRANS (Lille). *A propos du traitement des paralysies pottiques par la laminectomie.* — Les auteurs essayent de réhabiliter cette intervention : 3 observations avec bons résultats.

MM. ROEDERER et GRAFFIN (Paris). *A propos des arthrites nerveuses méconnues d'aspect chirurgical (Un nouveau cas).* — A propos d'une nouvelle observation, ils insistent sur l'allure aiguë que peuvent prendre au début certaines arthropathies tabétiques.

M. FÈVRE (Paris). — *Procédé opératoire pour la luxation récidivante de la rotule.* — L'auteur apporte 3 observations avec très bon résultat éloigné obtenu avec sa technique personnelle. Modification du Krogus-Lecène.

M. FÈVRE (Paris). *Présentation d'appareil.* — Appareil à redressement progressif et réglable pour le genu valgum.

M. R. GUÉRIN. *Luxation du rachis cervical. Greffe d'Albee.* — Beau résultat. Signale le danger de l'emploi de l'ostéotome dans ces cas.

M. MAJNONI D'INTIGNANO (Dijon). *Etude radiographique de la scoliose au début.* — L'auteur décrit les lésions osseuses que l'on peut révéler dès les premiers stades de l'affection et qui rappellent les lésions d'épiphysite.

M. BARROS LIMA (Brésil). *Un cas d'ostéite fibreuse localisée traitée par la résection et la greffe osseuse.* — Bon résultat.

MM. VAN HAELEST ET J. VAN HAELEST (Gand). *Présentation d'un appareil pour mensuration de la scoliose.*

M. CAPPELLE (Font-Romeu). *Résultats radiographiques dans la tuberculose osseuse à l'altitude.* — L'auteur montre la reconstitution rapide de l'opacité de l'os et limitation des lésions. En particulier dans un cas de cavernes du fond du cotyle, reconstitution d'un fond osseux en quelques semaines.

**Elections.** — Sont élus :

*Membres titulaires :* MM. Pierre Bertrand (Paris), Yves Bourde (Marseille), Pascal (Cannes), Stephan (Roscoff), Marcel Touya (Labenne).

*Membres correspondants étrangers :* MM. Jacques Van Haelst (Gand), Petit (Bruxelles), Massa (Anvers), Van Assein (Rotterdam), Harrenstein (Amsterdam), Esperega Mendès (Espagne), Salaverri (Bilbao), Villardell (Barcelone).

*Membre honoraire :* M. Barboza Viana.

Questions mises à l'ordre du jour :

Pour 1936 : *Spondylolisthésis.* — Rapporteur : M. GUILLEMINET (Lyon).

*Cals vicieux du cou-de-pied.* — Rapporteur : M. PADOVANI (Paris).

Pour 1937 : *Transplantations tendineuses.* — Rapporteurs : MM. LEVEUF (Paris) et PERROT (Genève).

La Société décide que les Journées orthopédiques de 1936 se tiendront en septembre à Turin, immédiatement avant le Congrès de la société internationale d'orthopédie qui a lieu à Rome et à Bologne.

Deuxième journée (5 octobre 1935.)

**Visite des hôpitaux et cliniques de Bruxelles. Séances opératoires et présentation de malade.** — Tout d'abord le docteur DELCHEF, à l'Institut chirurgical de Bruxelles, présente une table orthopédique, puis exécute de manière méthodique une opération d'arthroplastie de la hanche pour ankylose, suite d'arthrite blennorrhagique remontant à 8 ans, puis une opération de Krogus pour luxation récidivante de la rotule. Il montre des résultats éloignés de diverses opérations orthopédiques.

C'est ensuite au nouvel hôpital Saint-Pierre, hôpital universitaire luxueusement et fort heureusement aménagé, que le docteur DANIS montre sa fort belle table orthopédique, puis expose sa technique avec une instrumentation personnelle du vissage dans les fractures du col fémoral ; sa méthode et instrumentation pour le cerclage dans les fractures avec présentation de très beaux résultats, une scie électrique à action longitudinale.

M. le professeur MAFFEI montre de nombreux enfants atteints de tuberculose ancienne du genou guéris par l'arthrodèse. Résultats éloignés.

M. le docteur PARISEL expose sa technique du traitement de la scoliose et de cas de poliomyélite.

M. le docteur LORTHOIR. Un cas de maladie de Volkmann, une ostomyélite du nouveau-né.

M. le docteur CAMPENEERS présente un modèle de lit plâtre pour le traitement de la scoliose.

A la clinique César de Paepe, le docteur MOREAU présente des résultats éloignés de diverses opérations orthopédiques.

M. LANCE.

## FACULTÉ DE MÉDECINE D'ALGER

### THÈSES SOUTENUES PENDANT L'ANNÉE 1934-1935 (1)

DOCTORAT D'ÉTAT. — 43. (de 1934). ABECASSIS. — Paludisme et tuberculose pulmonaire.

46. (de 1934). BAUGÉ. — L'ectopie périméale du testicule.

25. BÉCACHÉ. — Contribution à l'étude du pneumothorax artificiel bilatéral simultané.

19. BEN AÏCHE. — Le rétrécissement du rectum.

8. BRIAULT. Le traitement des teignes par l'acétate de thallium en Algérie.

14. CASANOVA (Jean-Auguste). — Kystes hydatiques du poumon et de la plèvre. Clinique, biologie, diagnostic, radiologie et traitement.

13. CASANOVA (Jean-Pierre). — Contribution à l'étude de l'appendicite aiguë au cours de la gestation.

40. (de 1934). CRICHE. — L'ictère catarrhal prolongé.

(1) Voir *Gaz. des hôp.*, 1935. — Thèses de Montpellier, n° 82, p. 1386 ; Thèses de Marseille, n° 84, p. 1417 ; Thèses de Toulouse, n° 86, p. 1451 ; Thèses de Bordeaux, n° 87, p. 1472 ; Thèses de Lille, n° 92, p. 1553 ; Thèses de Nancy, n° 97, p. 1653.



26. CIXOUS. — Contribution à l'étude de la tuberculose pulmonaire évolutive chez les anciens syphilitiques.
23. CONSTANT. — De la grossesse angulaire.
28. COTI. — Contribution à l'étude des péritonites biliaires sans perforation apparente des voies biliaires.
24. DARMON. — Etude critique sur le débit cardiaque et ses variations physiologiques et pathologiques.
42. (de 1934). DECOUZE. — Le bacille pseudo-tuberculeux de Malassez et Vignal.
41. (de 1934). DELORT. — L'antivirusthérapie dans le traitement de l'avortement fébrile.
10. DEYME. — La mère et l'enfant dans les colonies françaises et pays de protectorat.
15. DUPUY. — Traitement de l'ulcère gastro-duodénal par l'extrait parathyroïdien.
22. FISCHER. — Les aplasies congénitales de la région ombilicale.
6. FLECK. — Le cancer de l'ovaire chez l'enfant.
29. FOURNIER. — L'hygiène rurale chez les indigènes algériens.
44. (de 1934). FRANÇOIS. — Anatomie pathologique du bouton d'Orient. Le bouton d'Orient est-il une histiocytose?
21. LAFFONT-LACRAMPE. — Des perforations utérines.
17. MADON. — Contribution à l'étude critique et expérimentale de la radiopelvimétrie.
7. MASSEBOEUF. — La vie génitale de la femme dans l'Orient méditerranéen antique.
11. MUNÉRA. — L'anesthésie à l'évipan sodique par voie intraveineuse.
31. RAYNAL. — Contribution à l'étude du traitement chirurgical du cancer du sein.
18. RIVIÈRE. — Adénomes gastriques et dégénérescence maligne.
30. ROCCHISANI (Jean). — La Maternité d'Oran. Ce qu'elle est, ce qu'elle devrait être.
2. ROCCHISANI (Lucien). — Mécanisme et traitement de la syncope cardiaque au cours de la chloroformisation. Etude expérimentale sur le chien.
45. (de 1934). SARLIN. — Contribution à l'étude des fractures du calcaneum.
16. SAUTEREY. — Les idées modernes sur les fièvres récurrentes.
1. SÉROR. — Contribution à l'étude du chorioépithéliome du testicule.
27. SERVAJEAN. — Anophélisme sans paludisme. Le problème des races de l'anophelis maculipennis.
5. SIMERAY. — Typhlite aiguë primitive vraie et typhlite aiguë en apparence primitive.
12. STOTZEL (Mme), née LACOMBE. — Les erreurs de diagnostic de la grossesse extra-utérine.
39. (de 1934). SULTANA. — Contribution à l'étude de l'action hémolytique des fibromes.
3. TAVEIRA. — Contribution à l'étude de l'appendicite rétro-cæcale.
4. VINCENT. — La stérilité en Afrique du Nord. Coutumes et superstitions, causes, traitement.
20. XICLUNA. — A propos de la cure des fistules vésico-vaginales juxta-cervicales par un procédé de plastie utérine.
9. ZOUZA. — Contribution à l'étude du kyste hydatique de la rate.

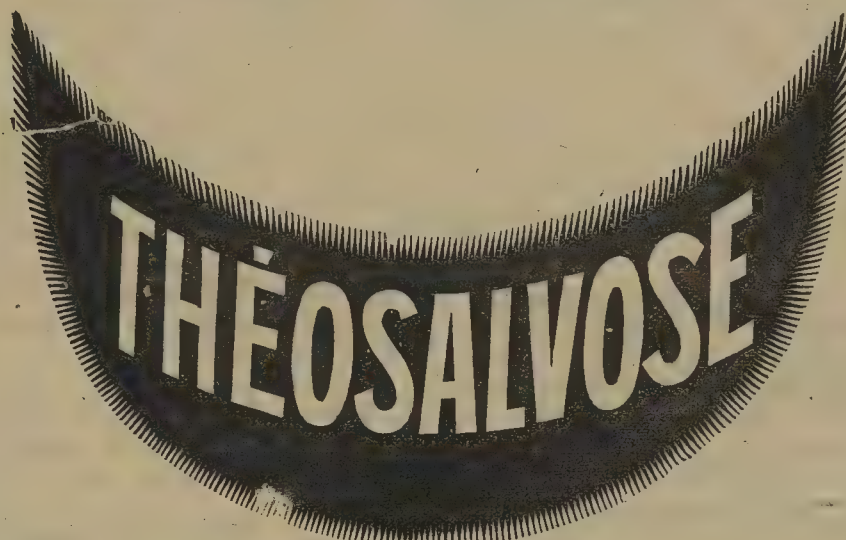
Les nourrissons débiles et prématurés, étude diététique, par L. RIBADEAU-DUMAS et Marie LATASTE. Un volume de 106 pages avec 10 figures. — Prix : 16 fr. — Paris, Masson et Cie.

## DIURETIQUE D'UN POUVOIR REMARQUABLE D'UNE FIDELITE CONSTANTE

**Pure  
Digitalique  
Strophantique  
Sparléinée  
Scillitique  
Barbiturique**

**Phosphatée  
Lithinée  
Caféinée**

**Ne se délivrent  
qu'en cachets**



**Cachets dosés**

**0 gramme 25**

**et à**

**0 gramme 50**

**de Théosalvose**

**DOSE MOYENNE :**

**1 à 2 grammes**

**par jour.**

**THÉOBROMINE FRANÇAISE** garantie chimiquement pure

Artériosclérose — Affections cardiaques et rénales — Albuminuries — Intoxications  
Urémie — Uricémie — Goutte — Rhumatismes — Hydropisie — Maladies infectieuses

**Laboratoires André GUILLAUMIN**

**PARIS — 13, rue du Cherche-Midi, 13 — PARIS**

**S. G., 2, 16, Seine.**

## SOCIÉTÉS SAVANTES

### ACADEMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 18 NOVEMBRE 1935)

**Un mode nouveau de multiplication cellulaire directe. La méroamitose.** — M. J. ANDRÉ-THOMAS.

**Foie et glutathion.** — MM. LÉON BINET et G. WELLER.

(SÉANCE DU 2<sup>e</sup> NOVEMBRE 1935)

**Vaccination par voie aérienne.** — M. MESNIL présente, au nom de M. Trillat, une note dans laquelle celui-ci résume ses travaux concernant la vaccination des poules contre le choléra par voie aérienne. Le procédé consiste à faire inhaler aux animaux des gouttelettes extrêmement fines d'une émulsion de vaccin, en suspension dans l'air et à doses très faibles. On voit ainsi que l'immunisation, comme l'infection, peut être transmise par l'intermédiaire de l'air.

**Vitamines.** — M. D'ARSONVAL présente un travail de M. Joyet-Lavergne sur la vitamine A qui est nécessaire à la croissance des organismes animaux. L'auteur montre l'existence de cette vitamine dans les plastas des cellules végétales. Il précise les formes de sa localisation dans les chloroplastes au cours de l'évolution de la feuille.

### ACADEMIE DE MEDECINE

(SÉANCE DU 3 DÉCEMBRE 1935)

**Les produits caustiques.** — M. GORIS donne lecture des conclusions de la Commission nommée à l'effet de régler les conditions de la vente des produits caustiques destinés aux nettoyages. Ces conclusions tendent à la modification de l'article 41 du décret du 14 septembre 1916 qui pourrait être ainsi rédigé :

Article 41 (modifié). — « Quiconque détient, en vue de la vente, des substances inscrites au tableau C, est tenu de les placer dans ses magasins, de manière qu'elles soient séparées des substances non dangereuses, et notamment des produits destinés à l'alimentation de l'homme ou des animaux.

« Les dites substances doivent être renfermées dans des récipients ou enveloppes portant, en caractères noirs sur fond vert, une inscription indiquant le nom de la substance tel qu'il figure au tableau annexé, et entourés d'une bande de couleur verte avec le mot « dangereux », inscrit en caractères noirs très apparents.

« Ces substances ne peuvent être délivrées aux acheteurs que contenues dans des récipients ou enveloppes portant, outre le nom de la substance, sur une étiquette à fond vert, le nom et l'adresse du vendeur et entourés de la bande verte mentionnée dans le précédent paragraphe. »

Les flacons dits « Canette de bière », les flacons portant inscrit dans la pâte le nom d'un liquide alimentaire, les fûts, vases ou autres récipients, portant encore des étiquettes de produits alimentaires ou boissons quelconques, ne doivent en aucun cas être employés à recevoir des produits qualifiés dangereux par le tableau C annexé au décret de 1916 sur les substances vénéneuses. »

Les conclusions mises aux voix sont adoptées sous la forme d'un vœu.

**La floculation des sérums.** — M. A. STROHL présente une note de M. T. KOFMAN sur les réactions morphologiques au cours de la floculation des sérums.

Poursuivant les recherches sur la morphologie variable de l'efflorescence terminale d'une croissance osmotique se développant dans un milieu déterminé, M. Kofman montre que cette nouvelle méthode d'analyse morphologique permet de classer les différentes floculations du sérum en deux grands systèmes, l'un isotrope, l'autre anisotrope.

**La vaccination anti-amarile.** — MM. C. MATHIS, C. DURIEX et M. ADVIER ont cherché à savoir si l'objection faite à la vaccination anti-amarile par la méthode de Sellards-Laigret était fondée. Certains auteurs, se basant sur des expériences faites avec des singes *Macacus rhesus*, avaient exprimé la crainte de voir se créer des foyers d'infection dans l'entourage des personnes vaccinées. Ils supposaient que les *Stegomyia* puiseraient le virus-vaccin dans le sang des sujets vaccinés et le transmettraient ensuite à des sujets sains. MM. C. Mathis, C. Durieux et M. Advier ont montré qu'il n'y avait pas à craindre le danger de transmission par les moustiques. Leurs expériences paraissent très probantes à cet égard.

Au reste, l'application en grand de la méthode Sellards-Laigret au cours de 1934-1935, en Afrique occidentale française, a apporté une confirmation aux recherches expérimentales. Le Dr Laigret et ses collaborateurs ont pratiqué des milliers d'injections de vaccin et aucun cas de fièvre jaune n'a éclaté dans l'entourage des personnes vaccinées.

**Action de quelques esters, gémcalcoïdes et glucosides sur l'excitabilité neuro-musculaire.** — M. LOBSTEIN et Mlle JEANGUYOT (présentation faite par M. GORIS).

**Importance de la voie testiculaire pour la mise en évidence chez le cobaye du typhus endémique observé chez l'homme.** — MM. LE CHUITON, MONDON, BERGE, PENNA-NEACH et DUBREUIL (présentation faite par M. MESNIL).

**Un cas humain d'échinococcose hépatique micro-polykystique infiltrée, observé en Uruguay.** — MM. DEVÉ, PIAGGO BLANCO et GARCIA CAPURRO.

**Election d'un membre titulaire dans la 1<sup>re</sup> section (médecine), en remplacement de M. Ménétrier.** Classement des candidats : en 1<sup>re</sup> ligne, M. Clerc, en seconde ligne, ex aequo et par ordre alphabétique : MM. Babonneix, Laignel-Lavastine, Milian, Pagniez, Ribadeau-Dumas. Adjoint par l'Académie : MM. Fiessinger, Flandin, Gougerot et Harvier.

Au premier tour de scrutin, M. Antonin CLERC, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine, est élu par 61 voix sur 78 votants.

M. Babonneix a obtenu 4 voix, M. Laignel-Lavastine 1, M. Milian 1, M. Pagniez 2, M. Ribadeau-Dumas 1, M. Fiessinger 2, M. Flandin 1, M. Gougerot 3, M. Harvier 1.

### SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

(SÉANCE DU 13 NOVEMBRE 1935)

**Les inhalations d'oxygène et d'acide carbonique dans la thérapeutique des intoxications par les gaz suffocants.** — M. D. CORDIER signale que les asphyxies, sans lésions du poumon (asphyxies dites de temps de paix, dont le type est l'intoxication par l'oxyde de carbone) ne sont pas justiciables de la même thérapeutique que les intoxications par les gaz suffocants (dont le type est l'intoxication par le phosgène).

L'état de l'appareil respiratoire et l'état physico-chimi-





# Salicylate

## SURACTIVÉ

# ANA

SALICYLATE DE SODIUM  
en combinaison  
CALCO-MAGNÉSIE  
THIOSULFATÉE

**24 gr.**  
SALICYLATE de Na  
SURACTIVÉ  
**15 fr.**

### SOLUTION

1/2 cuil. à café ou 70 gouttes = 1 gr. de Salicylate de Na suractivé

### AMPOULES (INTRAVEINEUSES)

10 cc. = 1 gr. de Salicylate de Na suractivé

*ses 4 avantages :*

- 1 - Suractivation 170 %
- 2 - Goût agréable
- 3 - Tolérance parfaite
- 4 - Concentration forte

**RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU  
ET SES COMPLICATIONS**

**RHUMATISME CHRONIQUE**

**ALGIES - INFECTIONS - SEPTICÉMIES - TROUBLES HÉPATIQUES**



LABORATOIRES "ANA", 18, AVENUE DAUMESNIL, PARIS, XII<sup>e</sup>

que du sang dans les asphyxies sans lésions du poumon justifient l'emploi des inhalations du mélange d'oxygène et d'acide carbonique, et du mélange d'air et d'acide carbonique.

L'état de l'appareil respiratoire et l'état physico-chimique du sang dans les intoxications par les suffocants permettent seulement la thérapeutique par l'oxygène. L'emploi de l'acide carbonique ne peut qu'aggraver la dyspnée, l'œdème, l'acidose et l'asphyxie.

**Influence de l'extrait thymique sur la croissance.** — M. Jacques ODINET étudie les faits expérimentaux qui plaident en faveur de l'influence du thymus sur la croissance des animaux jeunes. L'hyperthymisation accélère en effet la croissance et rend les animaux ainsi traités plus grands, plus vigoureux que leurs témoins. Ces différences semblent persister à l'état adulte.

Appliquant ces données expérimentales à la thérapeutique, il a pu, sous la direction du professeur Lereboullet, obtenir des résultats intéressants dans certains retards de croissance simples ou accompagnés d'insuffisance génitale. Il précise enfin l'âge auquel il convient de mettre en œuvre cette thérapeutique et rappelle brièvement la posologie des extraits thymiques.

**Traitement général de la tuberculose par l'opothérapie splénique.** — M. J.-C. BAYLE présente des documents à l'appui du traitement général de la tuberculose par l'opothérapie splénique, dont il est l'initiateur : schémas sur l'augmentation des hématies et des lymphocytes, courbes d'hémoglobine, de poids et de température, radiographies de tuberculeux, rapidement éclaircies avec des calcifications dans des cas graves traités par l'opothérapie splénique seule, et dans d'autres cas non moins sévères par son adjonction au pneumothorax ou à la cure d'altitude ; cicatrisations obtenues dans des temps très courts, allant de 14 mois à 2 ans pour l'opothérapie seule et de 6 mois à 15 mois 1/2 dans les autres cas.

**Immunité et vaccinothérapie.** — M. R. LAUTIER signale qu'une vaccinothérapie intense et prolongée ne préserve pas de l'éclosion d'une maladie infectieuse intercurrente, mais que, d'autre part, cette même vaccinothérapie intense et prolongée n'apporte aucune gêne à l'action immunisante d'un autre vaccin de nature différente. Il montre, enfin, avec quelques exemples inédits, que la vaccinothérapie non spécifique peut exercer une action pseudo-spécifique sur quelques maladies infectieuses, tant au point de vue curatif qu'au point de vue prophylactique.

Le champ de la vaccinothérapie non spécifique, non encore méthodiquement exploré, devrait, suivant l'auteur, réserver d'heureuses et précieuses découvertes thérapeutiques.

## LIVRES NOUVEAUX

**Histoire de la chirurgie française (1790-1920)** (1), par J. DE FOURMESTRAUX. Préface du professeur J.-L. FAURE.

Jusqu'ici lorsque nous voulions rechercher des renseignements sur l'histoire de la chirurgie, nous n'avions à notre disposition que le livre de Rochard père. Livre admirable certes et bien souvent feuilleté. Mais il partait de Bichat et s'arrêtait à Pasteur. Pour avoir une plus ample documentation, il fallait avoir recours aux monographies. Nous devons beaucoup, à cet égard, à notre savant confrère Maurice Genty. Il fallait aussi se reporter aux éloges prononcés à l'Académie de médecine, ou à la Société de chirurgie. Les

éloges si remarquables prononcés par Paul Reclus, par Segond, Lejars, J.-L. Faure, Lenormant, Proust... sont des sources précieuses, mais ce sont des documents épars que l'on ne peut consulter facilement.

Notre collègue Jacques de Fourmestaux vient aujourd'hui à notre secours. Ce chercheur, qui est un homme de haute culture et un homme d'action, a entrepris d'écrire une histoire d'ensemble de la chirurgie depuis 1790 jusqu'à nos jours. C'est une œuvre considérable que Fourmestaux a su mener à bien, d'une manière absolument claire et sous une forme très attachante.

Dans la préface, J.-L. Faure dit tout le bien qu'il pense de cette publication si utile. L'éloge qu'il fait du livre de Fourmestaux et de son auteur a une valeur particulière. Que pourrions-nous y ajouter ? F. L. S.

**Les troubles nerveux et psychiques de l'enfant. Guide pratique de dépistage et d'orientation éducative** (1), par le Dr GILBERT-ROBIN.

L'éducation des enfants nerveux et difficiles est trop souvent demeurée jusqu'ici affaire d'empirisme et d'intuition. Un guide dans ce domaine périlleux sera précieux au médecin à qui des parents désorientés viennent faire appel.

Le praticien trouvera ici avec de nombreux exemples cliniques la description des divers types morbides que peut présenter la psychiatrie infantile, du simple émotif au pervers en passant par les instables, les intermittents, les fatigués, les mythomanes, les paranoïaques, etc... Certains troubles ont une origine affective ou éducative : colère, mensonges, fugues, troubles de l'appétit et du goût, mutismes divers, etc...

En toutes ces matières, cette excellente étude, brève et pourtant substantielle, toute pénétrée d'esprit clinique, ouvre sur un sujet trop rarement traité encore, d'intéressantes possibilités diagnostiques et thérapeutiques. L. B.

## ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

**Mercredi 11 décembre.** — Jury : MM. Lœper, président ; Tanon, Abrami, Moreau. — M. SAVIGNON. Etude des phénomènes météoropathologiques en pathologie humaine. — M. GUELBER. Etude de la désinfection dans les maladies contagieuses. — M. LESAUVAGE. Méningites et otites à pneumococcus-mucosus.

**Jeudi 12 décembre.** — Jury : MM. Claude, président ; Gougerot, Nobécourt, Aubertin. — M. GÉRARD. L'actualité et les psychoses. — M. BARDEL. Les dermatoses par bois toxiques. — M. PATEY. Le facteur myocardique dans la maladie de Bouillaud chez l'enfant et chez l'adulte.

**Vendredi 13 décembre.** — Jury : MM. Fiessinger, président ; Ombrédanne, Quénu, Troisier. — M. GILLON. Malformations congénitales des voies biliaires avec ictère chez les nourrissons.

**Samedi 14 décembre.** — Jury : MM. Cunéo, président ; Lenormant, Brocq, Schwartz. — M. DUVERDIER. Considérations à propos de plusieurs cas de diverticules du duodénum. — M. BOQUET. Etude des ostéomyélites aiguës primitives des os du crâne. — M. TÉNINE. Etude de l'anesthésie générale en petite chirurgie.

**Mercredi 11 décembre.** (Thèse vétérinaire.) — Jury : MM. Strohl, président ; Panisset, Robin. — M. SAILLARD. Radiodiagnostic dans le cancer et la tuberculose intra-thoracique du chien.

(1) Paris 1935, Fernand Nathan.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.



# LE SPARTO-CAMPBRE LE SPARTOVAL

Deux nouveaux Sels de la SPARTÉINE en thérapeutique cardiovasculaire, nouveaux dérivés où les propriétés de la Spartéine sont potentialisées et renforcées :

le Camphre dans le

## SPARTO-CAMPBRE

CAMPHO-S ILFONATES de SPARTÉINE et de SODIUM

TONICARDIAQUE

ET DIURÉTIQUE

Synergie médicamenteuse puissante possédant toutes les indications de l'huile camphrée et de la Spartéine.

### FORMES :

Ampoules de 2 et 5 c. c.  
(médicament d'urgence)

Dragées (médicament d'entretien)

l'acide valérianique dans le

## SPARTOVAL

ISOVALÉRIANATE NEUTRE DE LA SPARTÉINE

CARDIO RÉGULATEUR

ET NEUROSÉDATIF

Médicament des algies et troubles fonctionnels cardiaques et cardio-vasculaires.

Traitement des arythmies.

Dragées dosées à 0 gr. 05.

Laboratoires CLIN. — COMAR & C<sup>ie</sup>, 20, rue des Fossés-Saint-Jacques, Paris

## TANIN PHYSIOLOGIQUE VIVANT RHIZOTANIN CHAPOTOT

**Tolérance stomacale absolue  
Neutralisation des Toxines**

*Amélioration rapide des accidents diarrhéiques*

2 FORMES { Caohets pour Adultes, 2 à 6 par jour.  
Poudre pour Enfants, 2 à 4 mesures par jour.  
Avoir soin de bien spécifier.

Echantillon médical gratuit  
**AUBRIOT**  
56, Boulevard Ornano — PARIS  
R. C. Seine, 20.019

## BISMUTHOÏDOL

Bismuth colloïdal à grains fins, solution aqueuse

*Procédé spécial aux Laboratoires ROBIN*

**Injectons sous-cutanées, intra-musculaires ou intra-veineuses**

Immédiatement absorbable — Facilement injectable

**COMPLÈTEMENT INDOLORE**

1 ampoule de 2 cmo. tous les 2 ou 3 jours.

R. C., 221.839, Seine.

**LABORATOIRES ROBIN, 13. Rue de Poissy, PARIS**

**ESTOMAC**

# **SEL DE HUNT**

**HYPERCHLORHYDRIE  
FERMENTATIONS ACIDES  
GASTRALGIES**

**LABORATOIRES ALPH. BRUNOT  
16, Rue de Boulainvilliers, PARIS**

**PARFAIT SÉDATIF DE TOUTES LES TOUX**

**ADULTES ET ENFANTS  
DE TOUT AGE**

# **GOUTTES NICAN**

## **GRIPPE**

**TOUX DES TUBERCULEUX**

**COQUELUCHE**

**ÉCHANTILLONS & LITTÉRATURES. Laboratoires CANTIN A PALAISEAU S.-O. FRANCE**



*La Lancette Française*

# GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6°. Tél. : Danton 48-31.

PUBLICITE : M. A. THIOILLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6°) - Téléph. : LITRÉ 54-93.

## PRIX DE L'ABONNEMENT

**FRANCE**

3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.

*Etudiants* : 25 francs par an.

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

**ETRANGER**

Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.

Tous les autres pays : 75 francs.

## SOMMAIRE

**TRAVAUX ORIGINAUX***La lactacidémie chez les cardiaques*, par M. le professeur P. MAURIAU, MM. L. SERVANTIE et P. BROUSTET (de Bordeaux).**SOCIÉTÉS SAVANTES***Société médicale des hôpitaux.***CHRONIQUE***L'Académie de chirurgie.***CONFÉRENCE***La spiritualité médicale de la Grèce antique.***REVUE DES THÈSES****NOTES POUR L'INTERNAT***Hydronéphrose. Signes et diagnostic.*

## INFORMATIONS

**FACULTÉS DE MÉDECINE. — PARIS. —** Il est rappelé à MM. les étudiants que les consignations pour les examens de fin d'année doivent être faites du 3 au 18 janvier 1936.

MM. les étudiants français qui seraient encore en instance d'exonération de droits scolaires, au titre des familles nombreuses, sont également tenus de s'inscrire à leur examen, dans les mêmes délais, mais à titre provisoire.

Ils n'acquitteront les droits d'examen que lorsqu'il aura été statué sur leur demande d'exonération.

— **NANCY. — Année scolaire 1934-1935. —** Prix de fin de 2° année : 1<sup>er</sup> prix, M. Castelain (de Nantes); 2° prix, M. Renaudin (de Constantine); mention honorable : M. Lacourt (de Nancy).

Prix de fin de 4° année : M. Benoit (de Port-s-Saône).

Prix de fin de 5° année : non décerné; mention honorable, MM. Stein (de Cernauti), Vaxman (de Moghilev-Podolia).

*Prix de fondation. —* Prix Bénéit, dit « de l'internat » : M. Richon (de Nancy).

Prix Pierre Schmitt (décerné à l'interne des hôpitaux reçu le premier au concours de 1934) : M. Bricquel (de Lunéville).

Prix Grandeury-Fricot : M. Weber (de Lyon).

Prix Alexis Vautrin : 1<sup>er</sup> prix, M. Durand (de Danjoutin); 2° prix, M<sup>me</sup> Legros (de Villers-Bocage).

Prix décerné exceptionnellement par l'Association des externes et anciens externes, en l'année 1935, aux externes

des hôpitaux reçus 1<sup>er</sup> et 2° au concours : 1° M. Abel (de Nancy); 2° M. Wacquant (de Bar-le-Duc).

Prix de fin d'études dentaires : 1<sup>er</sup> prix, M. Joignon (de Longueville); 2° prix, M<sup>lle</sup> Harmand (de Saulxures-les-Vannes); mention très honorable : M<sup>me</sup> Aronowicz (de Lodz).

*Prix de thèse. —* Prix du département de Meurthe-et-Moselle et de la ville de Nancy : *ex æquo* MM. Franck (de Champigneulle) et Bruch (de Thionville).

Prix de la fondation Schemel : *ex æquo* MM. Bertrand (de Saint-Marceau) et Vial (de Nancy); mention très honorable : MM. Amidieu du Clos (de Longwy), Grau (de Castres), Helloy (de Lunéville), Lepoire (de Nancy), Mathieu (de Nice), Neimann (d'Orhei), Roset (de Lalœuf), Trompette (de Verdun); mention honorable : MM. Bocquet (de Letane), Burle (de Vézelize), Carpentier (de Coblenze), Duflos (d'Arras), Haas (de Nancy), Herbaux (de Bucquoy), Krumholz (de Martynow), Meyer (de Seppois-le-Bas), Mignardot (d'Andelot), M<sup>lle</sup> Mouton-Chapat (de Saint-Mihiel), MM. Nette (de Nancy), Rosner (de Fargu-Mures), Senellart (de Hazebrouck).

*N. B. —* Les lauréats sont classés par ordre alphabétique.

**VAL-DE-GRACE. —** Sont nommés professeurs agrégés :

M. Willemin (chaire de radiologie, électrologie, physiothérapie et radiumthérapie).

M. Giraud (chaire de chirurgie de guerre, appareillage et orthopédie).

M. Dubau (chaire de médecine opératoire et de thérapeutique chirurgicale).

M. Coudane (chaire de chirurgie spéciale).

— M. Carillon, agrégé, est affecté à la chaire de chirurgie de guerre, appareillage et orthopédie.

**GUERRE. —** M. le médecin lieutenant-colonel Gauthier, professeur agrégé du Val-de-Grâce, de l'hôpital militaire d'instruction Percy, à Clamart, est désigné comme profes-

**DIGITALINE NATIVELLE**

LABORATOIRE NATIVELLE, 27, Rue de la Procession, PARIS (XV°)

seur agrégé chargé d'enseignement à l'Ecole du Service de santé militaire à Lyon.

**LÉGION D'HONNEUR.** — Est nommé dans l'ordre de la Légion d'honneur :

**AGRICULTURE.** — *Au grade de chevalier.* — M. le docteur Laurent (de Manosque).

**XVI<sup>e</sup> SALON DES MÉDECINS ET DU CORPS MÉDICAL.** — Le XVI<sup>e</sup> Salon des médecins, dentistes, pharmaciens et vétérinaires aura lieu du 2 au 9 février, à la galerie Bernheim Jeune, 83, faubourg Saint-Honoré, Paris.

Les exposants ont pu apprécier l'année dernière tout le succès recueilli par cette manifestation et juger de l'intérêt que lui ont porté Presse et visiteurs, après un vernissage présidé par le ministre de la Santé publique, le ministre d'Etat et les maîtres de l'Académie.

Nous rappelons que les sections peinture, sculpture, art décoratif et photographique seront présentées dans l'une des toutes premières galeries d'art de Paris. D'autre part, une section nouvelle sera ouverte à « l'Art dans la littérature médicale ». Les médecins, écrivains et romanciers, les journaux et revues médicales dont l'esprit est empreint d'une note artistique auront leur place dans ce groupe.

Aussi, à l'effort fourni par les organisateurs, faut-il que tous les confrères qui ont participé irrégulièrement aux expositions antérieures répondent cette année par leur adhésion.

La clôture des inscriptions est fixée au 10 janvier 1936.

Pour tous renseignements, écrire au secrétaire général : M. Pierre-Bernard Malet, 46, rue Lecourbe, Paris (XV<sup>e</sup>).

**AVIS DE CONCOURS.** — Un concours sur titres est ouvert à la préfecture du Haut-Rhin pour l'emploi de médecin directeur du sanatorium antituberculeux à Colmar.

Les demandes d'inscription devront être adressées avant le 15 décembre 1935, dernier délai, à la Préfecture du Haut-Rhin, 3<sup>e</sup> division, 1<sup>er</sup> bureau.

Le règlement fixant les conditions du concours sera communiqué aux candidats sur demande adressée à ce service.

Les candidats devront être Français et parler suffisamment l'allemand.

**LES SECOURS AUX VICTIMES DE L'AVIATION ET DE LA CIRCULATION.** — Le général Denain, ministre de l'air, a inauguré à l'aérodrome Blériot à Buc le centre de secours d'aviation destiné à recueillir les victimes d'accidents d'aviation et de circulation.

Ce centre est placé sous la direction du docteur Béhague, assisté de deux chirurgiens et d'une équipe de sauveteurs. Il comprend une salle d'opérations; il est outillé pour pouvoir assurer les secours dans un rayon de 100 kilomètres.

**NÉCROLOGIE.** — Nous avons le regret d'apprendre la mort de MM. les docteurs Henry Schaltin (de Spa), van Cauteeren (de Zell, Belgique), Edmond Marchal (de Wesserling, Haut-Rhin); Jacques Madet, décédé dans sa 86<sup>e</sup> année; Paul Fumouze, président de la Chambre syndicale des fabricants de produits pharmaceutiques, conseiller du Commerce extérieur, chevalier de la Légion d'honneur.

Proximité  
immédiate **TOURS** sur hauteur dominant  
la Loire et Ville.

**MAGNIFIQUE PROPRIÉTÉ**

compr. 20 pièces av. Confort, parc boisé 3 Ha.  
Convientrait particulièrement pour maison de  
repos ou de santé. S'adr. pr renseignements et  
trait. à BERNHEIM, 23, rue l'Arcade, Paris-490.

Insomnies  
Touss nerveuses.

**BROMÉINE MONTAGU**

## CHRONIQUE

### L'ACADÉMIE DE CHIRURGIE

Le *Journal officiel* du 3 décembre 1935 a publié (page 12682) la note suivante :

« Par décret du 29 novembre 1935, l'Association de la Société Nationale de Chirurgie de Paris, dont le siège est à Paris, et qui est reconnue comme établissement d'utilité publique en vertu du décret du 29 août 1859, a été autorisée à modifier ses statuts et à porter désormais le titre d'Académie de chirurgie. »

L'Académie royale de chirurgie qui renaît aujourd'hui sous le nom d'Académie de chirurgie, a brillé pendant plus de la moitié du XVIII<sup>e</sup> siècle d'un très vif éclat.

On sait que le 8 août 1793, la Convention Nationale la supprima en même temps que toutes les Académies ou Sociétés littéraires et scientifiques.

Le 20 décembre 1820, une ordonnance de Louis XVIII créait l'Académie royale de médecine pour continuer à la fois la Société royale de médecine et l'ancienne Académie de chirurgie.

Au début, les différentes sections de l'Académie de Médecine se réunissaient séparément. Mais une ordonnance royale du 28 octobre 1829 modifie son règlement. Les assemblées de sections sont remplacées par des réunions communes à tous les membres.

Les joutes oratoires qui commencent alors ne sont pas favorables aux discussions utiles entre chirurgiens. Ils sentent la nécessité de réunions particulières. En 1842, sur l'initiative d'Auguste Bérard, professeur de clinique chirurgicale, ils décident de fonder une Société ayant pour objet l'étude et le perfectionnement de la chirurgie.

Le 23 août 1843, la *Société de Chirurgie de Paris* est constituée et adopte la devise célèbre : *Vérité dans la Science. Moralité dans l'Art.*

Le fonctionnement et l'histoire de la célèbre Société sont trop connus pour que nous ayons besoin de les retracer. Elle s'est toujours montrée digne de la grande tradition qu'elle renoue aujourd'hui. Mentionnons en terminant que la Société siégea au début à l'Hôtel de Ville. En 1848, elle émigra à la Société Philomathique, plus tard les séances eurent lieu rue de l'Abbaye jusqu'au moment où la Société « se mit dans ses meubles », 12, rue de Seine.

Rappelons aussi que dès sa fondation la Société de chirurgie eut pour le compte rendu de ses séances un organe officiel : la *Gazette des Hôpitaux*. Elle publiait en outre chaque année un volume de *Mémoires*. Enfin le 1<sup>er</sup> janvier 1875 fut créée une publication spéciale : les *Bulletins et Mémoires de la Société Nationale de Chirurgie*.

J'ai sous les yeux la lettre par laquelle M. Félix Guyon, secrétaire général, le 18 juin 1874 avisait mon père de cette décision. Il terminait sa lettre en remerciant la *Gazette des Hôpitaux* de sa longue collaboration. C'est là un grand souvenir que nous conservons précieusement.

F. L. S.

**QUATAPLASME** du D<sup>r</sup> LANGLEBERT  
PANSEMENT COMPLET  
Phlegmasie, eczémas, brûlures, etc

**PULVEOL**  
ANTISEPTIQUE DU CARREFOUR AÉRO-DIGESTIF

POUDRE et PASTILLES

Laboratoire et Echantillons : 10, Impasse Milard, Paris (16<sup>e</sup>)





LABORATOIRE NATIVELLE

27, Rue de la Procession, PARIS 15

# OUABAÏNE ARNAUD

Seul produit ayant servi aux essais cliniques et aux observations des Professeurs et Docteurs : VAQUEZ et LUTEMBACHER, CLERC, AUBERTIN, LIAN, LAUBRY et PEZZI, etc.

Seul produit dont les constantes physico-chimiques, les essais physiologiques et les toxicités ont été publiés, donnant ainsi au Corps Médical toute garantie d'action et de sécurité.

## INDICATIONS

Insuffisances cardiaques  
Asthénie du myocarde  
Arythmies - Tachycardies

## FORMES

Solution à Quatre pour mille  
Comprimés à Un milligramme  
Ampoules au 1/2 milligr. pour injections intramusculaires  
Ampoules au 1/4 de milligr. pour injections intraveineuses

DRAEGER

# Traitement du Parasitisme intestinal

## par les Pyréthrinés (du Pyrèthre)

C. R. Acad. Sciences, p. 1847, 1923

C. R. Acad. Médecine, 24-4 1928

C. R. Soc. Thérapeutique, 9-5 1928

# CHRYSÉMINE

## Pyréthrinés Carteret

Sans contre-indications

Aucune toxicité

Dose quotidienne pour adultes :

**Ascaris, Oxyures, tous helminthes et protozoaires** = 5 Perles ou 150 Gouttes

Cure de 5 jours consécutifs à renouveler après 8 jours de repos (plusieurs dans le cas des oxyures).

**Trichocéphales et Tœnias** = 12 Perles ou 300 Gouttes

Cure de 2 jours consécutifs — diète préalable la veille du début de la cure.

Pour les enfants, abaisser ces doses suivant l'âge en commençant par 50 gouttes.

Perles glutinisées et gouttes — Prescrire { **CHRYSEMINE PERLES**  
**CHRYSEMINE GOUTTES**

Echantillons et Littérature :

Laboratoires CARTERET, 15, rue d'Argenteuil, PARIS (1<sup>er</sup>,



## REVUE DES THÈSES

### Sciences occultes et déséquilibre mental (1).

par Philippe ENCAUSSE

A la question : « Les sciences occultes peuvent-elles conduire au déséquilibre mental ? » le docteur Philippe Encausse répond par l'affirmative.

« Mais il y a lieu de spécifier :

1° Que c'est surtout la pratique des « sciences occultes » qui, en l'occurrence, doit être mise en cause ;

2° Qu'il s'agit presque toujours de prédisposés ;

3° Que les pratiques relevant des « sciences occultes » et en particulier, celles du spiritisme, sont plus néfastes que d'autres pour les âmes déjà troublées.

Parfois dangereux par l'ambiance de certaines « séances », le spiritisme l'est aussi par les pratiques médiumniques qu'il comporte. Ces pratiques sont un entraînement à l'automatisme, au dédoublement de la personnalité. Si cette désagrégation devient habituelle, si elle se fait malgré le médium, l'hallucination est constituée.

Les cas de transformation de la transe médiumnique en délire ne sont pas rares. Il s'agit alors d'un délire d'influence.

Les pratiques magiques peuvent, elles aussi, être génératrices de troubles mentaux plus ou moins accusés. Là encore les prédisposés sont les plus menacés.

De nos jours, n'importe qui expérimente n'importe quand et n'importe comment en ces domaines !... De telles recherches, de telles investigations ne sont pourtant pas à la portée du premier venu ! Il les faudrait réserver aux seuls chercheurs vraiment qualifiés. Elles demandent, en effet, un esprit critique, une maîtrise de soi et un équilibre psychique des plus complets, ce qui, malheureusement, est loin d'être le cas de nombreux « enthousiastes » dont l'imprudence va de pair avec l'insuffisance...

Elles peuvent donc être et elles sont un danger pour les inaptes. C'est à eux qu'il est nécessaire de s'adresser plus particulièrement, pour les mettre en garde, c'est à eux qu'il faut jeter un cri d'alarme, ce que le corps médical ne manque d'ailleurs pas de faire et ce qui a inspiré le présent travail.

Enfin, il appartient encore aux médecins de s'élever contre les pratiques scandaleuses de ceux que l'auteur a appelés « les Marchands du temple », de tous ces pseudo « voyants » et prétendus « astrologues » qui pullulent présentement et dont l'influence peut être déplorable pour l'équilibre psychique de certains débilés et autres déficients mentaux. »

### Contribution à l'étude des algies pelvi-génitales dites névropathiques, chez la femme. Des douleurs obsédantes en particulier (2), par R.-J. COCHE.

Ce travail de la clinique neuro-psychiatrique du professeur J. Lépine est consacré à ces algies pelvi-génitales de la femme que leur absence de justification anatomique, leur aspect clinique particulier et l'état mental coexistant ont fait qualifier d'algies névropathiques. Après avoir, dans une première partie, fait une revue critique des notions actuelles sur la douleur en général, et un parallèle entre ses trois grandes modalités cliniques (névralgies, algies sympathiques et algies d'origine psychique), l'auteur rapporte 17 observations détaillées et soigneusement analysées de femmes qui ont présenté des algies névropathiques de la

sphère génitale ; les faits montrent que ces douleurs revêtent de façon constante des caractères obsédants.

La troisième partie consiste en une étude clinique du syndrome observé. Cette sensation douloureuse que l'on voit chez des psychasthéniques ou des anxieux est étrangère à la personnalité de la malade, elle est irrésistible et consciente en tant que symptôme morbide.

Au point de vue thérapeutique, il faut donner la préférence à la psychothérapie classique ; les médicaments, excepté les sédatifs opiacés, sont peu efficaces ; la thérapeutique chirurgicale est à proscrire formellement.

Mais, ce qui fait l'originalité de ce travail, c'est la place importante consacrée à une esquisse étiologique et pathogénique de ces douleurs névropathiques ainsi qu'à l'analyse des voies de passage de la névrose à la psychose.

Les tares héréditaires, les facteurs toxi-infectieux et endocrino-sympathiques, les traumatismes constituent un terrain prédisposé sur lequel l'attention, l'habitude, l'émotion feront apparaître les algies obsédantes. Elles se trouvent localisées au niveau des organes pelviens du fait de la vulnérabilité particulière de ces appareils et de la haute valeur affective qui s'attache à eux, favorisées en cela par des anomalies fréquentes de la vie génitale.

Cette obsession peut être autonome : elle aura alors tendance à s'estomper en se généralisant chez les psychasthéniques, à persister de façon irréductible chez les anxieuses. Mais elle peut être la première manifestation d'une psychose hallucinatoire chronique, d'une démence précoce, ou représenter un équivalent mélancolique : à ce sujet sont envisagées d'intéressantes hypothèses sur l'origine organique des obsessions et le rôle de la cénesthésie dans la genèse du délire.

A titre documentaire sont exposés au passage la théorie émise par les psychanalystes et les fondements de leur thérapeutique.

En somme, étude complète et très clinique de ces cas délicats situés à la limite de la névrose et de la psychose.

### Dictionnaire de spécialités pharmaceutiques, par Louis VIDAL (17<sup>e</sup> édition, 1936).

L'ouvrage, de 2.148 pages, de format 10 1/2 x 16 1/2, de maniement commode, luxueusement relié, comprend quatre parties comme l'édition précédente, unanimement appréciée.

Les quatre parties demeurent, comme précédemment :

1° Table des chapitres, suivie de la Table de Spécialités par Actions médicamenteuses et Indications thérapeutiques, revue et tenue à jour. Simple nomenclature, elle permet, sans prétendre donner des conseils déplacés, de retrouver la liste des spécialités indiquées dans une affection déterminée.

2° Dans la deuxième partie sont groupées de nombreuses documentations nouvelles. Les textes anciens ont souvent été remaniés et complétés. Les prix sont mentionnés et une sélection rigoureuse permet la prescription aux assurés sociaux, sans risquer la moindre réaction administrative.

3° La Nomenclature nominale des spécialités pharmaceutiques, avec adresse des fabricants, a également été mise à jour, ainsi que :

4° La Nomenclature des spécialités classées par Laboratoires, qui offre l'avantage de retrouver un produit dont seul le nom du fabricant est connu.

Le *Dictionnaire de Spécialités pharmaceutiques*, doyen des ouvrages de documentation, véritable encyclopédie de la spécialité pharmaceutique, reste pour le médecin l'ami fidèle, à portée de la main, et continuera comme par le passé à lui rendre les services quotidiens auxquels il est accoutumé.

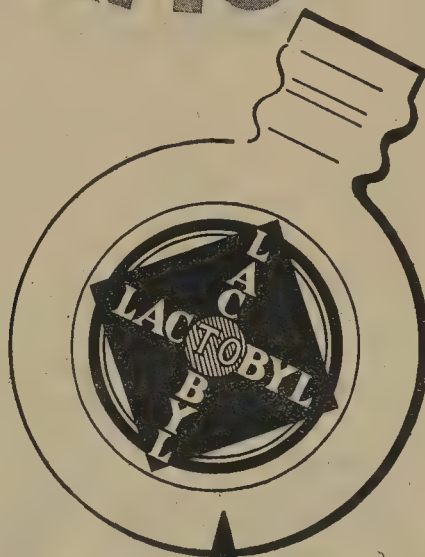
(1) *Th. de Paris*, 1935. — Editions Pythagore, 42, rue Saint-Jacques.

(2) *Th. de Lyon*, 1935 ; 224 pages. — Prix : 30 fr. — Lyon, Desvigne, éditeur.

# CONSTIPATION

## REEDUCATEUR DE L'INTESTIN

AUCUNE ACCOUTUMANCE  
LABORATOIRES LOBICA  
~~46, AVENUE DES TERNES - PARIS~~  
25, RUE JASMIN - PARIS (16<sup>e</sup>)



### à base de :

SELS BILIAIRES  
POUDRE DE GLANDES INTESTINALES  
CHARBON POREUX  
FERMENTS LACTIQUES  
POUDRE DE LAMINARIA FLEXICAULIS  
POUR 1 COMPRIMÉ

**1 à 6 comprimés par jour  
aux repas ou au coucher**  
Commencer par deux comprimés

# LACTOBYL

POSOMÉTRIE ABSOLUMENT RIGOUREUSE

## CALOMEL VICARIO

### PETITS COMPRIMÉS

Un milligramme, quart et demi-centigramme  
un, deux et cinq centigrammes  
DÉSAGRÉGATION RAPIDE

NÉVRALGIES — GRIPPE — RHUMATISMES

## NOPIRINE VICARIO

ASPIRINE RENFORCÉE

Pharmacie VICARIO, 47, boul. Haussmann, PARIS



## LA LACTACIDÉMIE CHEZ LES CARDIAQUES

Par MM. P. MAURIAC, L. SERVANTIE et P. BROUSTET  
(de Bordeaux).

L'heure n'est plus de limiter l'étude de l'insuffisance du cœur à ses manifestations mécaniques, de l'apprécier seulement par la recherche clinique ou instrumentale des troubles de la contraction cardiaque. Il n'est certes point dans nos intentions de minimiser les résultats acquis par les divers modes d'investigation classiques dont nous disposons. L'auscultation, la mesure de la tension artérielle, la radiologie, les méthodes graphiques, restent et resteront longtemps encore, sans nul doute, les seuls moyens pratiques d'apprécier et de suivre l'évolution d'une insuffisance ventriculaire.

Mais ces procédés ne nous montrent la défaillance du cœur que par l'extérieur, en quelque sorte. Ils ne nous permettent d'en comprendre ni le mécanisme, ni les conséquences physiopathologiques. Nous constatons, grâce à eux, un trouble circulatoire ; mais nous ne l'apprécions que grossièrement, sans pénétrer dans son intimité.

Or, puisque la fonction circulatoire a pour but d'assurer l'apport aux divers organes des éléments qui leur sont utiles, le rejet des déchets, bref, de maintenir constante la composition du milieu intérieur, n'est-il pas logique d'étudier les perturbations qu'entraîne, au niveau des humeurs, toute modification du régime circulatoire ?

Telle est la voie, purement physiopathologique, vers laquelle maints auteurs tendent aujourd'hui à s'engager. Ce n'est point dans un but pragmatique, avec l'ambition d'apporter des données immédiatement utilisables en pratique, mais dans l'espoir d'élucider, petit à petit, la physiopathologie de l'insuffisance circulatoire.

Eppinger a vu, chez les malades en état de stase circulatoire, une variation de l'utilisation de l'oxygène par les muscles périphériques. Dautrebande étudie l'acidose circulatoire des insuffisants cardiaques et les modifications, chez eux, des gaz alvéolaires. Landau et ses élèves publient tout récemment une longue et intéressante étude sur l'augmentation du sang circulant, chez les cardiaques décompensés.

Bref, sans compter les études sur la vitesse et le débit du sang, les travaux se multiplient qui tentent d'apporter dans ce domaine des notions nouvelles, permettant d'apprécier les conséquences des troubles de la circulation sur les échanges périphériques.

**Intérêt de l'étude de la lactacidémie chez les cardiaques.** — Dans cet ordre d'idées, plusieurs motifs conduisent à l'étude de la lactacidémie chez les cardiaques.

On sait, en effet, qu'il existe à l'état physiologique une dose assez importante d'acide lactique dans le sang : onze à seize centigrammes par litre, suivant les méthodes de dosage.

On a cru longtemps que l'acide lactique provenait de la destruction du glucose, dont la molécule, en se dédoublant, donnerait naissance à deux molécules d'a-

cide lactique, qui serait ainsi le produit direct de cette glycolyse. Des travaux modernes ont montré la complexité beaucoup plus grande de cette dissociation. Hill, Meyerhof ont établi que, dans le muscle, tout au moins, l'acide lactique se forme aux dépens du glycogène. Encore la transformation n'est-elle pas directe ; elle ne peut s'accomplir que par l'intermédiaire d'un hexosediphosphate découvert par Embden et dénommé par lui : lactacidogène. A l'heure actuelle, après de nombreuses controverses, il semble établi (Meyerhof, Embden, 1933) que, dans la contraction musculaire, l'acide lactique formé provient d'une réduction de l'acide pyruvique, terme intermédiaire dans la scission de l'hexosediphosphate. Ce corps, en effet, se scinderait en deux molécules de phosphate d'aldéhyde glycérique. Deux molécules de ce nouveau composé phosphoré donnent, l'une par réduction l'acide glycéro-phosphorique, et l'autre par oxydation l'acide phosphoglycérique.

L'acide pyruvique, produit par déphosphorylation de l'acide phosphoglycérique, en présence de l'acide glycérophosphorique, se transforme en acide lactique et le phosphate d'aldéhyde glycérique restant retourne dans le cycle.

Nous avons ainsi décrit les phénomènes chimiques de la phase anaérobie, qui se termine par la reconstitution du glycogène aux dépens de l'acide lactique. Comme l'ont montré Hill et Meyerhof, à côté de la période active — la période de contraction en anaérobiose — se trouve la période de repos — celle de récupération en aérobie, ou phase oxydative. Sur cinq molécules de glucose dérivant du glycogène, 4 parties vont être scindées en 8 molécules d'acide lactique, et une partie va donner de l'énergie par destruction de l'acide pyruvique, pour, en présence de l'oxygène, donc en aérobie, aboutir aux termes ultimes de gaz carbonique et eau.

Ce cycle ne correspond pas pourtant au phénomène chimique complet de la contraction musculaire. Lunds-gaard a pu montrer qu'en présence d'acide moniodacétique la contraction musculaire avait lieu sans production d'acide lactique. De même chez l'animal privé de toutes réserves par des injections considérables d'insuline, le muscle agit aussi bien en l'absence de glycogène. P. et G.-P. Eggleton, Fiske et Subbarow ont montré que le constituant qui par hydrolyse provoque la contraction musculaire, était chez les vertébrés une combinaison phosphorique de la créatine appelée phosphagène. Dans ces conditions, la décomposition des glucides, quoique non indispensable, intervient pour fournir l'énergie nécessaire à la reconstitution du phosphagène. En outre de ce composé, intervient aussi un autre corps, l'acide adénylpyrophosphorique, cozymase et agent énergétique indubitable. Il n'en est pas moins vrai que l'augmentation du taux de l'acide lactique est pour la plus grande part fonction de l'activité musculaire.

Or, le cycle de cet acide lactique, et partant sa présence à un taux normal dans le sang, exigent le parfait accomplissement de la fonction circulatoire.

Tout d'abord, il est probable que le jeu du muscle cardiaque contribue à la formation de l'acide lactique.

De nombreux tissus sont doués du pouvoir glycolytique. Chelle et Mauriac ont étudié la glycolyse dans



le sang et les humeurs, et ont établi qu'elle était due principalement à l'action des leucocytes polynucléaires. Mauriac et Servantie ont montré le fort pouvoir glycolytique du pancréas, du poumon, du testicule. Dans le domaine pathologique, l'exagération extrême du pouvoir glycolytique est, suivant les travaux de Warburg, le fait des cellules néoplasiques. Mais, de toute évidence, c'est au sein du muscle, du muscle en activité, que les phénomènes de glycolyse prennent le plus d'intensité. Le muscle est le grand consommateur de glycogène et le grand créateur d'acide lactique. Si le premier point est bien démontré et unanimement accepté depuis les expériences classiques de Chauveau, la connaissance du second est due aux recherches de Hill et Long, Meyerhof, qui prouvent à la fois l'augmentation de la formation de l'acide lactique par le muscle au travail, et le passage dans le sang de cet acide lactique. En effet, la concentration de l'acide lactique dans le sang augmente après le travail musculaire et, pour un sujet donné, proportionnellement au travail accompli.

De tous les muscles de l'organisme, le cœur a l'activité sinon la plus intense, du moins la plus continue. De ce fait, le jeu du moteur cardiaque contribue directement à la formation de l'acide lactique, et l'on est en droit de se demander si cette formation n'est pas suffisante pour influencer sur le taux de la lactacidémie.

Ainsi le cœur pourrait-il modifier le taux de la lactacidémie par action sur la première phase du cycle de l'acide lactique, sa formation.

Il peut encore avoir un retentissement sur la seconde phase de ce cycle : la resynthèse — celle-ci, nous l'avons dit, nécessite un apport d'oxygène, par conséquent une bonne hématoxémie.

La lactacidémie, après le travail musculaire, augmente d'autant plus rapidement que l'oxygène fait défaut au niveau du muscle pour assurer la resynthèse. D'autre part, certains auteurs tels que Mendel ont prétendu que l'on produisait une hyperglycémie en provoquant une stase sanguine par striction d'un membre. Cependant Dautrebande, Davies et Meakins n'ont pu reproduire ce phénomène, de même récemment Kayser et Masius.

Or, la stase périphérique, l'insuffisance de l'hématoxémie sont fréquemment des conséquences de l'insuffisance ventriculaire, il n'y a donc aucun paradoxe à se demander si l'asystolie n'aura pas pour conséquence l'hyperlactacidémie.

Ainsi, le taux de la lactacidémie apparaît-il à priori étroitement lié à la fonction circulatoire, capable d'influencer et de dérégler, et la formation, et la resynthèse de cet acide lactique.

Il nous faut apprécier maintenant dans quelle mesure la pratique confirme ces propositions théoriques.

Meakins et Long ont les premiers mis en évidence l'hyperlactacidémie chez les malades atteints d'insuffisance cardiaque. L'augmentation trouvée chez le sujet au repos paraissant proportionnelle à la gravité de la lésion et pouvant même atteindre 1,10 gr. par litre dans un cas, à la période pré-agonique. Quand de tels malades sont soumis à un exercice suffisamment intense, les auteurs ont constaté une augmentation excessive de l'acide lactique sanguin et un temps pro-

longé pour le retour à la normale. Ils concluent que dans l'insuffisance cardiaque l'hyperlactacidémie semble due à l'insuffisance de l'apport d'oxygène aux tissus. Jervell, Groag et Schwartz en particulier ont confirmé les données précédentes.

**Etude de la lactacidémie chez les cardiaques. — 1<sup>o</sup> Technique des dosages.** — Le dosage de l'acide lactique du sang est délicat.

Les chiffres que nous allons rapporter, et sur lesquels est basé ce travail, ont été trouvés par deux de nos élèves, les docteurs Y. Rioux et A. Suberbielle, qui se sont appliqués sous la direction de l'un d'entre nous à mettre au point des techniques de dosage présentant parfois des difficultés insoupçonnées.

Plusieurs méthodes ont été proposées pour le dosage de l'acide lactique du sang : des méthodes pondérales, des méthodes colorimétriques et des méthodes par oxydation.

Les méthodes pondérales ne sont pas d'application pratique, car elles nécessitent une trop grande quantité de sang. Il faut recourir soit aux méthodes par oxydation, soit aux méthodes colorimétriques.

Le Docteur Y. Rioux a suivi l'une des premières, semblable, dans ses grandes lignes, à celle de Friedmann et Kendall, dérivée de la méthode de Clausen, modifiée en certains de ses détails. Dans ses grandes lignes, cette méthode consiste à produire, en partant de l'acide lactique, de l'aldéhyde éthylique. Celui-ci, recueilli après distillation ou simple aération, est mis en présence d'un excès de bisulfite de soude, il se combine avec celui-ci, et le dosage du bisulfite restant et du bisulfite combiné permet de connaître la quantité d'aldéhyde et, partant, d'acide lactique.

Cette technique, dont nous ne donnons que les très grandes lignes, est relativement longue et minutieuse.

Aussi le Dr Suberbielle a-t-il utilisé une méthode colorimétrique. Il en existe plusieurs. Toutes reposent sur le principe de la transformation de l'acide lactique en aldéhyde éthylique qui, comme l'a démontré le Professeur Deniges, donne avec les phénols des produits colorés.

Le Professeur Chelle a mis au point, en 1914, une méthode de dosage qui emploie comme réactif colorant la codéine. Cette technique parue en mai 1914, au moment de la guerre, dans le Bulletin des Travaux de la Société de Pharmacie de Bordeaux, eut une diffusion bibliographique fort restreinte, mais toutes les méthodes qui ont paru depuis sont dérivées de celle de M. Chelle, sans même qu'il soit cité. Le plus gros obstacle rencontré dans l'application provient de la qualité et parfois de la nature de l'acide sulfurique employé. Mendel et Goldscheider ont remplacé la codéine par le vétratol, et c'est à cette technique que s'est arrêté, en raison de sa délicate sensibilité, M. Suberbielle.

Cette seconde technique semble d'une sûreté suffisante, elle est d'une exécution beaucoup plus rapide, et, malgré la susceptibilité du dosage colorimétrique, plus aisée que la précédente.

Les résultats fournis par ces deux méthodes de dosage ne sont pas strictement comparables. Chez des sujets normaux, au repos, Y. Rioux trouve, en moyenne, une lactacidémie de 11 centigrammes par litre.



Suberbielle, de 14 centigrammes par litre. L'écart de ces deux chiffres n'est pas très considérable. D'autres auteurs ont trouvé des taux très différents :

|                              |                 |
|------------------------------|-----------------|
| Clausen .....                | 25 centigrammes |
| Mendel et Goldscheider ..... | 15 »            |
| Jervell .....                | 27 »            |

De telles variations pourraient motiver quelque scepticisme sur l'intérêt de l'étude de la lactacidémie. Mais, en réalité, ces différences tiennent aux techniques employées ; au contraire, les résultats fournis par un même auteur ont une constance remarquable. Chez les neuf sujets normaux dont Y. Rioux a dosé l'acide lactique, le taux maximum est de seize centigrammes et le taux minimum de six. A. Suberbielle, chez six sujets normaux, trouve au maximum 15,5, au minimum 12.

Il semble bien que les chiffres fournis par un même chercheur aient une réelle valeur, si la lactacidémie de sujets bien portants a été soigneusement établie.

Si l'on peut ainsi connaître la lactacidémie normale — non pas, peut-être, en valeur absolue, mais en fonction d'une méthode donnée, nous pourrions parfaitement apprécier et juger des états d'hyperlactacidémie.

II. *Conditions des recherches.* — Pour étudier les modifications de l'acide lactique du sang au cours de troubles circulatoires, il est nécessaire d'en pratiquer le dosage dans des circonstances différentes.

Tout d'abord au repos, en dehors de tout effort musculaire, on connaîtra la valeur de la lactacidémie de base (1).

Puis, si le malade n'est pas trop fatigué, il exécutera un exercice musculaire donné. On connaîtra ainsi le taux de la lactacidémie d'effort. Celui-ci est, principalement, fonction de la mise en jeu des divers muscles de l'organisme, et n'est pas sous la dépendance directe des facteurs circulatoires. Aussi est-il beaucoup plus intéressant, suivant les indications des auteurs espagnols, S. Diaz et Cuenca, d'étudier le temps de *resynthèse de l'acide lactique*.

Il faut entendre par là le temps nécessaire, après un effort physique, pour que le taux de la lactacidémie revienne à sa valeur normale.

La lactacidémie d'effort est en effet, chez un sujet normal, tout à fait passagère. Après une demi-heure de marche à allure moyenne (3.000 à 3.500 pas) la lactacidémie s'élève de huit à dix centigrammes en moyenne. Mais au bout de douze minutes de repos, elle a retrouvé sa valeur primitive.

Au contraire, le temps de *resynthèse* serait, chez les insuffisants circulatoires, sensiblement allongé. Pour l'étudier avec précision, trois dosages sont nécessaires : l'un avant tout effort ; le second immédiatement après celui-ci ; le troisième un quart d'heure après sa fin ; une quatrième mesure pourrait être utile, si la précédente ne montrait pas le retour à la normale du taux de l'acide lactique.

En pratique, il est difficile de multiplier les prises de sang dans des intervalles aussi rapprochés, et des dosages aussi nombreux nécessitent, pour chaque malade, un travail de longue haleine. Aussi pourrait-on, à la rigueur, se contenter :

1° D'un dosage à jeun, et au repos complet, qui donnera la lactacidémie de base ;

2° D'un second dosage pratiqué une heure après le premier ; cette heure intercalaire est utilisée, par moitié à une marche, par moitié à un repos complet. La marge de trente minutes est de beaucoup supérieure à celle de 12 minutes qui suffit, chez un sujet normal, pour que le taux de la lactacidémie soit ramené à son point de départ. Aussi pourra-t-on conclure à un fort allongement du temps de *resynthèse* toutes les fois que le taux de l'acide lactique ne sera pas revenu après cette attente à sa valeur primitive.

Les prises de sang doivent ramener du sang circulant, et non du sang de stase. Par conséquent, elles doivent être faites à la veine, sans garrot, ou, si l'application de celui-ci est nécessaire pour trouver le vaisseau, il doit être enlevé avant toute soustraction sanguine. Il nous est arrivé d'utiliser pour le dosage du sang recueilli par ponction artérielle.

Tel est le plan général des recherches poursuivies sous notre direction par A. Suberbielle dans sa thèse de 1933. Y. Rioux, précédemment, avait aussi pratiqué un certain nombre de dosages chez des cardiaques ; mais son travail étant d'un ordre plus général, il n'avait pas étudié la lactacidémie d'effort, ni le temps de *resynthèse*, et il s'était contenté de mesurer la lactacidémie de base.

Voici les résultats des dosages pratiqués — chez des cardiaques — par Y. Rioux en 1931 et Suberbielle en 1933 :

**Résultats de l'étude de la lactacidémie des cardiaques.** — 1. Voici tout d'abord les chiffres de la lactacidémie de base recueillis chez divers sujets atteints d'affections diverses de l'appareil circulatoire.

A. Dans un premier groupe, nous réunissons les malades chez lesquels on ne découvrirait aucun signe clinique d'insuffisance circulatoire :

Rioux. — Malade N° 1. — Hypertension sans décompensation : 0,08.

Malade N° 2. — Anévrisme de l'aorte avec médiastinite ; dyspnée légère ; aucun signe d'insuffisance cardiaque : 0,10.

Malade N° 4. — Angine de poitrine. Pas d'insuffisance en dehors des crises. Dosage fait en période de calme : 0,10.

Malade N° 6. — Insuffisance aortique compensée : 0,09.

Malade N° 7. — Hypertension sans insuffisance cardiaque : 0,11.

Malade N° 10. — Hypertension sans insuffisance cardiaque : 0,05.

Malade N° 11. — Insuffisance aortique compensée : 0,07.

Malade N° 14. — Angine de poitrine. Pas de troubles circulatoires en dehors des crises. Sang prélevé en l'absence de toute crise : 0,10.

Rappelons que, avec la technique employée par Y. Rioux, la lactacidémie normale est aux environs de 0,11 centigrammes.

SUBERBIELLE. — Malade N° 1. — Emphysème pulmonaire, qui a entraîné des accidents antérieurs d'insuffisance cardiaque. Actuellement, pas de troubles circulatoires : 0,12

(1) Kayser et Masius viennent d'insister à nouveau sur la nécessité du repos couché pour obtenir une lactacidémie de base véritable qui dans ces conditions ne présente chez un même individu que des variations presque insignifiantes.

Malade N° 2. — Maladie d'Hogdson bien compensée : 0,15.

Malade N° 3. — Hypertension à 22-10 ; pas de signes cliniques d'insuffisance circulatoire. Bruit de galop : 0,14.

Malade N° 4. — Maladie d'Hogdson bien compensée : 0,16.

Malade N° 5. — Insuffisance aortique bien compensée : 0,15.

Malade N° 6. — Insuffisance aortique bien compensée : 0,15.

Malade N° 7. — Pouls lent permanent. Pas d'insuffisance cardiaque. Rythme à 42 : 0,15.

Malade N° 8. — Maladie d'Hogdson sans insuffisance cardiaque : 0,16.

Malade N° 9. — Hypertension à 30-19. Ictus par hémorragie cérébrale. Dyspnée. Pas de signes évidents d'insuffisance cardiaque : 0,20.

Malade N° 10. — Rétrécissement mitral. Tuberculose pulmonaire. Pas d'insuffisance cardiaque : 0,12.

Malade N° 11. — Hypertension, pas d'insuffisance cardiaque : 0,11.

Malade N° 12. — Insuffisance aortique bien compensée : 0,14.

Malade N° 13. — Angine de poitrine. Pas de troubles d'insuffisance cardiaque : en dehors des crises : 0,12.

Au cours d'une crise : 0,13.

Rappelons que, d'après la méthode employée par Suberbielle, la lactacidémie normale peut être évaluée à 0,14 centigrammes par litre de sang.

Ainsi, chez 21 malades porteurs de lésions cardiaques qui ne troublent pas leur équilibre circulatoire, le taux de la lactacidémie est resté normal 19 fois. Chez un sujet atteint d'une maladie d'Hogdson compensée, mais qui avait entraîné des accidents antérieurs, A. Suberbielle trouve 18 centigrammes d'acide lactique au lieu de 14. Chez un autre malade, hypertendu, qui vient de faire une hémorragie cérébrale, l'acide lactique s'élève à 20 centigrammes. Mais la dyspnée qui existait chez ce sujet, la multiplicité des troubles nerveux, pulmonaires, cardiaques dont il était atteint, ne permettent pas de voir une relation certaine entre ce chiffre d'acide lactique et l'état du cœur.

Par conséquent, dans la règle, et sauf de rares exceptions, nous pouvons affirmer que des sujets atteints de lésions cardiaques, d'hypertension, ont une lactacidémie normale s'ils ont conservé un équilibre circulatoire satisfaisant.

B. Etudions maintenant l'acide lactique chez les sujets en état d'insuffisance cardiaque plus ou moins marquée.

Rioux a trouvé les chiffres suivants :

Malade N° 3. — Insuffisance cardiaque légère : 0,08.

Malade N° 8. — Grande insuffisance cardiaque.

Premier dosage au cours d'accidents circulatoires sévères : 0,14 centigrammes.

Second dosage après le retour d'un équilibre circulatoire suffisant, grâce à l'action de tonicardiaques : 0,09 centigrammes.

Malade N° 9. — Grande insuffisance cardiaque : 0,19 centigrammes.

Malade N° 12. — Insuffisance cardiaque : 0,08 centigrammes.

Malade N° 15. — Insuffisance cardiaque : 0,16 centigrammes.

Malade N° 16. — Insuffisance cardiaque : 0,25 centigrammes.

Malade N° 17. — Insuffisance cardiaque légère : 0,09 centigrammes.

De son côté, A. Suberbielle, chez 15 cardiaques en état de décompensation plus ou moins marquée, a trouvé les résultats suivants :

Malade N° 14. — Insuffisance cardiaque légère chez un emphysémateux : dyspnée, cyanose légère, tachycardie, congestion des bases, léger œdème malléolaire : 0,19 centigrammes.

Second dosage après traitement par la digitale et la théobromine : 0,15 centigrammes.

Malade N° 15. — Grande insuffisance cardiaque ; pouls arythmique, très rapide, très petit, dyspnée intense, cyanose : dosage dans le sang artériel : 0,63 centigrammes.

Malade N° 16. — Insuffisance cardiaque : 0,23.

Malade N° 17. — Insuffisance cardiaque : 0,18.

Malade N° 18. — Maladie d'Hogdson ayant entraîné une insuffisance ventriculaire gauche : 0,27.

Second dosage, après traitement digitalique : 0,17.

Malade N° 20. — Insuffisance cardiaque légère : 0,19.

Malade N° 21. — Maladie mitrale en hyposystolie : 0,32

Second dosage, après administration de tonicardiaques : 0,18.

Malade N° 22. — Grande insuffisance cardiaque. Dyspnée permanente. Gros foie cardiaque : 0,37.

Malade N° 23. — Insuffisance cardiaque complète : 0,25.

Malade N° 24. — Insuffisance cardiaque légère : 0,16.

Malade N° 25. — Pouls lent permanent.

Premier dosage en équilibre circulatoire complet : 0,15.

Second dosage après décompensation légère, dyspnée, cyanose, œdème malléolaire : 0,18.

Ainsi, sur 21 malades en état de décompensation, 3 seulement (malades N° 3, 12 et 17 du Dr Y. Rioux) ont conservé une lactacidémie normale. Les dix-huit autres ont une hyperlactacidémie parfois modérée (chez 7 d'entre eux, le taux de l'acide lactique reste inférieur au double du taux normal) mais le plus souvent très forte (chez onze malades, elle atteint le double, et chez quelques-uns le triple, du taux normal. Le chiffre le plus important, 0,67, a été noté chez un grand asystolique près de sa fin, et d'une façon générale, il y a une corrélation entre l'intensité des accidents cliniques constatés et le degré de l'hyperlactacidémie.

Chez quatre malades, Y. Rioux et A. Suberbielle ont vu diminuer l'acide lactique du sang lorsque l'administration de toni-cardiaques avait amélioré les symptômes cliniques : Y. Rioux a trouvé chez un malade 0,14, puis 0,11. Chez trois malades de A. Suberbielle, la lactacidémie passe respectivement chez le premier de 0,19 à 0,15 ; chez un second, de 0,27 à 0,17 ; chez un troisième de 0,32 à 0,18.

Inversement le sang d'un malade de A. Suberbielle (malade n° 25) contient 0,15 centigrammes d'acide lactique avant toute défaillance et 0,18 après l'apparition de signes discrets d'hyposystolie.

Par conséquent, nous pensons être en droit de conclure que, dans l'immense majorité des cas, l'insuffisance cardiaque s'accompagne d'une hyperlactacidémie notable.



**Mesure de la lactacidémie d'effort et du temps de resynthèse.** — Les recherches de cet ordre, dont nous avons exposé précédemment les principes directeurs, ne peuvent, de toute évidence, être poursuivies que chez des malades porteurs de lésions cardiaques, mais ayant conservé un équilibre circulatoire sinon parfait, du moins largement suffisant.

Il est assez difficile d'adopter une épreuve d'effort absolument uniforme pour tous les malades. L'un de nous a déjà montré, dans sa thèse et dans diverses publications, combien le même effort pouvait être différent pour des sujets différents, suivant leur entraînement antérieur, l'état de leur musculature, etc... Aussi est-il fort logique d'avoir recours, comme l'ont fait Y. Diaz et Cuenca, à la marche, exercice que tous pratiquent et auquel, dans une certaine mesure, tout individu est préparé.

Diaz et Cuenca font exécuter à leurs malades une marche d'une demi-heure, à un rythme donné : 3.000 à 3.500 pas. Après pareil effort, la lactacidémie d'un sujet normal augmente, en moyenne, de 0,08 centigrammes par litre ; pour qu'elle revienne à son taux primitif, douze minutes de repos sont nécessaires.

A. Suberbielle a pratiqué, sur notre demande, la recherche de la lactacidémie d'effort et du temps de resynthèse chez 7 malades.

*Malade N° 2 (déjà cité).* — Maladie d'Hogdson bien compensée :

Lactacidémie de base : 0,18.

Marche : 2.900 pas en 30 minutes.

Pouls à 88. Respiration 29.

Lactacidémie d'effort : 0,29.

Repos : 30 minutes.

Pauls à 86. Respiration à 29.

Lactacidémie : 0,27.

*Malade N° 5.* — Insuffisance aortique bien compensée.

Lactacidémie de base : 0,12.

Marche : 3.500 pas en 30 minutes.

Pouls 92, dyspnée 29.

Lactacidémie d'effort : 0,32.

Repos : 30 minutes. Lactacidémie : 0,37.

Lactacidémie : 0,27.

*Malade N° 8.* — Maladie d'Hogdson bien compensée :

Lactacidémie de base : 0,14.

Marche : 15 minutes, interruption par suite de l'apparition d'une douleur rétrosternale.

Lactacidémie d'effort : 0,23.

Repos : 30 minutes.

Lactacidémie : 0,21.

*Malade N° 6.* — Insuffisance aortique bien compensée.

Lactacidémie de base : 0,15.

Marche : 30 minutes.

Lactacidémie d'effort : 0,34.

Repos : 30 minutes.

Lactacidémie : 0,19.

*Malade N° 12.* — Insuffisance aortique bien compensée.

Lactacidémie de base : 0,14.

Marche : 3.200 pas en 30 minutes.

Lactacidémie d'effort : 0,37.

Repos : 30 minutes.

Lactacidémie : 0,28.

*Malade N° 13.* — Insuffisance cardiaque légère.

Lactacidémie de base : 0,27.

Marche lente : 2.500 pas en 30 minutes.

Lactacidémie d'effort : 0,43.

Repos : 30 minutes. Lactacidémie : 0,37.

*Malade N° 24.* — Insuffisance cardiaque légère.

Lactacidémie de base : 0,16.

Marche : 30 minutes.

Lactacidémie d'effort : 0,38.

Repos : 30 minutes : 0,28.

En somme, chez ces 7 malades, atteints de lésions cardiaques, l'épreuve de l'effort physique montre d'indiscutables perturbations du cycle de l'acide lactique.

Le taux de l'acide lactique augmente, au cours de l'effort, dans des proportions notablement supérieures à celles notées chez un sujet normal : au lieu d'une augmentation de huit centigrammes, nous trouvons chez nos sept malades une élévation de 11, 20, 19, 9, 23, 16 et 22 centigrammes.

Le temps de resynthèse est considérablement allongé. Une demi-heure de repos n'a suffi chez aucun sujet traité à ramener à ses chiffres antérieurs le taux de l'acide lactique.

Or, les malades qui ont fait l'objet de cette dernière série de recherches n'étaient pas en état d'asystolie confirmée. Plusieurs, porteurs de lésions, n'éprouvaient aucun trouble fonctionnel appréciable, d'autres avaient des accidents cliniques très discrets. La lactacidémie de base de certains était sensiblement normale.

On comprend, par conséquent, la grande valeur et l'intérêt tout particulier de l'étude de la lactacidémie d'effort et du temps de resynthèse. Ils sont perturbés chez des malades dont le cœur est apparemment compensé ; ils peuvent révéler l'insuffisance cardiaque à son stade de début, alors que le cœur a perdu seulement une partie de cette force de réserve qui lui permet de faire face aux exigences du travail musculaire, mais conservé une puissance suffisante pour assurer la circulation d'un sujet au repos. Il y aurait là, si les résultats ultérieurs en confirment la fidélité, une épreuve d'aptitude à l'effort particulièrement précieuse, puisque l'on sait combien sont critiquées celles dont nous disposons à l'heure actuelle.

**La portée de ces résultats.** — La lecture de ces résultats semble, à première vue, permettre de conclure que le taux de l'acide lactique du sang est fonction d'un heureux équilibre circulatoire, et que, par suite, l'hyperlactacidémie est une des conséquences et un des meilleurs symptômes de la défaillance cardiaque.

Peut-on, sans discussion, accepter pareille proposition ?

**A. L'HYPERLACTACIDÉMIE EST-ELLE LA CONSÉQUENCE DIRECTE DES TROUBLES CIRCULATOIRES ?** — Il ne faut pas manquer de poser cette question préalable.

Car si divers troubles observés chez les cardiaques, mais constatés aussi chez d'autres malades, peuvent engendrer cette hyperlactacidémie, nous ne pouvons plus accorder une quelconque valeur sémiologique à cette modification humorale.

Y. Rioux a systématiquement étudié la lactacidémie au cours de maladies fort variées : affections pulmonaires aiguës et chroniques, néphrites, septicémies, lésions du système nerveux, affections du foie, etc... Il n'a jamais trouvé d'hyperlactacidémie franchement

élevée — en dehors des cardiopathies — qu'au cours des affections hépatiques ; et ses résultats sont en plein accord avec ceux de Jervell, Oppenheimer, Adler, Lange, etc...

Bon nombre de nos asystoliques avaient sans doute un certain degré de congestion hépatique, et l'on pourrait, de ce fait, se demander si, chez les cardiaques eux-mêmes, l'hyperlactacidémie ne provient pas de troubles fonctionnels du foie, conséquence de la congestion passive de l'organe.

Nous ne croyons pas que cette hypothèse puisse être retenue, car nous n'avons jamais trouvé une correspondance précise entre le taux de l'acide lactique et le degré de la congestion hépatique. Plusieurs de nos malades, chez lesquels celle-ci manquait complètement, étaient bien cependant en état d'hyperlactacidémie.

En dehors des troubles fonctionnels hépatiques, ni les troubles rénaux, ni les troubles pulmonaires ne paraissent capables de modifier le taux de l'acide lactique du sang. Y. Rioux a dosé l'acide lactique de malades atteints de diverses affections pulmonaires aiguës ou chroniques, de néphrétiques : les chiffres obtenus sont sensiblement normaux.

Il faut donc conclure que la modification de l'acide lactique du sang, chez les asystoliques, est, précisément, une conséquence directe de leur insuffisance.

Reste à savoir maintenant par quel mécanisme.

**B. MÉCANISME DE L'HYPERLACTACIDÉMIE.** — L'augmentation du taux de l'acide lactique du sang ne peut s'expliquer que par deux mécanismes : ou bien ce corps est formé en trop grande quantité ou bien l'organisme est incapable d'éliminer l'acide lactique, formé en quantité normale, et qui, par conséquent, s'accumule dans le sang.

Peut-on penser que, chez le cardiaque, existe une hyperproduction d'acide lactique ?

C'est la conception à laquelle se sont arrêtés Y. Diaz et Cuenca : il y aurait, disent-ils, chez les cardiaques, une hyperlactacidurie parallèle et proportionnelle à la lactacidémie ; on trouverait d'autre part chez eux une différence beaucoup plus marquée que chez les sujets normaux entre l'acide lactique du sang artériel et l'acide lactique du sang veineux.

Ces arguments sont d'ailleurs discutables ; car la lactacidurie peut être tout aussi bien la conséquence d'un défaut de destruction que d'un excès de formation ; et les dosages combinés de l'acide lactique du sang artériel et du sang veineux n'ont pas donné à tous les auteurs des résultats probants.

Enfin l'explication de cette hyperproduction d'acide lactique est difficile. Diaz et Cuenca estiment qu'elle résulte d'une asphyxie tissulaire. On sait, suivant les travaux de Warburg, que les tissus en anaérobiose forment, au cours de leur métabolisme, une proportion plus forte d'acide lactique. Chez les cardiaques l'insuffisance circulatoire, privant les tissus d'oxygène, les amènerait à fonctionner sous le régime de l'anaérobiose, et, partant, à produire une quantité plus forte d'acide lactique.

L'amélioration de certains malades par l'oxygénothérapie serait un argument supplémentaire à cette conception. En réalité, les faits ne sont guère en accord avec cette explication.

Les travaux de Dautrebande, Van Slyke, Henderson, les résultats obtenus ici même par H. Vital, dans sa thèse de 1934, montrent que le sang artériel de la grande majorité des cardiaques est parfaitement saturé en oxygène. Il ne s'agit pas chez eux, sauf en cas de grosses complications pulmonaires, d'anoxyes respiratoires, suivant la classification de Peters et Van Slyke, c'est-à-dire des seules qui puissent être améliorées par l'oxygénothérapie. Peut-être, le taux de l'oxygène artériel étant normal, s'agit-il d'une anoxye circulatoire, due au ralentissement du débit sanguin, peut-être seulement d'une anoxye tissulaire. Ces deux points restent encore en discussion. Mais la preuve formelle de la privation des tissus en oxygène reste à faire, et ni les faits ni l'explication donnée par Diaz et Cuenca ne sont pleinement satisfaisants.

Inversement, l'hyperlactacidémie tiendrait-elle au défaut de destruction, ou pour mieux dire, au défaut de resynthèse de ce corps ?

Suivant Perger, confirmé par bon nombre d'auteurs, une solution de lactate de soude, injectée dans la veine d'un cardiaque, met beaucoup plus de temps à disparaître chez lui que, dans les mêmes conditions, chez un sujet normal.

En tout état de cause, et sans se prononcer sur la formation normale ou exagérée de l'acide lactique, le défaut de resynthèse est donc indiscutable.

Mais comment expliquer ce défaut de resynthèse ? On sait que celle-ci, à l'inverse de la formation de l'acide lactique, est un phénomène essentiellement aérobie. On est donc encore amené à invoquer le défaut d'oxygène — et l'on se heurte aux objections que nous venons de présenter à cette théorie.

Aussi Eppinger a-t-il proposé une conception tout à fait particulière, qui concilierait toutes les données : il existerait, chez les cardiaques, une mauvaise utilisation d'oxygène. Les tissus, les muscles en particulier, recevraient une quantité normale d'oxygène, mais ils seraient incapables de l'utiliser : et ce défaut d'utilisation musculaire empêcherait la transformation en glycogène d'une grande partie de l'acide lactique.

En somme, l'explication de l'hyperlactacidémie des cardiaques est difficile. Tout ce que l'on sait de la formation, de l'élimination de l'acide lactique amène à penser qu'il faut voir dans l'hyperlactacidémie une conséquence d'une oxygénation défectueuse des tissus : c'est du moins le facteur qu'invoquent, plus ou moins directement, toutes les théories qui ont été proposées. Or, cette carence tissulaire en oxygène ne peut être démontrée, et la preuve directe ne peut en être apportée.

Que conclure ? sinon que l'hyperlactacidémie des cardiaques est un fait établi par les résultats concordants des dosages de Meakins et Long, Groag et Schwarz, Jervell, de Diaz et Cuenca, de Y. Rioux, de A. Suberbielle ; que son explication est malaisée ; qu'elle est sans doute un témoin de défaut du métabolisme cellulaire dû à la stase sanguine.

Cette explication, aussi vague soit-elle, est sans doute exacte, mais peut-être incomplète et l'on devrait, en réalité, se demander si le muscle cardiaque malade ne peut pas, directement, conduire à la formation exagérée d'acide lactique, si, en quelque sorte, au lieu d'envisager l'hyperlactacidémie comme une





**Anusol** *La*  
*médication la plus efficace des hémorroïdes*

**INDICATIONS:** Hémorroïdes, fissures anales, rhagades anales, prurit anal, proctite et abcès proctitiques, ténésme, défécations douloureuses de toute origine, y compris celles liées à des affections du rectum pendant les règles et la grossesse.

**RESULTATS:** Élévation de la pression sanguine dans les plexus veineux hémorroïdaires. Disparition rapide des paquets hémorroïdaires, des hémorragies et des troubles circulatoires. En un mot, amélioration immédiate des troubles subjectifs et des symptômes objectifs.

**MODE D'EMPLOI:** Un suppositoire Anusol matin et soir.  
 ÉCHANTILLONS ET LITTÉRATURE A LA DISPOSITION DE MM. LES MÉDECINS

**LABORATOIRES SUBSTANTIA, M. GUÉROULT, Pharm., 13, Rue Pagès, SURESNES (Seine)**

Hypertensions  
 ET TOUS ÉTATS  
 SPASMODIQUES  
 DE LA MUSCULATURE  
 LISSE

BENZOATE DE BENZYLE



**OLETHYLE-BENZYLE**

Le seul en **GÉLULES**  
**CAPSULES**  
**MOLLES**

*Littérature - Échantillons - Posologie.*  
 LABORATOIRE CENTRAL DE PARIS  
 122 Rue du Faubourg Saint-Monré, Paris

-conséquence extracardiaque de l'insuffisance cardiaque, il ne faut pas y voir un trouble résultant directement d'une mauvaise contraction du myocarde.

Telles sont les perspectives que nous offre, actuellement, l'étude de l'hyperlactacidémie des cardiaques. Il ne faut certes pas y chercher, d'ores et déjà, un moyen pratique d'apprécier l'insuffisance ventriculaire.

Mais elle a pour intérêt de nous ouvrir quelques horizons sur les échanges des cardiaques; et partant, malgré tout ce qu'elle comporte encore de vague et d'inconnu, elle mérite d'être poursuivie (1).

#### BIBLIOGRAPHIE

- Thèses. — MASIVUS. *Th. Paris* (à paraître); — RIOUX. *Th. Bordeaux* 1931; — SUBERBIELLE. *Th. Bordeaux* 1933.  
Articles et monographies. — DIEZ et CUENCA. *La Medicina ibera*, 1930, N° 641; — DIAZ et MOUSERA. *Communication au XX<sup>e</sup> Congrès français de médecine*, Montpellier 1929; — EPPINGER, KIRSCH et SCHWARZ. *Das Versagen des Kreislaufes*, 1928. — JERVELL. *Act. Med. Scandinav.* Supplément XXIV, 1928; — MEAKINS. *J. Clin. Invest.*, 1927, 4-273.

## SOCIÉTÉS SAVANTES

### SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX (SÉANCE DU 8 NOVEMBRE 1935)

Un signe clinique caractérisant les distensions vésiculaires. Tension vésiculaire provoquée. — MM. CHIRAY et MALINSKY, La manœuvre proposée par les auteurs pour rendre plus sûr le diagnostic des vésicules biliaires distendues consiste à ne plus percevoir la vésicule au palper, mais à la faire voir par la voussure qu'elle dessine sous les téguments. Ce procédé surtout utile pour les hydrocholécystites.

Infarctus du myocarde à type d'ictus apoplectique. — M. BICKEL. Dans cette observation, le coma profond constaté doit être attribué à des troubles vasculaires réflexes, véritable ictus circulatoire.

Perforation de la cloison interventriculaire d'origine myomalacique, suite d'infarctus myocardique. — M. BICKEL (Genève). Il s'agit de deux cas d'infarctus perforants de la cloison interventriculaire; dans l'un d'eux, la perforation a donné lieu à un souffle systolique.

Méningite aiguë lymphocytaire et urticaire survenues après injection d'un produit mercuriel. — MM. BÉNARD, POUMAILLOUX et NÉGREANU. Contribution à l'étiologie des méningites lymphocytaires bénignes, à propos d'un cas où un syndrome clinique accompagna une lymphocytose de 1.500 éléments. Le sujet était un ancien syphilitique et l'affection a été déclenchée par l'injection d'un produit mercuriel. La méningite était accompagnée d'une poussée urticarienne intense.

Méningites d'intolérance. — M. TZANCK. Théoriquement, il peut exister, au cours de la chimiothérapie, des réactions méningées semblables à celles des maladies infec-

tieuses. Ces méningites d'intolérance doivent être rapprochées des méningites sériques; elles peuvent être précoces ou survenir vers le dixième jour du traitement; elles peuvent n'apparaître que pour une seule substance. D'autres fois, il s'agit de polysensibilisation. Pratiquement, on doit opposer les méningites syphilitiques précoces, influencées par le traitement, aux réactions méningées d'intolérance, aggravées par lui.

Répercussion des états endocriniens sur le cœur. — MM. BINET et WELLER, ayant déterminé la teneur en glutathion du muscle cardiaque à l'état normal chez certains animaux et ayant constaté que ce muscle en contient une proportion beaucoup plus élevée que le muscle squelettique, ont suivi les variations de cette substance sous l'influence de conditions expérimentales variées et surtout après l'ablation des glandes endocrines: thyroïde, parathyroïde... Ils ont constaté chez les animaux athyroïdés et dépancréatinisés une forte diminution du taux du glutathion dans le muscle cardiaque, ce qui confirme la possibilité d'une répercussion des états endocriniens sur ce muscle.

Uricémie goutteuse. — MM. COSTE et GRIGAUT concluent de leurs recherches sur le dosage de l'uricémie que, malgré les perfectionnements apportés aux différentes méthodes, elles restent inapplicables au dosage de l'acide urique globulaire. Par contre, elles donnent pour l'acide urique plasmatique des chiffres satisfaisants. Les auteurs confirment la constance de l'hyperuricémie dans la goutte et ils indiquent certaines causes intéressantes de variations dans l'uricémie goutteuse (régimes, survenue des accès goutteux).

Tétanos cérébral d'emblée, compliquant une avulsion dentaire. Hémispasme facial. Guérison. — MM. JACQUET, THIEFFRY, MAURY et NAFTALIS. Quatre jours après une avulsion dentaire est apparue chez une malade une crise d'excitation furieuse aboutissant à un état d'obnubilation profonde, entrecoupée de périodes d'agitation et de vomissements avec Cheyne-Stokes intense, paralysie de l'accommodation, contractures du tronc. Le lendemain survinrent des crises de contractures caractéristiques (trismus, raideur de la nuque), qui permirent de reconnaître le tétanos. L'ensemencement de l'alvéole blessée donnant une culture pure de bacilles tétaniques. Traitement par la sérothérapie intra-veineuse et sous-cutanée avec un barbiturate dont l'action sur les contractures fut immédiat. Le tétanos resta partiel et guérit en cinq jours. Les auteurs proposent qu'on donne à ces formes le nom de tétanos cérébral d'emblée.

Maladie d'Addison et hormone cortico-surrénale. — M. VÉRAN (Nantes). Un cas de cachexie addisonnienne chez une malade alitée depuis deux ans, dans lequel l'hormone corticale permit une résurrection inespérée avec retour pendant un an à une vie active. Mort subite. La malade reçut une dose totale d'hormone répondant au poids énorme de 15 kilogr. de cortex frais. Cette hormone, dans la maladie d'Addison, n'a qu'une action dissociée et incomplète sur le fond chronique de l'affection et semble être le médicament héroïque des poussées aiguës.

Cette communication sur le traitement de la maladie d'Addison, par le sel marin ou par les glandes surrénales fraîches, amène une intéressante discussion, à laquelle prennent part MM. RIST, CAROLI, DREYFUS, SERGENT, APERT, BÉCLÈRE, J. BESANÇON, Emile WEIL.

Spirochétose méningée pure à forme mentale. — MM. GUILLAIN et Jean LEREBOLLET. Malade entrant à la clinique neurologique pour un état confusionnel avec fièvre et réaction méningée fruste. La spirochétose fut soupçonnée du fait de la pleocytose du liquide céphalo-rachidien, con-

(1) Nous renvoyons pour renseignements complémentaires sur la lactacidémie à la Thèse de M. Masivus, Paris, et nous remercions M. Kayser des renseignements qu'il a bien voulu nous faire communiquer. (A paraître.)



traitement bromuré, intensif, dissimulé.

# sédobrol "roche"

tablettes d'extrait  
de bouillon concentré  
achloruré et bromuré  
1 à 3 par jour.

Produits F. HOFFMANN-LA ROCHE & C<sup>ie</sup> 10, Rue Crillon, PARIS

La Méthode du Docteur PAUL FERRIER

## RÉGIME ET PHOSPHOCALCASE

est indiquée en vue d'un traitement physiologique de la

## TUBERCULOSE

quelles qu'en soient la forme et la localisation.

Strictement appliquée aux formes dites graves, elle a pour but de les transformer rapidement, en formes bénignes et curables.

Littérature et échantillons : LABORATOIRE DE LA PHOSPHOCALCASE, BOURGOIN (Isère).

TOUTES les Affections du **FOIE** et du **REIN** :

1 à 2 capsules à chacun des deux principaux repas de :

# CAPARLEM

HUILE DE HAARLEM (au Juniperus Oxycedrus)

QUALITÉ INCOMPARABLE ET ACTIVITÉ INSOUPEÇONNÉE

Laboratoire Lorrain de Produits Synthétiques purs — ETAIN (Meuse)



trastant avec une hyperalbuminose modérée et par la constatation d'une injection conjonctivo-ciliaire accentuée. Un séro-diagnostic positif prouva la nature spirochétosique de cette méningite. La contamination s'était faite par une chute dans la Seine, au cours d'une crise épileptique.

**Un cas de spirochétose ictérique avec paralysie.** — MM. LABBÉ, BOULIN, UHRY et ULMAN. Cas d'ictère grave spirochétosique avec survenue dans la phase préictérique d'une paralysie à début brusque avec abolition des réflexes tendineux, intégrité de la sensibilité et des sphincters. Rappelant tous les faits plaçant en faveur de l'affinité nerveuse du spirochète d'Ineda, les auteurs concluent à l'origine spirochétosique de la paralysie, le séro-diagnostic s'étant montré positif.

**Glycérophosphatase sanguine et maladie osseuse.** — MM. DUVOIR, LAYANI, PAUTRAT. Dans nombreuses maladies ostéo-articulaires, la constatation fréquente de variations importantes de la phosphatase conduit à des conclusions valables pour le diagnostic et le pronostic. L'augmentation de la phosphatase sanguine est le plus souvent observée. Parmi les différents cas d'une même maladie, ceux qui comportent les lésions les plus généralisées et les plus actives s'accompagnant des augmentations de phosphatase les plus grandes. L'étude de la phosphatase sanguine apporte donc un test important de l'activité des ostéopathies, et prend ainsi une valeur pronostique intéressante.

**Formes pseudo-grippales de la spirochétose anictérique.** — MM. KOURILSKY et NAMON. Deux cas de spirochétose anictérique caractérisés par une forte fièvre, une courbature diffuse et une éruption érythémateuse discrète du pharynx. Ces cas ont été étiquetés « grippe ». Il faut dans ces cas pratiquer un séro-diagnostic après 10 jours, qui éclairera le diagnostic. Ce diagnostic peut être fait par la constatation de la conjonctivite, par l'anamnèse, par l'existence d'urobilinurie, d'albuminurie discrètes et d'azotémie.

**Azotémie fébrile spirochétosique.** — M. CAROLI. Observation d'une septicémie spirochétienne concernant un professeur de culture chimique prenant des bains en rivière et en piscine. Hospitalisé avec une fièvre élevée qui dura huit jours et qui guérit sans rechute. Dans ce cas, en l'absence de signes méningés, de rougeur conjonctivale et d'urobilinurie, c'est la somnolence relevant d'une forte azotémie qui conduisit au diagnostic. Séro-agglutination positive à 1/100.000. Les auteurs, à propos de cette observation, MAY, DECOURT, BRULÉ, TROISIER, insistent sur l'atteinte du système nerveux par le spirochète.

## CONFÉRENCE

### LA SPIRITUALITÉ MÉDICALE DE LA GRÈCE ANTIQUE

Le 28 novembre 1935, à 21 heures, dans le grand amphithéâtre de l'Institut Océanographique, sous les auspices de l'Umfia, les *Voix latines* ont donné une conférence faite par M. le professeur LAIGNEL-LAVASTINE, sur : *La Spiritualité médicale de la Grèce antique*.

Le docteur Dartigues, Président de l'UMFIA, présente en termes des plus heureux le conférencier et remercie S. Exc. Nicolas Politis, envoyé extraordinaire et ministre plénipotentiaire de Grèce à Paris, d'avoir bien voulu accepter la présidence d'honneur de cette nouvelle conférence des *Voix latines*, et en terminant le docteur Dartigues cite les vers admirables de Musset sur la Grèce.

A propos d'une récente croisière « dans le sillage d'Hippocrate », qui fut un médecin voyageur, M. Laignel-La-

vastine montre par quatre exemples vécus comment la médecine est d'abord en Grèce un rameau de la religion et ensuite, devenue relativement autonome, en reste encore imprégnée.

Après un prologue, où le conférencier chante le charme d'Athènes et des Athéniens d'aujourd'hui, il décrit successivement Olympie, Delphes, Cos, Epidaure, qui forment comme les quatre stations de ce voyage médical.

Avec une clarté tout hellénique, l'orateur, pour chacune d'elles, résume l'excursion et dit les réflexions qu'elle lui suggère sur la spiritualité médicale grecque.

Olympie, centre et nœud religieux de la Grèce, montre le double mouvement de l'expression religieuse qui s'incarne physiquement dans les jeux sportifs, et intellectuellement dans l'architecture, la sculpture et la littérature.

De Catacolo, le petit chemin de fer, à travers un paysage toscan, avait gagné le bois ombré d'Olympie, tout peuplé de soubassements de temples et de colonnes. Au musée, le fronton de droite du temple de Zeus montre Apollon vainqueur calmant les rixes des buveurs. Ainsi l'esprit apollinien triomphe du dionysiaque. C'est, inscrit dans le marbre dès le v<sup>e</sup> siècle, la leçon que dégagera Nietzsche au xix<sup>e</sup> siècle.

Delphes est le lieu sacré de l'oracle aux flancs du Par-nasse, avec la source dans le creux de la roche et les vapeurs sortant d'une fissure de la terre.

Les membres de la croisière montèrent ensuite de la fontaine de Kastalie au trésor d'Athènes, au trépied de la Pythie, au théâtre de Dionysos et jusqu'au stade et redescendirent au Musée, où l'énigmatique sourire des cariatides du Trésor des Cnidiens s'apparente au sourire des Koré du musée de l'Acropole et au sourire de Reims.

La Pythie, pour la neurologie, c'est la grande hystérique ; pour l'historien, c'est l'instrument de la divination. Et l'art divinatoire, dans toutes ses manifestations toujours semblables au cours des âges, malgré la diversité apparente de leurs modalités, se ramène essentiellement à une évasion plus ou moins provoquée des automatismes, déterminant des manifestations que le devin — aruspice, astrologue, pythionisse, sybille, radiesthésiste, etc... — interprète ensuite avec son intuition, son intelligence, sa perspicacité et son sens pratique des contingences. A Delphes, c'est le pathologique au service du spirituel. A Cos, c'est la médecine qui sort du temple. L'Asklepeion persiste encore, majestueux. La doctrine hippocratique lui parut toujours vivante : l'homme ne peut être séparé de Kosmos dont il dépend, ni la maladie de l'état sain, qu'elle contribue à faire connaître, et vers lequel elle tend à nouveau. Si, d'une part, elle est agression, elle est encore plus réaction et réaction utile.

Epidaure facilite ces réactions par une triple cure, religieuse, physique et médicamenteuse. L'excursion à Epidaure fait comprendre ce qu'était une grande station hydro-climatique dans la Grèce antique. Les prêtres d'Asclépios y pratiquaient la psychothérapie, plus précisément l'oniromancie et en tiraient des inductions thérapeutiques très voisines de celles de la psychanalyse. Ainsi la médecine grecque, du fait de sa spiritualité même, avait saisi d'emblée l'importance du dynamisme, de l'analyse psychique et de la psychothérapie. Il fallut une course de 25 siècles pour y revenir.

Parmi la nombreuse assistance, on pouvait compter une soixantaine de membres de la colonie grecque de Paris, des membres de la Faculté de Médecine, en particulier le professeur J.-L. Faure, des membres de la Faculté de Droit de Paris, ainsi que de nombreux médecins de l'UMFIA.



Pastilles de  
**PANFLAVINE**  
 TRAITEMENT et PROPHYLAXIE des

A base de Trypatlavine

**ANGINES**  
rouges, pultacees, diphtheriques

**STOMATITES**

**MUGUET**

Innocuité absolue —  
 Pas de contre-indications

EN BOITES DE 30 PASTILLES

LITTÉRATURE ET ÉCHANTILLONS  
 EDMOND RIGAL & C<sup>o</sup>

**BAYER**

26, Rue Vauquelin, 26  
 PARIS (v<sup>e</sup>)

**Granules de CATILLON STROPHANTUS**

à 0,001 Extrait Titré de

C'est avec ces granules qu'ont été faites les observations discutées à l'Académie de Médecine en 1889, elles prouvent que 2 à 4 par jour donnent une **diurèse rapide**, relèvent vite le **cœur affaibli**, dissipent **ASYSTOLIE, DYSPNÉE, OPPRESSION, ŒDÈMES**, Affections **MITRALES, CARDIOPATHIES** des **ENFANTS et VIEILLARDS**

**Granules de CATILLON 0,0001 STROPHANTINE GR.**

**TONIQUE du CŒUR par EXCELLENCE — TOLÉRANCE INDÉFINIE**

Priz de l'Académie de Médecine pour "Strophantus et Strophantine", Médaille d'Or Expos. Univ. 1900

PARIS, 3, Boulevard St-Martin. — R. C. Seine 48283

**SULFARSENOL**  
**ARSENOS-SOLVANT**

ADOPTÉS PAR LES HOPITAUX

**EKTOPHANOL**

SELS DE LITHIUM DE L'ACIDE PHENYLQUINOLEINE CARBONIQUE

Indications : Rhumatismes musculaires ou articulaires, aigus ou chroniques, Goutte, Sciatique, Lumbago, etc.

LABORATOIRES DE BIOCHIMIE MÉDICALE CH. DESGREZ, D<sup>r</sup> en Ph<sup>e</sup>, 19-21, rue Van-Loo, PARIS XVI<sup>e</sup> — Tél. Auteuil 26-62

## NOTES POUR L'INTERNAT (ORAL)

## HYDRONÉPHROSE

## SIGNES ET DIAGNOSTIC

Distension aseptique du bassinot par l'urine en rétention, avec distension secondaire des calices, refoulement du parenchyme rénal, destruction lente et progressive de sa fonction.

Mais, à côté de cette forme classique bien individualisée, nombre de petites hydronéphroses (H. dynamiques) où la rétention prédomine, traduisant un trouble dans l'évacuation pyélique.

## CLINIQUE

Surtout rencontrée chez la femme jeune, et du côté droit.

Deux symptômes majeurs : les crises douloureuses, la tumeur rénale, qui peuvent s'associer ou rester très frustes, d'où les aspects cliniques les plus divers.

1. Extrême fréquence des hydronéphroses occultes. — Tantôt découvertes par un examen urinaire complet pratiqué à l'occasion de troubles vagues ou commandé par l'existence d'une lésion pelvienne qui doit faire préciser l'état des reins. Tantôt ne se traduisant que par leur infection.

2. L'hydronéphrose avec crises douloureuses. — Crise douloureuse à type de colique néphrétique : irradiations caractéristiques, paroxysmes atroces, agitation, pâleur, tendance syncopale, température normale, oligurie ou même anurie réflexe passagère, contracture lombaire douloureuse rendant impossible le palper du rein.

La crise se termine en un ou deux jours : débâcle urinaire, parfois hématurie, parfois constat passager d'une tumeur rénale volumineuse, tendue, douloureuse, difficile à palper (tumeur à éclipses).

Ces crises de rétention vont se répéter, plus ou moins espacées, leur fréquence pouvant rendre une intervention rapidement nécessaire.

Dans leur intervalle, il n'existe en règle ni douleurs, ni tumeur rénale, ni modifications des urines.

3. La grosse hydronéphrose à forme tumorale. — Elle se révèle tardivement par une sensation de pesanteur lombaire, quelques troubles de compression.

C'est une énorme tumeur rénale, donnant ballonnement et contact lombaire, bosselée, arrondie, tendue ou rénitente, indolente, souvent variable, mate et barrée à gauche par la sonorité colique.

4. Fréquence des petites hydronéphroses. — Soit de forme hématurique, où l'association d'hématuries aux phénomènes douloureux pourrait imposer pour une lithiasie ; soit essentiellement douloureuses : crises douloureuses violentes greffées sur un fond de douleurs continues. Persistance dans l'intervalle des crises d'un point douloureux costolombaire net.

5. Les hydronéphroses secondaires. — Hydronéphroses des cancers pelviens, des lithiasiques, des distendus, du rein mobile, traduisant une obstruction lente et progressive des voies excrétrices.

Petites hydronéphroses secondaires aux interventions pelviennes, qui relèveraient d'une atteinte de l'innervation intrinsèque de l'uretère, avec atonie secondaire.

## L'EXPLORATION URINAIRE

dans toutes ces formes permet seule le diagnostic.

La cystoscopie peut montrer une anomalie des orifices urétéraux. Permet le cathétérisme urétéral.

Tantôt la sonde bute et ne peut parvenir jusqu'au bassinot : obstacle ou spasme ;

Tantôt elle parvient jusqu'au bassinot et on note alors :

L'issue, sans éjaculation, d'une quantité d'urine supérieure à la capacité pyélique normale : rétention (si la rétention est pyélo-urétérale, ce signe est observé dès que la sonde a franchi l'obstacle urétéral),

La possibilité d'injecter une quantité de liquide bien supérieure à la capacité normale du bassinot : distension.

L'urétéro-pyélographie, après injection rétrograde d'un liquide opaque (sinon après injection intra-veineuse d'uroselectan),

Précise l'unilatéralité ou la bilatéralité des lésions ;

Dessine l'image de la dilatation, montrant :

Soit une poche purement pyélique ou pyélo-rénale (dilatation haute) ;

Soit en outre une dilatation fusiforme de l'uretère (dilatation basse) ;

Et parfois la tache claire d'un calcul, le trait clair d'un étranglement.

En l'absence de distension nette, la pyéloscopie montrerait des troubles de l'évacuation pyélo-urétérale (H. dynamique sans distension).

On complètera l'examen par :

l'étude chimique des urines séparées (valeur respective de chaque rein) ; le calcul de l'azotémie et de la constante d'Ambard (valeur globale de la fonction) ; l'examen cyto-bactériologique des urines (infection).

## EVOLUTION

En l'absence d'intervention, l'hydronéphrose augmente, aboutissant à la destruction lente et progressive de la fonction rénale. Parfois longtemps silencieuse, d'autres fois l'H. revêt une allure grave, du fait :

De la répétition des crises douloureuses,

Ou de complications :

Mécaniques, elles sont exceptionnelles : hématonéphrose, rupture ;

Surtout infectieuses : tableau d'uro-pyonephrose avec alternatives de rétentions douloureuses et fébriles et de débâcles purulentes avec sédation passagère. Danger de rupture et surtout de passage à la chronicité.

Le pronostic est donc sévère, du fait surtout de l'altération progressive de la fonction rénale, surtout redoutable quand l'atteinte rénale est bilatérale. Il est moins grave lorsque l'on peut agir sur la cause de l'hydronéphrose.

## DIAGNOSTIC

Seule l'exploration urinaire complète permet de l'affirmer.

Une tumeur : il faut éliminer :

Rein polykystique, kyste hydatique du rein, tumeur ou kyste para-néphrétique ; surtout les tumeurs de voisinage : kyste hydatique du foie, hydro-cholécyste, kyste du mésentère, tumeur de la rate, kyste du pancréas, kyste de l'ovaire, tumeur de l'angle colique.

Des crises douloureuses : appendicite, colique hépatique, surtout colique néphrétique : hématuries et douleurs, l'hydronéphrose peut tout simuler de la lithiasie.

Crises douloureuses du rein mobile : il est difficile de faire la part de la ptose et de la distension pyélique, mais souvent la néphropexie fera disparaître les troubles.

CHRISTIAN PIERRA.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.



# LIPIODOL LAFAY

THÉRAPEUTIQUE IODORGANIQUE ET RADIODIAGNOSTIC

Huile iodée à 40%.  
54. centigr. d'iode pur par centi. cube



*Injection intra-utérine  
de Lipiodol*



*Injection intra-fistulaire  
de Lipiodol*



## POUR COMBATTRE

ASTHME  
ARTÉRIOSCLÉROSE  
LYMPHATISME  
RHUMATISME  
ALGIES DIVERSES  
SCIATIQUE  
SYPHILIS

## POUR EXPLORER

VOIES RESPIRATOIRES  
UTÉRUS ET TROMPES  
SYSTÈME NERVEUX  
VOIES URINAIRES  
SINUS NASaux  
VOIES LACRYMALES  
ABCÈS ET FISTULES

AMPOULES, CAPSULES,  
EMULSION, COMPRIMÉS

**A. GUERBET & C<sup>IE</sup>**

Pharmacien

Ex-interne des Hôpitaux de Paris

22, Rue du Landy

St-OUEN (près Paris)

### Dosage :

1 cm<sup>3</sup>. = 0 gr. 54 d'iode

1 capsule  
1 cuiller à café  
d'émulsion } = 0 gr. 20  
d'iode

1 comprimé = 0. gr. 04 d'iode

LIPIODOL à 20%

LIPIODOL à 10% Ascendant

LE DIURÉTIQUE RÉNAL PAR EXCELLENCE

**SANTHÉOSE**

LE PLUS FIDÈLE, LE PLUS CONSTANT, LE PLUS INOFFENSIF DES DIURÉTIQUES

SES QUATRE FORMES

**PURE**

Le médicament régulateur par excellence, d'une efficacité sans égale dans l'artério-sclérose, la présclérose; l'albuminurie, l'hydropisie, l'urémie.

**PHOSPHATÉE**

L'adjuvant le plus sûr des cures de déchloruration et de désintoxication de l'organisme, dans la neurasthénie, l'anémie et les convalescences.

**CAFÉINÉE**

Le médicament de choix des cardiopathies, fait disparaître les œdèmes et la dyspnée, renforce la systole, régularise le cours du sang.

**LITHINÉE**

Le traitement rationnel de l'arthritisme et de ses manifestations; jügule les crises, enraye la diathèse urique, solubilise les accidents urinaires.

**DOSES : 2 à 4 Cachets par jour. — Ces cachets sont en FORME DE CŒUR et se présentent en boîtes de 24.**

**PRODUIT FRANÇAIS**4, rue du Roi-de-Sicile  
— PARIS —**PRODUIT FRANÇAIS**

## TRAITEMENT DE L'ENTÉRITE ET DE L'ENTÉRO-COLITE

La plupart des entérites et des entéro-colites sont dues au développement dans l'intestin des germes pathogènes protéolytiques dont les sécrétions irritent les parois intestinales, d'où les spasmes, l'hypersécrétion, les coliques, la diarrhée dans la plupart des cas, notamment dans les entérites aiguës, la constipation dans certains cas d'entéro-colite, quand le spasme domine l'hypersécrétion.

On sait depuis les travaux de METCHNIKOFF que le vrai traitement de l'infection intestinale consiste à favoriser le développement du bacille lactique, l'antagoniste des microbes protéolytiques.

Le traitement lactique pourtant n'a pas tenu ses promesses; parce qu'on s'est contenté jusqu'ici de faire absorber du bacille lactique. Trouvant dans l'intestin des conditions de développement défavorables, il ne peut profiter et reste sans effet. Pour réaliser un traitement lactique efficace, il faut lui fournir un aliment. C'est là le secret du succès de l'AMIDAL.

L'AMIDAL associe aux ferments lactiques de l'amidon paraffiné, préparé suivant la technique du professeur DOUMER, qui parvient non digéré jusque dans les parties les plus éloignées de l'intestin et y fournit au bacille lactique l'aliment qui permet sa prolifération. Dès lors, l'infection putride anaérobie ne résiste pas à son ennemi naturel.

Les entérites aiguës guérissent d'habitude en moins de quarante-huit heures, même dans les cas les plus graves, dans la diarrhée infantile par exemple. Toutes les diarrhées sont rapidement enrayées, même la diarrhée des tuberculeux si tenace; l'entéro-colite chronique que les antiseptiques intestinaux, toujours irritants, ne parviennent pas à améliorer, cède au seul bon traitement physiologique des infections intestinales que représente l'AMIDAL. Ce médicament agit non seulement sur les formes qui donnent de la diarrhée, mais aussi sur la constipation d'origine spasmodique des entéro-colitiques.

L'AMIDAL s'ordonne, soit en poudre à la dose d'une cuillerée à soupe à la fin de chacun des deux repas principaux, mêlée à de la confiture ou à une demi-banane bien écrasée, soit en cachets, comprimés ou dragées à la dose de 6 à 8 par vingt-quatre heures.

Il est utile dans certains cas d'entéro-colite d'associer au traitement de l'infection un traitement symptomatique dirigé contre le spasme et l'hypersécrétion qui favorisent dans une certaine mesure la persistance de l'infection protéolytique. A ce point de vue, la GENATROPINE est d'une efficacité remarquable. A petite dose (x à xx gouttes ou 1 ou 2 granules 2 ou 3 fois par jour) elle fait disparaître les coliques douloureuses, lève le spasme, tarit la diarrhée.

**Laboratoires des Produits AMIDO,**

4, Place des Vosges, PARIS

Echantillons médicaux sur demande.

**AMIDAL****GÉNATROPINE**



*La Lancette Française***GAZETTE DES HOPITAUX****CIVILS ET MILITAIRES****PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI****ADMINISTRATION ET RÉDACTION :****49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6°. Tél. : Danton 48-31.****PUBLICITE : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6°) - Téléph. : Littre 54-93.****PRIX DE L'ABONNEMENT****FRANCE**

3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.

*Etudiants* : 25 francs par an.

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

**ETRANGER**

Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.

Tous les autres pays : 75 francs.

**SOMMAIRE****ANALYSES ET INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES***Tuberculose* (sous la direction de M. le professeur A. LEMIERRE), par M. P. ADIDA.**SOCIÉTÉS SAVANTES***Académie de médecine.* — Séance annuelle. — Prix décernés.**ÉLOGE DE DUTROCHET**, par M. Ch. ACHARD, secrétaire général de l'Académie de médecine.**INTÉRÊTS PROFESSIONNELS***Etudiants.* — *Médecins étrangers.***INFORMATIONS****HÔPITAUX DE PARIS.** — **CONCOURS DE L'EXTERNAT.** — Le jury, tel que nous l'avons donné le 7 décembre, est définitif et se compose de MM. Caroli, Julien Marie, Mollaret, Soulié, Gueullette, Blondin, Arousseau, Seillé, Lallemant.**HÔPITAUX DE PROVINCE.** — **MONTPELLIER.** — Le concours de l'internat des sanatoriums de Montpellier s'est terminé par la nomination de M. Paul Bétoulières, interne titulaire; M. Robert Fernand et M<sup>lle</sup> Andrée Galtier, externes en premier; M. Jean Bigounet, candidat classé.**FACULTÉS DE MÉDECINE.** — **PARIS.** — Dans une de ses dernières séances le Conseil de la Faculté a examiné la question de la création d'une chaire de clinique de cardiologie et celle du rétablissement d'une chaire de pathologie interne.— *Vacances de Noël et du Jour de l'an.* — La Faculté (cours, travaux pratiques et examens) sera fermée du dimanche 22 décembre 1935 au jeudi 2 janvier 1936 inclus.*Secrétariat.* — Les bureaux du secrétariat seront fermés : 1° le 24 décembre; 2° du samedi 28 décembre 1935 au jeudi 2 janvier 1936 inclus.*Bibliothèque.* — La bibliothèque sera fermée : les lundi 23 et mardi 24 décembre 1935, et du vendredi 27 décembre 1935 au jeudi 2 janvier 1936 inclus.

Elle sera ouverte : le 26 décembre, mais seulement de 14 à 18 h.

**GUERRE.** — **Mutations :**

M. le médecin colonel Miorcec, médecin chef de l'hôpital militaire Villemin, est affecté à l'état-major de la région de Paris et place de Paris comme médecin chef.

MM. les médecins lieutenants-colonels Troude, de l'hôpital Villemin, est désigné comme médecin chef; Fribourg-Blanc, agrégé, du Val-de-Grâce, professeur à l'Ecole d'application, est affecté à l'hôpital militaire Bégin; Thibault est affecté à l'hôpital militaire de Haguenau comme médecin chef.

MM. les médecins commandants Bergeret, détaché au laboratoire d'études médico-physiologiques de l'aéronautique, Paris, est affecté au ministère de l'air, état-major général de l'armée de l'air, chef du laboratoire d'études médico physiologiques de l'armée de l'air; Debrie, chirurgien des hôpitaux militaires, de l'hôpital militaire Maillot à Alger, est affecté à l'hôpital militaire du Belvédère à Tunis; Bonnet, professeur agrégé du Val-de-Grâce, Ecole d'application du Service de santé militaire, Paris, est affecté à l'hôpital militaire Maillot, Alger; Pierron, du 14<sup>e</sup> tirailleurs algériens, Châteauroux, est affecté au 19<sup>e</sup> corps d'armée; Marican, de la région de Paris, est affecté à la base aérienne n° 131, Tours.**MÉDAILLE D'HONNEUR DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE.** — *Médaille d'or.* — M. le docteur Girard (de Cannes).*Médaille d'argent.* — MM. les docteurs Feuerbach (d'Alt-kirch) Heinze (de Riedisheim), Seidel (de Mulhouse).*Médaille de bronze.* — MM. les docteurs Kubler (de Soultz-malt), Schmitt (de Mulhouse).**GENÈVE.** — Le docteur Robert d'Ernst, l'éminent gynécologue de l'Université de Genève, a été élu président de l'Association des médecins du canton de Genève. Toutes nos sincères félicitations à notre excellent confrère et ami.**PRIX DES ARCHIVES HOSPITALIÈRES EN 1935.** — Le prix pour l'année 1935 a été attribué à M. Manuel Moreno, ancien interne de l'hôpital Saint-Michel, interne des hôpitaux de Paris.

Laboratoire Mialhe - 8 Rue Favart - Paris - 2°

La feuille de digitale se prescrit:

**Digi-LANATINE**Extrait total des glycosides  
du Digitalis Lanata

**MÉDAILLE COUVELAIRE.** — La remise de la médaille offerte à M. le professeur Couvelaire aura lieu à la Clinique Baudelocque, 121, boulevard du Port-Royal, le dimanche 15 décembre 1935, à 10 h. du matin, sous la présidence de M. le professeur Hartmann.

**BANQUET BEAUJARD.** — Les collègues, élèves et amis du docteur Beaujard, pour fêter son rétablissement et sa récente promotion dans la Légion d'honneur, lui offriront un banquet, au restaurant « La Pérouse », quai des Grands-Augustins, le samedi 21 décembre, à 20 h. (prix : 50 fr., tenue de ville).

Cette manifestation sera présidée par le docteur Antoine Béchère.

Prière d'adresser les adhésions, avant le 15 décembre, au docteur Jacques Toupet, 27, rue de Valois, Paris (1<sup>er</sup>).

**DISPENSAIRES ANTITUBERCULEUX DE L'ISÈRE.** — Aucun candidat n'ayant pu être admis à la suite du concours sur épreuves et sur titres qui a eu lieu le 29 octobre 1935 pour la nomination d'un médecin spécialisé des dispensaires antituberculeux de l'Isère, le Comité départemental de lutte contre la tuberculose a décidé de procéder à un nouveau concours. Ce concours, sur épreuves et sur titres, pour la nomination d'un médecin spécialisé des dispensaires antituberculeux de l'Isère, aura lieu à Grenoble, à l'hôpital civil, le mardi 12 mai 1936, à 8 h.

Pour les conditions, s'adresser à M. le président du Comité départemental de lutte contre la tuberculose, à la Préfecture de l'Isère, à Grenoble.

#### COMMISSION D'ADJUDICATION D'IMPRESSION DU CODEX.

— La Commission d'adjudication prévue à l'article 2 de l'arrêté du 9 novembre 1935 sera ainsi composée :

Président : M. Yves Martin, chef de bureau au ministère de l'éducation nationale, représentant le ministre de l'éducation nationale.

Membres : MM. le professeur Roussy, doyen de la Faculté de médecine de l'Université de Paris ; le professeur Guérin, doyen de la Faculté de pharmacie de l'Université de Paris ; le professeur Radais, doyen honoraire de la Faculté de pharmacie de l'Université de Paris ; Perrot et Bougault, professeurs à la Faculté de pharmacie de l'Université de Paris ; Loiseau, pharmacien à Paris ; Lormand, directeur du laboratoire national du contrôle des médicaments, secrétaire de ladite Commission.

## INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

### Réponses à des questions écrites.

#### ÉTUDIANTS

13700. — M. André Beauguitte demande à M. le ministre de l'éducation nationale si un étudiant qui a commencé ses études médicales par l'examen préparatoire de P.C.N. en 1932 et n'a pu les poursuivre faute du baccalauréat dont il vient de subir les deux parties en 1934-1935, peut continuer ses études médicales sous l'ancien régime du cinq années. (Question du 9 août 1935.)

Réponse. — Il résulte des termes mêmes de l'arrêté du 9 mars 1934 que les dispositions du décret du 6 mars 1934 portant réorganisation des études médicales sont applicables à partir du début de l'année scolaire 1935-1936 à tous les étudiants qui, à cette date, ne seront pas pourvus d'au

moins quatre inscriptions de médecine non périmées. La réponse à la question posée est donc négative. (J. O., 10 novembre 1935.)

13535. — M. Maurice Voirin demande à M. le ministre de l'éducation nationale si un jeune étudiant en médecine, qui a effectué sa deuxième année en 1932-1933, dont les travaux pratiques et stage ont été validés en temps voulu, peut être autorisé à passer à nouveau son examen de deuxième année, sans nouvelle scolarité, étant précisé qu'il n'a pu subir ses examens de deuxième année en juin 1933 pour raison de maladie. (Question du 9 juillet 1935.)

Réponse. — Cet étudiant ne peut être autorisé à passer à nouveau l'examen de fin de deuxième année qu'à la condition de recommencer la scolarité, les travaux pratiques et les stages hospitaliers afférents à cette deuxième année. (J. O., 10 novembre 1935.)

#### MÉDECINS ÉTRANGERS

14167. — M. Ballu demande à M. le ministre de la guerre : 1° si un médecin étranger, âgé de vingt-sept ans, marié avec une Française, exerçant en France depuis janvier 1935 et en instance de naturalisation, devra accomplir deux années de service militaire, ou s'il doit être considéré comme sursitaire d'origine française ; 2° si ce médecin serait libéré avant terme, s'il atteignait l'âge de trente ans, au cours du service militaire. (Question du 4 novembre 1935.)

Réponse. — 1° et 2° Aux termes de l'article 13 de la loi du 31 mars 1928 tous les naturalisés sont tenus d'accomplir le même temps de service actif que la classe avec laquelle ils ont pris part aux opérations de recrutement (et non pas le temps de service de leur classe d'âge) sans que, toutefois, cette obligation ait pour effet de les maintenir sous les drapeaux : au delà de leur vingt-septième année révolue, s'ils sont pères de deux ou plusieurs enfants vivants ; au delà de leur vingt-huitième année révolue, s'ils sont pères d'un enfant vivant ; au delà de leur trentième année révolue, s'ils n'ont pas d'enfant. Le même article accorde aux naturalisés, ayant servi dans leur pays d'origine ou dans la légion étrangère, une réduction de service actif égale au temps de service déjà accompli par eux. (J. O., 10 novembre 1935.)

ANÉMIES  
DYSPEPSIES  
ANTITOXIQUE



DOSE: 4 à 6  
TABLETTES  
PAR JOUR

BIOXYDE DE MANGANÈSE COLLOÏDAL - SELS MAGNÉSIENS  
(Laboratoire SCHMIT, 71 Rue Sainte-Anne, PARIS. 2<sup>e</sup>)

**PULVEOL**  
ANTISEPTIC DU CARREFOUR AÉRO-DIGESTIF  
POUDRE et PASTILLES  
Literature et Echantillons : 10, Impasse Milord, Paris (18<sup>e</sup>)

Toux  
Dyspnée

**IODEINE MONTAGU**

Sirop  
Granules

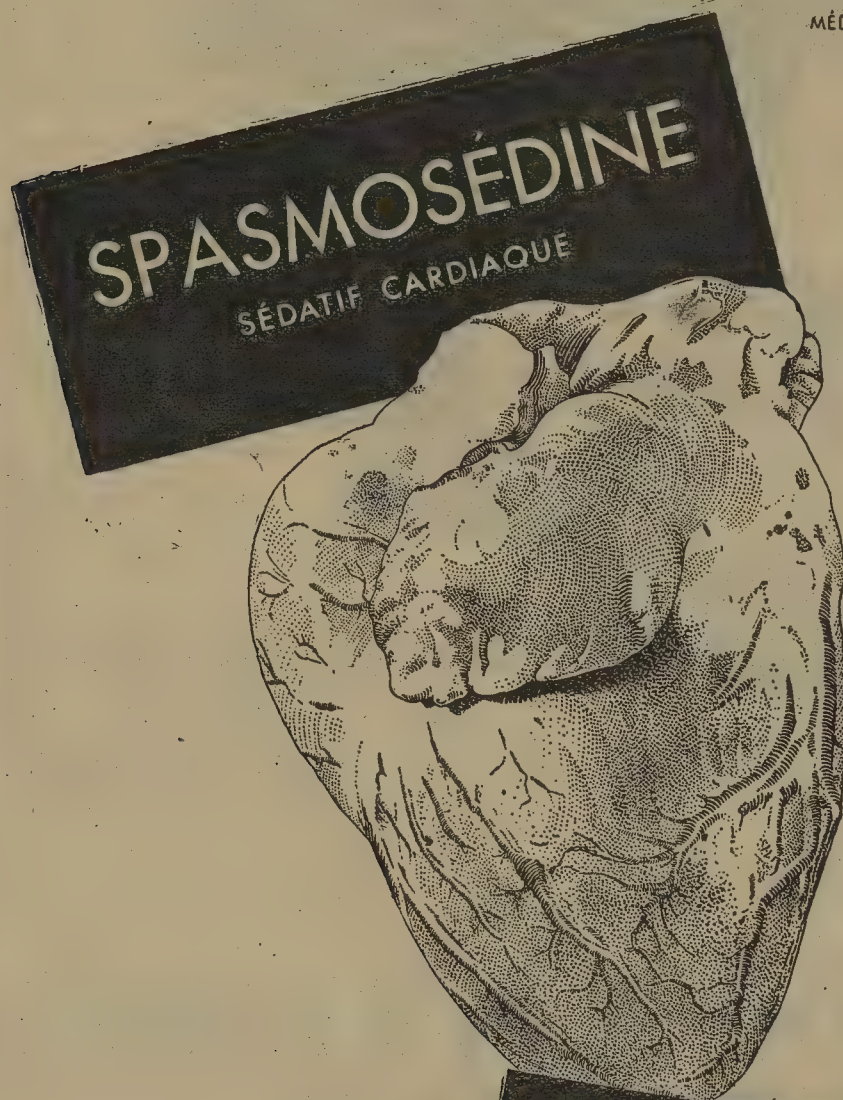
**CROSNIER**

Cure  
sulfureuse



LABORATOIRES DEGLAUDE  
15, BOUL<sup>g</sup> PASTEUR, PARIS (XV<sup>e</sup>)

MÉDICAMENTS CARDIAQUES  
SPÉCIALISÉS



*les 2 médicaments cardiaques essentiels*

**l'asciatine**

**aux Douleurs dentaires**  
dus aux Caries, Pulpites, Abscès, etc.

**aux Névralgies faciales**  
Inter-costales, Sciatiques

**aux Insomnies**  
provoquées par la Douleur ou le Surmenage

**oppose sa triple action**

**Analgésique**

**Antinévralgique**

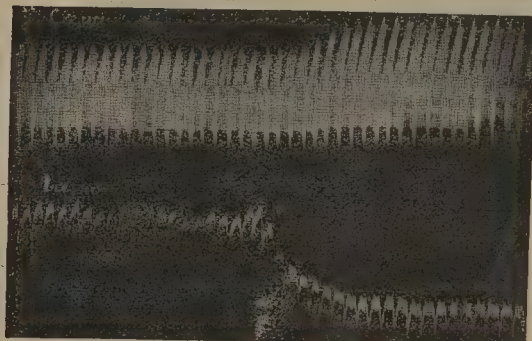
**Hypnotique**

**SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE**  
— Specia —  
MARQUES POULENC FRÈRES & "USINES du RHONE"  
86, rue Vieille du Temple, PARIS, 3<sup>e</sup>

# Le SEDO-HYPOTENSEUR DAUSSE

Phényléthylbarbiturate de Yohimbine  
Phényléthylbarbiturate de Quinine

**HYPOTENSEUR — TONICARDIAQUE — SÉDATIF**



**Augmente l'amplitude**  
**des contractions ventriculaires**

**Fait baisser**  
**la pression artérielle**

**2 à 3 comprimés** par jour, un avant chacun des principaux repas

**ECHANTILLONS ET LITTÉRATURE : 4, RUE AUBRIOT, PARIS - IV<sup>e</sup>**



## ANALYSES ET INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

## TUBERCULOSE

Sous la direction de M. André LEMIERRE,

PROFESSEUR DE CLINIQUE DES MALADIES INFECTIEUSES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Par P. ADIDA,

MÉDECIN ASSISTANT DU CENTRE DE TRIAGE DE L'HOPITAL BEAUJON-CLICHY

## NOTIONS GÉNÉRALES

## L'Infection Tuberculeuse.

La primo-infection tuberculeuse de l'adulte (Premier Mémoire). (JEAN TROISIER et M. BARIETY. *Ann. Méd.*, L. XXXVI, n° 1, juin 1934.) — Les auteurs apportent 4 observations personnelles.

Des adultes jeunes, après un premier épisode fébrile suivi de rémission, présentaient un second épisode à l'aspect de typho-bacillose bénigne avec fièvre, érythème noueux.

La radiologie montra l'apparition des images classiques du complexe primaire ganglio-pulmonaire de l'enfant, qui disparurent au bout d'un temps plus ou moins long. Les réactions cutanées à la tuberculine furent fortement positives. La réaction de Vernes à la résorcine, la sédimentation globulaire, la courbe de poids évoluèrent dans un sens aussi favorable.

Une des malades se singularisa par le résultat positif de l'hémoculture pratiquée suivant la technique de Löwenstein et la réponse négative ou discrète des réactions cutanées à la tuberculine.

Ces faits établissent la réalité de la notion de primo-infection tuberculeuse de l'adulte ; ils objectivent les formes cliniques de cette primo-infection et notamment la forme de typho-bacillose bénigne avec érythème noueux ; ils doivent entraîner des conséquences sociales et prophylactiques.

La question de « l'exanthème précoce » tuberculeux. (MORITZ (Denes V.). *Wiener Klin. Woch.*, sept. 1934, t. 47, n° 36, p. 1091.) — L'auteur rapporte deux observations.

La première, celle d'une fillette de 4 ans qui présente un exanthème précoce de Uffenheimer et chez qui la date de l'infection a pu être établie.

La deuxième, celle d'une fillette de 7 ans, exanthème qu'on ne peut pas rapprocher avec certitude de l'infection tuberculeuse.

L'exanthème dans ce cas ressemble à une éruption de rougeole ou de rubéole, mais il n'y a ni phénomènes catarrhaux ni tuméfaction des ganglions cervicaux associés.

Moritz conclut que des exanthèmes morphologiquement divers peuvent apparaître sur un fond tuberculeux et qu'ils doivent être considérés comme des phénomènes allergiques.

Ces éruptions ont dans beaucoup de cas une valeur diagnostique égale à la réaction tuberculinique positive et peuvent mettre en évidence une infection tuberculeuse récente.

Conception actuelle de la typho-bacillose. (G. POIX, R. AZOULAY et BRANDY. *Presse Méd.*, n° 58, juillet 1935, p. 1153.) — Pour les auteurs, la typho-bacillose ne doit

plus être considérée comme une affection à individualité clinique et anatomo-pathologique aussi nette que le pensait Landouzy. La tuberculose peut, aux divers stades de son évolution, produire des états typhoïdes conditionnés par des lésions variées, et la distinction entre la typho-bacillose et ces états typhoïdes est artificielle.

Les méthodes d'investigations d'ordre radiologique et biologique ont permis de révéler des notions qui s'opposent en effet à ce que la typho-bacillose soit considérée comme un état typhoïde sans localisation viscérale et comme une troisième forme de tuberculose aiguë, à côté de la tuberculose miliaire et de la pneumonie caséuse.

Cliniquement, la typho-bacillose s'apparente aux formes typhoïdes de l'infection tuberculeuse. Anatomiquement, elle répond à des localisations variées de tuberculose.

Pour conserver son individualité, les auteurs proposent de réserver la dénomination typho-bacillose aux cas où un état fébrile d'allure typhoïde est l'expression de la primo-infection bacillaire, qu'elle survienne chez le nourrisson, l'enfant ou l'adulte.

Dans ces cas l'évolution, comme l'avait si justement constaté Landouzy, comporte trois périodes : une période fébrile, de primo-infection, une période de rémission et enfin la période de lésions pulmonaires ou extrapulmonaires. Fréquemment, ces périodes, à l'inverse de ce que l'on constate dans la marche de la tuberculose habituelle, peuvent s'intriquer, ou présenter une évolution « en raccourci » dont le pronostic est plus sévère.

Les auteurs terminent leur exposé en montrant que le démembrement de la typho-bacillose ne saurait porter atteinte à la sagacité du sens clinique de Landouzy qui a donné de ce syndrome une description magistrale et l'a nettement différencié de la dothientérie.

Un cas de typho-bacillose de Landouzy et d'érythème noueux. (NEKAM JUNIOR (Lajos). *Klin. Woch.*, oct. 1934, t. 13, n° 41, p. 1464.) — Nekam rapporte l'observation d'une malade de 52 ans qui un mois après un érythème noueux fait un épisode fébrile, avec réactions articulaires, dyspnée, grosse rate, et au point de vue pulmonaire, une rudesse respiratoire sans modification aucune à la percussion.

L'hémoculture pratiquée a permis d'isoler des bacilles tuberculeux.

La mort est survenue trois semaines après le dernier épisode, vraisemblablement due à une insuffisance cardiaque.

Pour Nekam, le diagnostic de typho-bacillose de Landouzy s'impose.

Quant à l'étiologie bacillaire de l'érythème noueux, l'auteur fait remarquer que cette affection peut survenir à la suite d'autres infections et qu'il n'est pas possible actuellement de distinguer toutes les formes d'érythème noueux.

# AGOLINE

(GRANULÉ SOLUBLE)



**CHOLECYSTITES CHRONIQUES  
CONGESTION DU FOIE**

Lithiase biliaire - Ictère et Cholémie  
Dyspepsies réflexes - Constipation  
Migraines, Vertiges, Eczéma, Prurit

d'origine  
hépatobiliaire

**Posologie :** 1 à 3 cuillerées à café le matin à jeun, dans un demi verre d'eau chaude.

**LABORATOIRES DU D<sup>r</sup> ZIZINE**  
24, 26, Rue de Fécamp - Paris (XII<sup>e</sup>)

ASSOCIATION PLURIGLANDULAIRE

## COLLOÏDINE LALEUF

DRAGÉES

## OBÉSITÉ

ET MALADIES PAR  
CARENCE DIASTASIQUE

DE 2 A 8 DRAGÉES PAR JOUR  
SUIVANT PRESCRIPTION MÉDICALE

ÉCHANTILLONS - LITTÉRATURE  
LABORATOIRES LALEUF  
20, RUE DU LAOS — PARIS-15<sup>e</sup>

Nouvelle adresse : 51, rue Nicolo, PARIS (XVI<sup>e</sup>).



## Réactions à la tuberculine

**Nouvelle méthode de diagnostic pronostique de la tuberculose dans l'enfance.** (Fr. GROER. *Wiener Klin. Woch.*, oct. 1934, t. 47, n° 43, p. 1281.) — Groer subdivise l'allergie tuberculinique dans l'enfance en trois catégories :

- 1) La réaction tuberculinique se modifie suivant une loi mathématique avec la concentration de la tuberculine.
- 2) La réaction tuberculinique augmente en même temps que la concentration de la tuberculine diminue ou inversement.

3) Enfin Groer suppose que l'allergie tuberculinique peut être fonction de la sensibilité de l'organisme d'une part et de sa réactivité d'autre part.

Il distingue aussi des allergies *homodynames* où les deux facteurs sensibilité et réactivité sont égaux ; des allergies *hétérodynames* dans lesquelles l'un des deux facteurs l'emporte, d'où *allergie pléosthétiqu*e ou au contraire *allergie pléoergique*.

L'auteur donne la méthode qui permet de déterminer la catégorie à laquelle appartient un enfant donné. La conclusion pratique est la suivante :

L'allergie pléoergique est caractéristique de tuberculose stabilisée ou en voie de guérison. Les enfants présentant des allergies homodynames sont dans un stade de labilité.

**Influence de la fièvre provoquée sur l'allergie cutanée.** (GERNEZ et MARCHANDISE. *Soc. Biol.*, n° 5, 1935, p. 462.) — Des cuti-réactions ont été faites avant, pendant et aussitôt après l'accès fébrile causé par une injection intra-veineuse de Dmelcos. La fièvre n'a eu aucune action sur la réaction cutanée déjà développée avant son apparition ; cette action a été nulle ou très faible quand elle a été faite quelques heures avant ou après la fièvre ; quand la fièvre se prolongeait au delà de quelques heures, son action inhibitrice s'atténuait.

## LABORATOIRE

**Emploi expérimental et clinique de l'antigène méthylé de Boquet et Nègre.** (ROLB. SPALDING SPRAY. *Rev. Tub.*, t. 1, n° 3, mars 1935, p. 302.) — L'expérimentation a permis de mettre en évidence l'action prophylactique et thérapeutique exercée par l'antigène méthylé dans l'infection tuberculeuse des animaux de laboratoire.

Dans les essais cliniques effectués par deux médecins de West Virginia, on peut noter une amélioration nette des lésions tuberculeuses osseuses, ganglionnaires, et aussi dans les cas au début de tuberculose pulmonaire non compliqués.

Pas de résultats identiques dans les cas de tuberculose pulmonaire avancée avec cavernes étendues.

L'auteur signale également deux cas de tuberculose des surrénales non influencés par l'antigène.

Il conclut à l'utilisation du traitement dans des cas individuels et sous le contrôle du médecin.

**Recherches sur la calcémie au cours de certains états tuberculeux.** (F. MEERSSEMAN et H. SÉGUIN. *Rev. Tub.*, t. 1, n° 5, mai 1935, p. 514.) — Dans les états tuberculeux, à côté des symptômes d'ordre général déjà connus, doit prendre place la tendance à l'hypocalcémie.

Elle représente un témoin fidèle de l'orientation évolutive de la maladie, et les variations du taux calcique chez un même malade peuvent, à ce titre, offrir un certain intérêt pronostique. Mais rien, dans les faits actuellement connus, n'autorise à lui accorder une signification pathologique spéciale.

**La méningite séreuse de la poliomyélite et la méningite tuberculeuse.** Cyto diagnostic différentiel. (B. TASSAVATZ. *Presse Méd.*, n° 15, févr. 1935, p. 285.) — Tassavatz a re-

pris l'étude du liquide céphalo-rachidien dans les cas de méningites de la poliomyélite et dans les cas de méningites tuberculeuses.

Au point de vue pratique, la cytologie du L.C.R. peut fournir des renseignements précieux pour le diagnostic — à condition toutefois que l'examen cytologique soit à la fois qualitatif et quantitatif et qu'on tienne compte, pour son interprétation, de la phase à laquelle se trouve la maladie.

Il faut en pratique faire plusieurs ponctions lombaires : une deuxième 24 à 48 heures après la première et une troisième quatre jours après la première.

D'après l'ensemble des modifications cytologiques (nombre et formule), il est possible de déterminer si l'on a affaire à une méningite de nature tuberculeuse ou à un processus méningé guérissable tel qu'on le trouve dans la poliomyélite.

## Sérologie

**La sédimentation globulaire au cours de la tuberculose pulmonaire chronique dans la pratique sanatoriale et préventoriale.** (L. BETHOUX et R. GENIN. *Rev. Tub.*, n° 2, t. 1, févr. 1935, p. 130.) — Au cours de la tuberculose pulmonaire confirmée, la vitesse de sédimentation des hématies est le reflet fidèle de l'état humoral et général du sujet.

Sa valeur, mesurée d'une façon périodique, permet d'établir une courbe de sédimentation qui peut fournir des indications utiles relativement au pronostic. Elle augmente avec la gravité du processus morbide, avec une complication, ou la bilatéralité des lésions. Elle diminue et tend à se rapprocher de la normale à mesure que les lésions s'améliorent, que l'état général se relève.

Enfin, au cours des divers traitements appliqués, qu'il s'agisse de traitements médicaux, de collapsothérapie ou d'interventions chirurgicales, elle apporte des renseignements utiles sur l'efficacité et la conduite de la thérapeutique instituée.

Les auteurs estiment que cette réaction, par sa simplicité et par son utilité, doit entrer dans la pratique journalière du laboratoire sanatorial à côté de la recherche des bacilles de Koch dans l'expectoration. Elle peut également rendre des services dans les preventoria, où beaucoup d'enfants présentent des lésions de tuberculose pulmonaire interstitielle subévolutive pouvant évoluer ou se généraliser.

**La vitesse de sédimentation des globules rouges dans la tuberculose.** (BALANESCU (Ion) et SIMON OERIN. *Wiener Klin. Woch.*, sept. 1935, t. 47, n° 38, p. 1137.) — Les auteurs ont utilisé une nouvelle méthode de mesure de la sédimentation des globules rouges.

Appareil : pipettes de 300 m/m. et de 2 m/m. 5. de diamètre. Graduées en millimètres dans le tiers inférieur.

Technique : 2 cc. de sang avec 0 cc. 5 d'une solution de fluorure de sodium à 5 %.

La pipette est tenue verticalement fermée par une pince à l'extrémité supérieure et par un bouchon de caoutchouc à l'extrémité inférieure.

La lecture se fait, dans les cas sévères, une demi-heure à une heure après, il est exceptionnel qu'il faille faire une nouvelle lecture au bout de 24 heures. Cette méthode donne les mêmes chiffres que celle de Westergren. Pour Balanescu et Simon, les chiffres trouvés sont en rapport étroit avec l'évolution de la maladie ; mais le pronostic ne peut cependant pas se fonder exclusivement sur eux.

**La séro-coagulation de Weltmann et la réaction de Takata-Ara dans la tuberculose pulmonaire.** (CARRIÈRE, MARTIN et DUFOSSÉ. *Soc. Biol.*, n° 5, 1935, p. 460.) — La réaction

# SPARTÉINE HOUDÉ

## FICHE

### DE THÉRAPEUTIQUE PRATIQUE

Sulfate de Spartéine :  $C_{15} H_{26} N_2 \cdot SO_4 H_2 + 5H_2 O$ , sel cristallisé, chimiquement pur, préparé à partir de la Spartéine du genêt (*Sarothamnus scoparius*).

Action cardiaque démontrée par de nombreux essais physiologiques.

### PHARMACODYNAMIE

la **Spartéine** : a) soustrait le cœur à toute action nerveuse extrinsèque (1) ;  
b) supprime les extrasystoles physiologiques et pathologiques (2) ;  
c) exerce une action cardio-tonique marquée (3).

### INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES

1° **Régulateur du cœur** : arythmies, palpitations, névroses cardiaques, etc.  
2° **Cardio-tonique** : maladies infectieuses, hyposystolie, asystolie.

Très peu toxique, très maniable, ne s'accumulant pas, la **Spartéine** est le meilleur tonique cardiaque d'entretien.

DOSES : 0 gr. 10 à 0 gr. 25 et même 0 gr. 40 *pro die* sous forme de **Granules de Spartéine HOUDÉ**, titrés à 0 gr. 02 de sulfate de spartéine par granule.

- 1) F. MERCIER et L. J. MERCIER C. R. Soc. Biol., 93 (1925), 339 et 1468.  
2) DELAS et SOULA. Arch. Int. Physiol., 25 (1925), 1.  
3) R. ROGER. Thèse. Doct. Médecine. Toulouse (1927)



VENTE EN GROS

**Laboratoires HOUDÉ, 9, rue Dieu, PARIS**



de Weltmann consiste à mesurer la quantité minimum de sels de calcium qui permette la coagulation du sérum par la chaleur. Les auteurs confirment les résultats de Weltmann : coagulation diminuée dans les tuberculoses aiguës ou évolutives, augmentée dans les formes fibreuses. Les résultats de cette réaction ne sont pas parallèles à ceux de la sédimentation des hématies, ni à ceux du quotient albumineux. La réaction de Takata Ara semble varier comme la sédimentation des hématies.

Cf. — Valeur de la R. de Takata-Ara, par CARRIÈRE, MARTIN et DUFOSSÉ. *Gaz. hôp.*, 1935, n° 61.

### Le bacille tuberculeux

Quelques précisions sur les éléments filtrables du bacille de Koch. (J. VALTIS et VAN DEINSE. *Presse Méd.*, 27 fév. 1935, n° 17, p. 323.) — Les auteurs à la suite de travaux prolongés précisent les points suivants :

Les éléments filtrables du bacille de Koch ne provoquent jamais de lésions nodulaires ni caséuses classiques ; on trouve seulement dans les ganglions lymphatiques hypertrophiés des bacilles acido-résistants non virulents pour le cobaye. Mais ce sont bien cependant des bacilles vivants et auxquels des injections répétées d'extraits acétonique de bacilles de Koch peuvent faire retrouver leur virulence, le premier stade cultivable étant représenté par des cultures qui ont l'aspect d'un type aviaire et se comportant comme tel. Mais il faut, par une double filtration correcte, se mettre à l'abri d'erreur grossière et de passage possible de bacilles en nature.

Valtis et Van Deinse rappellent toute une série de travaux d'autres auteurs qui confirment les leurs.

Isolement de l'expectoration d'un enfant de bacilles présentant les caractères « aviaires » et « mammifères ». (VALTIS, PAISSEAU et VAN DEINSE. *Soc. Biol.*, N° 6, 1935, p. 514.) — Chez un enfant atteint de bronchite chronique avec bronchorrhée due probablement à une dilatation bronchique, les auteurs ont isolé du contenu du lavage de l'estomac, des bacilles virulents. En plus des caractères particuliers du bacille, ils ont noté que l'intradermoréaction était négative.

La question du dépistage des bacilles de la tuberculose dans le sang. (BUSSON (B.). *Wiener Klin. Woch.*, juillet 1934, n° 29, p. 909.) — L'auteur a constaté que les cultures du bacille tuberculeux, en partant d'une même souche, ensemencée dans les mêmes conditions, donnent des résultats inégaux.

Les résultats identiques auxquels donnent lieu des hémocultures sur milieu à l'œuf de Löwenstein conduisent à admettre que ce milieu n'est pas aussi favorable qu'on le croit pour le bacille tuberculeux.

Procédé de culture des différents stades évolutifs du bacille tuberculeux et B. C. G. Granulaire, filament et bacillaire non acido-résistant et acido-résistant à partir de lysats obtenus par la congélation répétée. (GRASSET. *Soc. Biol.*, mai 1935.) — En soumettant le bacille B.C.G. et le bacille tuberculeux à un procédé de congélation répétée, on obtient des produits de lyse microbienne, permettant par ensemencement sur milieu de Sauton et appropriés de suivre aisément les différents stades de développement de ces micro-organismes, depuis la forme granulaire isolée non acido-résistante à la forme bacillaire non acido-résistante, et retour à la forme bacillaire originelle acido-résistante.

Le problème des « cracheurs sains » de bacilles de Koch. Interprétation et hypothèses. (F. MEERSSEMAN. *Presse Méd.*, n° 18, 2 mars 1935, p. 337.) — Dans ce travail, Meersseman cherche à faire le point actuel de la question.

Le problème pour lui se ramène à deux questions très précises. 1° Peut-on rencontrer une expectoration bacillifère chez des sujets apparemment indemnes de toute lésion pulmonaire.

2° De tels sujets sont-ils ou peuvent-ils être sains ?

Meersseman répond par l'affirmative à la première question. Pour la deuxième, il semble que, sans dommage pour l'organisme, des bacilles provenant, par voie sanguine ou lymphatique, d'un foyer latent, soient éliminés par l'alvéole pulmonaire.

La conception des « cracheurs sains de bacilles de Koch » entraîne d'importantes conséquences d'ordre médical, médico-social et médico-légal.

Enfin Meersseman montre l'importance générale de ce problème qui s'apparenterait aux bacillémies tuberculeuses « de sortie » de Bezançon et dans une donnée plus large encore à celui des affections biotropiques de Milian.

### CLINIQUE

Le syndrome embolique cardio-mésencéphalique dit « éclampsie pleurale ». Jean TROTOT. *Rev. Tub.*, n° 7, t. 1, juillet 1935, p. 754.) — Les phénomènes décrits sous les noms d'« éclampsie pleurale », de « syndrome spasmodique musculaire » (Leuret), sont dus à des embolies capillaires prenant leur origine dans les vaisseaux néoformés du tissu pleural chroniquement enflammé ; que ces embolies, en irritant l'endocarde, les parois artérielles et en se localisant sur les relais gris du mésencéphale et du diencéphale produisent partiellement ou totalement les accidents observés.

Trotot propose donc de donner à ces accidents, pour en rappeler la pathogénie principale, le nom de syndrome embolique cardio-mésencéphalique. Ainsi se trouve vérifiée la pénétrante remarque de Michel-Léon Kindberg. « J'ai surtout eu l'impression qu'il y avait inhibition momentanée d'un territoire très limité, ce que la bulle gazeuse réaliserait précisément ».

Influence favorable de la pleurite sur l'évolution de la tuberculose humaine. (GOLDSTEIN MARCO. *Wiener Klin. Woch.*, oct. 1934, t. 47, n° 2, p. 1262.) — A propos de deux observations de tuberculose pulmonaire, guéries à la suite d'une pleurésie, l'auteur rappelle des observations identiques de Moro, Battigelli, etc...

Pour Goldstein, il semble que la pleurésie peut retarder l'apparition de la tuberculose pulmonaire.

Les adhérences pulmonaires, chez les tuberculeux, pourraient être considérées comme un processus de défense. Et avec Léon Bernard, il pense que toute pleurésie entraîne un processus de sclérose qui peut s'étendre aux poumons et en favoriser la guérison.

Début et durée du stade de rétraction dans les épanchements pleurétiques. (ZACHARIEW (K.). *Wiener Klin. Woch.*, août 1934, t. 47, p. 34, p. 1035.) — Zachariew a étudié 46 malades atteints de pleurésie.

Dans 3 cas, guérison sans rétraction.

Dans 6 cas, la partie du thorax atteint était de 1 à 4 centimètres plus large que la moitié saine, puis thorax normal après résorption de l'épanchement.

Dans 2 cas, aucune modification du thorax.

Dans 35 cas, rétraction atteignant 4 cm. 5 et se constituant, soit précocement vers le 10<sup>e</sup> et 12<sup>e</sup> jour, soit le plus souvent vers le deuxième mois.

Cette rétraction ne persisterait pas longtemps après la disparition de l'exsudat.

Il n'y a point de parallélisme entre l'abondance de l'exsudat et l'importance de la rétraction.

Par contre, le thorax sain généralement se rétracte en même temps que le thorax malade.

**ANTISEPTIQUE  
PULMONAIRE**

**calme  
la toux**

# Guéthural

ALLOPHANATE DE GUÉTHOL

**puissant modificateur des  
sécrétions bronchiques**



**GRANULÉ**

**POUVANT ÊTRE CROQUÉ  
OU PRIS DANS UN PEU  
D'EAU, DE TISANE**

**DOSES QUOTIDIENNES :** 3 ou 4 cuillerées à café prises  
dans l'intervalle des repas.



**Échantillons & Littérature sur demande à MM. les Docteurs**

**Laboratoires PÉPIN & LEBOUcq**  
**30, Rue Armand-Sylvestre** **COURBEVOIE (Seine)**



**Contribution à la symptomatologie et à la thérapeutique des affections pleurales.** — (SCHULTZE (Hermann). *Wiener Klin. Woch.*, oct. 1935, t. 47, n° 40, p. 1198.)

La poussée menstruelle des tuberculeuses, fièvre menstruelle et troubles des règles ; action thérapeutique de la folliculine. (Pierre BOURGEOIS, Mlle M. DE JESENKY et J. LA-GAILLARDE. *Rev. Tub.*, n° 1, t. 1, janv. 1935, p. 6.) — Dans ce mémoire, les auteurs exposent tout d'abord les rapports de la fièvre menstruelle et des troubles des règles chez les tuberculeuses. Ils exposent ensuite les indications, et les résultats obtenus chez ces malades par l'utilisation thérapeutique de la folliculine.

Leurs conclusions.

La folliculine possède indubitablement une action sur la fièvre menstruelle des tuberculeuses, action qui se vérifie dans environ deux tiers des cas de fièvre prémenstruelle et menstruelle.

La folliculine est aussi capable de réduire les aménorrhées actives auxquelles elle arrive souvent à substituer une menstruation normale et facile.

La folliculine agit également, mais avec une moins grande fréquence, sur l'abondance du flux menstruel qu'elle peut augmenter et rendre normal.

La folliculine, dans les cas observés par les auteurs, n'a eu aucune action sur les douleurs menstruelles ; bien plus quelques-unes des malades ont présenté, avant la réapparition des règles, des douleurs utérines parfois intenses.

La folliculine ne peut agir sur l'évolution de la tuberculose qu'en supprimant un « facteur occasionnel » d'aggravation, la fièvre menstruelle. Pour certaines malades, les auteurs ont pu constater que la suppression de la fièvre menstruelle avait permis à l'organisme de se MAINTENIR dans un état satisfaisant, parfois même de s'améliorer.

**Observations cliniques sur les processus infiltrants du lobe inférieur accessoire.** (E. REGENBOGEN. *Klin. Woch.*, n° 1, janv. 1934, p. 13.) — 45 pour 100 des sujets normaux ont un lobe inférieur accessoire dont le sommet coïncide avec le hile et la base occupe un tiers ou un cinquième de la surface inférieure du poumon. L'auteur a observé 4 malades qui ont présenté un syndrome à début aigu et à tendance chronique.

A la base de ces syndromes existe une sténose bronchique intermittente ou permanente qui peut déterminer une atelectasie du lobe, puis une bronchectasie.

**Le souffle amphorique dans le pneumothorax thérapeutique.** (WAREMBOURG et ROOSE. *Presse méd.*, n° 42, mai 1935, p. 843.) — Les auteurs ont surtout étudié le souffle amphorique et ont recherché qu'elle pouvait être l'action sur l'apparition de ce signe de la communication broncho-pleurale ; de la pression intra-pleurale ; de la qualité du moignon pulmonaire rétracté et de l'état des parois pleurales.

1° La communication broncho-pleurale n'est nullement indispensable à l'apparition du souffle amphorique dans le pneumothorax et elle ne semble pas favoriser son apparition.

2° Il existe une pression pleurale optima pour laquelle le souffle apparaît.

3° Dans la transmission des vibrations glottiques à travers le moignon pulmonaire, les régions non tuberculeuses collabées de celui-ci paraissent jouer le rôle dominant, surtout si elles sont douées de qualités importantes d'expansibilité.

4° Une cavité pleurale anfractueuse tend à étouffer le souffle.

5° Ces conditions diverses et nombreuses s'intriquant

chez chaque malade pris à part peuvent donner lieu à toutes les combinaisons possibles.

**L'asthme tuberculeux.** (GIRBAL. *Paris Méd.*, n° 17, avril 1935, p. 386.) — Pour Girbal, l'asthme tuberculeux ne doit pas être confondu avec l'asthme chez les tuberculeux. Il constitue une forme clinique caractérisée par l'association de signes d'impression tuberculeuse et de signes d'asthme. Il s'accompagne toujours d'insuffisance hépatique et souvent d'hypocalcémie.

Bactériologiquement, il relèverait d'un bacille de Koch, jeune et de virulence atténuée.

Un traitement par la chrysothérapie et la calcithérapie intra-veineuse, associé au traitement de l'insuffisance hépatique et à une cure climatique, améliorerait et souvent guérirait ces malades.

**Les manifestations végétatives infundibulo-tubériennes dans la tuberculose.** (L'HERMITTE. *Gaz. Hôp.*, 24 nov. 1934, p. 94.) — Importance pour l'auteur, des manifestations qui traduisent le retentissement de la lésion méningo-vasculaire sur les centres méso-diencephaliques, comme symptômes des méningopathies tuberculeuses.

Pour Lhermitte, en présence d'une altération infundibulo-tubérienne, sans étiologie nette, le neurologiste devra poursuivre l'enquête du côté de l'infection tuberculeuse.

## COLLAPSOTHERAPIE. CHRYSOTHERAPIE

**Collapsothérapie dans la tuberculose pulmonaire.** (SCHOTT-MULLER. *Deut. Med. Woch.*, août 1934, n° 32, p. 1204.) — Remarquables résultats du pneumothorax total, là où le pneumothorax partiel est insuffisant. D'où importance des sections d'adhérence et de l'intervention de Maurer.

Importance également d'un diagnostic précoce, pour instituer le pneumothorax, quand la tuberculose débute et est encore une affection aiguë.

**Le traitement des cavernes géantes par le pneumothorax.** (P. PRUVOST, A. MEYER et LIVIERATOS. *Presse Méd.*, n° 20, mars 1935, p. 387.) — Le pneumothorax mérite d'être tenté lorsqu'on est en présence d'une caverne géante qui n'a aucune tendance à régresser et que l'état général le permet. On peut aussi obtenir de très beaux succès et éviter une intervention chirurgicale plus mutilante et non exempte de dangers.

Les auteurs dans l'observation relatée ont montré l'importance d'une telle thérapeutique qui doit être conduite avec prudence. Ils conseillent, après une période plus ou moins longue d'observation, d'abandonner les pressions négatives et de dépasser assez sensiblement la pression atmosphérique. Egaleme nt ils conseillent la section de brides à l'aide de la pleuroscopie. Car si la section complète des brides est impossible à réaliser, le fait seul de les entamer permet ensuite l'étirement des adhérences par des insufflations plus rapprochées et à des pressions plus élevées, et ainsi le pronostic avenir est meilleur.

**L'influence de la phrénicectomie ou de l'alcoolisation du nerf phrénique au cours de la tuberculose pulmonaire sur la pression veineuse périphérique.** — (I. VASILESCO. *Rev. Tub.*, n° 2, t. 1, fév. 1935, p. 178.) — A la suite de ses recherches Vasilescu formule les constatations et les conclusions suivantes :

Après une phrénicectomie ou alcoolisation du nerf phrénique, souvent la pression veineuse périphérique (P. V. P.) est augmentée.

Cette augmentation n'est pas toujours en rapport avec l'élévation du diaphragme, parce qu'elle peut être observée, le diaphragme étant simplement immobilisé sans avoir subi aucune ascension.



*Le mieux toléré  
des Sels d'Argent!*

# Armanite

## MANGANITE D'ARGENT

BACTÉRICIDE NON TOXIQUE  
KÉRATOPLASTIQUE

- ARMANITE suspension 1 %
- ARMANITE suspension 0,5 %
- ARMANITE ovules

- ARMANITE Poudre
- ARMANITE Pommade

ECHANTILLONS ET LITTÉRATURE

LABORATOIRES DE L'ARMANITE  
1 et 3, Villa Saint-Mandé, PARIS (12<sup>e</sup>) — Téléphone : Diderot 00-53

# IODONE ROBIN

Gouttes - Comprimés - Injectable

**ARTHRITISME, ARTÉRIO-SCLÉROSE, ASTHME  
GOUTTE, RHUMATISME, EMPHYSÈME**

R. G., 221.83  
Seine

LABORATOIRES ROBIN, 13. Rue de Poissy, PARIS

## TRAITEMENT DU PSORIASIS

PAR UN NOUVEAU COMPOSÉ  
ARSENO-BISMUTHIQUE

ampoules de 3 cc. 1/2  
pour injection  
intraveineuses ou  
intramusculaires

LAB<sup>RE</sup>  
G. FERMÉ

55, Boul<sup>d</sup> de Strasbourg

PARIS

# Prothanol

Le Prothanol à l'cc  
Pour injections intramusculaires  
Thérapeutique autophylactique  
Rénovation leucocytaire.

Nouvelle adresse : 22, rue de Turin, Paris (VIII<sup>e</sup>).

TRAITEMENT EXTERNE

DU

RHUMATISME

des Névralgies et Lumbago

par

# L'ULMARÈNE

du Docteur GIGON  
Succédané inodore du Salicylate de Méthyle

Laboratoire des Produits du Docteur GIGON

A. FABRE, Pharmacien

25, Bd. Beaumarchais — PARIS



Les modifications de la circulation veineuse périphérique ne sont pas constantes. La P. V. P. n'augmente pas beaucoup dans bien des cas après une phrénicectomie, malgré l'ascension remarquable de l'hémi-diaphragme.

Dans les cas où la P. V. P. a été augmentée après l'intervention, le diaphragme étant simplement paralysé mais non élevé, on pourrait admettre l'intervention du système nerveux, témoin l'œdème pulmonaire aigu observé chez une de nos malades.

La cicatrisation des lésions pulmonaires, en dehors du repos du poumon et de la collapsothérapie, peut être attribuée aussi aux modifications circulatoires observées à la suite d'une phrénicectomie, modifications produites d'une façon directe par élévation diaphragmatique ou indirecte par l'intermédiaire du système nerveux végétatif, qui pourrait agir en même temps sur la trophicité du tissu malade.

**Quelques indications spéciales de la pleuroscopie.** (A. MEYER. *Rev. Tub.*, n° 4, t. 1, avril 1935, p. 426.) — Pour Meyer, on peut schématiser les indications suivantes de la pleuroscopie.

- I. La pleuroscopie sans brides radiologiquement visibles.
- II. La pleuroscopie dans certains épanchements du pneumothorax.
- III. Dans les perforations pulmonaires.
- IV. Dans les pneumothorax en hyperpression et les oléothorax.
- V. Pour avoir des renseignements sur l'état des feuillets pleuraux.
- VI. Dans les déviations du médiastin.
- VII. Dans le cas de réactions thermiques après insufflation.
- VIII. Dans les cas d'hémoptysies consécutives aux réinsufflations.

Pour Meyer, ces nombreuses indications un peu particulières et moins répandues peuvent être des auxiliaires très précieux dans la conduite du pneumothorax thérapeutique.

**Deux cas de mort au cours de la thoracocautique.** (KROBER (C.), *Klin. Woch.*, sept. 1934, n° 37, p. 1312.) — Deux observations sont rapportées par Krober.

Dans la première, la mort est survenue à la suite d'une troisième séance de thoracocautique et déterminée par une embolie.

Dans la deuxième observation, la mort est survenue à la suite de l'ouverture de la veine sous-clavière. Ouverture due soit à ce que le cautère ait été mal dirigé, soit que, au cours de l'intervention, la veine ait été attirée dans la cavité thoracique par l'action d'une partie des cordons d'adhérence encore intacts.

**Le traitement aurique de la tuberculose pulmonaire.** (G.-F. CAPUANI. *Presse Méd.*, n° 1, janv. 1935, p. 3.) — Au lieu de pratiquer une injection massive hebdomadaire, l'auteur pratique l'injection journalière, non pas par voie intraveineuse, mais par voie intramusculaire, de façon à injecter au total dans une semaine 70 ctg. de thiosulfate aurosodique.

Sur une moyenne de 170 malades, avec un traitement suffisant, l'auteur n'a observé ni albumine, ni diarrhée, ni dermatite.

Pour Capuani, on ne doit pas parler d'échec des sels d'or dans un cas de tuberculose pulmonaire, si on n'a pas essayé, le traitement au moins pendant 20 jours avec des doses quotidiennes de 10 ctg.

**Chrysothérapie à doses faibles et quotidiennes ; premiers résultats.** (J. CHAUVÉAU et BOISSONNET. *Rev. Tub.*, t. 1, n° 8, p. 915, oct. 1935.) — Les auteurs ont appliqué la méthode préconisée par Capuani sur 52 tuberculeux hommes

du sanatorium de Brévannes. Leurs résultats sont les suivants : 19 cas d'intolérance, dont 12 avec diarrhées, 33 malades ont reçu de 4 à 5 gr. de sel d'or.

7 grosses améliorations, 14 améliorations légères, 10 résultats négatifs, 2 améliorations suivies de reprise.

Leurs conclusions : les résultats heureux constatés ne sont pas supérieurs comme pourcentage à ceux obtenus avec la cure hygiéno-diététique seule, et d'autre part, la fréquence et l'importance des cas d'intolérance digestive ne sauraient que rendre très prudente l'application de l'aurothérapie, dans sa formule quotidienne et à petites doses.

**Les sels d'or dans le traitement de la tuberculose pulmonaire confirmée de l'adulte.** (P. BOURGEOIS, H. THIEL et J. LEVERNEUX. *Presse Méd.*, n° 28, avril 1935, p. 548.) — Les auteurs ont étudié la chrysothérapie sur près d'un millier d'observations prises à l'hôpital sanatorium de Brévannes (malades ayant présenté des lésions de tuberculose pulmonaire confirmée).

La chrysothérapie peut faire bénéficier quelques malades d'améliorations qui, pour être transitoires, n'en sont pas moins réelles. Elle permet de tenter ensuite, dans certains cas, une intervention collapsothérapique qui, sans elle, aurait été impraticable. Mais les auteurs insistent sur l'importance de seconde « médication de deuxième zone », qu'est la chrysothérapie.

Elle ne doit pas être un prétexte à perdre du temps, elle ne doit jamais faire retarder d'un seul jour l'envoi d'un malade en sanatorium ou l'institution d'un pneumothorax. Ces interventions différées constituent, bien plus que les urticaires ou les albuminuries, les véritables accidents ou mieux les désastres dont la chrysothérapie est responsable.

Enfin les auteurs conseillent dès l'apparition d'un accident thérapeutique de cesser définitivement le traitement.

**Quelques aspects du problème sanatorial.** (Pierre WEILLER et René ISRAËL. *Revue de la tuberc.*, nov. 1935.) — A côté du pneumothorax artificiel, la cure sanatoriale n'a pas perdu de son importance dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. Seulement, il ne faut confier au sanatorium que des cas qui en soient justiciables, étant entendu que parmi ceux-ci les malades soignés par la collapsothérapie tiennent une place importante. Les auteurs discutent longuement les indications et aussi les différentes statistiques, souvent si décevantes, des cures sanatoriales.

Ils insistent aussi sur la nécessité d'équiper les sanatoria de la manière la plus moderne, non seulement au point de vue hygiénique, mais aussi au point de vue scientifique et de placer à leur tête des médecins compétents.

Ils estiment d'autre part que les centres de triage devraient être couplés avec des établissements de cure variés : hôpitaux sanatoria ou sanatoria suburbains, sanatoria de plaine, d'altitude, préventoriums, etc., de manière à former un tout qui serait placé sous une direction unique.

**Précis de Physique médicale**, par André STROHL. Un volume cartonné de 723 pages avec 320 figures. — Prix : 70 francs. — Paris, Masson et Cie.

**L'influence espagnole sur le progrès de la science médicale**, avec un rapport sur l'Institut de Recherches Wellcome et les laboratoires de recherches et les musées y affiliés fondés par Sir Henry Wellcome. LL. D., D. Sc., F. R. S. Un volume cartonné de 127 pages avec de très nombreuses illustrations ; The Wellcome Research Institution, 183-193 Euston Road. Londres N. W. 1.

## SOCIÉTÉS SAVANTES

## ACADÉMIE DE MEDECINE

(SÉANCE ANNUELLE DU 10 DÉCEMBRE 1935)

M. le Président SIREDEY, en ouvrant la séance, fait part à l'Académie de la mort de M. Charles Richet, ancien président.

Puis il donne la parole à M. Georges BROUARDEL, secrétaire annuel, pour la lecture de son rapport sur les prix de l'Académie.

M. le Président proclame ensuite la liste des lauréats.

**Eloge de Dutrochet.** — En l'absence de M. ACHARD, secrétaire général, qui va représenter l'Académie aux fêtes du tricentenaire des Antilles françaises, M. Jules RENAULT, trésorier, donne lecture de l'éloge de Dutrochet par M. Achard.

## PRIX DÉCERNÉS EN 1935

**PRIX DE L'ACADÉMIE** (1.000 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. le docteur Violle (de Paris).

**PRIX ALBERT I<sup>er</sup> DE MONACO** (100.000 fr.). — Le prix est décerné à M. Maurice Arthus (de Fribourg).

**PRIX ALVARENGA DE PIAUHY** (1.200 fr.). — L'Académie attribue le prix à M. Guy Loisel, interne des hôpitaux, à Paris.

**PRIX APOSTOLI** (1.000 fr.). — Le prix n'est pas décerné.

**PRIX ARGUT** (800 fr.). — L'Académie attribue le prix à M. le docteur Strominger (de Bucarest).

**PRIX FRANÇOIS-AUDIFFRED** (un titre de rente de 24.000 fr.). — L'Académie ne décerne pas le prix, mais elle accorde sur

les arrérages du prix et à titre d'encouragement, une subvention de 5.000 fr. à chacun des auteurs des mémoires, savoir : M. Metalnikow (de Viroflay) ; Mme le docteur Jousset (de Paris).

**PRIX DU BARON BARBIER** (2.500 fr.). — L'Académie décerne le titre de lauréat du prix aux auteurs dont les noms suivent, et partage entre eux les arrérages de la façon suivante : MM. Leroux-Robert (de Paris) et Costiniu (de Bucarest), 750 francs chacun ; MM. Truffert (de Paris) et Viela (de Toulouse), 500 fr. chacun.

**PRIX BERRAUTE** (un titre de rente de 3.092 fr.). — L'Académie partage les arrérages entre M. Oberling (de la Varenne-Saint-Hilaire) et M. Guérin (de Paris).

**PRIX BLONDET** (20.000 fr.). — L'Académie décerne le titre de lauréat du prix aux auteurs dont les noms suivent et partage entre eux les arrérages de la façon suivante : MM. Lucien, Parisot et Richard (de Nancy), 3.000 fr., soit 1.000 fr. chacun ; M. Paire (de Paris), 1.500 fr. ; MM. Lacaze (de Bliida), Dupret (de Châtillon-sous-Bagneux) et Giraud (de Paris), 1.500 fr., soit 500 fr. chacun ; M. Wollmann (de Paris), 3.000 fr. ; MM. Ménégau et Odiette (de Paris), 3.000 francs, soit 1.500 fr. chacun ; M. Merklen (de Paris), 2.500 francs ; M. Moricard (de Paris), 2.500 fr. ; M. Diacono (de Tunis), 1.000 fr. ; M. Fauvert (de Paris), 1.000 fr. ; M. Lanson (de Bourges), 1.000 fr.

**PRIX BOGGIO** (4.800 fr.). — L'Académie décerne le prix à MM. Bernou (de Chateaubriant) et Fruchaut (d'Angers).

**PRIX MATHIEU BOURCERET** (1.200 fr.). — L'Académie attribue le prix à MM. Routier (de Paris) et Van Bogaert (d'Anvers).

**PRIX HENRI BUIGNET** (1.600 fr.). — L'Académie attribue le prix à MM. Thivolle et Fontès (de Strasbourg).

**PRIX CAILLERET** (500 fr.). — L'Académie attribue le prix à M. le docteur Lyonnet (de Lyon).

**PRIX CHEVILLON** (3.000 fr.). — L'Académie attribue le prix à M. le docteur Dufour (de Paris).

## LES URINES RARES

sont, avec la fièvre et le pouls rapide, les éléments du pronostic dans les maladies infectieuses.

La pneumonie, la grippe, la diphtérie, la scarlatine, s'accompagnent d'oligurie et de rétention azotée et chlorurée. Il s'y ajoute, dans les intoxications, une chute de la réserve alcaline.

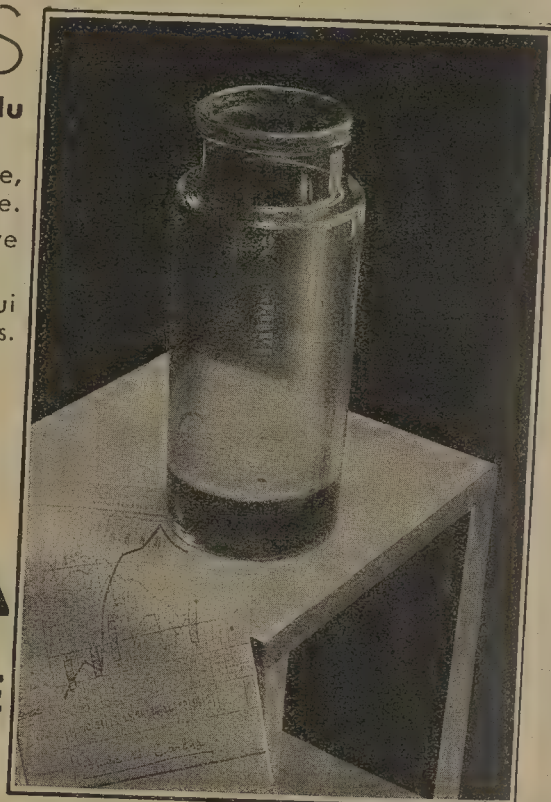
Toutes ces insuffisances rénales relèvent de l'aminophylline, qui accroît l'élimination urinaire de l'eau, des chlorures, des acides.

# CARÉNA

AMINOPHYLLINE  
FRANÇAISE

**LE DIURÉTIQUE  
DES MALADIES INFECTIEUSES  
ET DES INTOXICATIONS**

**FACILITE LE TRAVAIL DU CŒUR  
SOUTIENT LE TONUS RESPIRATOIRE**



**SOCIÉTÉ D'APPLICATIONS  
PHARMACODYNAMIQUES**  
5 et 7, Rue Claude-Dechen, PARIS - 12



**PRIX CLARENS (500 fr.).** — L'Académie décerne le prix à M. le docteur Belin (de Tours).

**PRIX DEMARLE (750 fr.).** — L'Académie décerne le prix à M. le docteur Garnier, professeur à la Faculté de Beyrouth.

**PRIX DESNOS (3.600 fr.).** — La Compagnie a attribué le prix à M. le docteur Lebel, chirurgien de l'hospice sanatorium de Brévannes (Seine-et-Oise).

**PRIX DESPORTES (1.500 fr.).** — L'Académie attribue le prix à M. le docteur Maurice Roy (de Paris).

**FONDATION FERDINAND DREYFOUS (1.400 fr.).** — Les arrérages de cette fondation sont destinés à récompenser l'interne en médecine qui a obtenu la médaille d'argent au concours de l'internat. Cette année, ces arrérages sont attribués à M. Marc Bolgert (de Paris).

**PRIX FERDINAND DREYFOUS (2.800 fr.).** — L'Académie attribue le prix à M. le docteur Pierre Bernal (de Paris).

**PRIX FALRET (1.500 fr.).** — L'Académie décerne le prix à M. Louis Caron (de Paris).

**PRIX GODARD (1.000 fr.).** — L'Académie décerne le prix à M. le professeur Lecercle, de la Faculté de Médecine de Damas.

**PRIX GUÉRÉTIN (1.500 fr.).** — L'Académie décerne le titre de lauréat aux candidats dont les noms suivent et partage entre eux les arrérages de la façon ci-dessous : M. Antonelli (de Paris, 1.200 fr.; M. Liège (de Paris), 300 fr.

**PRIX GUILLAUMET (1.500 fr.).** — L'Académie attribue le prix à MM. les docteurs de Parrel et Mlle Hoffer (de Paris).

**PRIX GUZMAN (un titre de rente de 2.500 fr.).** — L'Académie ne décerne pas le prix. Elle attribue à MM. Bordet et Fischgold (de Paris), la somme de 2.500 fr., représentant les arrérages.

**PRIX CATHERINE HADOT (3.600 fr.).** — L'Académie partage le prix entre les auteurs dont les noms suivent : MM. Piery (de Lyon) et Le Bourdelles (du Val-de-Grâce), 600 fr. chacun, soit 1.200 fr.; MM. Bouquier (de Berck) et Martin d'Angers), 600 fr. chacun, soit 1.200 fr.; M. Sivrière (de Passy), 1.200 fr.

**PRIX FRANÇOIS HELME (1.500 fr.).** — L'Académie décerne le prix à M. le docteur Jean Canet (de Paris).

**PRIX THÉODORE HERPIN (de Genève) (3.000 fr.).** — L'Académie attribue le prix à M. le docteur Delay (de Paris).

**PRIX HENRI HUCHARD (8.000 fr.).** — L'Académie attribue le prix à M. le docteur Choussat (de Beni Hindel, d'Algérie).

**PRIX JACQUEMIER (2.500 fr.).** — La Compagnie attribue le prix à MM. les docteurs Seguy et Brandwein (de Paris). Elle décerne une mention honorable à M. le docteur Bouquet (de Brest).

**PRIX LÉON LABBÉ (3.000 fr.).** — L'Académie attribue le prix à MM. Chabanier et Lobo-Onell (de Paris).

**PRIX LABORIE (3.000 fr.).** — L'Académie décerne le prix à M. le docteur Jean Gosset (de Paris).

**PRIX DU BARON LARREY (500 fr.).** — L'Académie décerne le prix aux auteurs dont les noms suivent et partage entre eux les arrérages de la façon ci-dessous, savoir : M. le docteur Fricker (de Strasbourg), 300 fr.; M. le docteur du Bourguet (de Paris), 200 fr.

**FONDATION LAVAL (1.200 fr.).** — L'Académie attribue les arrérages de ce prix à M. Camille Desportes, préparateur délégué au Laboratoire de Parasitologie de Paris.

**PRIX LEFÈVRE (3.000 fr.).** — L'Académie ne décerne pas le prix. Elle accorde une mention honorable à Mme le docteur Pascal, des asiles d'aliénés de Maison-Blanche (Seine-et-Oise).

**PRIX LE PIEZ (2.000 fr.).** — L'Académie décerne le titre de lauréat du prix aux auteurs dont les noms suivent et partage entre eux les arrérages de la façon ci-dessous : MM. Pham-Huu-Chi et Henri Brocard (de Paris), 400 fr. chacun; M. Odinet (de Paris), 600 fr.; M. Marx (de Paris), 600 fr.

**PRIX LEVEAU (2.000 fr.).** — L'Académie décerne le titre

de lauréat aux auteurs dont les noms suivent et partage entre eux les arrérages de façon égale, savoir : MM. Marchand (de Paris) et Courtois (de Chezal-Benoit), 250 fr. chacun; M. Corman (de Nantes), 500 fr.; M. Géraud (de Toulouse), 500 fr.; M. Palazzoli (de Paris), 500 fr.

**PRIX HENRI LORQUET (300 fr.).** — L'Académie décerne le prix à M. Albane, à la maison de santé interdépartementale de Clermont (Oise).

**PRIX A.-J. MARMOTTAN (100.000 fr.).** — L'Académie ne décerne pas le prix. Elle attribue, à titre d'encouragement, une somme de 4.500 fr., prélevée sur les arrérages de la Fondation, à M. le docteur Troisième (de Paris).

**PRIX GUSTAVE MESUREUR (2.500 fr.).** — L'Académie décerne le prix à M. Gomez (de Paris).

**PRIX MEYNOT (3.000 fr.).** — L'Académie attribue le prix à M. le docteur Talbot (de Sfax).

**PRIX MONBINNE (1.500 fr.).** — L'Académie décerne le prix à MM. Velu et Zottner (de Casablanca).

**PRIX NATIVELLE (1.000 fr.).** — L'Académie attribue le prix à M. le docteur Raymond Hamet (de Paris).

**PRIX OULMONT (1.000 fr.).** — Ce prix est décerné à l'élève en médecine qui a obtenu le premier prix (médaille d'or) au concours annuel des prix de l'Internat (médecine). Le prix est décerné à M. André Bosquet (de Paris).

**PRIX PANNETIER (4.000 fr.).** — L'Académie décerne le prix à M. Georges Sée (de Paris).

**PRIX PERRON (4.000 fr.).** — L'Académie décerne le titre de lauréat aux auteurs dont les noms suivent et partage entre eux les arrérages en parts égales : M. de Chaisemartin (de Paris); MM. les docteurs Rudolph (de Nevers), Calot (de Paris), Perrault (de Paris).

**PRIX DU BARON PORTAL (1.500 fr.).** — L'Académie attribue le prix à M. le docteur Henri Durand (de Paris).

**PRIX POURAT (1.500 fr.).** — L'Académie attribue le prix à Mlle Ratner et M. Ladislas Vitanyi (de Paris).

**PRIX REBOULEAU (2.000 fr.).** — L'Académie ne décerne pas le prix.

**PRIX JEAN REYNAL (1.500 fr.).** — L'Académie décerne le prix à MM. Gaud, Charnot et Langlais (de Rabat) et partage entre eux, en parts égales, les arrérages.

**PRIX RICAUX (diabète) (5.000 fr.).** — L'Académie attribue le prix à M. le docteur Thiéry (de Paris).

**PRIX RICAUX (tuberculose) (5.000 fr.).** — L'Académie décerne le titre de lauréat du prix aux auteurs dont les noms suivent et partage entre eux les arrérages de la façon suivante : MM. Troisier et Bariéty (de Paris), 1.000 fr. chacun; M. de Querangal des Essarts et Mme de Carbonnières de Saint-Brice (de Brest), 750 fr. chacun; M. le docteur Weiller (de Paris), 1.500 fr.

**PRIX PHILIPPE RICORD (800 fr.).** — L'Académie attribue le prix à M. le docteur Ch. Laurent (de Saint-Etienne).

**PRIX ALBERT ROBIN (600 fr.).** — L'Académie estime qu'il n'y a pas lieu de décerner le prix. Elle accorde toutefois une mention honorable à M. René Clogne et à Mme Drilhon (de La Bourboule).

**PRIX ROUSSILLE (10.000 fr.).** — L'Académie attribue le prix à M. le docteur Bory (de Paris).

**PRIX MARC SÉE (1.200 fr.).** — L'Académie attribue le prix à MM. Salmon et Jacques Dor (de Marseille).

**PRIX TARNIER (4.000 fr.).** — Cinq mémoires ont été présentés. L'Académie attribue le prix à M. Hinglais (de Paris). Elle décerne une mention honorable à M. Kehl, d'Alger).

**PRIX VERNOS (800 fr.).** — La Compagnie attribue le prix à M. Blanchard, directeur de l'Ecole vétérinaire de Dakar.

**SERVICE DE L'HYGIÈNE ET DES MALADIES CONTAGIEUSES.** — L'Académie a proposé à l'agrément de M. le Ministre de la Santé publique les récompenses ci-après aux personnes qui se sont particulièrement signalées par leurs tra-

vaux spéciaux sur les épidémies observées en France et dans les pays de Protectorat pendant l'année 1934.

*Rappel de médaille d'or* : M. le docteur Barbary (Alpes-Maritimes).

*Médaille d'or* : M. le docteur Loir (Havre).

*Rappels de médaille de vermeil* : MM. les docteurs Broquin-Lacombe (Troyes), Aublant (Seine-et-Oise).

*Médailles de vermeil* : MM. les docteurs Mallard (Côte-d'Or), Poly (Mayenne), Vaillant (Pas-de-Calais), Schmutz (Bas-Rhin), Lamy (Seine-et-Marne), Mans (Somme).

*Médailles d'argent* : MM. les docteurs Cassan (Aude), Lesbroussart (Calvados), Prunet (Cher), Martin (Loire), Moreau (Haute-Loire), Grenouilleau (Loir-et-Cher), Grehant (Haute-Marne), Chalut (Rhône), Troin (Var).

*Médailles de bronze* : MM. les docteurs Poncet (Ain), Martin (Aisne), Montus (Bouches-du-Rhône), Lièvre-Brizard (Eure), Isard (Haute-Garonne), Boymier (Gironde), Raingeard (Ille-et-Vilaine), Vidal (Isère), Deltheil (Lot-et-Garonne), Estor (Marne), Lévy (Meurthe-et-Moselle), Triollet (Morbihan), Boulangier (Moselle), Vielledent (Nord), Rouyer (Oise), Albertin (Pyrénées-Orientales), Picard (Haute-Savoie), Barrelle (Saône-et-Loire), Lassus (Savoie), Jouen (Seine-Inférieure), Merle (Deux-Sèvres), Luvic (Vendée), Vinches (Narbonne).

SERVICE DES EAUX MINÉRALES. — L'Académie a proposé à l'agrément de M. le Ministre de la Santé publique pour le Service des eaux minérales de la France, pendant l'année 1934, des médailles d'honneur de l'Hygiène publique aux personnes dont les noms suivent :

*Médailles d'or* : MM. les docteurs Aubertot (de Royat), Amblard (de Vittel).

*Médailles de vermeil* : MM. les docteurs Françon (d'Aix-les-Bains), Duhot (de Lille).

*Rappels de médailles d'argent* : MM. les docteurs Delacroix (de Bourbonne-les-Bains), Pouhy (de Capvern).

*Médailles d'argent* : MM. les docteurs Caujolle (de Toulouse), Barraud (de Chatellaillon).

*Rappel de médaille de bronze* : M. le docteur Dubois (de Saunjon).

*Médailles de bronze* : MM. les docteurs Uzan (Maurice) (de Vals-les-Bains), Uzan (Lucien) (de Vals-les-Bains), Vital-Lassance (de Bains-les-Bains), Mme le docteur Eyraud (de La Bourboule), M. le docteur Sappey (d'Uriage-les-Bains).

SERVICE DE L'HYGIÈNE DE L'ENFANCE. — M. le Ministre de la Santé publique met annuellement à la disposition de l'Académie de Médecine une somme de 1.600 francs destinée à récompenser les meilleurs travaux qui lui sont adressés sur l'hygiène des enfants du premier âge.

L'Académie accorde aux lauréats dont les noms suivent les distinctions ci-après, pour leurs travaux en 1934 :

*Rappels de médailles de vermeil* : MM. les docteurs Faure (Seine-et-Marne), Bue (Lille), Delille (Paris), Cassoute (Marseille).

*Médailles de vermeil* : MM. les docteurs Paucot (Lille), Cruveilhier (Paris), Dufestel (Paris), Félhoen (Neuilly-sur-Seine), Onillon (Nantes), Rouèche (Paris).

*Médailles d'argent* : MM. les docteurs Bohn (Paris), Dujol (de Saint-Etienne), Lafont (d'Alger), Lelièvre (Maine-et-Loire), Lestocquoy (de Paris), Lombard (d'Alger), Marquaire (Dra-el-Mizan, Alger), Pages (Taher, Constantine), Pavillard (Palikao, Oran), Pélissier (Loire), Poirier (Coutures), Woehrel (Paris).

*Rappels de médailles de bronze* : MM. les docteurs Valléant (Bolbec), Valette (Marseille).

*Médailles de bronze* : MM. les docteurs Baigue (de Besançon), Bertrand (de Tourcoing), Blain (de La Motte-Servolx), Cazal (de Toulouse), Herbert (de Sète), Jacquier (de Marseille), Gosselin (de Lille), Peschaud (de Murat), Ri-

bon (de Liancourt), Scherb (de Montpellier), Vaillant (du Pas-de-Calais), Violette (Côtes-du-Nord).

SERVICE DE LA VACCINE. — 1<sup>o</sup> Vaccination anti-variologique. — L'Académie accorde, pour le Service de la Vaccination anti-variologique en 1934 :

*Médailles de vermeil* : MM. les docteurs Aucaigne (d'Alger), Barrault, Roubaud, Thebault et Theulet-Luzie (de Paris).

*Médailles d'argent* : MM. les docteurs Aubert (de Bry-sur-Marne), Bidel et Bricet (de Paris), Freyburger (de Moyoeuvre-Grande), Grenouilleau (de Frenndra, Oran), Hocine (d'Ammi-Moussa, Oran), Hutinet et Janin (de Paris), Juving (de Fort-National, Alger), Lavie et Merklen (de Paris), de Mouzon (de Corneille, Constantine), Netter et Oppenheim (de Paris), Pourtau (de Marakech, Maroc), Rancurel (de Villemonble), Signoret, Sourdél et Viancin (de Paris).

*Rappels de médailles de bronze* : MM. les docteurs Guby (de Sierck), Haag (de Ribeauville), Mély (de Sarrebourg, Moselle), Mertz (de Fénétrange), Payeur (de Sarreguemines), Schott (de Strasbourg).

*Médailles de bronze* : MM. les docteurs Bascou (de Yaoundé), Bayard (de Saint-Germain-Lembron), Bousseau (de Vitry-sur-Seine), Candegabe et Claude (de Paris), David (de Saffi), Domec, de Quang-Ngai, Annam), Ducatillon (de Tourcoing), Gadreau (de Paris), Gaillard (de Vientiane, Laos), Gardel (de Cunlhat), Gaultier (de Paris), Geniller (de Sauxillanges), Gras (de Yaoundé, Cameroun), Guerrier (de Paris), Hoffmann (de Delme), Lemarignier (de Paris), Lhez (d'Oudjda, Maroc), Maître (de Paris), Marchal (de Felling), Mazet (de Sauxillanges), Megnin (de Sidi-Aïssa, Alger), Moulin (de Paris), Mousson-Lanauze (de Saint-Mandé), Neel (de Paris), Nicolas (de Menat), Ohlmann (de Bitche), Palau (d'El Milia, Constantine), Penel (d'Ambert), Pillot (de Paris), Pipet (de Besse), Rabassé, Ratner, Routhier, Touchard et Trocmée (de Paris), Valat (de Vincennes).

2<sup>o</sup> Vaccination antidiphthérique. — L'Académie accorde pour le Service de la Vaccination antidiphthérique en 1934 :

*Rappels de médailles d'argent* : Mme le docteur Bataille-Sarthou (de Marles-les-Mines), MM. les docteurs Cleret (de Montluçon), Poulain (de Saint-Etienne), Poncet (de Bourg), Triollet (de Vannes).

*Médailles d'argent* : MM. les docteurs Allimant (de Metz), Faivre (de Melun), Gibert (de Commeny), Legros (du Mans), Riquier (de Fauquembergues), Mme Tissier (de Paris), M. le docteur Turcan (de Fréjus).

*Rappel de médaille de bronze* : M. le docteur Camus (d'Arras).

*Médailles de bronze* : MM. les docteurs Bussilet (de Coligny), Capron (d'Arras), Chauvaux (de Chocques), Claveau (de Metz), Edouard (de Châtillon-sous-Chalaronne), Epitalbra (d'Ottange), Huber (de Neuville-sur-Ain), Lancel (d'Ardres), Lecat (de Billy-Montigny), Lefebvre (de Mont-Saint-Eloi), Lejeune (de Metz), Martel (d'Estrées-Cauchy), Peiffert (de Knutange), Pierron (de Thionville), Pierson (de Vis-sur-Seille), Pillot (de Sarralbe), Stourm (de Novéant), Tissot (de Bâgé-le-Châtel), Tourgis (de Chocques), Veber (d'Hettange-Grande), Vinckel (de Verny), Wagner (de Remilly), Wagner (de Dieuze).

Grossesse et formes anatomo-cliniques de la tuberculose pulmonaire, par Charles LÉONARDI. Préface de F. DUMAREST. Grand in-8° de 202 pages. — Prix : 35 fr. — Paris, G. Doin et Cie.

Acquisitions nouvelles dans le domaine de la blennorragie, par le Dr G. FRANCK. Un volume in-12 de 85 pages. Prix : 10 fr. — Paris, Amédée Legrand.



## HENRI DUTROCHET

(1776-1847)

## ÉLOGE

PRONONCÉ A L'ACADÉMIE DE MÉDECINE  
dans la séance annuelle du 10 décembre 1935

Par M. Ch. ACHARD, secrétaire général.

« La tradition académique, qui consacre à d'anciens membres de la Compagnie les éloges prononcés en séance publique, s'adresse en général à des personnages disparus depuis un temps relativement court. Elle fait revivre plus volontiers ceux dont la mémoire est restée présente et précise parmi leurs confrères que ceux dont la gloire seule subsiste sans aucun souvenir personnel.

Elle y gagne de susciter plus d'intérêt chez ceux, élèves ou amis, qui ont connu le personnage ; elle y perd, en revanche, les enseignements, souvent fort instructifs, que donne le recul du temps pour apprécier la valeur de l'homme, l'importance de ses travaux, les conséquences de ses découvertes et l'impulsion qu'elles ont donnée au progrès scientifique.

C'est en me réclamant de cet intérêt historique que je vous demande la permission d'évoquer aujourd'hui la mémoire d'un savant un peu trop oublié, dont les découvertes ont été pourtant des plus fécondes et qui, sur plus d'un point de la biologie, s'est montré un véritable initiateur. L'œuvre de Dutrochet nous apparaît aujourd'hui plus grande qu'aux yeux de ses contemporains et sa vie nous offre l'image de ce que pouvait produire, il y a un siècle, avec des moyens singulièrement restreints, la vocation tardive d'un esprit cultivé, doué d'une inlassable curiosité scientifique... »

« René-Joachim-Henri Dutrochet naquit au château de Néons en Poitou, le 14 novembre 1776. Son père, René-Louis-Frédéric comte du Trochet, marquis de Néons, dont il était le huitième enfant, était officier au régiment du Royal Infanterie et descendant d'une famille de bonne noblesse dont les titres remontaient à 1333.

Affecté d'une fort gênante infirmité de naissance, un double pied bot, l'enfant, benjamin de la famille, fut confié par sa mère à un rebouteux de Vendôme qui n'était autre que le bourreau de Touraine et que cette fonction investissait, selon la croyance populaire, d'un pouvoir spécial de guérison pour cette sorte d'infirmité. Toujours est-il que ce sieur Montagne, dans les loisirs que lui laissait sa charge officielle, obtint un redressement suffisant des pieds pour permettre à l'enfant de marcher.

Placé à huit ans au collège de Vendôme, chez les Oratoriens, pour y faire ses classes, il en sort à quinze ans et revient chez ses parents, au château de Chareau, berceau de sa famille maternelle.

Pendant la Révolution, son père ayant émigré, ce qui avait occasionné la confiscation de ses biens, la famille connaît la gêne. Aussi, en 1799, le jeune Dutrochet, pris par la conscription, songe-t-il à la carrière des armes. Sur sa demande, il est affecté à l'armée navale de Rochefort comme novice timonier à la solde de 12 francs par mois. Peu satisfait des perspectives d'avenir qu'il entrevoit dans cet emploi, il répond à l'appel de ses deux frères engagés comme officiers dans l'armée royaliste que de Bourmont organise en 1800 dans le Maine. Fort à propos, le 18 brumaire l'empêche de participer à la guerre civile. Il fait sa soumission au gouvernement consulaire et la pacification de l'Ouest lui apporte l'amnistie. Il renonce à son titre de marquis et à la particule de son nom qui ne figurent sur aucune des pièces officielles le concernant.

Revenu à Chareau, il se lie avec un voisin de campagne, le chirurgien Petitbeau, dont le service à Paris est à l'hôpital des Enfants-Malades. Décidé à faire ses études de médecine, il vient dans la capitale en novembre 1802, à vingt-cinq ans, et trouve à l'hôpital un logement mis à sa disposition par Petitbeau. Il y demeure jusqu'à la fin de ses études. Entre temps, au bout de deux ans, il est reçu au troisième concours de l'internat des hôpitaux, le 19 floréal an XII (9 mai 1804), le treizième d'une promotion de vingt citoyens dont aucun autre, à l'exception de Gilbert Breschet, ne semble avoir laissé un nom dans la science.

Le 26 juillet 1806, il soutient sa thèse intitulée : *Essai d'une nouvelle théorie de la voix avec l'exposé des divers systèmes qui ont paru jusqu'à ce jour sur cet objet.*

[Dutrochet devient alors médecin militaire et fait la guerre d'Espagne. Revenu en France, sous l'influence des travaux de Spallanzani, il se voue à l'observation et à l'expérience.]

« C'est surtout par la découverte de l'osmose que Dutrochet est connu des biologistes modernes.

Cette découverte mémorable montre bien comment, grâce à son ingéniosité et à sa persévérance, il tirait de moyens très simples des résultats d'une importance capitale.

Etudiant au microscope une moisissure aquatique, il avait noté les mouvements des globules qui remplissaient la cavité des filaments et que chassait la pénétration de l'eau ambiante dans l'intérieur de ces filaments. Puis, sur des œufs de gastéropodes, il avait fait une observation du même genre. Dans ces œufs plongés dans l'eau, la matière pâteuse qui les remplissait était chassée par la pénétration de l'eau extérieure qui distendait la cavité jusqu'à ce que toute la matière pâteuse eût disparu. Il conclut que l'eau pénètre à travers la paroi de ces cavités quand il y a dans celles-ci des substances plus denses que l'eau.

Mais, pour vérifier cette observation, il lui faut une expérience. Il s'applique donc à imiter la nature et à imaginer un appareil qui lui permette de reproduire artificiellement et à volonté le phénomène qu'il étudie.

Quoi de plus simple que son appareil ? C'est d'abord un cæcum de poulet fermé par une ligature et rempli d'eau gommeuse, mucilagineuse ou albumineuse. Puis, c'est un simple flacon sans fond, obstrué par une membrane de parchemin et surmonté d'un tube de petit calibre. Verse-t-on dans le flacon un liquide gommeux, mucilagineux ou albumineux, ou une solution de sucre, le flacon étant plongé dans l'eau pure, on voit bientôt l'eau monter dans le tube, ce qui prouve que de l'eau est passée de l'extérieur à travers la membrane, pour pénétrer dans l'intérieur du vase en diluant son contenu. Inversement, en transportant dans une solution plus dense de gomme arabique cette poche absorbante artificielle, Dutrochet voit l'eau en excès dans la poche sortir de l'appareil et passer dans le liquide ambiant. C'est donc la différence de densité qui détermine le sens du courant à travers la membrane séparative.

Ensuite, ayant mis dans l'appareil une solution de gomme teintée d'indigo, il voit, en même temps que la poche se remplit de l'eau extérieure, celle-ci se colorer en bleu. Il y a donc à travers la membrane un double courant, l'un plus fort de dehors en dedans, l'autre plus faible, de dedans en dehors, le premier du liquide moins dense au liquide plus dense, le second du plus dense au moins dense. Au premier, il avait déjà donné le nom d'*endosmose*, au second il donne celui d'*exosmose*. Le premier correspond à une absorption par une membrane, le second à une élimination.

Bichat, dont les idées faisaient encore loi, pour expliquer les phénomènes d'échange à travers les membranes, admettait qu'elles étaient pourvues d'ouvertures invisibles, capables de s'ouvrir ou de se fermer, grâce à une sensibilité élective. Il distinguait de cette manière des pores absor-

bants et des pores exhalants. Les membranes séreuses, par exemple, qu'il considérait comme un « entrelacement d'exhalants et d'absorbants », étaient les grands réservoirs intermédiaires aux systèmes exhalant et absorbant, où la lymphe, en sortant de l'un séjournait quelque temps avant d'entrer dans l'autre.

Ces hypothèses devenaient inutiles et tombaient devant la démonstration de Dutrochet et les données positives qu'elle apportait. Il était prouvé que du liquide et des substances diverses pouvaient passer à travers une membrane organisée, suivant un courant dont on pouvait étudier les conditions, mesurer la force, déterminer les lois. Ainsi pouvait-on interpréter sinon dans leur détail, du moins dans leur principe, les phénomènes essentiels des échanges vitaux, l'absorption et l'élimination. »

« Les recherches de Dutrochet sur l'osmose ne tardèrent pas à porter leurs fruits. Une application pratique à l'industrie sucrière permit, selon le procédé Dubrunfaut, de séparer des mélasses de betteraves le sucre qu'elles contiennent en le débarrassant des sels et des substances traversant plus facilement que lui les membranes.

Mais ce sont surtout les développements de l'œuvre de Dutrochet dans les sciences biologiques qui méritent d'être mis en lumière.

La dialyse, imaginée par Graham, dérive directement de l'osmose de Dutrochet : elle établit deux classes de corps au regard de la perméabilité des membranes : les cristalloïdes qui traversent le parchemin et les colloïdes qui ne le traversent pas. Distinction fondamentale, trop absolue sans doute, mais qui n'en a pas moins été la source de travaux de la plus haute importance sur les propriétés physiques des corps et sur la physiologie générale des tissus et des humeurs.

Ainsi, à la connaissance des membranes filtrantes, dont les pores plus ou moins larges laissent passer des particules de toutes sortes, pourvu qu'elles ne soient ni trop grosses, ni trop adhérentes, s'est ajoutée la connaissance de membranes dialysantes, perméables aux seuls cristalloïdes et certainement plus importantes que les membranes filtrantes pour les échanges dans l'organisme.

Enfin, on a découvert une troisième sorte de membranes, perméables seulement à l'eau des solutions, et qu'on a nommées semi-perméables.

Un chimiste de Breslau, Traube, ayant observé le précipité que donne une solution de sulfate de cuivre dans une solution de ferrocyanure de potassium, avait remarqué la formation, autour des gouttes de la solution de sulfate, d'une petite membrane gélatineuse très fragile. Pour faciliter l'étude des propriétés de cette membrane, le botaniste Pfeffer, de Tubingue, eut l'idée de la consolider en l'incorporant dans une cloison solide et poreuse : il se servit pour cela d'un vase de pile en porcelaine, dans les parois duquel on formait la membrane en le remplissant de la solution de sulfate et en le plongeant dans celle de ferrocyanure. Etudiant le passage des substances dissoutes à travers cette membrane, il constata que l'eau seule la traversait, mais non les cristalloïdes dissous. Par exemple, en versant dans le vase poreux une solution de sucre et en le plongeant dans l'eau pure, il voyait l'eau passer dans le vase sans que le sucre en sortit. Une telle membrane est dite semi-perméable. Quant à la force qui détermine l'entrée de l'eau dans le vase contenant le sucre, c'est la pression osmotique, mesurable à manomètre, et qui, pour une solution de sucre à 2 p. 100, atteint la valeur de 1.016 millimètres de mercure.

Ce seul exemple suffit à montrer l'influence de ces membranes sur la qualité et la quantité des échanges qui s'accomplissent dans l'organisme, encore qu'on ne doive pas exagérer leur rôle, la plupart des membranes de l'organisme

me vivant se rapprochant plus des membranes dialysantes que des membranes strictement semi-perméables.

De l'intérêt biologique de ces membranes, un exemple aussi simple que démonstratif peut être trouvé dans les plantes fanées. Un bouquet de fleurs plongé dans l'eau pure se conserve et les cellules végétales de ce bouquet restent pleines de leur contenu ; mais si l'on plonge le bouquet dans l'eau salée au lieu d'eau pure, fleurs et feuilles se flétrissent et se séchent, et le microscope montre dans les cellules un protoplasme affaissé, rétracté. Les parois de ces cellules, se comportant comme des membranes semi-perméables, n'ont laissé passer que l'eau cellulaire appelée hors d'elles par le sel de la solution extérieure. C'est là le phénomène de la *plasmolyse*, étudié par Hugo de Vries, et qui peut, d'ailleurs, être reproduit avec les cellules animales.

Si, dans les échanges biologiques, la nature des membranes joue un grand rôle, celle des liquides entre lesquels se fait l'échange n'a pas moins d'importance. Au problème de la membrane s'ajoute donc le problème des liquides.

Depuis Dutrochet, les études sur ce point ont été poursuivies et de grands progrès obtenus. Les recherches sur la concentration moléculaire des solutions et sur la cryoscopie ont permis de formuler les lois de Raoult et ont suscité en biologie des travaux d'un grand intérêt sur les échanges organiques et même sur l'évolution des êtres vivants. »

« Grâce à toutes les recherches récentes, le mystère de ce qu'on appelait naguère les actions capillaires et les phénomènes électro-capillaires se dévoile, et les lois qui les régissent se dégagent peu à peu.

Dutrochet ne s'était pas mépris sur la portée de ses recherches et sur les suites qu'elles comportaient. « Ces premiers essais, écrivait-il, de l'application des phénomènes physiques à l'explication des phénomènes physiologiques tendent à faire disparaître le mysticisme que les physiologistes vitalistes ont introduit dans la physiologie. L'époque n'est pas éloignée, je l'espère, où l'on verra substituer à ces causes occultes et mystiques à l'aide desquelles on explique les phénomènes vitaux, l'exposition des lois physiques auxquelles ils sont dus. Rien, certainement, n'a plus nui aux progrès de la physiologie que cet isolement systématique où l'on a voulu mettre les phénomènes qui lui sont propres des autres phénomènes généraux de la nature. »

Enfin, le caractère de généralité des phénomènes de l'osmose dans la vie des êtres organisés, qui n'avait pas échappé à Dutrochet, n'a fait que s'affirmer davantage à mesure qu'on a mieux connu la variété des échanges organiques. Le transport à travers des membranes, n'est-ce pas l'essence même de ces échanges ? Chez les animaux les plus élevés en organisation, n'est-ce pas cette traversée des membranes qui est la condition de l'absorption, tant dans l'intestin que dans les alvéoles pulmonaires ? N'est-ce pas aussi la condition de la sortie hors du sang de tout ce qui pénètre dans le système lacunaire, c'est-à-dire dans le véritable milieu intérieur de l'organisme, et, ensuite, du passage des substances répandues dans ce milieu jusque dans les cellules ? N'est-ce pas de même à travers des membranes que doit, en sens inverse passer tout ce qui sort des cellules pour pénétrer dans le milieu intérieur, puis, de là, dans le sang et de là encore dans les émonctoires, dans les organes sécréteurs et dans l'air expiré ?

Dans toutes les parties de l'organisme, dans tous les actes nutritifs, la traversée de membranes par des gaz, des liquides, des corps dissous intervient donc pour maintenir la vie.

A ses développements magnifiques, on peut aujourd'hui mesurer la grandeur de la découverte de Dutrochet.

Ce n'est pourtant pas la seule, et une autre lui revient, moins connue généralement du public médical, et même



des biologistes, mais non moins importante ni moins riche de conséquences.

On fait généralement honneur d'avoir découvert la *structure cellulaire des tissus* à l'histologiste liégeois Schwann, dont les travaux ont été publiés en 1839. Or, Dutrochet l'a beaucoup devancé....

Dutrochet, imitant les procédés de Bichat pour l'étude des tissus animaux, soumit des fragments de végétaux à l'ébullition dans l'acide nitrique pour les désagréger, et il vit que chaque grain dissocié par cette opération consistait en une utricule ou cellule creuse sans ouverture, et que chaque organe des plantes était formé d'un assemblage de cellules semblables, adhérentes entre elles. Toujours fidèle à l'esprit de comparaison, il étudia ensuite les tissus animaux, d'abord sur les glandes de gastéropodes, et reconnut qu'elles étaient aussi constituées par des vésicules agglomérées. Ainsi, tous les tissus des êtres organisés étaient formés de cellules.

Il remarquait que les cellules des vertébrés étaient beaucoup plus petites que celles des animaux inférieurs, et par conséquent plus difficiles à voir, mais il n'hésitait pas à les assimiler à ces dernières. »

« C'est à la diversité de nature des cellules qu'il rapporte la diversité de leurs produits. « On ne peut concevoir, dit-il, qu'une si étonnante diversité de produits soit l'ouvrage d'un seul organe, de la cellule. Cet organe, étonnant par la comparaison que l'on peut faire de son extrême simplicité avec l'extrême diversité de sa nature intime, est véritablement la pièce fondamentale de l'organisation ; tout, en effet, dérive évidemment de la cellule dans le tissu organique des végétaux, et l'observation vient de nous prouver qu'il en est de même chez les animaux. »

Bien avant Schleiden, Dutrochet reconnut que l'accroissement des tissus résulte de l'augmentation du nombre et du volume des cellules.

Avant Schwann, il montra que la plume des oiseaux, organe vivant au début, devient un organe inerte, mais en conservant sa structure cellulaire comme certaines parties des végétaux : « c'est une sorte de liège animal », écrit-il.

Avant Cohnheim aussi, Dutrochet observa le phénomène de la diapédèse. Dans la queue du têtard vivant, il décri-

vit, en effet, les globules sortis du torrent circulatoire, demeurant fixés dans le tissu transparent. Ce sont, dit-il, des cellules vagabondes, expression dont le terme de *Wanderzellen*, employé beaucoup plus tard par les auteurs allemands pour désigner les leucocytes migrants, est une traduction littérale.

A Dutrochet revient encore le mérite d'avoir pressenti les *sécrétions internes*. « La cellule, dit-il, est l'organe sécréteur par excellence : elle sécrète, dans son intérieur, une substance qui, tantôt est destinée à être portée au dehors, par le moyen de canaux excréteurs, et qui, tantôt, est destinée à rester dans l'intérieur de la cellule qui l'a sécrétée et à faire partie de l'économie vivante, où elle joue un rôle qui lui est propre. » Et, ailleurs, il précise : « On ne peut guère douter que les organes parenchymateux, tels que la rate, qui n'ont point de canal excréteur, n'opèrent également dans leurs cellules la sécrétion d'une substance qui est destinée, soit à y demeurer stationnaire, soit à passer par transsudation dans les vaisseaux sanguins. »

Un tel ensemble de découvertes méritait bien à son auteur un peu plus que la simple notoriété qu'il trouva auprès de ses contemporains. La postérité ne lui a pas non plus, semble-t-il, accordé jusqu'à présent la célébrité dont il est digne. Mettre en lumière l'importance de ses travaux et les progrès qui en sont résultés dans la science, c'est donc faire un acte de justice.

Aujourd'hui, Dutrochet nous apparaît comme l'un des fondateurs de la biologie. A l'exemple de Bichat, il a cultivé l'anatomie générale et trouvé ce que Bichat n'avait pu découvrir avec une technique insuffisante. Comme son contemporain Magendie, Dutrochet a contribué à débarrasser la science des mystères du vitalisme en ramenant à des phénomènes physico-chimiques certains actes physiologiques. Devançant Claude Bernard, il a fait ressortir la communauté des actes vitaux chez les animaux et chez les plantes, il a su expérimenter et fixer le déterminisme de certaines conditions indispensables à la vie. »

Le Directeur-gérant : D<sup>r</sup> François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

**CURE DE**  
**DIURESE**

**EVIAN**  
**SOURCE**  
**CACHAT**

**VOIES URINAIRES. FOIE**  
**GOUTTE GRAVELLE**  
**ARTÉRIO-SCLÉROSE**

**Tout Déprimé**  
» **Surmené**

**Tout Cérébral**  
» **Intellectuel**

**Tout Convalescent**  
» **Neurasthénique**

est justiciable de la :

**NEVROSTHENINE FREYSSINGE**

Gouttes de glycérophosphates alcalins (0.40 par XX gouttes).  
XV à XX gouttes à chaque repas. - **Ni sucre, ni alcool.**

**6, Rue Abel**  
**PARIS (12<sup>e</sup>)**

**PRIMUM NON NOCERE**

**CONTRAINDICATION**

**CHARBON DE PEUPLIER** sous forme de **GRAINS ANISÉS** de **CHARBON TISSOT**  
Humectent, divisent, aseptisent, expulsent.  
et conséquences : **MAUVAISES DIGESTIONS, MIGRAINES, LOURDEURS DE TÊTE**  
**DIVISION du BOL ALIMENTAIRE** **HÉMORROÏDES, etc.** — Une cuillerée à café avalée comme des graines de lin, après chaque repas.  
**CONSTIPATION** Toutes Pharmacies. — Représentants : **PARIS 34, BOULEVARD DE GLICHY (Service A)**



# FARINES MALTÉES JAMMET

de la Société d'Alimentation diététique

## RÉGIME DES MALADES, CONVALESCENTS, VIEILLARDS

Farines très légères

**RIZINE**

Crème de riz maltée

**ARISTOSE**

à base de farine maltée de blé et d'avoine

**CÉRÉMALTINE**

(Arrow-root, orge, blé, maïs)

Farines légères

**ORGÉOSE**

Crème d'orge maltée

**GRAMENOSE**

(Avoine, blé, orge, maïs)

**BLÉOSE**

Blé préparé et malté

Farines plus substantielles

**AVENOSE**

Farine d'avoine maltée

**CASTANOSE**

à base de farine de châtaignes maltée

**LENTILOSE**

Farine de lentilles maltée

*Alimentation  
des  
Enfants*

**CACAOS, MALTS, SEMOULES, CÉRÉALES** spécialement préparées pour **DÉCOCTIONS**

Usine et Laboratoires à LEVALLOIS-PERRET. — Brochure et Échantillons sur demande.

**ÉTABLISSEMENTS JAMMET, Rue de Miromesnil 47, Paris**



# SIROP GUILLIERMOND

**IDO-TANNIQUE**

**AFFECTIONS CARDIO-VASCULAIRES, AFFECTIONS PULMONAIRES CHRONIQUES  
LYMPHATISME, GOITRE, DERMATOSES, ALBUMINURIE**

**DOSES : 2 à 4 cuillerées à bouche, à dessert ou à café suivant l'âge**

**PRESCRIRE :**

**SIROP GUILLIERMOND, un flacon**

**BÉRTAUT-BLANCARD FRÈRES**  
64, Rue de La Rochefoucauld, PARIS (9<sup>e</sup>)

## OLÉOCHRYSINE LUMIÈRE

**CHRYSOTHÉRAPIE — CALCITHÉRAPIE**

Suspension huileuse d'aurothiopropanol sulfonate de calcium  
Tuberculose — Rhumatismes — Syphilis — Dermatoses

*Imprègne l'organisme lentement, régulièrement et sans interruption pendant 4 ou 5 jours  
Résultats inégaux par tout autre traitement chimique*

## ALLOCHRYSINE LUMIÈRE

**AUROTHÉRAPIE**

**PAR VOIE INTRAMUSCULAIRE**

*Traitement de la Tuberculose sous toutes ses formes*

Absorption facile et rapide — Tolérance parfaite — Aucune réaction locale, ni générale

## CRYOGÉNINE LUMIÈRE

**LE MEILLEUR ANTIPYRÉTIQUE**

**ET ANALGÉSIQUE**

*Action véritablement rapide dans la fièvre et la douleur*

Ne détermine pas de sueurs profuses, ni de tendance au collapsus, ne ferme pas le rein, ne provoque pas de vertiges — Pas de contre-indications

## CRYPTARGOL LUMIÈRE

**COMPOSÉ ARGENTIQUE STABLE, ATOXIQUE**

*Aussi antiseptique que le nitrate d'argent*

Non irritant, kératoplastique — Aucune intolérance digestive ou cutanéomuqueuse — Jamais d'argyrisme

## EMGÉ LUMIÈRE

**MÉDICATION HYPOSULFURIQUE MAGNÉSIENNE**

*Prophylaxie et traitement de tous les troubles liés à un état d'instabilité humorale*

**ANTI-CHOC**

*Littérature et Échantillons gratuits sur demande à la*

**Sté A<sup>me</sup> des Produits Chimiques Spéciaux "BREVETS LUMIÈRE"**

45, rue Villon, LYON — Bureau à PARIS, 3, Rue Paul-Dubois



La Lancette Française

## GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6°. Tél. : Danton 48-31.

PUBLICITE : M. A. THIOILLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6°) - Téléph. : LUTRÉ 54-93.

## PRIX DE L'ABONNEMENT

## FRANCE

3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.

Etudiants : 25 francs par an.

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

## ETRANGER

Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.

Tous les autres pays : 75 francs.

## SOMMAIRE

## ACTUALITÉS

*Hypophyse et stimulation endocrinienne*, par M. R. LEVÉNT.XXXV<sup>e</sup> CONGRÈS DE L'ASSOCIATION FRANÇAISE D'UROLOGIE*Influence de la grossesse sur l'appareil excréteur du rein.* — Rapporteur : M. F.-H. DE BEAUFOND (de Paris).

## LIVRES NOUVEAUX

## NOTES POUR L'INTERNAT

*Tubage chez l'enfant. Indications. Technique. Résultats.*

## INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — Liste alphabétique des candidats admissibles :

M. Adam, 21,5 ; Mlle Adda, 25,5 ; Mme Aldou, 22 ; MM. Allitaire, 22 ; Aslanian, 21 ; Aurenche, 20 ; Aussanaire, 23 ; Azoulay, 18.

M. Bancaud, 19 ; Mlle Barillon, 24,5 ; MM. Bauer, 20 ; Beauvils, 23 ; Bessil, 18 ; Bibas, 22 ; Blanchard (André), 19,5 ; Blanchard (Jacques), 29 ; Boissonnat, 22 ; Bonduelle, 23 ; Bonnet, 19 ; Botreau-Roussel, 18,5 ; Bouche, 18 ; Mme Boulenger, 24 ; MM. Boulenger (Pierre), 29,5 ; Bourdin, 24,5 ; Bourguine, 22 ; Bouvier, 32 ; Bret, 23,5 ; Breton (Pierre), 38 ; Bretton (Roger), 22 ; Mlle Brille, 20,5 ; MM. Brissaud, 21 ; Butzbach (Jean), 19.

MM. Cahen, 18 ; Cahuet, 18 ; Campagne, 18 ; Canetti, 22 ; Carasso, 25 ; Mlle Casalis, 18,5 ; MM. Chalochet, 20,5 ; Champagne (Pierre), 18 ; Chappelart, 17,5 ; Chevalier (Anthelme), 27 ; Chiche, 29 ; Chigot, 22 ; Claracq, 19 ; Clerc (Pierre), 28 ; Combes, 27 ; Cornet, 20 ; Cotillon, 18 ; Coulombeix, 18 ; Coville, 18 ; Cuveraux, 24,5.

Mlle Damiens, 18,5 ; MM. Darris, 19 ; Daverne, 20,5 ; Debain, 26,5 ; Debelut, 30 ; Debeyre, 31 ; Debost, 25,5 ; Deguillaume, 25,5 ; Delair, 20,5 ; Delouche, 17,5 ; Delzant, 25 ; Denizet, 30 ; Dennewald, 24,5 ; Déséglise, 22 ; Desfosses, 26,5 ; Deuil, 19 ; Mlle Doumic, 18,5 ; M. Douville, 18 ; Mlle Dreulle, 25 ; MM. Droguet, 23 ; Dubois (Jacques), 23,5 ; Duret, 22.

MM. Ebstein, 23,5 ; Elbaz, 18 ; Etienne, 22 ; Eudel, 21,5 ; Mlle Eyraud, 23.

MM. Feld, 25 ; Fischgrund, 27 ; François (André), 24 ; Frebet, 20 ; Freret, 21 ; Froissant, 20.

MM. Gallaut, 21 ; Gaumé, 25 ; Gautreau, 19 ; Geoffroy, 25 ; Geismar, 19,5 ; Genevrier, 27 ; Gharib, 23,5 ; Gibon, 24,5 ; Gimault, 19,5 ; Glénard, 35 ; Gordet, 17,5 ; Goudot, 25 ; Goulesque, 23,5 ; Gout, 17 ; Grislain, 28 ; Gruner, 23 ; Guenon des Mesnards, 33 ; Guéret, 29 ; Guillemain, 23 ; Guiot, 23 ; Guittard, 21.

M. Hacker, 24.

M. Israël, 18.

MM. Jacquet (Maurice), 23 ; Jacquot, 25 ; Jamain, 24 ; Joly, 31 ; Joublin, 17,5 ; Joussemet, 19 ; Mlle Juster, 20,5.

MM. Kaufmann, 26 ; Klotz, 21.

MM. Labayle, 23 ; Lacombe, 18 ; Lacombe, 27 ; Lacroix, 23 ; Lamotte (Michel), 26 ; Lartigue, 22 ; Lascaux, 30 ; Lataix, 31 ; Leboff, 30 ; Le Bozec, 18,5 ; Lecœur, 25 ; Lecoite, 20 ; Lefebvre, 26 ; Le Loc'h, 24,5 ; Lenormant, 21 ; Lepintre, 24 ; Lesieur (Pierre), 32,5 ; Le Sueur (Guy), 26 ; Mme Levachkevitch, 21,5 ; MM. Lévy, 35 ; Liénard, 18 ; de Lignières, 18 ; Livory, 31,5 ; Lœper, 19,5 ; Loiseau (James), 19 ; Lolméde, 23,5 ; Luteraan, 25,5.

M. Magder, 19 ; Mlle Mage, 20 ; MM. Magne-Rouchaud, 21 ; Maignan, 19 ; Marchon, 19 ; Mlle Marquis, 28 ; MM. Marre, 29 ; Martinon, 22 ; Maschas, 21,5 ; Mathieu (André), 37 ; di Matteo, 26,5 ; Maurice (Henri), 22 ; Mlle Meunier, 21 ; MM. Meyer (Henri), 23,5 ; Milliez, 25,5 ; Mlle Montalant, 25 ; MM. Morhange, 31 ; Motte, 23 ; Mousseau, 23 ; Mozziconacci, 37,5 ; Musset, 23.

MM. Netter, 25 ; Neveu, 30 ; Nguyen-Van-Vang, 18 ; Nick, 23,5.

Mlle Olivier, 31 ; MM. Olivier (Marcel), 20 ; Ordonneau, 27.

MM. Pahmer, 18 ; Paugam, 31 ; Pellerat, 20 ; Pequignot, 27 ; Mme Perol, 25 ; MM. Perol (Etienne), 18 ; Petit (Ca-

NATIBAÏNE

ASSOCIATION DIGITALINE NATIVELLE ET OUABAÏNE ARNAUD

LABORATOIRE NATIVELLE, 27, Rue de la Procession, PARIS (XV<sup>e</sup>)

mille), 21 ; Phéline, 23 ; Piguet, 16 ; Pinet, 22 ; Placa, 19 ; Plas, 23 ; Pointeau, 18,5 ; Mlle Provendier, 20.

MM. Rault (André), 24 ; Raynaud (Henri), 25 ; Raymond, 23 ; Robert (Jean), 19 ; Robey, 27,5 ; Robin (Jean), 21,5 ; Rodde, 22,5 ; Rollin, 20 ; Ronsin, 19 ; Rouault, 20,5 ; Rougé, 32,5 ; Rougier, 29 ; Roulland, 19 ; Rousset, 21 ; Rozée Belle-Isle, 22 ; Rudaux, 18.

Mlle Sachnine, 18 ; M. Sagaut, 27 ; Mlle Saint-Paul, 18 ; MM. Saks, 30,5 ; Samain, 29,5 ; Sayous, 29 ; Schaefer, 25 ; Schapira, 38 ; Schneider, 21 ; Sénéchal (André), 22 ; Sénéchal (Paul), 21 ; Sevilleano, 23 ; Mlle Simon (Antoinette), 17,5 ; Mlle Sulzer, 28.

MM. Tardieu, 30 ; Taveau, 32 ; Temime, 34 ; Mme Thaon, 25 ; Mlle Thévenot, 26,5 ; MM. Thorel, 19,5 ; Thoyer-Rozat, 19 ; Tiret, 18 ; Torre, 21 ; Toulouse, 30,5 ; Tran Van Con, 18 ; Trémolières, 28,5 ; Trouvé, 22 ; Tulou, 21.

MM. Vermeuouse, 18 ; Verstraete, 21 ; Veyrières, 23,5 ; Vialard, 22 ; Vialatte, 32 ; Villanova, 20 ; Villey-Desmets, 26 ; Vincent (Max), 25 ; Vivien, 24.

MM. Walther, 37 ; Wolfromm (René), 18 ; Mlle Wolfromm (Hélène), 24.

MM. Zivy, 27,5 ; Zwillinger, 20.

— CONCOURS DE L'EXTERNAT. — Séance du 14 décembre. — Questions données :

*Anatomie.* — Questions : 1. Tête radiale. — 2. Anatomie descriptive du ménisque interne du genou. — 3. Insertions vertébrales du muscle psoas. — 4. Enumérer dans leur ordre d'origine (sans les décrire) les branches collatérales du tronc du nerf radial. — 5. Rapports de la face antérieure du rein droit.

*Pathologie médicale.* — Questions : 1. Les signes physiques, sans les signes radiologiques, du pneumo-thorax pur généralisé de la grande cavité. — 2. Les signes physiques et radiologiques de la péricardite rhumatismale avec épanchement. — 3. Les signes cutanés de la période d'état de la rougeole. — 4. Les caractères de la douleur de la colique hépatique. — 5. A quels signes reconnaît-on qu'un ictère chronique par rétention est dû à un cancer de la tête du pancréas ? — 6. Les troubles du pouls et de la respiration dans la méningite tuberculeuse de l'enfant.

*Pathologie chirurgicale.* — Questions : 1. Enumérer les signes cliniques des fractures trans-cervicales non engrénées du col du fémur (sans la radiologie). — 2. Caractères des adénopathies du cancer marginal de la langue. — 3. Renseignements fournis par le toucher dans le cancer de l'ampoule rectale. — 4. En présence d'une hémorragie interne, quels sont les signes qui permettent de porter le diagnostic de rupture de grossesse tubaire ?

HÔPITAUX DE PROVINCE. — MARSEILLE. — Concours de l'internat. — Sont nommés :

Internes titulaires : MM. Laval, Sénez, Sérafino, Raynaud, M<sup>lle</sup> Legré, MM. Bouysson, Henry, Robert, M<sup>lle</sup> Roussel, MM. Ranque, Claustre.

Externes en premier : MM. Pierron, Teitelbaum, Avierinos, de Saboulin, Hawthorn, Jullien, Daniel, Nguyen Van Tai, Bachmann, Fournier.

— Concours de l'externat. — Sont nommés :

Externes : MM. Ourgaud, Stéphanopoli de Comnène, Droit, Fiorentini, Poteur, Montet, Olive, Roche, Orsini, M<sup>lle</sup> de Bachmann, MM. Lavalette, Laugié, M<sup>lle</sup> Rougier, MM. Blanc, Delpin, Jullien, Jézéquel, Legré, Tramoni, Tristani, Verdesi, Mouren, Debanne, Parrel, Dalmass, Lamoureux, Le Floch, Crémieux, M<sup>lle</sup> Toubon, MM. Melan, Grisoli.

Stagiaires en premier : MM. Lacoste, Pinori, Ranque, Bénéfice.

— MONTPELLIER. — Le concours de l'internat s'est terminé par les nominations suivantes :

Internes titulaires : MM. Seintein, Sarran, Deffuant, Boisbeunet, Delmas, Alquie.

Externes en premier : M. Cheynel, M<sup>me</sup> Deffuant, MM. Vergues, Bétoulières.

Candidats classés : M<sup>lle</sup> Bougarel, MM. Soulier, Donat, Pistre, Nguyen Duc, Porche, Drouhet.

— Après concours ont été nommés :

Externes titulaires : MM. Méténier, Costecalde, Nègre, Bosc, Chappert, Coste, M<sup>lle</sup> Sartre, MM. Yana, Savonnet, Prudent, Saussol, Romieu, Viala, Granier, Simon, M<sup>lle</sup> Rey, MM. Laporte, Pontal, M<sup>lle</sup> Vidal, MM. Bonald, Vacquier, M<sup>lle</sup> Méa.

Externes provisoires : MM. Patounas, Lescure, Béthoux, Delord, Ponsoye, Chalmeton, Coste, Jalabert.

Voyage médical de Noël sur la Côte d'Azur. — Rappelons que le prochain Voyage médical international de Noël (Voyage Bleu) sur la Côte d'Azur, organisé par la Société Médicale du Littoral, se déroulera de Cannes à Nice et à Menton, du 25 décembre au 4 janvier. Il sera placé sous la présidence du Doyen de la Faculté de Médecine de Paris, le professeur Roussy, et sous la direction scientifique du professeur Laignel-Lavastine (Histoire de la Médecine et de la Chirurgie).

Durant dix jours, les membres de ce voyage visiteront Nice, La Turbie, Roquebrune, Le Cap-Martin, Menton, Monaco, Monte-Carlo, Beaulieu, Villefranche, Cagnes, Vence, Grasse, Cannes, Le Cannet, le Golfe Juan et Actinopolis. Une excursion aura lieu dans les Alpes (Sports d'hiver à Beuil). D'autres excursions seront organisées à la suite du voyage, dans l'Estérel (Saint-Raphaël) et en Corse (si les voyageurs en font la demande).

On connaît le confort et le luxe des Voyages de la Société Médicale du Littoral, qui fonctionnent depuis 15 ans. Tous les parcours seront effectués en autocars et les séjours seront assurés dans les meilleurs hôtels de la région.

Les adhésions sont reçues, dès à présent, au Secrétariat de la Société Médicale, 24, rue Verdi, à Nice. Le droit d'inscription est de 100 francs. Les membres recevront un permis de parcours individuel, à demi-tarif, valable un mois, sur les chemins de fer français. Les membres de la famille des médecins sont admis, ainsi que les étudiants en médecine. On peut ne s'inscrire que pour une fraction du voyage seulement.

**SINAPISME RIGOLLOT**

RÉVULSION RAPIDE ET SURE

**POUDRE DE MOUTARDE RIGOLLOT**  
POUR USAGE MÉDICAL

Cataplasmes sinapisés - Grands Bains - Bains de Pieds

Vente en Gros : DARRASSE, Ph<sup>icien</sup>, 13, rue Pavée, PARIS

R. C. 17602

Néuralgies  
Névrites

**BROMÉINE MONTAGU**

**QUATAPLASME**

du **D<sup>r</sup> L'AVOUBLEBERT**  
PANSEMENT COMPLET  
Phlegmons, eczémas, brûlures, etc.





# LENIFORME

## 2.5 et 10%

HUILE ANTISEPTIQUE NON IRRITANTE  
est indiqué dans le

## CORYZA

### PUISQUE

l'agent pathogène  
est un virus filtrant  
**qui ne permet pas**  
de fabriquer un vaccin  
prophylactique ni curatif.

Échantillon :

26, rue Pétrelle, 26  
PARIS (9<sup>e</sup>)

### SE VEND EN FLACON OU EN RHINO-CAPSULES



Par l'Extrait hépatique foetal  
les Tréphones embryonnaires  
le Sérum hémopoïétique

# le Tréphonyl

## SOUS SES TROIS FORMES

- 1°.- Boîte de 6 ampoules de 10 cc.
- 2°.- Boîte de 10 ampoules de 5 cc.
- 3°.- Flacon de Sirop de 300 grammes

*constitue le traitement spécifique*

de  
**TOUTES les ANÉMIES**

de **TOUTES les**  
**DÉFICIENCES ORGANIQUES**

Prix : 18 Frs.



Par **VOIE BUCCALE** Exclusivement  
UN à DEUX FLACONS-AMPOULES DE 10 cc.  
DEUX à QUATRE FLACONS-AMPOULES DE 5 cc.  
DEUX à TROIS CUILLERÉES DE SIROP PAR JOUR

*Echantillons et Littérature*  
Laboratoires du D<sup>r</sup> ROUSSEL  
97, r. de Vaugirard, PARIS-6<sup>e</sup>  
TÉLÉPHONE : LITRÉ 68-24



## INFORMATIONS

(SUITE)

**FACULTÉS DE MÉDECINE. — PARIS. — Election du Conseil de discipline du 21 décembre 1935.** — L'Association corporative nous communique :

### *Etudiants en médecine.*

La liste d'entente professionnelle et corporative est composée de représentants des seules associations qui ont depuis toujours défendu les droits des étudiants français.

Grâce aux campagnes qu'elles ont menées, ont été votées :

La loi Armbruster de 1933;

La loi Cousin-Nast-Armbruster de 1935 sur l'exercice de la médecine par les étrangers.

Actuellement, les mêmes associations, après étude du décret portant augmentation des droits universitaires, ont obtenu :

1° La réouverture du registre des demandes d'exonération jusqu'au 15 janvier 1936;

2° Mise à l'étude immédiate par le ministre de l'Education nationale de mesures administratives en faveur de la création de commissions mixtes comprenant des délégués de nos associations pour la répartition équitable de ces exonérations.

Votez tous pour :

Titulaires : Brisset, Association corporative des étudiants en médecine de Paris; Terrasse, Association des étudiants en médecine de Paris.

Suppléants : Grenet, Association corporative des internes en exercice; Balazuc, Association des étudiants en médecine de Paris; Champagne, Association corporative des étudiants en médecine de Paris; Bancaud, Association professionnelle des externes.

— BORDEAUX. — M. Dubecq, agrégé, est nommé, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 1936, professeur de clinique dentaire à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Bordeaux (dernier titulaire de la chaire : M. Cavalié) (budget de l'Université).

**ÉCOLES DE MÉDECINE. — AMIENS.** — M. le docteur Hautefeuille, professeur de clinique médicale, a été nommé directeur, en remplacement de M. le professeur Labarrière, admis à faire valoir ses droits à la retraite.

**ACADÉMIE DE CHIRURGIE.** — L'Académie de chirurgie a procédé à l'élection de son bureau pour 1936. Ont été élus :

Président : le médecin général inspecteur Rouvillois; vice-président : M. Baumgartner; secrétaires annuels : MM. Martin et Capette.

Le secrétaire général de l'Académie est M. Louis Bazy.

**LÉGION D'HONNEUR.** — Est promu dans l'ordre de la Légion d'honneur :

INTÉRIEUR. — *Au grade d'officier.* — M. le professeur Noël Fiessinger.

**CORPS DE SANTÉ MILITAIRE.** — Sont promus :

*Au grade de médecin général inspecteur.* — Les médecins généraux : Lévy, directeur de l'Ecole d'application du Service de santé militaire, membre du Comité consultatif de santé; Morvan, directeur du Service de santé au ministère de la guerre.

*Au grade de médecin général.* — Les médecins colonels : Morisson, directeur du Service de santé de la 15<sup>e</sup> région, à Marseille; Schickelé, directeur du Service de santé de la 20<sup>e</sup> région, à Nancy; Paitre, professeur agrégé du Val-de-Grâce, médecin chef de l'hôpital militaire d'instruction du Val-de-Grâce, sous-directeur de l'Ecole d'application du Service de santé militaire; Beyne, directeur du Service de santé de la 8<sup>e</sup> région, à Dijon.

M. le médecin général Fournereaux, directeur du Service de santé de la 8<sup>e</sup> région, est placé dans la 2<sup>e</sup> section, réserve du Corps de santé militaire.

— Mutations :

Le médecin-colonel Capdevielle, place de Limoges, est nommé directeur par intérim du Service de santé de la 13<sup>e</sup> région, à Clermont-Ferrand.

Le médecin-colonel Schneider, Ecole supérieure de guerre, est nommé directeur par intérim du Service de santé de la 9<sup>e</sup> région, à Tours.

**CORPS DE SANTÉ MILITAIRE DES TROUPES COLONIALES.**

— Sont promus :

*Au grade de médecin général inspecteur.* — Le médecin général Couvy, directeur du Service de santé et inspecteur des services sanitaires de l'Afrique Occidentale française, à Dakar.

Le médecin colonel Gravellet, promu au grade de médecin général, est nommé membre assistant du Comité consultatif de défense des colonies.

**X<sup>e</sup> BAL DE LA MÉDECINE FRANÇAISE.** — La date du X<sup>e</sup> bal de la médecine française a été fixée au vendredi 21 février 1936 dans les salons du Centre Marcelin Berthelot, 28 bis, rue Saint-Dominique, à 22 h.

La direction artistique a été confiée à M. Paul Colin qui, avec le concours de nombreuses vedettes parisiennes, fera sur scène une présentation d'affiches animées.

Le souper, sous la direction de M<sup>me</sup> H. Labbé et du docteur E. de Pomiane, sera servi à minuit, par petites tables, par des jeunes filles du Corps médical.

Pour tous renseignements, s'adresser à M<sup>me</sup> Gondry, secrétaire, Société F. E. M., 95, rue du Cherche-Midi (VI<sup>e</sup>). Tél. Littre 48-12 (samedi après-midi excepté).

**GALA FRANCO-ITALIEN.** — L'Agence diplomatique et coloniale organise pour le jeudi 19 décembre, à 21 h., à la salle Pleyel, un grand gala d'amitié franco-italienne pour envoyer des cadeaux de Noël aux enfants italiens.

Location et souscription à l'Agence diplomatique et coloniale, 21, rue Cambon.

**CLINIQUE DE LA TUBERCULOSE.** (Professeur : M. P. COURMONT.) — Un cours de perfectionnement sur la tuberculose, sous la direction du professeur Paul Courmont, avec le concours du Comité national de défense contre la tuberculose, est organisé à Lyon, du lundi 13 janvier au lundi 10 février 1936 (quatre semaines).

Il comprendra, chaque jour, des conférences, des cliniques au lit du malade, des exercices pratiques de clinique (radiographie, pneumothorax, etc.), de laboratoire (bactériologie, sérologie).

Le cours sera donné à la Clinique de la tuberculose par le professeur P. Courmont et ses assistants, et dans différents services spécialisés, avec la collaboration de professeurs de la Faculté de médecine, de médecins des hôpitaux, de chefs de laboratoires.

Les inscriptions sont reçues au secrétariat de la Faculté de médecine, avenue Rockefeller, n° 8.

Les droits à verser sont de 250 fr.

Le Comité national de défense contre la tuberculose met à la disposition des médecins de dispensaires ou de candidats à ces postes un certain nombre de bourses.

S'adresser, pour les bourses et tous renseignements d'inscriptions, au professeur P. Courmont.

**NÉCROLOGIE.** — Nous avons le regret d'apprendre la mort de MM. les docteurs Charles Culot (de Maubeuge), Alfred Lefebvre (de Chauny), P.-L. Beauduin (d'Amiens), Jean Reboul-Lachaux (de Marseille); M. Jean Villette, étudiant en médecine à Lille.





# BRIANÇON

1350 M.

d'Altitude

125 Chambres pour Dames  
et Jeunes Filles.

Organisation sanatoriale  
et médicale moderne  
Galeries de Cure privées

Train rapide & direct: PARIS-LYON  
Briançon • Autocars: GRENOBLE  
MARSEILLE

Médecins Présidents: D<sup>rs</sup> M & O. PIN

## Sanatorium Hôtel des NEIGES.

# VACCINS CLIN

ANTICOQUELUCEUX  
ANTISTAPHYLOCOCCIQUE      ANTISTREPTOCOCCIQUE  
ANTIGONOCOCCIQUE  
I. MONOMICROBIEN et II. POLYMICROBIEN

### COLI-ENTÉRO-VACCIN

I. BUCCAL  
Boîte de 6 ampoules de 5 c.c.  
de forte concentration uniforme.

II. INJECTABLE  
Boîte de 10 ampoules de 1 c.c.  
à concentrations croissantes

### PNEUMO-BRONCHO-VACCIN

ADULTES - ENFANTS

Concentration élevée en microbes - Tolérance parfaite - Conservation illimitée  
Injections sous-cutanées ou intra-musculaires

Les Vaccins Clin injectables sont délivrés en boîtes de 10 ampoules de 1 c.c.

## PYOVARGOL

POMMADE AU COLLOIDO-VACCIN CLIN  
ARGENTIQUE ANTIPYOGÈNE  
POUR PANSEMENTS des plaies infectées et suppurations locales

LABORATOIRES CLIN. COMAR ET Cie, 20, rue des Fossés-Saint-Jacques, PARIS



## ACTUALITÉS

### HYPOPHYSE ET STIMULATION ENDOCRINIENNE

Il semble que pour la moins volumineuse des glandes à sécrétion interne l'importance physiologique soit inversement proportionnelle au volume. Les études de ces dernières années en font non seulement une glande endocrine importante par la multiplicité de ses fonctions mais encore la clef de voûte du système endocrine tout entier. La notion d'interdépendance entre les glandes à sécrétion interne n'est pas une nouveauté ; cependant, jusqu'en ces derniers temps, la façon dont elle s'établissait était, selon les auteurs, conçue de la façon la plus diverse ; pour certains même, rien dans notre acquis actuel ne permettait d'en élucider la nature. Sans qu'on puisse considérer le problème comme résolu, on peut cependant voir dans le rôle régulateur de l'hypophyse un premier élément d'éclaircissement.

Les points importants pour le médecin dans l'anatomie hypophysaire semblent être la multiplicité des tissus qui la constituent et aussi sa proximité des centres nerveux. Elle est en effet formée d'un lobe antérieur incontestablement sécrétoire, d'un lobe postérieur incontestablement nerveux au point de vue histologique, d'un lobe intermédiaire enfin, glandulaire lui aussi et placé entre les deux autres.

La compénétration des tissus du lobe intermédiaire et du lobe postérieur, incontestable chez certains animaux, est sans doute la raison de ce fait paradoxal qu'un organe histologiquement nerveux donne pourtant naissance à des substances dont un certain nombre ont pu être chimiquement isolées à l'état de pureté et qui ont le caractère de sécrétions glandulaires au même titre que les produits séparés par extraction du lobe antérieur et dont elles sont physiologiquement différentes.

La structure nerveuse de ce lobe postérieur et sa proximité de la base du cerveau avec les centres qu'elle renferme expliquent, d'autre part, l'incertitude des physiologistes sur le point de savoir si ce n'était pas aux centres nerveux qu'il fallait attribuer le rôle actif qu'on tendait avec d'autres auteurs à réserver jusqu'alors à l'hypophyse-glande.

Les recherches histologiques et physiologiques de ces dernières années ont dans ce domaine aussi contribué à concilier en partie les contradictions.

Par ailleurs, l'étude histologique et histo-chimique de l'hypophyse a aussi, touchant l'excrétion de la glande mis en évidence un fait très particulier. Comme pour les autres endocrines le sang draine une partie des produits de sécrétion ; l'hypophyse est donc, comme les autres, une glande « hémocrine ». Sans doute sont-ce plus particulièrement les produits élaborés par le lobe antérieur qui prennent cette voie en raison des rapports vasculaires.

Il est, en revanche, d'autres issues aux produits glandulaires, entrevues par divers auteurs et dont les travaux histologiques du Professeur R. Collin ne permettent plus de nier la réalité. Une partie de la colloïde chemine à travers le lobe postérieur et le long de la

tige pituitaire jusqu'au tuber cinereum et aux noyaux gris tubériens où on a pu la mettre histologiquement en évidence. Il y a donc « neurocrinie » hypophysaire.

Une autre partie de la colloïde, sans doute en majeure provenance du lobe intermédiaire, traverse la paroi infundibulaire et l'épithélium épendymaire pour se déverser dans le liquide céphalo-rachidien du III<sup>e</sup> ventricule : « hydrencéphalocrinie ». Elle paraît en disparaître rapidement au profit du sang ou des centres nerveux puisque le liquide céphalo-rachidien de régions éloignées ne semble pas contenir autant de produits hypophysaires que celui du ventricule.

Dans l'excrétion sanguine que nous avons d'abord mentionnée, Popa et Fielding distinguent enfin l'« hémoneurocrinie ». Les veines efférentes de l'hypophyse donnent en effet naissance à un véritable système porte qui va se ramifier dans le mésencéphale et qui apporte sans aucun doute au tuber cinereum des produits d'origine hypophysaire.

Toutes ces sécrétions semblent le produit d'une sécrétion holocrine.

La connaissance de voies d'excrétion aussi diverses fournit donc une explication digne d'attention de l'incertitude où leurs recherches entretenaient bien des auteurs sur l'origine hypophysaire ou tubérienne à assigner aux substances actives. L'étude des connexions physiologiques entre ces deux systèmes rend vraisemblable une collaboration, et d'autant plus que la région hypothalamique représente probablement le grand centre neurovégétatif de tout l'organisme.

\*\*

Notre intention n'est pas de résumer ici l'ensemble des fonctions hypophysaires ni même la totalité de celles du lobe antérieur, matière trop vaste.

Dans le cadre de la fonction de stimulation des endocrines par l'hypophyse, les relations avec les glandes génitales et celles qui s'y rattachent fonctionnellement méritent aussi, par leur importance, une étude particulière. Il nous suffira, ici, de passer rapidement en revue les rapports de l'hypophyse avec d'autres glandes à sécrétion interne plus particulièrement étudiées en ces dernières années : thyroïde, parathyroïde, parenchymes surrénaux et pancréas.

Il semble que ce soit Smith qui, en 1927, ait le premier formulé avec quelque précision le rôle stimulateur général de l'hypophyse par voie humorale sur les autres endocrines. Il montra, en effet, qu'alors même que le mésencéphale est respecté, l'ablation de l'hypophyse amène chez le rat une atrophie générale des glandes endocrines, atrophie que retardent ou corrigent les greffes de lobe antérieur ou l'injection d'extraits.

Chez l'animal normal, greffes ou injections provoquent une hyperplasie endocrinienne diffuse pouvant même, dans le cortex surrénal, prendre un caractère adénomateux.

Si, d'autre part, on analyse les syndromes hypophysaires observés en clinique, on y rencontre des lésions endocriniennes diffuses : déficits génital, thyroïdien, parathyroïdien, surrénal dans la cachexie de Simmonds due à la destruction du lobe antérieur ; hyper-

plasies endocriniennes dans les adénomes du lobe antérieur.

L'isolement de divers produits hypophysaires à action élective a permis d'analyser cette action et de conclure à l'existence réelle de substances différentes provenant du lobe antérieur, substances douées d'une action stimulante sur les divers parenchymes glandulaires et pour cette raison dénommées « *stimulines* ».

**Thyroïde. Thyréostimuline.** — Chez le têtard, on sait depuis Adler (1914) que l'hypophysectomie arrête l'évolution des métamorphoses, phénomène dépendant de la thyroïde, et que celles-ci peuvent reprendre lorsqu'on administre de la thyroxine.

La même lésion provoque chez les mammifères de l'atrophie thyroïdienne (Houssay, 1921) histologiquement constatable et s'accompagne d'abaissement du métabolisme basal. Le retour à la normale histologique et fonctionnelle peut être obtenu par la greffe de lobe antérieur ou l'injection d'extraits.

Ces mêmes extraits stimulent la thyroïde des animaux intacts (Aron, Loeb et Basset, Houssay). En 48 heures la suractivité histologique est constatable, proportionnée à la quantité d'hypophyse en jeu et à la durée du traitement ; il y a en même temps des symptômes cliniques et humoraux d'hyperthyroïdie. Mais la prolongation du traitement montre au bout d'un certain temps l'épuisement d'une telle action ; les signes cliniques et histologiques et cliniques montrent le retour d'un équilibre normal ou même l'apparition d'hypothyroïdie. Il ne reste que de l'exophtalmie que Marini considère comme d'origine hypophysaire. Nous verrons quelle explication a été proposée de ce fait paradoxal.

On connaît encore incomplètement la chimie et la physique de cette thyréostimuline, non encore isolée. C'est vraisemblablement un polypeptide complexe que les dimensions de sa molécule empêchent d'être ultrafiltrable. Elle est détruite par l'ébullition, les acides et les bases faibles, les ferments digestifs ; on ne peut donc l'administrer per os. On ne peut actuellement en faire de dosage dans le sang ou l'urine que par méthode physiologique (Aron, Van Caulaert, Stahl).

On connaît, d'autre part, l'influence sur la sécrétion hypophysaire des modifications de la sécrétion thyroïdienne. La production de la thyréostimuline semble influencée par le taux de la thyroxine dans le sang ; son augmentation freine, sa diminution favorise la production de thyréostimuline. On tend donc à considérer comme possible une influence des viciations hypophysaires sur la production d'affections thyroïdiennes, goîtres simples, hyperthyroïdoses, Basedow en particulier. Le problème est mal éclairci encore : plus obscur encore celui de l'influence de l'hypophyse sur l'apparition des hypothyroïdoses.

**Parathyroïdes. Parathyréostimuline.** — L'influence hypophysaire semble variable selon les espèces animales et moindre dans l'ensemble que pour la thyroïde. Le test en est le dosage de la calcémie et de la phosphatémie, reflets de la teneur du sang en parathormone.

L'hypophysectomie provoque anatomiquement et histologiquement l'atrophie des parathyroïdes. Expérimentalement, si Evans a constaté chez le rat de l'hypocalcémie, Houssay et Gerschmann n'ont rien vu d'anormal chez le chien hypophysectomisé.

Divers auteurs allemands et américains ont par ailleurs noté une action stimulante des extraits hypophysaires sur les parathyroïdes : aspect histologique, élévation de la calcémie chez le chien.

On est donc fondé à en induire l'existence d'une parathyréostimuline encore qu'on n'ait pu jusqu'ici l'isoler. Elle semble chimiquement proche des autres stimulines et se retrouve en forte quantité dans l'urine et le sang de la femme enceinte et d'elle seule. On n'est cependant pas autorisé à la confondre avec les autres stimulines qui s'y trouvent.

Comme la thyréostimuline, elle épuise très vite son action : 3 semaines environ ; le maximum d'activité se place vers le 5<sup>e</sup> jour.

On connaît peu de chose de la participation de l'hypophyse à la production des affections parathyroïdiennes. C'est dans les hyperparathyroïdies que les indices les plus précis ont été jusqu'ici relevés.

**Surrénales. Corticostimuline et médullostimuline.**

— L'action de l'hypophyse diffère suivant la glande considérée. La corticosurrénale subit du fait de l'hypophysectomie une atrophie très marquée chez l'animal, atrophie qui rappelle celle que les cliniciens connaissent dans les insuffisances hypophysaires. Elle respecte la couche glomérulaire et s'accompagne cliniquement d'asthénie de type surrénal. L'extrait d'hypophyse antérieure et l'extrait corticosurrénal sont l'un et l'autre efficaces contre ces symptômes.

L'administration d'extraits hypophysaires à l'animal normal amène l'hyperplasie du cortex jusqu'à atteindre un volume triple de la normale.

On a pu isoler la corticostimuline. Cette hormone est soluble dans l'eau, insoluble dans l'alcool, l'éther, l'acétone, le chloroforme purs et est ultrafiltrable. Elle résiste à l'ébullition pendant 15 minutes environ. et n'est pas altérée par les acides et les bases faibles. Elle est inactive par voie digestive.

Les affections de l'hypophyse s'accompagnent souvent de lésions surrénales : l'hypopituitarisme a pour corrélatif l'atrophie corticale avec signes d'insuffisance surrénale ; l'adénome basophile, au contraire, l'hyperplasie du cortex jusqu'à l'adénome. Réciproquement dans la maladie d'Addison non tuberculeuse on a constaté la diminution du nombre des cellules basophiles du lobe antérieur et des signes d'insuffisance hypophysaire.

La médullosurrénale est moins sensible à l'action de l'hypophyse dont l'ablation ne provoque à son niveau aucune modification.

Les extraits hypophysaires font perdre cependant aux cellules de la médulla leur caractère chromaffine en quelques heures, en même temps qu'augmentent les vacuoles intracellulaires, aspect que Stœmmeler considère comme image d'hypersecretion.

On connaît mal encore la médullostimuline ; elle semble pouvoir se comparer aux autres hormones hypophysaires par l'ensemble de ses caractères. Mais



elle est thermostable et rebelle à l'ultrafiltration, à l'opposé de la corticostimuline.

**Pancréas. Pancréatostimuline.** — L'influence hypophysaire quoique non douteuse est assez limitée. On a constaté chez la grenouille l'atrophie pancréatique après ablation de l'hypophyse ; il n'y a cependant pas insuffisance insuliniennne. D'autre part l'administration d'extraits hypophysaires a montré à Anselmino et Hoffmann l'hyperplasie des îlots dès le 4<sup>e</sup>-5<sup>e</sup> jour, très comparable d'apparence à celle que produit la ligature du canal de Wirsung.

Les propriétés physiques et chimiques de la pancréatostimuline sont très proches de celles des autres stimulines de même origine, mais cette hormone est rapidement détruite par la chaleur et très aisément ultrafiltrable en un bain acide ou neutre. Son action physiologique n'est nette qu'avec des produits très purs et absolument dépourvus d'hormone contre-insuline, son antagoniste.

On peut moyennant précautions nécessaires et l'intégrité du pancréas constater qu'elle provoque l'hypersécrétion insulaire avec hypoglycémie corrélative et diminution des hyperglycémies alimentaire et adrénalinique.

Si le pancréas a été enlevé, on ne constate plus d'action sur la glycémie à aucune période.

On ne connaît guère encore le rôle des lésions d'aucune des glandes sur l'autre.

\*\*\*

Les faits que nous venons de résumer brièvement et plus encore l'étude des stimulines de la sphère génitale montrent l'influence sur les endocrines de l'hypophyse que certains ont dénommé « cerveau endocrinien ».

Leur étude d'ensemble a permis de faire ressortir des « lois » de l'équilibre hypophyso-endocrinien.

1<sup>o</sup> L'action de l'hypophyse est plus ou moins intense selon la glande réceptrice dont il s'agit. L'hypophysectomie modifie au maximum les glandes génitales, moins profondément la thyroïde et la glande surrénale, faiblement les parathyroïdes et le pancréas.

C'est l'intensité de cette action qu'on a dénommée « tonus » des stimulines. L'insuffisance endocrine due à l'hypophysectomie sera d'autant plus prononcée que le tonus qui agit sur une glande en particulier est plus considérable.

2<sup>o</sup> Chaque glande ne présente vis-à-vis de la stimuline qui la concerne qu'une excitabilité limitée qui cesse à un certain maximum, quelle que soit l'augmentation ultérieure de la dose de stimuline mise en œuvre. Pour chaque glande il y a, à la fois, un plafond propre et une marge propre de stimulabilité. Parmi les glandes que nous avons passées en revue, cette marge est très grande pour la corticosurrénale et la thyroïde et se traduit par la grande capacité de réaction vis-à-vis d'une augmentation des stimulines correspondantes.

Certains auteurs enfin ont considéré (Collip) qu'il existerait des antihormones, anticorps spécifiques apparaissant après un excès durable de stimulines pré-

sentes. C'est leur action qu'on a invoquée pour expliquer l'épuisement de l'action des hormones lorsque le traitement dépasse une certaine durée.

Il est difficile d'avoir encore sur ce point une certitude entière. On ignore si de tels produits peuvent exister à l'état normal ; on ne les a mentionnés qu'après usage d'extraits hypophysaires toujours suspects d'entraîner avec l'hormone des impuretés qui peuvent à elles seules provoquer la formation de tels anticorps.

Tout n'est donc pas éclairci dans le mécanisme des corrélations glandulaires et pas davantage dans l'histo-physiologie intérieure de l'hypophyse où le nombre des détails découverts ne suffit pas encore à rendre compte des nombreuses propriétés dont fait preuve la glande.

R. LEVENT.

## XXXV<sup>e</sup> CONGRÈS DE L'ASSOCIATION FRANÇAISE D'UROLOGIE

Paris, 7 octobre 1935 (1).

Le XXXV<sup>e</sup> Congrès de l'Association française d'urologie a ouvert ses portes à la Faculté de médecine le 7 octobre, à 16 heures, sous la présidence du professeur Thévenot (de Lyon). A ses côtés avaient pris place le professeur Michel, président du Congrès de chirurgie, le professeur Roussy, président de la Faculté, le professeur Legueu, président de l'Association française d'urologie. De nombreux maîtres français et étrangers avaient tenu à honorer de leur présence cette séance d'ouverture.

Le professeur Thévenot retraça dans son allocution l'histoire de l'urologie lyonnaise ; il termina en faisant l'éloge du regretté professeur Rochet, qui présida le Congrès de 1919. Après l'allocution du président, le docteur Louis Michon, secrétaire général, retraça en quelques mots le rôle éminent joué par M. Pasteau pendant ses trente années de secrétariat ; après avoir exposé la vie de l'Association pendant l'année écoulée, il céda la parole au rapporteur, M. F.-H. de Beaufond.

Au cours de l'assemblée générale du vendredi 11 octobre, M. Pasteau fut proclamé président pour 1936 ; M. Lepoutre fut élu vice-président.

Le professeur Legueu proclama l'heureux lauréat du prix Taesch : M. Jean Bernard, interne des hôpitaux, pour ses remarquables travaux sur les leucémies provoquées par le goudron. (Pour tous renseignements sur cet important prix, s'adresser au secrétaire général.)

### Influence de la grossesse sur l'appareil excréteur du rein

Par le D<sup>r</sup> F.-H. DE BEAUFOND (de Paris)

Le rapporteur expose les travaux antérieurs et apporte le résultat des recherches personnelles qu'il a entreprises. Ces recherches sur l'état normal en particulier ont fait l'objet d'examen expérimentaux. Elles ont porté sur 291 observations, accompagnées de 888 urographies intraveineuses effectuées au Ténébryl.

Il envisage successivement l'appareil excréteur normal et l'appareil excréteur pathologique ou avec anomalies.

I. Influence de la grossesse sur l'appareil excréteur normal. — Analysant les faits, de Beaufond met en valeur le

(1) Association de la Presse médicale française.

rôle capital de l'uretère, signale la formation temporaire de siphons physiologiques dus à l'élargissement et à l'allongement de ce conduit mobile autour de points fixes et qui « lâche de la corde ». Il montre que ces siphons peuvent en particulier se produire au cours des mouvements respiratoires et des mouvements fœtaux.

Interprétant les faits, il voit dans ces diverses variations de l'appareil excréteur à l'occasion de la grossesse la manifestation d'une adaptation physiologique.

Il écarte la théorie mécanique pure. L'utérus gravide avec son fœtus mobile ne saurait être assimilé au fibrome sthmique inerte.

Si déjà dans ces deux états dissemblables la pression n'est pas de même qualité, l'appareil excréteur, pour la recevoir, ne se trouve pas non plus dans les mêmes conditions. Durant la grossesse, en effet, il est nourri par un sang dont les compositions chimique et biologique ont varié comme ont varié également les compositions chimique et biologique de l'urine qu'il doit véhiculer.

La théorie dynamique pure, d'autre part, est à écarter également, car il est bien difficile d'admettre que l'utérus gravide n'ait aucune action directe sur l'appareil excréteur.

De Beaufond, partisan d'une théorie mixte, fait intervenir la pression de l'utérus gravide sur l'appareil excréteur adapté, c'est-à-dire devenu complaisant à l'égard de cette pression.

Il décrit ainsi ce qu'il appelle « la théorie de l'atonie potentielle physiologique ». Il suppose cette adaptation en corrélation avec l'évolution des hormones.

Ses conclusions sont les suivantes :

1° La grossesse amène des modifications de l'appareil excréteur portant à la fois sur sa situation, sa forme et son mode de fonctionnement.

2° Elle fait prendre à l'appareil excréteur des positions de repli caractérisées par l'ascension des reins, principalement à droite, et la déviation externe des uretères, principalement à gauche.

3° Elle amène une disparition de la sensibilité des voies excrétrices dans 60 p. 100 des cas.

4° Elle atteint la tonicité dans 60 à 65 p. 100 des cas, d'où il résulte un élargissement et un allongement des voies excrétrices, ainsi qu'une insuffisance précoce du sphincter urétéro-pyélique.

5° Elle amène une disparition de la motricité, variant de 65 à 40 p. 100 des cas suivant que les techniques intéressent directement ou non les voies excrétrices.

6° Les manifestations ne sont pas permanentes, elles peuvent exceptionnellement manquer durant le cours de la grossesse et souvent donner lieu à des réveils de sensibilité, de tonicité et de motricité.

7° Elles portent avant tout sur l'uretère qui aide à la constitution du grand réservoir urétéro-pyélo-calicien gravidique et qui reste seul en cause ou participe toujours aux modifications des autres segments, les calices étant plus souvent intéressés que le bassin.

8° Elles apparaissent dès le début de la grossesse, se répartissent différemment suivant les périodes et disparaissent après l'accouchement.

Elles prédominent non au moment du travail, mais à la troisième période (de sept à fin neuf mois) et se manifestent principalement à droite.

9° Elles sont influencées par le passage de la position couchée à la position debout, par les mouvements respiratoires et les mouvements fœtaux.

Elles sont indifférentes à la parité, à la gémellarité, à la situation du fœtus.

10° Elles modifient la circulation de l'urine qui est continue, intermittente ou interrompue temporairement.

11° Elles ne répondent pas à un trouble de l'appareil excréteur. Elles traduisent une adaptation qui lui donne une anatomie, une topographie et une physiologie propres à la grossesse.

12° Elles relèvent de deux causes : l'une mécanique, locale, due à la dextrotorsion de l'utérus gravide, l'autre dynamique, due à l'action générale des hormones contenues dans le sang et l'urine.

L'action dynamique précède l'action mécanique.

L'appareil excréteur ne subit pas la pression de l'utérus gravide, il l'attend.

13° La grossesse évoluant normalement laisse intact l'appareil excréteur normal.

**II. Influence de la grossesse sur les états pathologiques et les anomalies de l'appareil excréteur.** — Après avoir envisagé l'action de la grossesse sur la tuberculose, la lithiase, le cancer et les anomalies des voies excrétrices, de Beaufond aborde le chapitre des pyélonéphrites.

Il est amené à penser que les modifications constitutives des tuniques musculuse et muqueuse contribuent à renforcer les moyens de défense de l'appareil excréteur prédisposé apparemment à l'infection par la grossesse.

Il réserve le terme de « pyélonéphrite gravidique essentielle » à la forme qui guérit spontanément après l'accouchement. Il voit en elle la simple manifestation d'un trouble fonctionnel du nouvel équilibre physiologique et non une maladie constituée.

Il n'envisage l'altération pathologique que dans deux circonstances : l'une liée à la déficience organique, l'autre à l'infection.

Dans le premier cas, le défaut d'élasticité des fibres musculaires lisses se traduit par des lésions définitives, le plus souvent légères et de même ordre que celles donnant lieu aux vergetures ou aux varices.

Dans le deuxième cas, l'appareil excréteur peut se trouver lésé différemment. L'affection traverse la muqueuse en défaut de résistance et atteint la musculuse où se développe une réaction de sclérose. C'est l'évolution de certaines pyélonéphrites.

Ou bien l'infection chemine dans le tissu cellulaire pelvien et atteint l'appareil excréteur par sa tunique externe, favorisant alors la constitution de brides, d'anneaux cicatriciels, qui coudent ou rétrécissent le conduit. C'est l'évolution de certaines affections génitales.

De Beaufond insiste dans ces conditions sur :

La nécessité d'une surveillance attentive de la femme enceinte dès le début de la grossesse et dans les suites de couches ;

La nécessité d'un diagnostic précoce et précis. La simple recherche périodique de l'albumine est insuffisante et il faut s'efforcer de dépister le pus.

Certes, à l'apparition d'une pyélonéphrite, on ne peut prévoir quelle sera son évolution, mais il importe d'éviter des erreurs et des pertes de temps qui peuvent être préjudiciables au traitement. Aussi de Beaufond propose-t-il une classification des pyélonéphrites basée sur l'étiologie et comprenant trois grandes divisions :

*Les formes associées*, auxquelles il faut tout d'abord penser, répondent aux cas de tuberculose et de lithiase où l'infection secondaire risque de masquer l'affection elle-même. Le diagnostic précoce de ces formes est très important, surtout dans la tuberculose ;

*Les formes complexes*, liées soit aux anomalies congénitales ou acquises de l'appareil excréteur (hydronephrose, dilatation des voies excrétrices, etc.), soit aux complications portant sur la glande rénale elle-même (pyonéphrite) ;

*Les formes simples*, qui représentent le trouble fonctionnel appelé en principe à disparaître après l'accouchement. Ces formes doivent d'ailleurs être surveillées et traitées, car elles peuvent elles-mêmes se compliquer si la muqueuse



se laisse franchir, l'involution de l'appareil excréteur se trouve alors entravée et la pyélonéphrite devient alors une forme complexe.

Envisageant ensuite la thérapeutique, le rapporteur considère que le traitement médical (antisepsie urinaire, intestinale, etc.), suffisant parfois, est toujours un adjuvant précieux. Il signale l'erreur préjudiciable du régime déchloruré et du régime lacté absolu à l'égard de malades qui sont des pyuriques, et non des albuminuriques simples. Il préconise au contraire le régime carné.

Le traitement urologique répond à la nécessité du drainage des voies excrétrices. Ce drainage peut s'effectuer par la partie haute, c'est la néphrostomie, dont l'emploi est vraiment exceptionnel, ou par la partie basse, c'est le cathétérisme urétéral, dont les indications gagneront à être précisées. S'il convient, en effet, de respecter un organe qui se défend, il convient non moins de porter secours à celui qui est menacé, et cela précocement pour lui éviter si possible des altérations définitives. Il y a donc lieu de voir si le cathétérisme urétéral, la sonde à demeure, ne devraient pas être utilisés un peu plus souvent et un peu plus tôt. La néphrectomie n'est guère à envisager que dans la tuberculose et dans certaines pyonéphrites.

Quant au traitement obstétrical représenté par l'interruption de la grossesse, de Beaufond signale combien ses indications se trouvent limitées.

Elles ne relèvent jamais de l'appareil excréteur lui-même, car les troubles de compression et d'infection des voies excrétrices appellent une action locale et ne sauraient la justifier.

Elles relèvent exclusivement de l'apparition de phénomènes toxiques progressifs et menaçants. Ces phénomènes sont dus à l'altération profonde :

Soit des filtres préservant l'individu dans son équilibre physiologique propre (insuffisance rénale ou hépatique grave, en particulier tuberculose rénale double ou tuberculose du rein restant après néphrectomie) ;

Soit du filtre préservant l'individu dans son équilibre physiologique temporaire de grossesse (altération grave du placenta amenant l'intoxication maternelle).

Les conclusions de ce chapitre pathologique sont les suivantes :

1° La tuberculose et la lithiase de l'appareil excréteur n'apportent pas de troubles locaux particuliers du fait de la grossesse.

Leur infection secondaire garde généralement un caractère banal.

Ces affections peuvent être méconnues ou ignorées.

Leur aggravation est due non à leur localisation sur l'appareil excréteur, mais à l'action générale de l'état gravidique sur la maladie causale.

2° Les anomalies congénitales ou acquises de l'appareil excréteur sont bien tolérées pendant la grossesse.

Elles restent généralement ignorées. Elles n'apportent pas une prédisposition spéciale à l'infection, mais, dans ce cas, si elles peuvent rester méconnues en raison de la banalité de leur évolution, certaines d'entre elles favorisent le passage à la chronicité.

3° Les troubles fonctionnels de l'appareil excréteur, qui a pendant la grossesse sa physiologie propre, sont le reflux vésico-urétéral et la bactériurie.

Ils peuvent engendrer la pyélite gravidique essentielle, dont l'évolution cyclique s'achève avec la grossesse.

Ils peuvent, en outre, dans des circonstances moins favorables, faire place eux-mêmes à des états pathologiques constitués.

4° Les pyélonéphrites de la grossesse doivent être considérées comme groupant la pathologie urinaire supérieure de la grossesse.

La recherche de leur cause doit dominer le caractère de

leur évolution, car le pronostic vital diffère totalement du pronostic fonctionnel.

5° Le pronostic vital n'est jamais compromis par l'appareil extérieur lui-même. Les formes les plus graves, quand elles ne tiennent pas à une généralisation de l'infection comme dans la tuberculose, sont dues soit à une localisation sur la glande rénale, soit à des accidents occasionnés par l'utérus gravidique.

6° Le pronostic fonctionnel relève des lésions locales.

Elles peuvent être liées directement à l'appareil excréteur ou avoir une cause extérieure, comme les cellules d'origine génitale.

Si les formes intenses éveillent spontanément des craintes, les formes discrètes peuvent n'avoir qu'une fausse apparence de bénignité. Elles justifient à la fois une surveillance attentive et des réserves.

7° La cause de la pyélonéphrite doit être recherchée d'autant plus précocement qu'elle donne l'orientation du traitement.

8° Le traitement médical, qui est toujours un adjuvant, et la distension vésicale sont des méthodes utiles, mais elles doivent céder le pas rapidement, en cas d'échec, au cathétérisme de l'uretère.

9° Le cathétérisme urétéral a une action immédiate sur la température et sur l'aspect des urines. Il permet le traitement le plus efficace avec ou sans sonde à demeure.

En cas d'échec dans les formes graves, il ne doit pas être non plus prolongé sans raison.

10° Dans les formes graves, si les signes locaux orientent vers le rein, la néphrostomie est préférable à la néphrectomie, sauf dans la tuberculose et dans certaines pyonéphrites.

Si les accidents s'avèrent en relation avec l'utérus gravidique, l'interruption de la grossesse doit être pratiquée sans attendre que l'état général soit irrémédiablement compromis.

11° Le traitement médical et la distension vésicale suffisent à nombre de pyélonéphrites et principalement aux formes de pyélites gravidiques essentielles.

Le cathétérisme urétéral a des indications plus étendues que celles qui lui sont réservées actuellement.

La néphrostomie et la néphrectomie sont d'un emploi exceptionnel.

L'interruption de la grossesse a des indications aussi formelles que rarissimes.

12° Le traitement des pyélonéphrites doit être précoce pour être préventif, car les lésions qui s'établissent sournoisement sont longues à évoluer.

13° La radiographie avec opacification des voies excrétrices peut rendre des services qui ne sont pas actuellement suffisamment utilisés. Elle est appelée à donner des indications nouvelles sur le pronostic et sur le traitement.

**Considérations et conclusions générales.** — De Beaufond termine son rapport en parlant des recherches à entreprendre.

L'avenir pyélo-urétéral des femmes enceintes en particulier mérite une étude approfondie, car nous savons simplement qu'il peut être respecté, compromis précocement, ou hypothéqué à longue échéance.

C'est de la collaboration étroite de l'accoucheur et de l'urologue que dépend l'heureuse solution des importants problèmes qui restent à résoudre.

Le rapporteur aboutit aux conclusions générales suivantes :

1° La grossesse adapte l'appareil excréteur du rein à l'exercice de sa fonction à la fois normale et temporaire.

2° Cette adaptation donne à l'appareil excréteur une physiologie nouvelle avec des moyens de défense appropriés, dont il témoigne aussi bien à l'état normal que dans ses anomalies et ses états pathologiques.



3° Elle laisse intact l'appareil excréteur normal quand la grossesse évolue normalement.

4° Elle peut donner lieu à des troubles fonctionnels, dont le type caractéristique est réalisé par la pyélite gravidique essentielle qui, évoluant avec la grossesse, guérit spontanément après l'accouchement.

5° Elle peut occasionner des altérations pathologiques qui sont dues soit à une déficience organique, soit à un état infectieux.

6° L'évolution clinique apparemment favorable ne peut faire présumer dans ces cas de l'importance du risque couru à échéance plus ou moins éloignée.

7° L'avenir dira la part à attribuer, à côté des pyélonéphrites, aux affections de l'appareil génital dans la genèse de ces altérations et la valeur préventive de leur traitement précoce.

#### *Discussion du rapport*

M. O. PASTEAU. On exagère à mon avis le rôle de la compression urétérale par l'utérus gravide : le mot de « compression » laisse soupçonner une sorte d'aplatissement de l'uretère sur les plans osseux voisins alors qu'il s'agit plutôt d'une simple pression de l'uretère qui, les radiographies le démontrent, s'éloigne ou se déplace latéralement. Ce qui existe pour ainsi dire toujours, c'est une gêne de la circulation veineuse qui aboutit à un œdème intra et périurétéral facile à constater à la cystoscopie, et qui gêne l'écoulement de l'urine.

D'autre part il serait inexact, et dangereux à tous points de vue, de dire que la grossesse porte normalement une atteinte profonde et durable sur le fonctionnement rénal. La grossesse normale chez la femme saine est une fonction physiologique qui ne porte pas de préjudice à la fonction sécrétrice ou excrétrice des reins.

Cela posé, après avoir été un des premiers à traiter les infections urinaires au cours de la grossesse par le cathétérisme urétéral, j'y ai le plus souvent renoncé, au moins en principe, n'ayant pas obtenu des résultats supérieurs à ce que j'ai obtenu sans cathétérisme urétéral. Il reste d'ailleurs bien entendu qu'en cas de douleur vive et persistante ou d'accidents graves, après essai de distension vésicale non suivi de succès, il convient d'évacuer la rétention rénale par cathétérisme.

Depuis 1898 je n'ai jamais eu l'occasion de pratiquer une néphrostomie ou une néphrectomie dans des cas de ce genre.

Pour ce qui est du pronostic, très généralement tous les symptômes ont disparu complètement avec la grossesse et sans traitement spécial ultérieur.

Dans un certain nombre de cas, il a persisté pendant plusieurs mois, et par intervalles irréguliers, de nouvelles poussées d'infection rénale, sous l'influence d'un mauvais état intestinal le plus souvent. Il existe alors une petite rétention rénale pour laquelle le lavage du bassinot ou l'instillation intrapyélique est indiqué. Chez ces « malades », les mêmes accidents se sont reproduits à l'occasion d'une nouvelle grossesse, mais il s'en faut et de beaucoup qu'on puisse dire que cela est vrai pour tous les cas.

M. R. DARGET (Bordeaux). — Nous dirons quelques mots seulement des pyélonéphrites graves de la grossesse. Elles se produisent surtout entre le septième et le neuvième mois, dans cette période où les désordres de l'arbre urinaire sont maximum.

Dans tous les cas que nous avons observés, un drainage urétéral à demeure, maintenu parfois jusqu'à seize jours avec lavages antiseptiques répétés, septicémine, pyoformine, a amené la guérison complète. Mais il est parfois nécessaire d'y adjoindre le sérum anticoli de Vincent quand huit à dix jours de drainage continu n'ont pas modifié profondément la situation. Dans un cas, un autovaccin polyvalent

antistaphylo-antigono préparé avec les germes des urines rénales a amené une guérison qui résistait aux lavages. En principe, drainage continu par des sondes urétrales, complété s'il le faut par sérothérapie ou même autovaccin, doit amener la guérison quand les voies urinaires ne sont le siège d'aucune affection antérieure. Avec le rapporteur nous nous élevons contre les régimes déchloruré et lacté qui ne font que créer un terrain favorable à l'infection.

M. CANTINIEAUX (Bruxelles). — Sur 2.000 parturientes, 90 p. 100 ont eu de la pollakiurie, 11 p. 100 ont souffert en plus de dysurie, chez 2 p. 100 on a trouvé du pus dans les urines et 1 p. 100 seulement ont fait de la pyélonéphrite. De ces 20 pyélonéphrites, 14 ont guéri médicalement, 6 ont dû avoir des cathétérismes.

Au point de vue pathogénique, Cantinieaux croit à une action irritative des utérines hypertrophiées sur le segment pelvien de l'uretère d'où ondes antipéristaltiques, spasmes et dilatation en amont. L'asymétrie des utérines et des uretères pelviens explique la localisation droite. Cantinieaux confronte cette théorie avec les faits recueillis par de Beau-fond.

M. MAURICE CHEVASSU. — L'exploration des femmes enceintes au moyen de l'urographie descendante est incapable de nous donner l'image complète de leur uretère. Or c'est dans l'uretère que gît l'essentiel du problème des modifications urinaires qui accompagnent la grossesse.

L'urétéro-pyélographie rétrograde, qui donne l'image totale de l'uretère et qui seule est capable de la donner, était tout indiquée au contraire pour le résoudre.

Dès 1930 j'ai apporté des images démonstratives de la compression gravidique de l'uretère droit au niveau du détroit supérieur et j'ai décrit les stigmates radiographiques de la compression de l'uretère dans le bassin ou à son entrée : fuseau de l'uretère lombo-sacré, siphon de l'uretère sous-rénal et dilatation pyélique.

Mais l'uretère comprimé au niveau du détroit supérieur apparaît lui-même comme déjà dilaté, au moins légèrement, à l'époque où l'utérus atteint une hauteur suffisante pour le comprimer au détroit supérieur. Il devenait donc nécessaire d'obtenir des images d'uretères gravidiques avant ce stade. Il fallait en outre pratiquer l'exploration sur des femmes enceintes dépourvues de toute infection urinaire, l'infection du conduit pouvant suffire à elle seule à expliquer un certain degré de dilatation.

Cette exploration a été faite dans mon service par mon interne Contiades. Les vingt-deux femmes enceintes aseptiques qui l'ont subie n'ont présenté aucun incident, ni du côté de leur grossesse, ni du côté de leur appareil urinaire, ce qui démontre, s'il en était besoin, l'innocuité de la méthode. Projection de vingt-six clichés.

Le nombre des grossesses aseptiques explorées pendant les premiers mois est malheureusement encore insuffisant pour nous permettre de dire exactement où commence la dilatation et pour quelle raison elle se produit. Mais la compression de l'uretère droit au niveau du détroit supérieur y est vraiment, à mon avis, montrée d'incontestable manière sur les grossesses de cinq mois et plus, en particulier par les radiographies de profil.

L'urétéro-pyélographie rétrograde permet de suivre la régression des images de dilatation gravidique après l'accouchement. Il est exceptionnel que l'uretère droit reprenne un aspect absolument normal, et la déformation urinaire gravidique est apparemment à la base du plus grand nombre de ptoses rénales. Ces stigmates gravidiques, qui permettent presque toujours de reconnaître sur les clichés urétéro-pyélographiques d'une femme si cette femme a eu des enfants, n'ont heureusement pas d'inconvénient chez le plus grand nombre, mais à la condition qu'il n'y ait pas eu d'infection urinaire pendant la grossesse ou que cette infection ait disparu très vite après l'accouchement.



M. B. GUISY (d'Athènes). — La grossesse peut influencer l'appareil excréteur du rein et provoquer des lésions inflammatoires graves à cause de la compression prolongée de l'utérus gravide sur l'uretère, de la stagnation de l'urine dans la cavité du bassin, de la dilatation de celle-ci et de l'infection de l'urine (existence dans l'urine du pus, grande quantité de microbes et surtout de colibacilles et de streptocoques, etc.). Tous les phénomènes graves apparaissent plutôt à la seconde période de la grossesse à cause de l'insuffisance rénale, de l'infection, ainsi que des diverses lésions ou maladies du rein. Quelquefois même nous avons des cas mortels et d'autres fois des avortements prématurés.

C. LÉPOUTRE (Lille) étudie les limites de l'action du cathétérisme urétéral dans le traitement de la pyélonéphrite gravidique.

Le lavage des bassins, si efficace dans le traitement des pyélonéphrites banales, ne doit être utilisé, dans la pyélonéphrite gravidique, que pour parer aux accidents aigus dus à la rétention, en somme assez rares. Il n'est pas indiqué de pratiquer ces lavages au cours des pyélonéphrites gravidiques avec accidents légers, telles qu'elles se présentent le plus habituellement.

M. R. GOUVERNEUR discute la question des suites éloignées des pyélonéphrites et l'avenir du rein et de l'appareil excréteur touché par l'infection au cours de la grossesse. La réponse est d'ailleurs difficile à donner d'une façon exacte, parce que beaucoup de malades sont perdues de vue et que nous ne voyons que celles qui ont des accidents.

L'auteur classe les pyélonéphrites en deux groupes : les cas légers avec bactériémie et pyurie légère, et les pyélonéphrites suppurées allant jusqu'à la pyonéphrose.

Dans le premier groupe, la guérison est complète quelques semaines après l'accouchement et on ne retrouve aucune dilatation du bassin ou de l'uretère à l'urographie intraveineuse, mais il persiste parfois une légère tendance

à la récurrence des accidents à l'occasion d'une petite infection générale, intestinale ou grippale.

Dans le second groupe, il y a eu véritable suppuration pyélo-rénale. Sur quatre malades suivies, l'une a dû être néphrectomisée, les trois autres ont guéri et avaient cependant présenté des lésions marquées de l'uretère et du rein, les voies excrétrices restaient un peu dilatées, mais le fonctionnement rénal était bon. Le traitement doit donc être très conservateur, l'opération n'est de mise que devant des accidents graves et si on a la main forcée.

Il semble donc que, d'une façon générale, le pronostic éloigné soit relativement favorable.

D<sup>r</sup> DUVERGEY (Bordeaux). — Il y a lieu de séparer la pyélonéphrite de la grossesse des pyélonéphrites banales évoluant chez la femme enceinte comme chez un malade quelconque. La rétention constitue le signe différentiel entre les deux formes, cette rétention pyélique pouvant être très considérable. Les formes cliniques de la pyélonéphrite de la grossesse sont multiples, allant des formes légères passant inaperçues jusqu'aux formes typhiques. Le cathétérisme urétéral, les lavages du bassin avec la solution de nitrate d'argent, donnent des résultats splendides, à condition d'être poursuivis jusqu'à l'accouchement et même après celui-ci. Le traitement médical et hydrominéral aidera les femmes à se débarrasser de leurs colibacilles rénaux. La sonde urétérale est donc vraiment héroïque et permet de sauver dans tous les cas la mère et l'enfant, sans recourir à la moindre intervention.

M. LOUIS MICHON apporte tout d'abord une série d'examen par pyélographies intraveineuses faits chez des femmes enceintes indemnes de toute infection urinaire. Absence de dilatation dans environ 30 p. 100 des cas. Dilatation modérée dans tous les autres cas, avec prédominance à droite. Récession rapide de la dilatation après l'accouchement.

**Avez-vous lu :**

LES  
APPLICATIONS  
CLINIQUES  
DE L'  
**INSULINE**  
EN DEHORS DU DIABÈTE

LA THÉRAPEUTIQUE  
DU  
**DIABÈTE**  
PAR L'  
**INSULINE**

LE **LABORATOIRE DE L'ENDOPANCRI**  
est à votre disposition pour  
vous envoyer ces deux brochures

48, RUE DE LA PROCESSION — PARIS-15<sup>e</sup>

## RHIZOTANIN CHAPOTOT

Tanin de Fraisier - Sels de chaux et de magnésie

**Tonique -- Reconstituant -- Recalcifiant**

Anémies — Bronchites chroniques — Prétubercules.  
Amélioration rapide des Accidents Diarrhéiques  
et des Néphrites Albuminuriques.

Cachets pour adultes -- Poudre pour enfants  
Granulé pour adultes et enfants

Éch. Méd. grat. P. AUBRIOT, Ph. 56, bd Ornano, PARIS-18<sup>e</sup>

## Épilepsie!!

dans l'état actuel  
de la Science, les

## Dragées Gelineau

(Bromure de potassium arsenical et Picrotoxine)  
demeurent toujours

**le remède le plus actif,  
le plus puissant  
à combattre l'Épilepsie**

J. Mousnier, Sceaux (Seine) près Paris.



En cas de pyélonéphrite, la dilatation apparaît en général beaucoup plus accentuée ; elle rétrocede beaucoup plus lentement quand elle ne persiste pas.

Le Dr L. Michon discute l'indication de l'avortement thérapeutique. Indication rarissime, a dit le rapporteur. Le Dr Michon se demande si même on ne doit pas restreindre encore davantage ; il apporte une observation où l'avortement n'a pas amené la sédation des accidents, et une autre observation où il a obtenu la guérison en faisant renoncer à un avortement thérapeutique que d'autres croyaient devoir préconiser en raison de la gravité des accidents.

M. V. COMPAN (Barcelone). Les causes des pyélites gravidiques sont à notre avis multiples. L'état gravidique imprime des modifications physiologiques à l'organisme dont le retentissement sur le rein est très probable.

L'activité endocrine ovaire-hypophysaire a été supposée par certains auteurs comme une des possibles influences fâcheuses sur le rein et son appareil excréteur. Il faut considérer à ce sujet l'énorme élimination d'hormones ovariennes et placentaires qui, pour le prolane par exemple, arrive à 30.000 U. S., et la lutéine dont le dosage n'est pas possible, faute de méthodes appropriées (Rivoire).

Nous attribuons comme cause la plus importante l'action mécanique produite par les déplacements urétéro-vésicaux, surtout les modifications de l'uretère pelvien et sa possible compression sur le bassin dont nous avons pu constater une bien évidente. Nous ne voulons pas dire exactement que l'uretère soit comprimé à tel degré que rien ne puisse passer, car nous savons que presque toujours on peut passer une sonde urétérale jusqu'au bassin, mais nous croyons que des modifications du péristaltisme se sont produites par le fait du développement de l'utérus et du déplacement de l'uretère que des rétentions pyélitiques sont possibles en créant l'amorce de l'infection d'origine intestinale dont les modifications de son activité sont la règle dans la grossesse.

Etant donnée cette conception pathogénique, la meilleure thérapeutique est à notre avis le drainage du bassin avec le moyen le plus simple, lequel est la sonde à demeure qu'il ne faut pas craindre de laisser tout le temps nécessaire, car il est d'observation journalière qu'on observe l'amélioration à la suite de ces cathétérismes à demeure. Nous conseillons d'utiliser les sondes de calibre plutôt petit pour qu'elles soient mieux tolérées (10 Pasteau, par exemple). On peut ajouter de légers lavages de solution faible d'argyrol, mais en évitant les solutions fortes, car nous sommes convaincu qu'elles ne sont pas nécessaires, puisqu'elles peuvent produire une action caustique.

La vaccinothérapie avec antiviruses de M. Besredka par voie orale est commode à employer, mais nous ne la croyons pas fondamentale. Elle est cependant utile, étant donné la tendance coprostatique et l'accroissement de virulence colibacillaire possible.

Nous refusons la voie parentérale pour la vaccinothérapie, car nous craignons les réactions qu'elle peut produire et dont nous avons observé un cas responsable d'accouchement prématuré.

Quant à la chimiothérapie que nous utilisons bien des fois, c'est le mercurochrome qui nous a semblé des plus utiles et à des doses modérées (30 milligrammes par injection faite extemporanément).

MM. N. HORTOLOMEI, Eugénie STREJA, I.-D. GEORGESCU (Bucarest). — Les expériences qui forment l'objet de cette communication ont comme point de départ les modifications physiologiques et anatomiques que subit l'uretère durant la grossesse, c'est-à-dire troubles de dynamique et dilatation.

L'existence de ces troubles a été constatée dès les premiers mois de la grossesse. Vu qu'à ce moment la compres-

sion par l'utérus ne peut pas être invoquée pour les expliquer, on doit admettre l'existence d'une atonie primitive gravidique. Cette atonie est mise par les auteurs sur le compte du déséquilibre hormonal qu'entraîne la grossesse.

En effet, un nombre d'expériences portant sur 38 uretères *in vitro* ont permis de constater l'effet inhibiteur des hormones éliminées en grandes quantités pendant les premiers mois de la grossesse : la folliculine, l'hormone gonadotrope, etc.

Les auteurs concluent qu'il est très possible que les fibres musculaires lisses de l'uretère se trouvent imprégnées, vraisemblablement par voie sanguine, avec ces substances à effet inhibiteur et l'atonie primaire qui s'ensuit se complique dans la seconde moitié de la grossesse, d'une dilatation urétérale par compression utérine. La fibre musculaire intoxiquée réagit moins efficacement à la compression, et ceci explique pourquoi la distension urétérale est plus grande pendant la grossesse qu'à la suite d'une compression par une tumeur pelvi-abdominale de volume égal.

Evidemment, on ne peut pas s'appuyer trop sur des recherches *in vitro* pour tirer des conclusions cliniques, mais on doit admettre que l'hypothèse de l'atonie urétérale primitive d'origine endocrinienne trouve en elle une certaine vérification expérimentale.

Le professeur GAYET (de Lyon). Il est certain que la grossesse entraîne dans la plupart des cas une dilatation de l'appareil excréteur du rein et principalement du rein droit. Personnellement, l'auteur a pu le vérifier par la radiographie sur un certain nombre de malades soumises à son observation. Il est également prouvé que cette dilatation favorise à l'extrême l'infection de l'arbre urinaire et que l'infection aggrave et fixe la déformation.

Au point de vue traitement, dès qu'une pyélonéphrite résiste à la médication antiseptique plus de quelques jours, il faut recourir aux lavages du bassin et au besoin à la sonde à demeure. Celle-ci échoue parfois, et dès lors il ne faut plus tarder à intervenir, car on s'exposerait à arriver trop tard, chose advenue à l'auteur pour avoir néphrectomisé seulement après deux mois de sonde à demeure.

L'avenir de ces malades est mal connu ; dans deux cas l'auteur a vu mourir ses opérées (une néphrostomie, une néphrectomie) deux ans et dix ans plus tard d'insuffisance rénale. Le but du traitement doit être de devancer les lésions de néphrite. L'interruption de la grossesse doit être une méthode de traitement absolument exceptionnelle.

M. le professeur MARION. Mon avis est que :

1° La dilatation de l'appareil excréteur du rein au cours de la grossesse, non constante et surtout non égale de façon bilatérale, parfois intermittente, la dilatation portant au début sur le côté droit et plus tard sur le côté gauche, me paraît être surtout un phénomène mécanique ; il est probable qu'à cette action mécanique s'ajoute une action nerveuse d'ordre toxique, prédisposant les voies d'excrétion à se laisser dilater par une compression qui, chez un sujet normal, n'aurait probablement aucune conséquence.

2° Cette dilatation joue un rôle accessoire dans le développement des pyélonéphrites, le rôle principal revenant à l'intestin, au rein et aux différents troubles de l'organisme.

3° L'infection agit pour diminuer ou supprimer les contractions du bassin et de l'uretère et provoquer alors les accidents graves de la pyélonéphrite.

Quant à la théorie de l'influence des hormones contenues dans l'urine sur le bassin et l'uretère, j'attendrai des expériences plus convaincantes pour l'admettre ; en tout cas, les faits pathologiques ne sont pas pour la confirmer.

Au point de vue du traitement des pyélonéphrites de la grossesse, je suis absolument d'accord avec le rapporteur.

A. Tout d'abord il ne peut être question que d'un traitement diététique et médicamenteux.



B. Si les accidents ne cèdent pas rapidement, je suis d'avis de recourir sans tarder au cathétérisme urétéral. Mais je pense devoir attirer l'attention sur les points suivants :

1° La sonde doit aller jusque dans le bassin, car c'est lui qu'il faut drainer.

2° Si, après une chute de la température provoquée par la mise en place d'une sonde, la fièvre remonte sans que la sonde ait été supprimée, cette nouvelle poussée est due soit à une obstruction de la sonde, soit à ce fait que la sonde a été expulsée du bassin, qu'elle ne draine plus, par les contractions de l'uretère. Il est facile de constater le fait en utilisant des sondes opaques ; dans l'un ou l'autre cas, il faut donc remettre la sonde urétérale en bonne place.

3° La sonde doit être laissée encore en place six jours après la chute complète de la température ; et si après retrait de la sonde la température remonte, il faut remettre une autre sonde. Le drainage peut être prolongé sans crainte pendant très longtemps. J'ai montré autrefois à mes élèves une sonde qui était restée trente-deux jours en place du fait de la volonté de la malade qui, après une disparition totale des accidents, avait vu ceux-ci réapparaître après l'ablation de la sonde trop précoce, exigée par elle. Une nouvelle sonde ayant été remise, par crainte de voir se reproduire les accidents, la malade ne voulait plus s'en séparer.

Toutes ces recommandations découlent de l'observation de faits nombreux, que je crois inutile de rapporter.

C. Il est possible que le drainage par la sonde urétérale complété par des lavages désinfectants n'amène aucune amélioration. Il faut alors voir si l'on ne se trouverait pas en présence de l'infection d'un rein présentant une altération antécédente : tuberculose, calcul, volumineuse hydronéphrose. La division des urines, la radiographie, la pyélographie permettront de savoir à quoi s'en tenir ; et au cas où l'on constaterait une de ces lésions, il faudrait intervenir sur elle comme on le ferait si la femme n'était pas enceinte. Je l'ai fait trois fois en cas de tuberculose, une fois pour une hydronéphrose ; deux malades étaient au quatrième mois, une était au cinquième mois, l'autre aux environs du sixième mois de la grossesse. Une seule avorta à la suite

d'une néphrectomie pour tuberculose rénale ; la malade était au cinquième mois.

Je pense donc que cette conduite est plus logique que celle qui consisterait à provoquer d'abord l'avortement, puis à intervenir sur le rein, car l'avortement après opération sur le rein, même à une période avancée de la grossesse, est loin d'être la règle.

D. Si le cathétérisme a échoué et qu'il s'agisse bien d'une pyélonéphrite simple, il faut alors faire interrompre la grossesse. Il s'agit là d'une éventualité très rare. Sur, j'ose dire, plusieurs milliers de pyélonéphrites observées dans les hôpitaux et en ville, je n'ai eu recours à cette interruption que dans trois cas, une fois avec le docteur Devraigne, une fois avec le docteur Lévy-Solal, une fois avec les docteurs Metzger et Funck-Brentano. Les malades ont vu leurs accidents disparaître immédiatement à la suite de l'interruption de la grossesse ; mais, je le répète, il s'agit d'une éventualité très rare.

Et y a-t-il lieu d'intervenir sur le rein pour mettre fin à une pyélonéphrite ayant résisté au cathétérisme urétéral autrement que par néphrectomie, dans les cas qui ont été envisagés plus haut ? Faut-il faire en particulier une néphrotomie, au cas où la mère voudrait absolument garder son enfant ?

En dehors des cas de pyélonéphrose que l'on ne pourrait enlever, je ne crois pas qu'il faille faire de néphrotomie pour une pyélonéphrite simple. Voici à cet égard une observation très instructive.

En 1909, le prof. Vidal m'appelait auprès de la femme d'un architecte qui, au cinquième mois de sa grossesse, était atteinte d'une pyélonéphrite droite grave, pour laquelle la thérapeutique médicale avait échoué. Je proposai de placer une sonde urétérale, ce qui fut accepté. Cette sonde ne modifia en rien les accidents. On parla alors d'avortement. La malade s'y refusa absolument et accepta une néphrotomie que je proposai. Cette néphrotomie montra un rein gros, dilaté, mais non suppuré, à l'examen macroscopique.

Je prélevai un fragment du parenchyme et je mis un drain dans le bassin qui n'était pas dilaté ; la marche de la pyélonéphrite ne fut en rien modifiée par cette intervention et pendant six jours les accidents continuèrent. A



# Folliculine CHOAY

## Hormone sexuelle femelle

En ampoules stérilisées de 1cc et 2cc  
titrées respectivement à 250 et 500 unités internationales



**LABORATOIRES CHOAY** 48, rue Théophile Gautier **PARIS (XVI)**



ce moment la malade fit un avortement spontané et, deux jours après, la fièvre commençait à baisser. La malade guérit en conservant son rein.

A l'examen du fragment de parenchyme prélevé, on constata une infiltration totale de la substance rénale par des leucocytes et des colibacilles.

Il ne semble donc pas que l'on doive pour une pyélonéphrite de la grossesse intervenir sur un rein, en dehors des cas où cette pyélonéphrite complique un état antérieur du rein nécessitant par elle-même une intervention.

M. CH. GAUTHIER (Lyon). Sur dix pyélites gravidiques observées, un avortement a dû être pratiqué, trois malades n'ont pu être cathétérisées, six ont été traitées par le sondage du bassinet suivi d'instillations argentiques (nitrate à 2 p. 100). L'évacuation de la stase pyélo-urétérale et le traitement antiseptique direct du rein ont donné d'excellents résultats, sauf dans un cas (colibacillose double). Les malades ont été vues du cinquième au huitième mois de la grossesse ; la position inclinée facilite la découverte des orifices urétéraux dans les cas de grossesse avancée en rejetant le fœtus du côté du diaphragme.

La stase infectée du réservoir pyélo-urétéral dilatée chez la femme enceinte appelle logiquement une évacuation instrumentale ; elle paraît très utile, qu'on emploie ou non la vaccinothérapie.

M. ANDRÉ (Nancy). Les urologues ne voient généralement que les cas graves, les cas légers étant soignés par les médecins et les accoucheurs. La plupart du temps nous ne sommes appelés qu'assez tard après échec de traitements médicaux, antiseptiques urinaires, vaccins, sérums, employés sans aucun examen urologique préalable.

A la base de ces infections réside ce fait que les bassinets (ou celui du rein droit quand un seul rein est infecté) ne se vident pas.

L'infection d'origine intestinale (coli, entéro, staphylocoque) se produit alors très facilement. On aura parfois à redresser des erreurs de diagnostic qui consistent à prendre pour une pyélite gravidique une bacillose rénale, un calcul du rein infecté, une hydronéphrose infectée, qui pourront imposer des interventions sans retard, si on est au début de la grossesse, ou seulement après l'accouchement, si on est près de la fin de celle-ci. Le traitement des pyélites gravidiques a pour base le cathétérisme urétéral avec lavages des bassinets répétés.

Dans les cas graves, avec forte rétention, fièvre élevée, la sonde urétérale à demeure maintenue parfois plusieurs semaines permet en général de parer aux accidents et d'amener la femme en bon état jusqu'à l'accouchement.

L'interruption de la grossesse sera rarement envisagée et seulement dans des cas particulièrement graves.

Quant aux interventions chirurgicales, néphrostomie, néphrectomies, je n'en ai jamais vu l'indication. La sonde urétérale m'a toujours suffi. Il faudra toujours, quelque temps après l'accouchement, vérifier si tout est redevenu normal, si l'urine est claire et si les bassinets se vident bien.

M. H. BLANC (Bordeaux), estime que les pyélonéphrites de la grossesse doivent être rangées en deux catégories : celles où les signes urinaires prédominent, avec état général satisfaisant, et celles où les signes urinaires sont dominés par la gravité de l'état général, véritables formes typhoïdes où la localisation infectieuse rénale n'est qu'une étape obligatoire de la septicémie colibacillaire.

Si la sonde urétérale fait merveille dans le premier cas, par contre, dans le second cas, ce n'est pas sur le rein, mais sur l'utérus qu'il faut agir, et son évacuation amène des résurrections insoupçonnées.

L'auteur insiste d'autre part sur l'état antérieur des malades et, pour lui, de nombreuses urétéro-hydronéphroses

constatées au cours de la grossesse ne sont que des urétéro-hydronéphroses révélées, d'origine congénitale ou autre.

Enfin, au point de vue de la conduite à tenir dans le rein unique pathologique au cours de la grossesse, l'auteur après avoir été partisan de l'avortement thérapeutique, pense que les choses s'arrangent le plus souvent mieux qu'on ne pourrait l'espérer et que la temporisation est toujours permise.

## LIVRES NOUVEAUX

**Restauration et prothèse maxillo-faciales. Fractures, Pertes de substance, Difformités (1)**, par les docteurs PONROY et PSAUME, médecins du Centre maxillo-facial de Paris, professeurs de prothèse à l'Ecole française de Stomatologie. Préface du professeur Fernand LEMAITRE.

Ainsi que son titre l'indique, ce volume de la « Pratique stomatologique » est consacré :

1° Au traitement des fractures des maxillaires par appareils de réduction, de contention ou d'orthopédie ;

2° A la restauration morphologique ou fonctionnelle pour appareils de prothèse, des pertes de substances osseuses ou tégumentaires de la face ;

3° A la restauration chirurgicale par greffes, par opérations plastiques, etc.

Tous les problèmes sont envisagés sous l'angle de la stomatologie ou de la prothèse, mais cet ouvrage intéresse aussi les chirurgiens, les rhinologistes et les ophtalmologistes, tous ceux qui à un titre quelconque s'intéressent aux organes de la face.

Les auteurs font une distinction très nette entre la mâchoire supérieure et la mâchoire inférieure, très différentes l'une de l'autre par leur anatomie, leur physiologie et leurs lésions pathologiques.

Les lésions du maxillaire inférieur intéressant le prothésiste sont :

Les fractures, immobilisées en général à l'aide d'appareils de contention assez simples, les pertes de substance, provenant soit d'un traumatisme violent, soit d'une résection chirurgicale, soit d'une nécrose osseuse exigent une thérapeutique plus complexe allant des appareils d'orthopédie ou de contention à la greffe et à l'appareil de prothèse.

Les fractures de la mâchoire supérieure peuvent intéresser la voûte palatine et créer une communication anormale entre la cavité buccale et les fosses nasales. Dans ce cas, le prothésiste fait disparaître les troubles de la mastication, de la déglutition, de la phonation à l'aide d'un appareil obturateur.

A ces perforations palatines qui sont des lésions acquises, les auteurs rattachent les divisions palatines congénitales dont ils décrivent le traitement prothétique à l'aide d'appareils destinés à suppléer aux fonctions du voile.

Une troisième partie de cet ouvrage est consacrée aux Téguments de la face présentant certaines mutilations. Les cicatrices vicieuses péri-buccales font l'objet d'une étude spéciale. Les pertes de substance tégumentaires, les pertes de soutien osseux suivies d'affaissement cutané amènent les auteurs à prendre comme type de description la correction des difformités de la pyramide nasale. Ils donnent ensuite un aperçu des restaurations prothétiques du pavillon de l'oreille et de la région oculo-palpébrale et consacrent un dernier chapitre aux blessures de guerre de la face.

L. G.

(1) Tome VIII de la Pratique stomatologique. In-8 de 502 pages avec 338 figures. — Prix : broché, 65 fr. ; relié toile, 80 fr. — Paris, Masson et C<sup>ie</sup>.



# sirop "roche"

## au thiocol

toutes les  
affections  
des voies  
respiratoires

Produits F. HOFFMANN-LA ROCHE & C<sup>ie</sup>  
10, Rue Crillon — PARIS

Adopté par les hôpitaux de Paris

# GYNERGÈNE

## "SANDOZ"

*Tartrate de l'Ergotamine cristallisée - Principe actif spécifique de l'ergot*

**LE PLUS PUISSANT DES HÉMOSTATIQUES UTÉRINS - INHIBITEUR DU SYMPATHIQUE**

**AMPOULES**  
1/2 cc. à 1 ampoule.

**COMPRIMÉS**  
1 à 2, trois fois par jour.

**GOUTTES**  
XV à XXX gouttes, 3 fois par jour.

PRODUITS SANDOZ, 20, rue Vernier. — PARIS-17<sup>e</sup>

B. JOYEUX, Pharmacien de 1<sup>re</sup> classe

MEDICATION CHLORHYDRO-PEPSIQUE

**DYSPEPSIES**  
Anorexie

Vomissements

**LIENTÉRIE**

**ELIXIR GREZ**  
ET PILULES

**CHLORHYDRO-PEPSIQUES**

Amers et Ferments  
digestifs

DOSES : 1 verre à liqueur ou 2 à 3 pilules par repas. Enfants : 1 à 2 cuillerées à dessert  
Dépôt : 49, Rue de Maubeuge, PARIS — Envoi franco Echantillons.

**DÉSINFECTION  
INTESTINALE**

**CHLORAMINE  
FREYSSINGE**

1 à 3 pilules à chaque repas. - 6, Rue Abel, PARIS - Aucune contraindication

# OLÉTHYLE-BENZYLE

BENZOATE DE BENZYLE

LABORATOIRE CENTRAL DE PARIS  
122, rue du Faubourg Saint-Honoré



## NOTES POUR L'INTERNAT (ORAL)

## TUBAGE CHEZ L'ENFANT

## Indications. Technique. Résultats.

**Définition.** — Intervention qui consiste à mettre un tube dans le larynx pour lutter contre la gêne respiratoire mécanique.

C'est une intervention souvent d'extrême urgence, dont on doit bien connaître les indications et la technique.

**Indications.** — a) L'une est majeure ; le croup ; aussi le tubage est-il, avant tout, une « urgence de médecine infantile ».

On connaît la règle : il faut tuber tout croup dont le tirage dure depuis plus d'une heure. Il n'y a alors plus de temps à perdre.

En réalité, c'est souvent chez un enfant asphyxique, avec grosse dyspnée, tirage et cyanose, qu'on est appelé à intervenir d'extrême urgence, parce que cet enfant n'a pas été traité ou a été insuffisamment traité par le sérum.

b) *Autres indications*, beaucoup plus rares :

— Au cours de certaines laryngites aiguës de l'enfant (à larynx étroit ou avec gros œdème). Mais retenir que les laryngites ulcéreuses et les œdèmes du larynx ne doivent pas être tubés.

— Au cours de certaines sténoses chroniques cicatricielles du larynx où le tubage a pour but en même temps de dilater.

**Instrumentation.** — Elle consiste en : un ouvre-bouche, un introducteur et un extracteur ; une série de tubes gradués par âge. Ces tubes comportent : une partie supérieure renflée en chapiteau, la tête percée d'un orifice destiné à fixer un fil de sûreté ; un col rétréci qui répond aux cordes vocales ; un corps qui se termine en une pointe, où siège la lumière elliptique du tube à grand axe antéro-postérieur.

Actuellement, on se sert surtout des tubes de Froin. Le tout est stérilisé.

**Technique du tubage.** — a) *Position de l'enfant.* — Le mieux est d'asseoir l'enfant sur les genoux d'un aide qui le maintient parfaitement immobile, emmaillotté dans un drap.

*L'immobilisation de l'enfant est essentielle.*

Certains préfèrent coucher l'enfant sur une table.

b) *Position de l'opérateur.* — En face de l'enfant.

c) *Diverses phases.* — 1. Placer l'ouvre-bouche, qui doit être à droite de l'opérateur.

2. Introduire l'index gauche le long de la commissure labiale libre, en suivant la face dorsale de la langue. On tombe sur l'épiglotte, qu'on recline en avant. On sent alors derrière lui le repère capital qu'on ne doit pas abandonner : la double saillie des arithénoïdes.

3. Introduire alors, de la main droite, l'introducteur, chargé du tube, en suivant le bord latéral axial de l'index gauche. Disposer le tube bien vertical au contact de la pulpe de cet index gauche et, à la première inspiration qui ouvre les cordes, l'introduire dans la glotte.

4. Enlever l'introducteur en maintenant le tube de l'index gauche. Si le tube est bien en place, la respiration prend aussitôt un timbre caractéristique, facile à reconnaître.

Alors seulement, couper le fil de sûreté, qui aurait permis de retirer le tube s'il y avait eu fausse route.

**Détubage.** — a) *Indications.* — La durée du tubage est variable. Cependant, dans le croup, cette durée est pratiquement de 3 jours. Si l'asphyxie reprend, il faut retuber,

mais éviter de laisser le tube plus de 8 jours. Mieux vaudrait alors recourir à la trachéotomie.

b) *Technique.* — On peut enlever le tube :

1. Soit par l'extracteur. C'est actuellement le plus employé.

2. Soit par manœuvre externe. L'enfant est couché à plat ventre sur une table, la tête dehors, le front maintenu par la main gauche de l'opérateur ; la main droite enserrant le cou, le pouce sur la nuque, l'index sur la trachée. Par une pression ascendante et progressive, du sternum vers le larynx, il énuclée en quelque sorte le tube, en même temps qu'il fléchit légèrement la tête. Le tube pénètre dans la bouche et tombe en dehors.

**Accidents du tubage.** — Peuvent s'observer à trois périodes :

a) **AU MOMENT DE L'INTRODUCTION DU TUBE.** — Les fausses routes. — Peuvent être évitées si l'enfant est bien immobilisé et si on repère bien les arithénoïdes.

1. *Tube glisse dans l'œsophage* : on le retire grâce au fil de sûreté ;

2. *Traumatismes du larynx*, beaucoup plus grave, car peuvent s'accompagner d'œdème secondaire pouvant nécessiter une trachéotomie.

— *L'asphyxie, la syncope.* — Que l'on observe chez les enfants fatigués par un long tirage — ou au cours de trop longues manœuvres.

On aura recours alors à la trachéotomie suivie de respiration artificielle.

b) **PENDANT LE SÉJOUR DU TUBE.** — Pendant tout ce séjour, l'enfant doit être soumis à une surveillance attentive, car deux accidents peuvent survenir :

a) *L'obstruction du tube* par les fausses membranes. Elle peut amener une asphyxie brutale et mortelle en quelques minutes si l'on n'extraît pas le tube, ou si une quinte de toux ne l'expulse pas. L'emploi du tube ajouré sur toute sa hauteur réduit au minimum le risque de cette obstruction. Il n'en reste pas moins indispensable de laisser auprès de l'enfant une personne sachant détuber.

b) *Le rejet du tube*, soit à l'occasion d'une quinte de toux ; soit parce que le tube est trop étroit ; soit par paralysie des constricteurs. C'est un accident moins grave que le premier. L'asphyxie ne s'installe pas immédiatement et on a, en général, le temps de retuber.

Le rejet peut être suivi de déglutition du tube (accident sans gravité).

c) Signalons encore : les complications pulmonaires : extrêmement moins fréquentes qu'avec la trachéotomie. On les réduira encore en : réduisant l'alimentation semi-liquide ; surveillant la déglutition ; instillant de l'huile goménolée à travers l'orifice du tube.

c) **AU COURS DU DÉTUBAGE.** — Il faut encore craindre un accident grave : l'asphyxie brutale. Elle est due : soit à une tentative prématurée de détubage ; soit à un spasme laryngé.

Enfin, signalons qu'ultérieurement, on peut observer un rétrécissement du larynx, si le tubage a été trop prolongé.

**Conclusion.** — Le tubage a modifié le pronostic du croup ; il permet à la sérothérapie d'agir, alors que la mort aurait été certaine par asphyxie mécanique.

Ce n'est que lorsqu'il est impossible, que lorsqu'il ne peut être surveillé, ou que l'asphyxie est trop menaçante, qu'on en viendra à la trachéotomie, beaucoup plus grave (broncho-pneumonie).

J.-CH. GIRAUD.

Le Directeur-gérant : D<sup>r</sup> François LE SOURD.



---

**NÉVROSES  
INSOMNIES**

**LOBÉLIANE  
LALEUF**

**ANTISPASMODIQUE PUISSANT  
EXCLUSIVEMENT VÉGÉTAL  
GOÛT ET ODEUR AGRÉABLES  
ATOXIQUE**

DOSE CALMANTE : 2 à 5 cuillerées à café par jour  
DOSE HYPNOTIQUE : 1 à 3 cuillerées à café le soir

ÉCHANTILLONS ET LITTÉRATURE  
**LABORATOIRES LALEUF**  
20, RUE DU LAOS — PARIS (XV<sup>e</sup>)

---

Nouvelle adresse : 51, rue Nicolo, PARIS (XVI<sup>e</sup>).



# UNE NOUVELLE FORME DE LA BULGARINE

Adultes et enfants : **XX** gouttes } 4 fois  
Enfants de moins de 3 ans et nourrissons : **X** gouttes } par jour

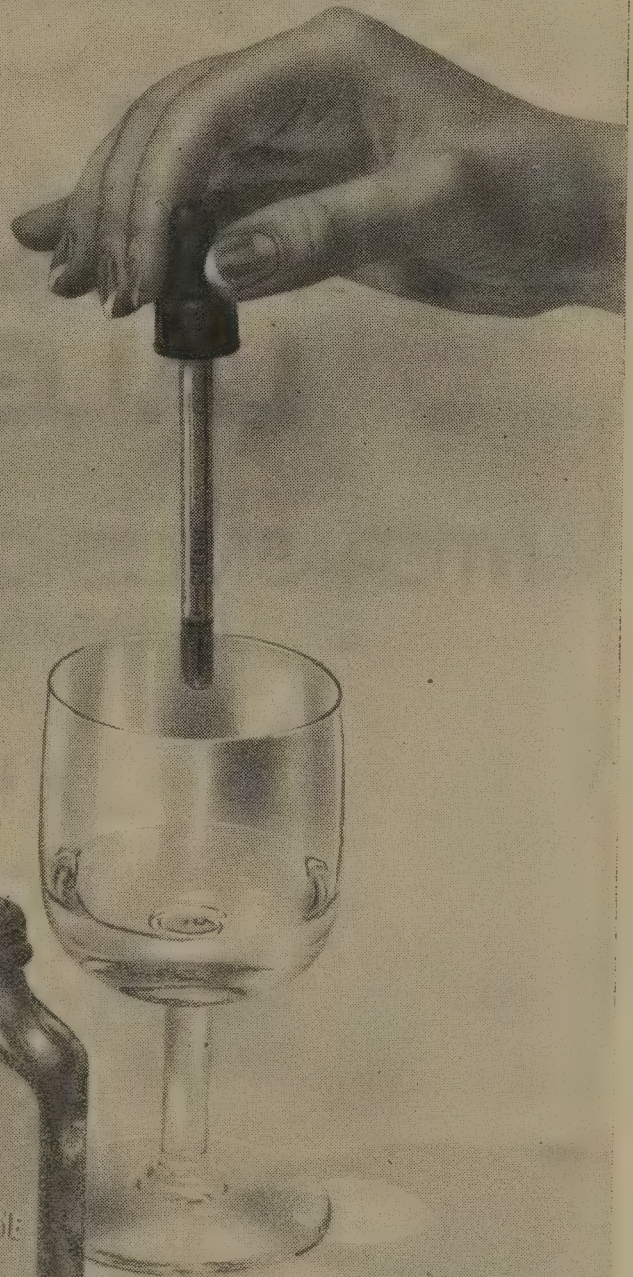
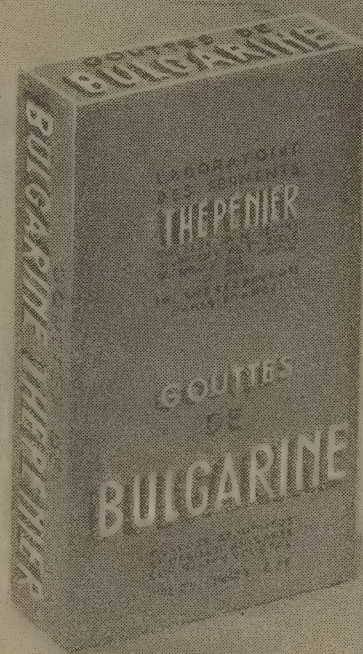


DIAGRAM - ADAM

LABORATOIRE DES FERMENTS DU DR. THÉPÉNIER  
10, RUE CLAPEYRON - PARIS 8<sup>e</sup>



*La Lancette Française*

# GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6<sup>e</sup>. Tél. : Danton 48-31.PUBLICITE : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6<sup>e</sup>) - Téléph. : LITRÉ 54-93.

## PRIX DE L'ABONNEMENT

## FRANCE

3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.

*Etudiants* : 25 francs par an.

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

## ETRANGER

Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.

Tous les autres pays : 75 francs.

## SOMMAIRE

LE GOITRE ENDEMIQUE EN ROUMANIE (avec 5 fig.), par  
M. le professeur DANIELOPOLU (de Bucarest).

## SOCIÉTÉS SAVANTES

*Académie des sciences. — Société de chirurgie.*

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

## INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Oral.*

— Le jury est provisoirement composé de MM. Ribadeau-Dumas, Pollet, Tinel, Vincent, de Brun du Bois-Noir, Desmarests, Auvray, Leibovici, Soupault, Cathala (Victor).

Première séance : lundi 20 janvier, à 16 h. 30.

— *Erratum.* — Dans la liste des candidats admissibles à l'internat, ajouter : M. Depierre, 27.

## — CONCOURS DE L'EXTERNAT. — Composition du jury :

*Anatomie.* — MM. Soulié, Seillé, Blondin (Sylvain).*Pathologie médicale.* — MM. Caroli, Marie (Julien), Molaret (Pierre).*Pathologie chirurgicale.* — MM. Gueullette, Aourousseau, Lallemand.

— Liste alphabétique des candidats ayant remis trois copies :

MM. Abramowicz, Adda, Aichenbaum, Mlle Alam, MM. Albert, Alerme, Alhomme, Allain, Mlle Allary, MM. Amado, Amirian, Ancelin, Andrieux, Anghert, Mlle Antoine, MM. Ariztia, Arnaud, Assémat, Asuad, Attuil, Audbourg, Auréan,

MM. Babin, Baccouche, Mlle Bach, MM. Badie, Badin, Badio-Zamani, Baillet, Bally, Baltié, Barbéry, Barbezieux, Mlle Barbié, MM. Barbier, Bardon, Baréty, Barrois, Basir, Bastian, Batteur, Baulon, Beau, Beck, Mlle Begzadian, MM. Beinis, Bénidir, Benoît, Bensimon, Berdjis, Mlle Bérenger, M. Bérille, Mlles Berl, Berlinska, Bermann, MM. Bernard, Bernheim, Berrondo, Berthe, Berthet, Berthon, Bertier, Bertolino, Bertrand (Charles), Bertrand (Victor), Berveiller, Besle, Bétuel, Beurrier, Bey, Beyer, Biaggi, Bibring, Bidault des Chaumes, Biera, Bignotti, Bigot, Bigou, Bijoux, Bilski, Binet, Bismuth, Blanc (Guy), Blanc (Henri), Blanchet, Blanquet, Blériot, Bléynie, Bloch, Blondé, Bockman, Bod-

daert, Boeswillwald, Boismoreau, Boitard, Bokser, Mlle Bonastre, M. Bonnais, Mlle Bonnard, M. Bonnel, Mlle Bonnet, MM. Bonetti, Borja, Bory, Boschatel, Bouderbala, Mlle Boudeville, MM. Boulay, Bourdon, Bourdy, Bourgeaud, Bourgougnon, Bourguet, Mlle Bournisien, MM. Boutbien, Boutillier du Rétil, Bouvaist, Bouygues, Bouyssi, Bracq, Braillon, Brenier, Bricout, Brill, Mlle Brisac, MM. Brise-doux, Brochard, Broutin, Brument, Brunat, Brunel, Bruno, Bryskier, Bui-Kien-Tin, Mlle Buisson, MM. Buquet, Bureau, Burgaud, Butat, Buzy,

MM. Caballero, Cacault, Cachin, Cahn, Caillard, Carlods, Caldier, Calley, Carmanovici, Mlle Camilleri, MM. Camus, Canat, Mlle Candau, MM. Capelle, Carillo-Maurtua, Carlier, Carlo, Caron, Mlle Carré, MM. Carton, Casalta, Mlle Castaignet, MM. Cauvin, Céleste, Mlle Chaberlat, MM. Chabert (Louis), Chabert (Raymond), Chaignon, Chalopin, Chambon, Champeau, Chancel, Chantemargue, Chappuis (Jacques), Chapuis (Jean), Charbonneau, Chardack, Charlet, Charuel, Chatellier, Chaudouet, Chauvin, Chauvisé, Chavarot, Chazarain, Chenille, Chevallier, Chevillard, Chevillotte, Chevreau, Mlle Chiche, MM. Chovelon, Ciaudo, Ciechanowicz, Mlle Clogne, MM. Cocq, Cœueilliez, Cohen, Mlle Cohen-Solal, MM. Colas, Colboc, Mlle Collard, MM. Collas, Collet, Collonnier, Mlle Colombe, M. Combet, Mme Comte, MM. Conge, Connat, Mlle Coqueblin, MM. Corbeil, Corcos, Cordier, Coriat, Corrion, Corteel (André), Corteel (Paul), Contial, Coste, Cottard, Couder, Couleru, Courtenay-Mayers, Coury, Cousin (Robert), Cousin (Roger), Couurier, Cravat, Crohas, Croll, Cuche, Cuenca,

MM. Dadkhah, Daguet, Dana, Danahaeri, Dang-Van-Hô, Daniélou, Darbord, Darcourt, Darlet, Daskalakis, Mlle Das-sas, MM. Daumet, Dautel, David (Daniel), David (Roger), Debénédeti, Decouflé, Deguel, Mlles Déhennot, Delahousse, MM. Delarbre, Delater, Delavelle, Delerba, Delie, De-

**OUABAÏNE ARNAUD**LABORATOIRE NATIVELLE, 27, Rue de la Procession, PARIS (XV<sup>e</sup>)



mangre, Demay, Démentriades, Deniaus, Denis (Jean-Charles), Denis (Jean-Pierre), Denis-Péraldi, Deniziaut, Denvil, Dépinay, Mlle Depitre, MM. Deplus, Deroche, Derooz, Descamps, Mlle Descroix, MM. Descubes, Détré, Mlle Deuquet, MM. Devaulx (Jean), Devaux (Maurice), Devieux, Devraigne, Dewé, Dézarnaulds, Diard, Dicescu, Mlle Dicky, MM. Divisia, Djelveh, Djuvara, Dogué, Dominguez y Gonzalez, Door, Douay, Doumic, Doville, Dreyfus (Albert), Dreyfus (Jean), Dreyfus (Michel), Drouin, Mlles Duboin, Dubois, Duchamp, MM. Duchène (Henri), Duchène (Jean), Dufour, Dufour-Lamartinie, Mlle Dufresne, MM. Duhamel, Duhani, Dujardin, Dumas (Michel), Dumas (Pierre), Dumay, Duméry, Dupas, Dupin-Girod, Mlle Dupont, MM. Dupoux, Duprey, Dupuy, Durand, Duranteau, Durier, Durnérin, Duvaux,

MM. Elbaz, Erbeia, Erlich (Icko), Erlich (Jean), Escomel, Mlle Esquerré, M. Estève, Mlle Estradère, M. Eydieux,

M. Fabre, Mlle Facchinetti, MM. Farah, Farmachi, Fausquelle, Faudot bit Bel, Fauthous, Favier, Fehrenbach, Felgeyrolles, Festal, Feuillo, Fieschi, Mlle Fillon, MM. Fischer, Fisz, Flaisler, Mlle Flegenheimer, M. Florentin, Mlle Florimont, MM. Floriot, Flouquet, Follin, Mlle Fommarty, MM. Forest, Forgeois, Mlles Fossier (Geneviève), Fossier (Jeanne), MM. Fouassin, Fouks, Fournial, François, Frankfurt, Fricou, Friedman, Frinault,

MM. Gabé, Galey, Gallant, Galliot, Galopeau, Gamard, Mlle Gaon, MM. Garbarovitch, Garcia y Bengachea, Gaudon, Gaulier, Gauthier (Manuel), Gauthier (Paul), Gauthier (Jean-Paul), Gauthier (Pierre-François), Gauthier (Robert), Mlles Gavrilenko, Gay, MM. Gay, Gelbsman, Gerain, Gérard, Gerber, German, Germond, Gharib, Mlle Giard, MM. Gibert, Gilbert, Girard, Girardot, Girault (Albert), Girault (Jean), Giraux (Georges), Giron, Gleises, Mlle Gluntz, MM. Godfroy, Gojon, Goldberg, Mlle Goldring, MM. Gontier, Gonzalez-Ruiz, Gorce, Gorge, Gorin, Gorny, Gosselin, Gouault, Gourdin, Gourey, Mlle Goury du Roslan, MM. Goust, Goutarel, Govaerts, Graillon, Mlle Gravelat, MM. Grégoire (Etienne), Grégoire (Philippe), Mlle Grégory, MM. Grenier, Grès, Grigné, Grimault, Grobon, Gronstein, Groppe, Grün, Grunberg, Grünberger, Grünwald, Guédeney, Guedj, Guégan, Guéraud, Guérin, Guéroult, Guichard, Guillaumet, Guillemain, Guillot, Guillou, Guy (André), Guy (Edouard),

Habib, Hagège, Mlles Hahn, Haitovitz, MM. Halberstadt, Halfon, Hamel, Hamon (Henri), Hamon (Yves), Hannequin, Harmel, Ha-Ta-NGoc, Mlle Hayot, MM. Hébert, Héchavarria, Hekmat, Henry (Jacques), Henry (Paul), Hérard, Hernandez, Hervet, Hervo, Hiverlet, Hoffmann, Horvilleur, Houssin, Houzé, Ho-Vinh-Thong, Mlle Huguenard, MM. Hugueny, Hugues, Huignard, Huret,

MM. Iagello, Ichaia, Imbert, Isak, Isal,

MM. Jacir, Jacob, Jallerat, James, Mme Janeau, MM. Jaupitre, Jeanjean, Jimenez y Galliano, Joannès, Joly, Jomier, Joué, Jouhanneaud, Jourdain, Jourdan-Laforte, Jourde, Jouve,

Mlle Kahn, MM. Karcher, Kauffmann, Keiser, Kermechou de Kérautem (de), Kéruszoré, Kervern, Khiari, Kia, Komarower, König, Mlle Koo, MM. Koskas, Koskinas, Kouroch (de), Mlle Kowalska, MM. Kowalski, Krajevitch, Kuczynski, Kurtag, Kutner,

MM. Labonnelle, Laborerie-Boulou, Labourie, Lacarin, Lacaze, Lachovsky, Lacour (Albert), Lacour (Armand), Lacour (Jean), Lacrosaz, Ladret, Lafargue, Lafourcade, Mlle Lafourcade, MM. Lallemand, Lamaire, Lambert (Jacques), Lambert (Roland), Lamy, Mlle Lansoy, MM. Lapeyre, Lapine, Lardy, Larédo, Mlles Larrieu, Lasudrie-Duchène, M.

Laurent, Mlle Lavaud, MM. Laverigne, Lebas, Le Bec, Lebel, Lebedinsky, Le Bihan, Leblanc, Lebreton, Le Brun, Leca, Le Cain, Mlle Lecussan, MM. Lefébure, Lefebvre, Leibowitch, Leiser, Lejeune, Lemoine (André), Lemoine (Léopold), Lemos (de), Le Naour, Lesne, Lesonneur, Létard, Lévi (André), Lévy (Claude), Lévy (Emile), Lévy (Jean-Claude), Lévy (Jean-Léon), Lévy (Michel-Charles), Lévy (Michel-Marc), Mlle Lévy, MM. Lewinson, Lhermet, Libarelli, Libaude, Libert, Mlle Ligon, M. Linglin, Mlles Lipmann, Lléch, Loiseau, MM. Lotiquet, Louis, Loupias, Lustak, Lutz, Lux,

MM. Mabileau, Machéropoulos, Machoire, Madjallal, Madjzoub, Madrange, Magdelenat, Magnoux, Maigne, Maim, Malabre, Malange, Malekzadeh-Milani, Malherbe, Mandel, Marachi, Mlle Marc, MM. Marcacci, Marchal, Mlles Marchand, Marcland, Marfaing, MM. Mariage, Mariaux, Mlle Maronet, MM. Marrero, Martin, Martinet, Mlle Marx, M. Marzet, Mlle Maschkouzan, MM. Mases, Masmonteil, Masseboeuf, Mlle Masson, M. Mathias, Mlle Mauget, MM. Maurel, Maury, Maynier, Mazel, Mlle Mazerès, MM. Mazillier, Meadeb, Mebs, Medzadourian, Meiseles, Mlle Mendras, MM. Mendras, Méplain, Mercier (Gontran), Mercier (Maurice), Mertens, Merzbach, Mlles Meslin, Messin, Métairie, MM. Métais, Meuley, Meunier (Jean-Eugène), Meunier (Jean-Jacques), Michel, Millet, Mion, Mlles Mirabail, Moday, MM. Mogharéi, Monal, Moncany, Monprofit, Montantin, Montteil, Moradi, Morat, Mlle Moreau, MM. Moreau (Michel), Moreau (Pierre), Morilière, Mlle Morin, MM. Moros, Mory, Mlle Mossel, MM. Moure, Mrozowicz,

Nanty, Narboni, Mlle Narps, MM. Nataf (François), Nataf (Siméon), Naudascher, Nègre, Neumann, Neveux, Nguyen Khoc Than, Nguyen-Manh-Don, Nguyen-Ngoc-Cung, Nguyen-Thé-Dai, Nguyen-Trung-Thu, Nicolaï, Nicolaïdes, Nicolle, Niego, Noël, Nomdedeu,

Obrefeld, d'Oelnitz, Oger, Ohayon, Olivesi, Olivier, Orfali, Mlle Orsoni, MM. Ossanlou, Oudot (Jacques), Oudot (Marcel), Ourceyre, Owsianik,

Pages, Palmer, Panouillot, Pardon, Parhami, Parienté, Parot, Patin, Patron, Payenneville, Pêcheux, Pellet, Pellistrandi, Pellot, Penard, Pérahy, Perdoneini, Pérel, Périllo, Perraudin, Perrier, Perrin, Perrot, Person (de), Pertusier, Petel, Petit (Eugène), Petit (Jean), Mlle Pfeiffer, MM. Piana, Piard, Picard, Pichereau, Picot (Henri), Picot (Lucien), Pierart, Pilla, Pinasseau, Pistre, Pitat, Pitoux, Place, Pley, Pluinage, Poirier, Polge, Polliot, Poltorak, Pomès, Ponpon, Pouzols, Pozzi-Escot, Pramayon, Praslon, Preney, Pribat, Mlle Prost, MM. Pujol,

Quatreboeufs, Mlle Queuille, MM. Quichon, Quintescu,

(Voir la suite des « Informations », p. 1750.)

ANÉMIES  
DYSPEPSIES  
ANTITOXIQUE



DOSE: 4 à 6  
TABLETTES  
PAR JOUR

BIOXYDE DE MANGANESE COLLOÏDAL SELS MAGNÉSIENS  
Laboratoire SCHMIT 71 Rue Sainte-Anne. PARIS. 2<sup>e</sup>

**PULVEOL**

ANTISEPTIQUE DU CARREFOUR AÉRO-DIGESTIF  
POUDRE et PASTILLES

Laboratoire et Echantillons: 10, Impasse Milord, Paris (18<sup>e</sup>)

Insomnies  
Toux nerveuse.

**BROMÉINE MONTAGU**



# EUPHORYL

DERMATOSES  
PRURIGINEUSES  
PRURITS  
ANAPHYLAXIES  
CUTANÉES  
INTOXICATIONS

3 CACHETS PAR JOUR  
CAS AIGUS : INJECTIONS  
INTRAVEINEUSES

Créé et expérimenté dans les Hôpitaux de Paris



LABORATOIRES "ANA", 18, AV. DAUMESNIL, PARIS



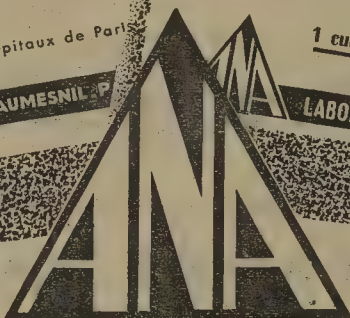
## Euphoryl infantile

(GRANULE SOLUBLE)

TROUBLES DIGESTIFS  
DERMATOSES  
PRURITS  
ANAPHYLAXIES ALIMENTAIRES  
INSUFFISANCE HÉPATIQUE

POSOLOGIE  
1 cuillerée à café par année d'âge.

LABORATOIRES "ANA", 18, AV. DAUMESNIL, PARIS



18, AV. DAUMESNIL, PARIS, XII<sup>e</sup>



## hirudinase

(DRAGÉES)

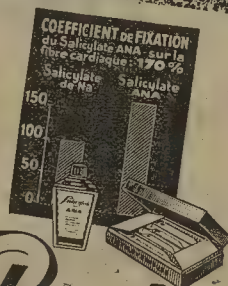
DOSE MOYENNE : 4 A 6 DRAGÉES PAR JOUR

INSUFFISANCES VEINEUSES  
INFECTIONS  
VASCULO-SANGUINES  
PHLÉBITES - SEPTICÉMIES  
AMÉNORRHÉES

Le premier produit spécialisé à base d'Extrait de Sangsues  
Créé et expérimenté dans les Hôpitaux de Paris.



LABORATOIRES "ANA", 18, AVENUE DAUMESNIL — PARIS



## Salicylate SURACTIVÉ "ANA"

SALICYLATE DE SODIUM  
en combinaison  
CALCIO-MAGNÉSIENNE  
THIOSULFATÉE

24 gr.  
SALICYLATE de Na  
SURACTIVÉ  
15 fr.

SOLUTION  
1/2 cuil. à café ou 70 gouttes = 1 gr. de Salicylate de Na suractivé

AMPOULES (INTRAVEINEUSES)  
10 cc. = 1 gr. de Salicylate de Na suractivé

ses 4 avantages :

- 1 - Suractivation 170 %.
- 2 - Goût agréable
- 3 - Tolérance parfaite
- 4 - Concentration forte

Rhumatisme articulaire aigu et ses complications

ALGIES  
INFECTIONS - SEPTICÉMIES  
TROUBLES HÉPATIQUES



LABORATOIRES "ANA", 18, AVENUE DAUMESNIL, PARIS, XII<sup>e</sup>



# MALADIE VEINEUSE ET SES COMPLICATIONS

## VEINOTROPE

### VEINOTROPE M COMPRIMÉS (masculin)

|                                      |       |
|--------------------------------------|-------|
| POUDRE DE PARATHYROÏDE.....          | 0.001 |
| POUDRE ORCHITIQUE.....               | 0.035 |
| POUDRE DE SURRÉNALES.....            | 0.005 |
| POUDRE D'HYPOPHYSE (lob. post.)..... | 0.001 |
| POUDRE DE PANCRÉAS.....              | 0.10  |
| POUDRE DE NOIX VOMIQUE.....          | 0.005 |
| EXTRAIT DE MARRON D'INDE.....        | 0.005 |
| EXTRAIT D'HAMAMELIS VIRGINICA.....   | 0.01  |
| POUR 1 COMPRIMÉ ROUGE                |       |

### VEINOTROPE F COMPRIMÉS (féminin)

|                                      |       |
|--------------------------------------|-------|
| POUDRE DE PARATHYROÏDE.....          | 0.001 |
| POUDRE D'OVAIRES.....                | 0.035 |
| POUDRE DE SURRÉNALES.....            | 0.005 |
| POUDRE D'HYPOPHYSE (lob. post.)..... | 0.001 |
| POUDRE DE PANCRÉAS.....              | 0.10  |
| POUDRE DE NOIX VOMIQUE.....          | 0.005 |
| EXTRAIT DE MARRON D'INDE.....        | 0.005 |
| EXTRAITS D'HAMAMELIS VIRGINICA.....  | 0.01  |
| POUR 1 COMPRIMÉ VIOLET               |       |

COMPRIMÉS : 2 AU LEVER ET 2 AU COUCHER,  
OU SUIVANT PRESCRIPTION MÉDICALE.  
3 SEMAINES PAR MOIS.

| VEINOTROPE POUDRE                       |         |
|---|---------|
| EXTRAIT EMBRYONNAIRE.....               | 1 gr.   |
| PROTÉOSES HYPOTENSIVES DU PANCRÉAS..... | 3 gr.   |
| CALOMEL.....                            | 4 gr.   |
| TALC STÉRILE. Q. S. pour.....           | 100 gr. |

### LABORATOIRES LOBICA

46, AVENUE DES TERNES - PARIS  
25, RUE JASMIN - PARIS (16<sup>e</sup>)

POUDRE : TRAITEMENT DES ULCÈRES SIMPLES  
ET VARIQUEUX, DES PLAIES EN GÉNÉRAL

## LABORATOIRES CARTERET

LIQUIDE  
et  
COMPRIMÉS

### ANTISEPTIQUE GÉNÉRAL

*Sans odeur et non toxique*

# LUSOFORME

*Formol saponiné*

DÉSINFECTANT -- DÉSODORISANT

S'EMPLOIE EN SOLUTION AQUEUSE à 1/4 ou 1/2 p. 100 en GYNÉCOLOGIE, OBSTÉTRIQUE, CHIRURGIE

Échantillon et Littérature : 15, rue d'Argenteuil, PARIS



LE GOITRE ENDÉMIQUE EN ROUMANIE <sup>1</sup>

Par M. le professeur DANIELOPOLU (de Bucarest).

Le goitre endémique constitue un problème médical et social de la plus haute importance.

Ce n'est certainement pas la *déformation inesthétique du cou*, ou les accidents de compression, d'ailleurs assez rares, qui nous intéressent. C'est l'*atteinte profonde de l'organisme entier*, ce sont le myxœdème, le crétinisme, l'idiotie thyroïdienne, la surdo-mutité, le nanisme et la balbutie ; c'est l'impression qui frappe tous ceux qui ont parcouru des régions endémiques, que même le *reste de la population n'est pas normale, qu'elle dégénère*, qui impriment à cette question une grande importance. Et, à ce point de vue, nous pouvons affirmer que le goitre, plus que la syphilis et la pellagre, est un facteur incontestable de dégénérescence de la race.

Les statistiques officielles sont bien au-dessous de la vérité. Nous avons trouvé des villages contenant 40 à 75 % de thyroïdies là où les statistiques officielles nous indiquaient 5 à 10 %.

Comme pour beaucoup d'autres problèmes de *médecine publique*, les travaux de l'hygiéniste demandent la collaboration du clinicien qui peut mieux dépister les cas incipients et établir la relation avec des affections voisines. Très nécessaire est aussi dans le problème du goitre, tellement lié aux caractères du sol et de l'eau de boisson, la collaboration du chimiste et du géologue.

Les recherches que nous faisons depuis deux ans dans les trois postes d'études que nous avons organisés en Roumanie, avec nos assistants et les médecins sanitaires, et dont nous ne pouvons vous donner ici qu'un *aperçu général*, sont basées sur ce principe de collaboration (2).

Cette affection s'appelle communément *goitre endémique*. Nous avons proposé le terme d'*endémie thyroïdienne*, car toutes les thyroïdies ne s'accompagnent pas de goitre et peuvent même présenter une atrophie de la glande.

Le *fonctionnement de la thyroïde*, qui possède une innervation sympathique et parasympathique réglée par les centres diencéphaliques et influencée par l'écorce, se fait grâce à un mécanisme régulateur thyro-végétatif, dans lequel les *hormones thyroïdiens influencent le système végétatif, lequel, à son tour, règle la production des hormones thyroïdiens*. Nous avons démontré que les hormones thyroïdiens n'excitent pas seulement le sympathique, qu'ils sont *amphotropes* et qu'au point de vue végétatif, le Basedow n'est pas une sympathicotomie mais une amphotomie.

Nous croyons que *toutes les thyroïdies, hypo ou hyper-sécrétoires, sont une même maladie avec des formes différentes*. C'est par un *dérèglement du méca-*

nisme régulateur thyro-végétatif produisant un *cercle vicieux* entre la glande et ses nerfs, qui *augmente ou diminue la sécrétion* en même temps qu'elle l'altère, que naissent toutes ces formes.

Dans le problème aussi complexe de la pathogénie des thyroïdies, le fait histologique décrit par MM. Roussy et Clunet constitue l'étape la plus importante qui a fait énormément progresser les recherches. C'est la description de la lésion thyroïdienne dans la maladie de Basedow.

Pour toutes, la *lésion initiale* est un processus réactionnel hyperplasique de la glande qui évolue différemment dans chaque forme et dont on trouve encore les *traces* dans n'importe quelle thyroïdie pathologique, même dans les glandes atrophiques. Une classification anatomique serait pour ces raisons impossible. D'ailleurs, ce qui nous intéresse n'est pas l'aspect histologique dans tel ou tel point de la glande, mais le *résultat global*, la valeur fonctionnelle de la glande et les conséquences de son altération sur l'organisme.

N'est logique qu'une *classification physiologique*. Mais dans cette classification il ne faut pas trop tenir compte d'un *seul symptôme*, comme le goitre ou les variations du métabolisme, car aucun des symptômes des thyroïdies n'est pathognomonique et nous risquerions ainsi de laisser de côté des groupes entiers de syndromes qui font partie des thyroïdies. Nous classons les thyroïdies en fonctionnellement *normothyroïdiennes*, qui contiennent le goitre simple, *hyperthyroïdiennes*, qui contiennent la maladie de Basedow, l'adénome toxique, le goitre basedowifié, le syndrome basedowiforme, syndromes qui tous, malgré l'absence de tel ou tel symptôme, sont des hyperthyroïdies, et *hypothyroïdiennes* dont le type est le myxœdème.

Quant au *crétinisme*, l'*idiotie thyroïdienne*, la *surdo-mutité*, la *balbutie*, et le *nanisme* thyroïdien, ces affections ne sont pas nécessairement accompagnées de phénomènes d'hypothyroïdisme. Elles leur sont liées indirectement comme le prouve leur fréquence dans les villages où domine l'hypothyroïdisme et pourraient s'appeler des *affections para-goitreuses*.

Quant à l'étiologie et à la pathogénie de l'endémie thyroïdienne, la *distribution géographique* des thyroïdies en Roumanie nous fournit déjà des renseignements précieux.

Nous trouvons au bas des montagnes et exceptionnellement dans la plaine, des régions où l'*agent thyrogène*, dont nous parlerons tout à l'heure, est présent et où la population est *misérable*. Résultats : grosse endémie thyroïdienne, goitres simples énormes, beaucoup de formes hypothyroïdiennes et d'affections para-goitreuses, pas ou presque pas d'hyperthyroïdies.

Nous trouvons dans la même région endémique, par conséquent en présence du facteur goitrigène, des villages et surtout des villes où la population est *riche* et bien nourrie. Résultats : endémie thyroïdienne beaucoup moins dense, goitres simples peu développés. Mais dans le nombre total de thyroïdiens qui est beaucoup plus petit nous constatons un pourcentage élevé de formes hyperthyroïdiennes.

Rappelons encore un fait intéressant. Le *goitre sporadique* dont nous trouvons quelques cas rares un

(1) Conférence faite le 12 novembre à la Faculté de Médecine de Paris, sous la présidence de M. le Doyen et en présence de S. Ex. le ministre de Roumanie à Paris.

(2) Nos recherches ont été faites en collaboration avec MM. Stoichița, Cosma, N. Radulesco, S. Nestoresco, D. Nicolaie, Rece, Vraciu, Tilicea.



peu partout, étiologiquement différents du goitre endémique, produit par un agent infectieux, ou toxique, ou nerveux comme le goitre basedowien, revêt dans les villes la forme hyperthyroïdienne, et dans les villages, où la population est pauvre, la forme de goitre simple.

Ces faits d'observation nous aideront beaucoup dans l'interprétation du mécanisme de production de l'endémie thyroïdienne.

Nous croyons que cette endémie est due à un *facteur thyrogène déterminant* de nature inconnue, dont l'action est favorisée par la *sous-alimentation* et par la *carence iodée*.

Malgré toutes les observations déjà anciennes, beaucoup d'auteurs nient le rôle de l'eau de boisson.

Nos recherches nous donnent l'impression nette que c'est l'eau de boisson qui est le vecteur principal de cet agent thyrogène inconnu ; que c'est le sol qui imprime à l'eau ces propriétés ; enfin que, en Roumanie du moins, c'est environ autour de 400 mètres d'altitude que le sol possède cette constitution.

Mais ce n'est pas là une question d'altitude, car si dans une région de plaine le sol possède les mêmes propriétés, l'endémie thyroïdienne fait son apparition. Et d'un autre côté, les régions situées à 400 mètres ne sont pas toutes goitreuses.

Nous avons constaté encore dans plusieurs régions endémiques, que l'eau superficielle est goitrigène, et que l'eau profonde ne l'est pas.

La commune Ispas est, exceptionnellement à la règle, une région où le goitre est très dense dans la plaine, et se raréfie à 400 mètres. Dans cette commune, au niveau de la plaine, l'eau de boisson provient de puits superficiels, alors qu'à 400 mètres, elle vient de puits creusés à 8 ou 10 mètres de profondeur. Et il est très intéressant de constater que, dans cette région non goitreuse, il existe un petit hameau de goitreux qui prennent leur eau de boisson dans des puits superficiels.

Dans le village Zlatna, situé dans les Montagnes de l'Ouest, l'endémie est dense à la périphérie du village, où l'eau de boisson est superficielle, et plus rare au centre où l'eau de boisson provient de puits profonds.

Nous savons bien que dans d'autres pays, en Hollande par exemple, c'est l'eau profonde qui est goitrigène, mais personne n'aura cherché si les couches profondes d'où émerge cette eau n'ont pas la même constitution que les couches superficielles des régions endémiques que nous avons étudiées.

Il est infiniment probable que le sol imprime ses propriétés goitrigènes aux légumes, aux céréales, aux pâturages et par conséquent, à la viande et au lait du bétail que les habitants consomment dans ces régions. Mais l'eau suffit, car dans la région des montagnes de l'Ouest, où le manque de produits réalisés sur place oblige les paysans d'apporter la plus grande partie de leur nourriture de toutes les régions du pays, l'endémie thyroïdienne est très dense.

Une caractéristique très intéressante de ce facteur goitrigène est le fait qu'il doit agir *durant des mois et des années* pour produire le goitre avec ses conséquences. Nous ne connaissons pas de cas de goitre attrapé dans une région endémique et qui se développe ailleurs dans une contrée non endémique.

Nous parlerons maintenant des facteurs prédisposants.

L'agent thyrogène déterminant *altère dans n'importe quelles conditions la thyroïde*, mais son action est infiniment *plus intense* sur les thyroïdes sensibilisées soit par la *sous-alimentation*, soit par la *carence iodée*, soit par les deux facteurs à la fois.

Le *facteur prédisposant économique* joue un très grand rôle. Dans une région endémique, plus le village est pauvre, plus l'endémie thyroïdienne est dense.

Et il y a, non pas partout, mais quelquefois dans ces régions, des villages *très pauvres* où la population vit dans des maisons par 6 et 12 personnes dans une seule chambre, se nourrissant d'une manière très insuffisante et très peu variée.

Voilà pourquoi, pour ne donner que quelques exemples, dans les villages Talmacel, Sibiel, Orlat, où la population est *très pauvre*, l'endémie est dense, alors que dans la ville très riche de Sibiu située à petite distance de ces villages, le goitre est beaucoup plus rare.

Et pour vous montrer le rôle du facteur économique, je n'aurai qu'à vous dire que la vallée de la Prahova, qui était assez endémique il y a quelques dizaines d'années, ne contient presque plus de goitre depuis le développement de l'industrie pétrolière qui a enrichi le paysan.

Mais l'absence de goitre dans d'autres régions pauvres de la Roumanie, démontre que la misère seule ne peut pas provoquer le goitre. La *présence du facteur thyrogène déterminant est indispensable*. Ce dernier peut agir seul, même sur une population bien nourrie, comme le démontre l'exemple suivant.

Dans une région très endémique, de la Transylvanie, fonctionnent depuis de longues années deux orphelinats de garçons et de filles de 8 à 16 ans, l'âge le plus dangereux pour les thyroïdies endémiques. Ils sont soumis au même facteur goitrigène déterminant, mais vivent dans d'excellentes conditions d'hygiène. Quinze pour cent d'entre eux présentent une légère hypertrophie de la thyroïde, ce qui démontre que le facteur goitrigène peut agir seul, mais jamais le gros goitre des habitants pauvres du même village, ce qui prouve le rôle prédisposant du facteur économique. Je ne vous apprends d'ailleurs rien de nouveau, car les *Assises nationales et départementales* de la belle organisation créée par M. le Professeur Carnot et par le Dr Godlewski, ont apporté dans la session de l'année passée, présidée par M. le Professeur Roussy, en dehors d'une foule de faits intéressants sur lesquels malheureusement je ne puis m'étendre ici, la preuve certaine qu'à mesure que la situation économique d'une contrée s'améliore, le goitre diminue.

Malgré cela plusieurs auteurs nient toute influence du facteur économique. Les faits que vous trouverez dans les comptes rendus de ces assises, ainsi que les quelques observations que je viens d'apporter, la prouvent pourtant jusqu'à l'évidence.

Nous passerons maintenant à un autre facteur prédisposant et non déterminant comme on l'admet d'habitude : la *carence iodée*.

La plupart des auteurs considèrent la carence iodée comme un agent déterminant du goitre endémique



et croient, en même temps, que l'abus d'iode produit l'hyperthyroïdie. D'autres affirment que l'iode n'a aucun rôle.



*Goitre simple (normothyroïdien) lobaire droit.* — La plupart des goitres sont localisés au lobe droit ou prédominent dans ce lobe.

Nier tout rôle à l'iode est au moins oublier que les hormones thyroïdiens sont iodés, mais accorder à la carence iodée le rôle déterminant serait une profonde erreur.



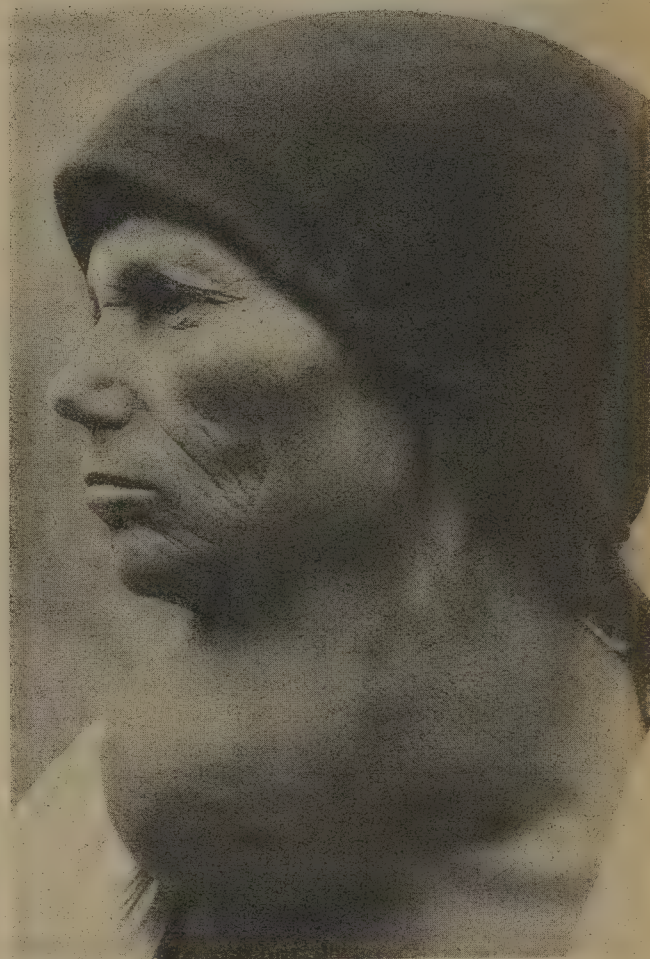
*Goitre isthmique.* — Souvent le goitre n'est localisé qu'à l'isthme

Je sais bien que Marine et Rogoff ont reproduit expérimentalement par la carence iodée ce phéno-

mène hyperplasique que je considère comme le phénomène initial de toute thyroïdie. Mais la même lésion a pu être produite par M. Otto Stiner avec des choux ou en privant les animaux de certaines vitamines. Et des affections semblables sporadiques apparaissent en clinique à la suite des infections, des intoxications et même par un facteur nerveux, comme le Basedow.

Les expériences de Marine et Rogoff ne nous permettent pas d'attribuer le goitre *plus* à la carence iodée qu'aux choux, à certaines avitaminoses ou à un de ces différents facteurs.

D'ailleurs les expériences de Repin, rapportées par M. Roussy, prouvent qu'une eau goitrigène perd ses propriétés si l'on précipite par le vide certains sels, sans toucher à l'iode. Et si beaucoup de régions endé-



*Goitre total avec prédominance dans le lobe droit*

miques sont carencées en iode, il y en a beaucoup normo-iodées. Encore dernièrement le Délégué de la Nouvelle-Zélande a rapporté à l'Office international d'Hygiène de Paris d'intéressantes recherches démontrant que des régions riches en iode sont plus endémiques que d'autres où la région en est plus pauvre. Voilà pourquoi nous ne pouvons nous rallier à aucune de ces deux théories. La carence iodée, pour nous, n'est qu'un facteur prédisposant qui sensibilise la thyroïde à l'agent goitrigène déterminant qui est de tout autre nature.

Cet agent altère la glande et diminue sa capacité d'utiliser l'iode dont elle a besoin pour fabriquer les



hormones iodés. La glande ainsi altérée a besoin de plus d'iode que la quantité normale et si elle ne reçoit que la quantité normale, elle s'hyperplasia pour subvenir aux besoins en hormones de l'organisme. Et si la glande ne reçoit même pas la quantité normale, comme cela se passe dans les régions carencées en iode, l'hyperplasie sera encore plus intense. Il faut donc donner à la glande des quantités plus grandes que celles qu'elle reçoit normalement, plus grandes par conséquent que celles contenues dans le sel iodé.

Notre hypothèse explique, par conséquent, l'existence de régions normo-iodées endémiques, alors que si l'on accorde à la carence iodée le rôle déterminant, il suffit d'une seule exception de ce genre pour faire tomber toute la théorie. Et il en existe plusieurs.

L'absence d'iode sensibilise l'organisme pour le goitre. Mais l'iode est-il capable de provoquer l'hyperthyroïdie ? Je répondrai catégoriquement : oui. Mais j'ajouterai de suite : seulement avec des doses excessives, des milliers et des dizaines de milliers plus grandes que la dose de 2 ctgr. 1/2 d'iode par an qu'on donne dans la prophylaxie par le sel iodé.

Dans un des villages où nous avons fait l'enquête individuelle nous avons donné à 98 goitreux simples des deux sexes, de 5 à 70 ans, goitre incipient jusqu'à goitre énorme, la solution de Lugol, une fois par semaine ou quotidiennement. Les uns ont pris pendant 10 mois jusqu'à 200 mgr. par jour. C'est dire qu'ils ont pris par jour 8 fois plus d'iode que ne prennent par an les habitants soumis à la prophylaxie iodée.

Aucun de ces goitreux examiné soigneusement une fois par semaine par le Dr Nicolaïe n'a fait de phénomènes d'hyperthyroïdisme.

Nous connaissons bien l'iode-Basedow décrit par Kocher. Mais Kocher lui-même donnait de l'iode pour diminuer l'hyperthyroïdisme. Nous-même et beaucoup d'autres auteurs avons vu l'hyperthyroïdisme diminuer sous l'influence de l'iode.

Pourtant, des doses excessives d'iode peuvent exagérer l'hyperthyroïdisme. Car, s'il est vrai que devant un surcroît d'iode la glande diminue son hyperplasie qui devient en partie inutile, il ne faut pas oublier que les hormones thyroïdiens sont iodés et que de grandes doses d'iode peuvent provoquer un excès d'hormones iodés.

Mais cela avec des doses très grandes. Il y a une énorme distance entre ces dernières et la quantité contenue dans le sel iodé et des doses intermédiaires peuvent être employées sans danger.

D'ailleurs, pratiquement, ce n'est pas l'hyperthyroïdisme, mais bien l'hypothyroïdisme et les affections voisines qui nous effraient et qui constituent le danger de l'endémie thyroïdienne.

Nous dirons maintenant quelques mots sur d'autres causes prédisposantes. Dans nos statistiques, comme partout ailleurs, les 3/4 des goitreux étaient des femmes. Ce fait s'explique d'après nous, non seulement par la grossesse et la lactation, qui demandent un hyperfonctionnement thyroïdien, mais aussi parce que la femme reste tout le temps à la maison sous l'influence de l'agent thyrogène. Les hommes sont des bergers restant plus de la moitié de l'année en haute montagne ou dans les pâturages de la plaine où le

facteur goitrigène manque et échappent en partie à l'action de ce facteur.

Nous insisterons plus sur la puberté qui est l'âge le plus dangereux. 18 garçons et filles de Talmacel ont quitté vers 10 ou 11 ans le village pour suivre des écoles supérieures, et ne sont rentrés qu'à 20 ou 22 ans. Ils n'ont pas attrapé le goitre, alors que leurs frères et sœurs qui sont restés dans le village étaient pour la plupart devenus goitreux.

C'est là un fait très intéressant qui démontre, non seulement que la puberté est un âge très dangereux pour le goitre, mais encore que si l'on n'est pas soumis au facteur thyrogène à cet âge et dans l'adolescence on risque beaucoup moins de l'attraper plus tard.

Quant à l'hérédité, malgré les difficultés d'étude de cette question chez des gens qui vivent tous dans les mêmes conditions, nous y croyons beaucoup. Il y a des familles de thyroïdiens, de différentes formes : normo, hypo ou hyperthyroïdiens.

Pourtant, tous vivent dans les mêmes conditions. Pourquoi le même agent thyrogène produit-il des formes si différentes d'un membre à l'autre de la même famille ? Pourquoi, aussi, trouvons-nous une si grande variation d'un village à l'autre en Roumanie, d'un pays à l'autre ? Car il y a des pays où les formes hyperthyroïdiennes sont beaucoup plus fréquentes que dans d'autres.

Faut-il croire, comme on l'a dit, qu'il y a plusieurs goîtres, plusieurs agents thyrogènes ? Nous n'y croyons pas. Le facteur déterminant est partout le même et la variabilité du goitre tient à la variabilité des facteurs prédisposants. Toutes ces formes de thyroïdies sont une seule et même maladie. Elles commencent toutes par le processus hyperplasique initial. Mais cette hyperplasie évolue différemment selon la capacité réactionnelle de la glande. Chez les uns l'hyperplasie, en même temps que l'accumulation de colloïde, arrive à équilibrer le fonctionnement de la glande : c'est le goitre simple. Chez d'autres, après un effort hyperplasique initial, la glande succombe et s'atrophie : ce sont les affections hypothyroïdiennes. Chez d'autres enfin, la réaction dépasse le but, l'hyperplasie est trop rapide, la colloïde n'arrive pas à mettre suffisamment en réserve l'énorme quantité d'hormones thyroïdiens qui passent vite dans le sang et provoquent l'hyperthyroïdie.

Et la capacité réactionnelle de la glande dépend, bien entendu, de l'état constitutionnel de l'individu, qui est congénital, et en même temps est influencé par les conditions de vie.

Directement la capacité fonctionnelle de la thyroïde dépend du tonus végétatif entretenu, comme nous le savons, par l'ion calcium, l'ion potassium, l'équilibre acide-base, différents hormones qui tous, directement ou indirectement, sont sous l'influence des substances que nous absorbons par la nourriture.

Nous savons que les protéines exagèrent la sécrétion d'adrénaline, de thyroxine et d'hormones pituitanées, que les hydrocarbonés sont des agents antagonistes de l'action des protéines sur le sympathique, que la déviation de l'équilibre acidobasique vers l'acidose excite le sympathique et vers l'alcalose le parasympathique.



Il n'est pas alors étonnant que les habitants de *Talment* insuffisamment nourris et qui ne consomment que deux kilogrammes et demi de viande par an soient hypothyroïdiens alors que les habitants riches de *Sibiu*, bien nourris, présentent plus facilement des formes hyperthyroïdiennes.

A *Zlatna*, en Transylvanie, de 200 goitreux que nous y avons trouvés, 15 avaient des formes hyperthyroïdiennes que nous avons contrôlées par la mesure du métabolisme basal. Tous étaient des gens aisés, bien nourris, alors que les miséreux étaient des goitreux simples ou des hypothyroïdiens.

Nous avons fait la même constatation à *Ispas* en Bucovine.

Rappelons encore ce que nous avons dit au début : même pour le goitre sporadique, les formes hyperthyroïdiennes se trouvent plus dans les villes et moins dans les villages pauvres.

Nous avons l'impression nette que la civilisation, l'amélioration de l'état économique raréfie l'endémie thyroïdienne et dans ce nombre plus petit de thyroïdiens augmente le pourcentage des hyperthyroïdiens.

Et si nous nous rappelons ce qui s'est passé dans certains pays, en Suisse par exemple, où en même temps que le sel iodé, on a fait tout pour améliorer la situation économique des villages goitreux, nous avons la conviction que ce n'est nullement cette très petite dose d'iode qui a raréfié le goitre en augmentant le pourcentage d'hyperthyroïdiens, mais bien l'amélioration des conditions de vie des habitants; que non seulement il ne fallait pas avoir peur de l'iode, mais qu'au contraire il faudrait l'augmenter beaucoup, car c'est le seul médicament que nous possédions ayant une action antagoniste contre le facteur thyrogène.

Je vous dirai maintenant quelques mots sur certaines prédispositions locales qui font que dans notre enquête nous ayons trouvé chez beaucoup de sujets le goitre situé exclusivement à l'isthme, ou prédominant au lobe droit, fait dont nous ne connaissons pas la raison. Je rappellerai seulement l'asymétrie de l'irrigation sanguine et de l'innervation des deux lobes latéraux de la thyroïde.

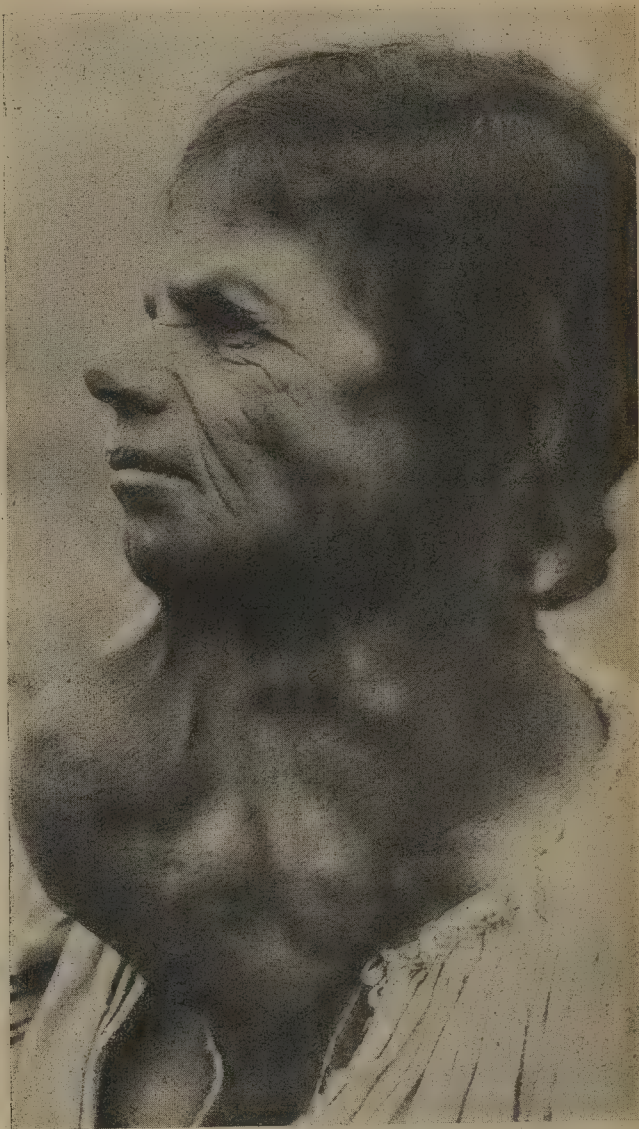
Nous rappelons encore l'exophtalmie unilatérale ou inégale des Basedowiens que nous expliquons par les lésions sympathiques latentes et asymétriques.

Telles sont les quelques données que j'ai pu vous donner et qui résultent des recherches faites en Roumanie. Mais je ne voudrais pas que vous restiez sous l'impression que le paysan roumain se présente toujours tel que vous le démontrent ces photographies. La grande majorité ont une tout autre constitution à tous les points de vue.

Et ces régions endémiques ne se trouvent qu'au bas des montagnes et seulement là où la population est pauvre. D'ailleurs dans beaucoup de ces régions d'où proviennent les photographies, nous n'avons encore aucune responsabilité car elles ne sont attachées à la Roumanie que depuis 15 ans, alors que les mesures de prophylaxie doivent s'étendre sur au moins deux générations pour montrer leurs effets.

Et, dans le vieux Royaume, partout où les conditions de vie du paysan se sont améliorées, le goitre a beaucoup diminué.

Je vous dirai encore que dans les régions goitreuses mêmes, le pays possède d'immenses ressources, qui



Goitre et demi-crétinisme

bien mises en valeur peuvent changer toute la situation. Ces montagnes de l'Ouest, très endémiques, où



Goitre et idiotie thyroïdienne

la population est très pauvre, contiennent d'énormes minerais d'or et d'argent. Comme l'a démontré d'une



manière si savante et documentée M. Jérôme Carcopino, ce sont ces montagnes qui ont fourni cet énorme trésor des rois Daces que Trajan a rapporté à Rome après les guerres daciques et qui lui a permis, tout en diminuant les impôts, d'exécuter ses grands travaux et de préparer de nouvelles guerres ; qui a donné comme le dit l'auteur ce « regain de prospérité et de grandeur que Trajan a procuré aux Romains ».

Il faut que ces mines d'or qui ont servi à Trajan pour les travaux de dessèchement des Marais Pontins, servent maintenant à l'assainissement de la contrée qui le produit.

Là où l'industrie n'est pas assez développée comme dans les montagnes de l'Ouest, la situation économique de ces régions est très explicable. L'altitude de 400-500 mètres des régions de goitre se prête mal à la culture des céréales, qui est l'occupation habituelle du paysan roumain. Il faut y développer la *pomiculture*, la *culture du bétail*, l'*industrie forestière et minière*.

Il faut tracer des *routes*, ce qui non seulement donnera du travail aux paysans et favorisera le débouché de leurs produits, mais encore facilitera l'émigration.

Il faut intensifier la *colonisation* de cette population très prolifique dans des régions comme la Dobroudja où la population est plus rare et la terre est très fertile.

Il faut, par une bonne *réorganisation scolaire*, éviter la création d'écoles dans les contrées endémiques et développer les internats dans des régions qui ne le sont pas, ce qui nous permettra de soustraire les enfants à l'agent goitrigène, à l'âge de la puberté qui est le plus dangereux.

Il faut creuser là où l'endémie coïncide avec une *eau de boisson superficielle*, des puits profonds qui, dans tous les cas, leur fourniront une eau plus hygiénique.

Il faut enfin user beaucoup plus largement qu'on ne le fait dans d'autres pays de la *prophylaxie iodée*. Notre programme comprend à ce point de vue trois opérations :

— Sel iodé contenant au moins 20 fois plus d'iode que le sel classique, à toute la population, distribué par le monopole de l'Etat ;

— Administration 2 fois par an, par période de 15 jours, d'une goutte de Lugol par année d'âge à tous les écoliers ;

— Administration de petites quantités d'iode quelques jours par mois pendant la grossesse.

Vous voyez, Messieurs, que si parmi ces moyens il y en a qui demandent de gros capitaux et un travail de très longue haleine, il y en a d'autres, faciles à appliquer et en même temps très efficaces, qui, j'en suis sûr, pourront beaucoup améliorer la situation actuelle.

**Manuel de coprologie clinique**, par R. GOIFFON. Troisième édition revue. 1 vol. de 274 pages, avec 42 figures et 3 planches. — Prix : 28 fr. — Paris, Masson et Cie.

**Les nourrissons débiles et prématurés, étude diététique**, par L. RIBADEAU-DUMAS et Marie LATASTE. Un volume de 106 pages avec 10 figures. — Prix : 16 fr. — Paris, Masson et Cie.

## SOCIÉTÉS SAVANTES

### ACADEMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 2 DÉCEMBRE 1935)

**Renouvellement du Bureau.** — M. Emmanuel LECLAINCHÉ est élu vice-président pour l'année 1936.

**Election.** — M. Charles Pérez est élu membre de la Section d'Anatomie et Zoologie, en remplacement de M. Louis Joubin, décédé.

**Sur la fixation et l'échange des cations chez les êtres vivants. Caractère de généralité des lois d'échange des bases.** — M. Jean LAVOLLAY.

**Comparaison de l'action acétonémiant de quelques lipides alimentaires et de l'huile de ricin.** — MM. Raoul LECOCQ et René CAREL.

### SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 13 NOVEMBRE 1935)

**A propos des scarlatines chirurgicales.** — M. MENEGAUX apporte aux débats un cas personnel.

**Torsion des annexes.** — M. Picor rapporte une observation intéressante de M. Nini (Tripoli). A trois ans d'intervalle, une jeune fille présente successivement une torsion de l'ovaire droit, qui est enlevé, puis une torsion de la trompe du même côté.

**A propos des orchites subaiguës de l'enfance.** — M. Mouchet rapporte une observation de M. Salmon (Marseille). Il s'agit d'un enfant de cinq ans chez qui on pense à une torsion de l'hydride de Morgagni ; en réalité on se trouve en présence d'un sac de hernie inguinale oblitéré à sa partie moyenne et tordu. Il s'agit là d'une observation exceptionnelle, bien qu'un cas analogue ait été observé par Ombrédanne.

M. Mouchet conclut à la nécessité de l'intervention systématique en présence d'un syndrome d'orchite aiguë ou subaiguë chez l'enfant, et montre la relative fréquence des faits de cet ordre.

M. SORREL insiste également sur cette fréquence.

**Ostéosynthèse et fracture de l'avant-bras.** — M. Grégoire, analysant un travail de M. J. Vuillème, montre que les résultats sont assez comparables à ceux du traitement orthopédique et insiste sur les deux indications primordiales de l'ostéosynthèse : décalage des fragments et comblement de l'espace interosseux.

**Electro-chirurgie et cancer rectal.** — M. GERNEZ montre les bienfaits de l'électro-chirurgie dans le traitement des cancers recto-périnéaux à la limite ou au delà de l'opérabilité. Il a pu par ce moyen supprimer la douleur et accorder à ses opérés des mois ou même des années d'une survie très supportable. Il projette un très beau film et donne les résultats éloignés de ses opérés.

M. L. BAZY souligne l'importance des résultats obtenus.

M. HEITZ-BOYER insiste sur l'intérêt du bistouri électrique.

MM. MOURE, ROUHIER, GRÉGOIRE apportent à M. Gernez leurs félicitations pour l'œuvre entreprise et pour les résultats obtenus.



**Forme occlusive de l'appendicite aiguë.** — M. OCKINGZYC communique en détail quatre observations qu'il lui a été donné d'observer et dont trois se sont malheureusement terminées par la mort. Il montre la multiplicité des causes de l'occlusion et insiste tout spécialement sur le rôle de la phlébite et de la pyléphlébite. Il pose la question de l'entérostomie et montre la gravité effroyable de cette forme d'appendicite.

**Technique personnelle et nouvelle instrumentation pour l'enchevêtrement du col du fémur.** — M. MATHIEU analyse un travail de MM. José Valis et E. Lagomarsino. Ces auteurs utilisent une incision presque transversale, analogue à celle de Vidal de Cassis, réduisent, puis à l'aide d'un compas spécial mettent en place un clou à deux lames assez analogue à celui de Lambotte. Des radiographies très démonstratives accompagnent ce travail.

M. Mathieu discute de l'utilité de l'arthrotomie et des divers modèles de compas actuellement proposés ; il insiste sur la nécessité impérieuse des vérifications radiologiques.

M. ALGLAVE estime que deux vis sont nécessaires à la coaptation et doivent être placées au niveau des corticales antérieure et postérieure du col.

M. BROCC montre que les idées de MM. Valis et Lagomarsino ne sont pas totalement originales.

M. ROUHIER estime que le clou de Smith-Petersen n'est pas en excellente place sur les radiographies projetées.

(SÉANCE DU 20 NOVEMBRE 1935)

**Ostéosynthèse des fractures du col du fémur.** — M. ALGLAVE préfère de beaucoup l'ostéosynthèse à l'aide de deux vis respectivement placées au niveau des corticales antérieure et postérieure du col.

**Réséction arthroplastique de la hanche pour arthrite déformante.** — M. MATHIEU rapporte deux observations de MM. Ingelrans et Merle d'Aubigné, qui ont obtenu deux très beaux résultats. M. Mathieu insiste sur l'intérêt qu'il y a à prendre le fascia lata du côté opposé, et espère que l'on possédera prochainement un matériel d'interposition aponévrotique tout préparé.

**Dégénérescence sarcomateuse des fibromes.** — M. Y. BOURDE (Marseille) rapporte un cas de transformation sarcomateuse d'un fibrome apparu à la suite d'un traitement radiothérapique. L'auteur, qui a guéri sa malade par hystérectomie, insiste sur la rareté des sarcomes utérins, et sur le danger possible des traitements par agent physique.

M. L. BAZY estime que c'est poser là une très grave question, car il est bien difficile d'affirmer sur la seule clinique que l'on est en présence d'un fibro-myome vrai. Il est encore plus difficile de connaître l'action d'un traitement radiothérapique sur une tumeur dont on ne connaît pas la nature exacte. En fait, les rayons X ne constituent que le traitement aveugle des métrorragies.

# ESTOMAC | INTES

## DYSPEPSIE | ENTÉRITE

### GASTRALGIE | CHEZ L'ENFANT

### | CHEZ L'ADULTE

# VALS-SAINT-JEAN

## EAU de RÉGIME, FAIBLEMENT MINÉRALISÉE et GAZEUSE

Envoi gratuit d'Echantillons et de Notices à MM. les Docteurs sur demande adressée à :

**DIRECTION-VALS-GÉNÉRALE 53, Boul<sup>e</sup> Haussmann, Paris (9<sup>e</sup>) Téléphone 227-76**

**ANÉMIE PALUDEENNE.** — Source Dominique  
VALS-LES-BAINS. — Saison du 1<sup>er</sup> juin au 1<sup>er</sup> octobre.

# CURE DE

# DIURESE

# EVIAN

## SOURCE

# CACHAT

## VOIES URINAIRES, FOIE

## GOUTTE GRAVELLE

## ARTÉRIO-SCLÉROSE

**Tout Déprimé**  
» **Surmené**

**Tout Cérébral**  
» **Intellectuel**

**Tout Convalescent**  
» **Neurasthénique**




PRIMUM NON NOCERE

## NEVROSTHENINE FREYSSINGE

est justiciable de la :

**6, Rue Abel PARIS (12<sup>e</sup>)**

Gouttes de glycérophosphates alcalins (0.40 par XX gouttes).  
XV à XX gouttes à chaque repas. - *Ni sucre, ni alcool.*



### USAGE ENFANTS

### DES DOCTEURS

SUC D'ORANGE MANNITE

INOFFENSIF - DÉLIQUEUX

## NÉO-LAXATIF

## CHAPOTOT

Echant. : 56, Boul<sup>e</sup> Ornano PARIS

INFECTIONS  
CHRONIQUES

# IODASEPTINE CORTIAL

7, r. de l'Armorique  
PARIS (XV<sup>e</sup>)



**L'hyperazotémie élément possible de pronostic opératoire favorable.** — MM. Pierre DUVAL et J.-C. ROUX montrent que, chez un sujet à rein sain, l'hyperazotémie traduit la transformation des polypeptides post-opératoires et témoigne de la qualité de la défense hépatique et du sur-travail fourni par cet organe. Tout ceci à la condition que les polypeptides sanguins baissent parallèlement ou se maintiennent à un taux très bas.

M. PICOT approuve M. Pierre Duval.

M. OUDARD a observé un cas qui illustre ce que vient de dire M. Duval.

M. CHEVASSU est entièrement d'accord avec M. Duval, mais juge que le titre de la communication risque de paraître trop optimiste : il existe quand même des azotémies post-opératoires graves.

**A propos des échecs de l'ostéosynthèse.** — M. FREDET juge que, s'il n'est plus permis d'utiliser de métal nuisible, il n'en faut pas moins respecter les règles impératives de toute ostéosynthèse, à savoir : asepsie et réduction rigoureuse, maintien mécanique parfait. Montrant les inconvénients du cerclage, il estime utile d'enlever précocement tout matériel de prothèse, plaques ou cercles.

M. PICOT agit toujours ainsi et s'en félicite.

M. SORREL est très sobre d'ostéosynthèse.

M. MATHIEU également : pour lui, la lame de Putti Parham doit être formellement proscrite de toute ostéosynthèse. Il estime en outre que la simple réduction à ciel ouvert peut entraîner un retard de consolidation.

M. ROUHIER n'est pas partisan du cerclage.

(SÉANCE DU 27 NOVEMBRE 1935.)

**Torsion du testicule et de ses annexes.** — M. SORREL en a observé 22 cas, dont 6 concernent des torsions des annexes et ont donné d'excellents résultats. Quant aux onze cas de torsion du testicule revus à longue échéance, ils concernent une castration et dix détorsions avec cinq bons résultats seulement et cinq atrophies secondaires. Les résultats sont donc loin d'être favorables dans l'ensemble.

**Absence congénitale du tibia.** — M. MADIÉ en a observé un cas. Du côté gauche il existe seulement l'extrémité supérieure du tibia, et l'auteur solidarise le péroné normal avec cette épiphyse ; du côté opposé, il n'y a aucune trace de tibia et l'extrémité inférieure du fémur est bifide. M. Madié résectionne une moitié de l'extrémité inférieure du fémur. Des deux côtés, implantation péronéo-as-tragalienne.

**Résultats éloignés des fractures du calcanéum.** — M. AUVRAY apporte une statistique de 32 fractures du calcanéum par écrasement, examinées par lui en expertises.

25 de ces fractures ont été traitées par le repos, avec massages, bains de pied, etc... ; 7 ont été opérées.

De l'analyse de ces faits, il conclut :

1° Que dans le petit nombre des cas traités par l'opération, la durée des incapacités temporaires a toujours été plus prolongée que pour les fractures non opérées ; il n'y a pas dans les cas opérés une seule invalidité temporaire inférieure à six mois, tandis que dans les fractures non opérées, sur 23 cas, quinze fois l'invalidité temporaire était inférieure à six mois ; les invalidités plus prolongées étaient le fait d'autres lésions concomitantes.

2° Le taux des incapacités permanentes a été nettement supérieur dans les fractures opérées au taux d'invalidité permanente attribué aux fractures non opérées.

Dans les fractures opérées, le taux d'invalidité permanente a oscillé entre 18 p. 100 et 50 p. 100. Dans les 25 fractures non opérées, 17 fois le taux d'invalidité a oscillé entre 8 p. 100 et 15 p. 100.

Ces chiffres ne sont pas favorables à la méthode sanglante, mais celle-ci en est à ses débuts et on ne saurait porter sur sa valeur un jugement définitif. Toutefois, on voit que la méthode de traitement la plus simple jusqu'ici employée n'a pas donné de trop mauvais résultats, et ceux-ci pourraient sans doute être encore améliorés par l'emploi d'un traitement orthopédique plus actif, moins agressif que la méthode sanglante.

M. MATHIEU estime qu'il est impossible de se faire une opinion sur des statistiques d'experts et qu'il faut étudier les résultats obtenus par un seul chirurgien traitant les fractures du calcanéum sans parti pris.

M. LENORMANT juge que l'intervention bien faite et bien choisie doit améliorer le pronostic.

**Tétanos aigu guéri par la sérothérapie intensive.** — M. HARDOUIN (Rennes) a observé un cas de tétanos grave chez une femme enceinte ; utilisant 62 ampoules de sérum en 12 jours, il a pu guérir sa malade sans avortement.

M. MONDOR rappelle le danger des très fortes doses de sérum et signale l'importance de l'hyperazotémie dans le tétanos post-abortif.

M. BAZY rappelle que les médecins préconisent actuellement dans la diphtérie l'usage d'une dose unique et très forte.

**A propos des pseudarthroses.** — M. MADIÉ signale deux échecs de cerclage par lame de Parham.

M. FREDET résume les indications d'opérer les fractures, estime que le cerclage conserve quelques indications.

**Contusion isolée du pancréas opérée et guérie.** — M. BROCC rapporte cette observation de M. Varangot. Aux cas déjà groupés il ajoute 24 nouvelles observations avec trois morts. La cysto-stéato-nécrose est signalée dans la moitié des cas, donc beaucoup plus souvent qu'il n'est classique. Lorsqu'elle ne se produit pas, il est vraisemblable que le traumatisme est survenu en période de repos glandulaire.

Parmi les symptômes secondaires et les séquelles, les auteurs insistent sur l'amyasurie et l'hyperglycémie ; leur importance est considérable, car l'hyperglycémie pose la question des diabètes traumatiques.

## ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

### THESES

Mardi 17 décembre. — Jury : MM. Balthazard, président ; Carnot, Hazard, Piédelièvre. — M. SIMON. Intoxications par quelques anti helminthiques. — Mlle KLEIN. Etude médico-légale de la démence précoce. — M. BAROCK. Vaccination intra-dermique, antistaphylococcique, dans le zona.

Mercredi 18 décembre. — Jury : MM. Tanon, président ; Alajouanine, Joannon, Turpin. — M. GRIMBERG. Hygiène de l'industrie de la paraffine. — M. GUILLAUME. Les névrites pneumoniques. — M. IMAMI. Le corps médical en face du péril aéro-chimique. — Mme MOULIN. Le dépistage des lésions bucco-dentaires dans les milieux scolaires. — M. PROSSER. Etude de l'ostéome de l'orbite. — M. THÉODOROFF. Etude de la fièvre scarlatine en Bulgarie. — M. STORCK. L'hormonothérapie ovarienne dans l'hémophilie familiale. — Mme DE PALMA. Surveillance médicale dans les crèches.



## THÉRAPEUTIQUE IODORGANIQUE &amp; RADIODIAGNOSTIC

**LIPIODOL**  
**LAFAY**

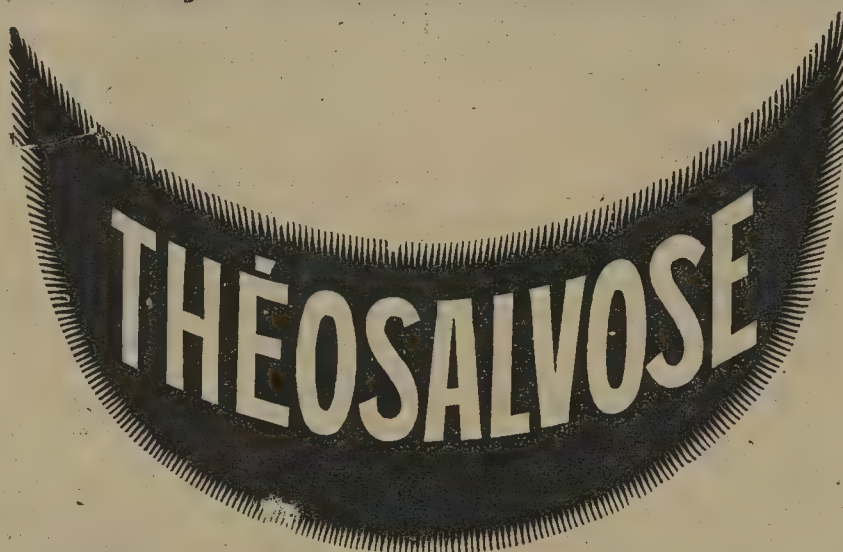
Huile iodée à 40 %.

**Pour combattre**Asthme  
Artériosclérose  
Lymphatisme  
Rhumatisme  
Algies diverses  
Sciatique  
Syphilis**Pour Explorer**Système Nerveux  
Voies respiratoires  
Utérus et trompes  
Voies urinaires  
Sinus nasaux  
Voies lacrymales  
Abscesses et fistules

Ampoules, Capsules, Emulsion, Comprimés

A. GUERBET & C<sup>o</sup>, Pharmacien, 22, Rue du Landy — S<sup>t</sup>-OUEEN, près Paris.

VÉMET-JEP-CARRÉ

**DIURETIQUE** { D'UN POUVOIR REMARQUABLE  
D'UNE FIDÉLITÉ CONSTANTE**Pure**  
**Digitalique**  
**Strophantique**  
**Sparléinée**  
**Scillitique**  
**Barbifurique**Phosphatée  
Lithinée  
CaféinéeNe se délivrent  
qu'en cachets

Cachets dosés

0 gramme 15

et à

0 gramme 50

de Théosalvose

DOSE MOYENNE :

à 2 grammes

par jour.

**THÉOBROMINE FRANÇAISE** garantie chimiquement pureArtériosclérose — Affections cardiaques et rénales — Albuminuries — Intoxications  
Urémie — Urémie — Goutte — Rhumatismes — Hydrophlie — Maladies infectieuses

Laboratoires André GUILLAUMIN

PARIS — 13, rue du Cherche-Midi, 13 — PARIS

R. G., 2.10. Seine.

LABORATOIRES R. HUERRE, Docteur ès Sciences, Pharmacien, 12, Boulevard Bonne-Nouvelle. — PARIS

**Traitement de la Séborrhée**

ET SURTOUT DE L'ALOPÉCIE SEBORRHÉIQUE (chute des cheveux banale) CHEZ L'HOMME ET CHEZ LA FEMME

PAR LE

**CHLOROSULFOL VIGIER**

ET PAR LES

**SAVONS VIGIER**

à l'Essence de Cadier et à l'Essence de Cèdre

ÉCHANTILLONS ET LITTÉRATURE SUR DEMANDE

*Jeudi 19 décembre.* — Jury : MM. Bezançon, président ; Lemaître, Nobécourt, Halphen. — M. MITOFF. La pycloné-  
phrite du nourrisson. — M. FALK. Etude du pneumothorax  
spontané dans la première enfance. — M. PEDRAZA. Résul-  
tats éloignés du pneumothorax thérapeutique dans la tu-  
berculose pulmonaire de l'enfance. — M. NOBOA-REGIO.  
Etudes des kystes amygdaloïdes.

*Jeudi 19 décembre.* (Thèses vétérinaires.) — Jury : MM.  
Tanon, président ; Letard, Simonnet, Panisset, Vergé. —  
M. GAPAIS. L'ajonc. — M. MALÉKZADEH. La morve et sa  
prophylaxie dans l'armée iranienne.

*Vendredi 20 décembre.* — MM. Gosset, président ; Co-  
quot, Lesbouyries. — M. ARNOUX. Quelques laparotomies  
chez les carnivores.

*Mercredi 8 janvier.* — Jury : MM. Loeper, président ; Ma-  
thieu, Lemaire, Turpin. — M. BERNARD. Emploi de l'ami-  
dopyrine lactique dans le traitement de la typhoïde. — M.  
DE SORIA. Phonomécano-cardiographie.

*Samedi 11 janvier.* — Jury : MM. Claude, président ; Le-  
reboullet, Tanon, Maurice Villaret. — M. BABMOFF. Les ri-  
zières en Bulgarie comme foyer d'impaludation. — M. CAR-  
NIOL. Etude du cancer primitif des voies biliaires intra-hépa-  
tiques.

## INFORMATIONS

(SUITE)

Rabbany, Radjai, Rahmani, Rasamoely, Rascol, Rathery,  
Ray, Razavi, Réant, Regnard, Renard, Renault, Ressnick,  
Reulos, Reverdiau, Rivière, Mlles Robert (Jacqueline), Ro-  
bert (Madeleine), de Robert, MM. Robert (Jean-Marie-Char-  
lès), Robert (Jean-Marie-Joseph), Roblin, Roby, Rodiet, Ro-  
gery, Mlle Roissard de Bellet, M. Romachoff, Mlles  
Rosenberg (Arlette), Rosenberg (Bela), M. Rosenberg,  
Mlle Rosenfeld, M. Rosenfeld, Mlles Rosenkovitch, Ro-  
senstock, MM. Rosey, Rouault de la Vigne, Rouchon,  
Rouff, Roulin, Roullet de la Bouillerie, Rousseau (Jean),  
Rousseaux (Michel), Rousselin, Rousset, Mlle Rousset,  
M. Routier, Mlle Rouvier, MM. Roux (Jean), Roux  
(Michel), Rouxel, Mme Roy, MM. Roy, Rozenblum,  
Rozenweig, Russak,

Sablon, Sachs, Saint-Hillier, Salmen, Mlle Salzberg, MM.  
Samama (Jules), Samama (Maurice), Mlle Samuel, MM. San-  
tolini, Sapet, Sapir, Sarfati (Abraham), Sarfati (Ernest),  
Sato, Sauzède, Savelli, Savouret, Scepat, Schapiro, Mlles  
Schauving, Schechtman, MM. Schleifstein, Schlesinger,  
Schmidt, Schneider (Jean), Schneider (Maurice), Schonberg,  
Schuster, Mlle Schweisguth, MM. Schlafer, Sébag (Aaron),  
Sébag (Abraham-Albert), Sebban, Sebillotte, Sée, Séguéla,  
Seibel (Beno), Seibel (Henri), Seidengart, Mlle Seilinger,  
MM. Seillier, Seimbille, Sénéchal, Mlle Sérès, MM. Sevaux,  
Sfar, Mlle Sicard, M. Sicard (Jacques), Mlle Sieff, MM. Si-  
mon (André), Simon (Georges), Sinaud, Sissmann, Sitruk,  
Snégaroff, Mlle Sokolski, M. Soula, Mlle Spach, MM. Staër-  
man, Staub, Stépanoff, Suttel, Szpidbaum, Szryro,

Taieb, Talbot, Tallet, Talpin, Tardif, Thévenin Mlle Thi-  
bault de Chanvalon, Thibier, Thiebot, Mlle Thouënon, MM.  
Tillet, Tola, Torras, Tostivint, Toupet, Touret, Traubaud,  
Tran-Huu-Tuoc, Freil, Trémel, Mme Triboulet, MM. Tri-  
card, Triki, Trompeter, Tronc, Tronquet, Tsévrenis, Tu-  
biana, Tuloup, Turette,

Mme Ulveling,

MM. Vachlas, Valadou, Valentin, Vallat, Mlle Vanhulle,  
Van Quathem, Vaquier, Mlles Vaysse, Veise, M. Vellicus,  
Mlle Véloppé, MM. Venator, Verbizier (de), Verdier, Mlles  
Verron, Vésigot-Wahl, MM. Vézard, Viard, Vieillefosse, Vi-  
gneau, Vigneroh, Villain, Villeneuve, Vincent, Vion, Vos-

soughi, Mlles Vouloffitch, Vuillet, MM. Vuong-Quang-  
Truong,

Wapler, Warcollier, Warmé, Waxin, Weber, Weill, Mlle  
Weinberg, MM. Weintraub, Weiss, Weiszberg, Wenner,  
Werquin, Woimant, Mlles Wollman, Woog, MM. Worm,  
Xanbeu,  
Yaïch, Younès,  
Zaphiropoulos, Zarrabi, Zimmerlich, Zirah, Zingerman,  
Zwahlen.

**FACULTÉS DE MÉDECINE. — BORDEAUX. — Année scolaire  
1934-1935. — Prix biennal Badal. — M. le docteur Cor-  
celle.**

*Prix Godard de 2.000 fr.* — Section chirurgie et accou-  
chements : non décerné ; section anatomie et physiologie :  
non décerné ; section médecine : M. le docteur Lévy.

*Prix Godard des thèses.* — 1<sup>er</sup> prix, médaille d'or : M. le  
docteur Jullien-Viéroz ; — 2<sup>e</sup> prix, médaille de vermeil :  
M. le docteur Corcelle ; — 3<sup>e</sup> prix, médaille d'argent : MM.  
les docteurs Bertrand, Laumonier, Moreau ; — 4<sup>e</sup> prix, mé-  
daille de bronze : MM. les docteurs Beaumont, Ellie, Dezest,  
Bouthillier.

*Prix de médecine coloniale.* — Médaille d'argent : MM. les  
docteurs Mandoul, Pezechgui.

*Prix des thèses de pharmacie.* — Grade d'Etat (pharma-  
cien supérieur), médaille de vermeil, M. Chapheau ; — Doc-  
torat d'Université (mention pharmacie), médaille d'argent,  
M. Kergounou ; médaille de bronze, M<sup>me</sup> Carrère, MM. Cou-  
raud, Devèze, M<sup>lle</sup> Graupeaud.

**CONFÉDÉRATION DES SYNDICATS MÉDICAUX.** — Au cours  
de son assemblée générale présidée pour la dernière fois par  
le docteur Dibos arrivé au terme de son mandat de cinq ans,  
le bureau du Conseil de la Confédération a été ainsi renou-  
velé :

Président, M. Joseph Chalier (Lyon) ; premier vice-prési-  
dent, M. Gaussel (Montpellier) ; deuxième vice-président,  
M. Giry (Meurthe-et-Moselle) ; secrétaire général, M. Cibré  
(Seine) ; secrétaire adjoint, M. Hilaire ; trésorier général,  
M. Caillaud ; trésorier suppléant, M. Albert.

**ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE.** — L'Aca-  
démie a procédé à l'élection de son bureau pour 1936. Sont  
élus : président, M. le professeur P. Nolf (Liège) ; premier  
vice-président, M. le professeur de Beule (Gand) ; deuxième  
vice-président, M. le professeur Ide (Louvain).

**PRIX DE LA SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS.** — La  
Société des chirurgiens de Paris rappelle qu'elle décerne,  
chaque année, trois prix :

- 1<sup>o</sup> Prix de chirurgie générale (prix Dartigues).
- 2<sup>o</sup> Prix de chirurgie gastro-intestinale (prix Victor-Pau-  
chet).
- 3<sup>o</sup> Prix de chirurgie urinaire (prix Paul Delbet).

Les travaux, originaux et inédits doivent être adressés au  
secrétaire général de la Société, docteur Charles Buizard,  
3, rue de la Trémoille, Paris (VIII<sup>e</sup>), avant le 31 décembre,  
au moins en 2 exemplaires et de préférence dactylographiés.

## RENSEIGNEMENTS

**PHARMACIEN** bien connu du Corps médical de la grande  
banlieue parisienne, spécialisé dans la visite médicale,  
cherche à s'adjoindre laboratoire sérieux. Conditions très  
raisonnables et références intéressantes. — Ecrire : M. A.  
Thiollier, 116, boulevard Raspail (VI<sup>e</sup>), qui transmettra. 505.

Le Directeur-gérant : D<sup>r</sup> François LE SOURD.



Dans les **SEPTICÉMIES**  
un résultat **CERTAIN**

# PRONTOSIL

en injections intraveineuses

Chimiothérapie des affections

à strepto et staphylocoques

Littérature et Echantillons

**Edmond RIGAL & C<sup>o</sup>**



**26, rue Vauquelin, 26**

~~~~~ **PARIS-V<sup>e</sup>** ~~~~~

# PHYTOSPLENOL

Reconstituant - Tonique  
Hémopoïétique - Anti-Toxique

*Granulés  
ou Dragées*

**J. PLÉ DOCTEUR EN PHARMACIE - 111<sup>BIS</sup> rue de Turenne - PARIS - 3<sup>e</sup>**

## LE VALÉRIANATE DE PIERLOT est NEUROTROPE

*Il se fixe de préférence sur la surface extérieure de la Cellule Nerveuse.*

**Il reste toujours et malgré tout**  
l'unique préparation efficace et inoffensive pour le cerveau et le cœur,  
résumant tous les principes *sédatifs et névrosthéniques* de la  
**VALÉRIANE officinale.**

**H. RIVIER, Ph<sup>ien</sup>, Succ<sup>r</sup> de LANCELOT & C<sup>ie</sup>, 26 et 28, Rue Saint-Claude --- PARIS**



# FARINES MALTÉES JAMMET

de la Société d'Alimentation diététique

## RÉGIME DES MALADES, CONVALESCENTS, VIEILLARDS

Farines très légères

**RIZINE**

Crème de riz maltée

**ARISTOSE**

à base de farine maltée de blé et d'avoine

**CÉRÉMALTINE**

(Arrow-root, orge, blé, mais)

Farines légères

**ORGÉOSE**

Crème d'orge maltée

**GRAMENOSE**

(Avoine, blé, orge, mais)

**BLÉOSE**

Blé préparé et malté

Farines plus substantielles

**AVENOSE**

Farine d'avoine maltée

**CASTANOSE**

à base de farine de châtaignes maltée

**LENTILOSE**

Farine de lentilles maltée

*Alimentation  
des Enfants*

**CACAOS, MALTS, SEMOULES, CÉRÉALES** spécialement préparées pour **DÉCOCTIONS**

Usine et Laboratoires à LEVALLOIS-PERRET. — Brochure et Échantillons sur demande.



**ETABLISSEMENTS JAMMET** Rue de Miromesnil 47 Paris

## PARFAIT SÉDATIF DE TOUTES LES **TOUX**

ADULTES ET ENFANTS  
DE TOUT AGE

# GOUTTES NICAN

## GRIPPE

### TOUX DES TUBERCULEUX

### COQUELUCHE

ÉCHANTILLONS & LITTÉRATURES, Laboratoires CANTIN A PALAISEAU S.O. FRANCE

# GLYCÉROPHOSPHATE ROBIN

Granulé - Comprimés - Injectable

**RACHITISME - FAIBLESSE DES OS - CROISSANCE CHEZ LES ENFANTS**  
**ALLAITEMENT - GROSSESSE - SURMENAGE INTELLECTUEL, ETC.**

**LABORATOIRES ROBIN, 13. Rue de Poissy PARIS**



*La Lancette Française*

# GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6°. Tél. : Danton 48-31.

PUBLICITE : M. A. THIOILLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6°) - Téléph. : Littré 54-93.

## PRIX DE L'ABONNEMENT

## FRANCE

3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.

*Etudiants* : 25 francs par an.

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

## ETRANGER

Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.

Tous les autres pays : 75 francs.

## SOMMAIRE

## TRAVAUX ORIGINAUX

*La migraine. Etude clinique*, par M. G. CAUSSADE, médecin honoraire des hôpitaux.

## MÉDECINE PRATIQUE

*Le pour et le contre sur le BCG.*

## SOCIÉTÉS SAVANTES

*Académie de médecine. — Société de biologie.*

## NÉCROLOGIE

*Charles Walther.*

## FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON

## FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG

*Thèses soutenues pendant l'année 1934-1935.*

## PRATIQUE MÉDICALE

## NOTES POUR L'INTERNAT

*Hématuries d'origine rénale.*

## INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — MUTATIONS. — *Médecins.* — A Lariboisière, en remplacement de M. Garnier (limite d'âge), M. Gauthier, de l'hôpital Laennec; — A Laennec, M. Léchelle, de l'hôpital Tenon; — A Tenon, M. de Gennes, de la Maison municipale de santé.

*Chirurgiens.* — A Boucicaut, en remplacement de M. Labey (limite d'âge), M. Okinczyc, de Beaujon-Clichy; — A Beaujon-Clichy, M. Rouhier, de l'hôpital Necker-Enfants-Malades; — A Necker-Enfants-Malades, M. Brocq, de la Maison municipale de santé.

*Services temporaires.* — A Beaujon-Paris, M. Madier; — A la Maison municipale de santé, M. Girode.

*Accoucheurs.* — A Saint-Louis, en remplacement de M. Cathala (limite d'âge), M. Lemeland, de Tenon; — A Tenon, M. Cleisz, de la Maternité (service fermé).

— CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Oral.* — Le jury est provisoirement composé de MM. Ribadeau-Dumas, Pollet, Tinel, Vincent, de Brun du Bois-Noir, Desmarests, Auvray, Leibovici, Soupault, Cathala (Victor).

Les inscriptions pour les épreuves orales seront reçues du 6 au 15 janvier 1936, de 14 à 17 h.

Première séance de l'épreuve orale : lundi 20 janvier 1936, à 16 h. 30, à la salle des concours de l'administration, 49, rue des Saints-Pères.

— PRIX CIVIALE. — Un concours est ouvert en 1936, entre les internes en médecine et externes en premier, pour l'attribution du prix fondé par feu le docteur Civiale au profit de l'élève qui aura présenté le travail jugé le meilleur sur les maladies des voies urinaires. Ce prix aura une valeur de 1.000 fr.

Ce travail devra être déposé à l'administration centrale (bureau du Service de santé), le 15 janvier 1936, au plus tard.

MM. les internes sont informés que les mémoires destinés à être présentés pour le concours des prix de l'internat (médaillon d'or) ne pourront pas être admis pour le prix Civiale.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — PARIS. — Il est rappelé à MM. les étudiants que la 2<sup>e</sup> inscription de l'année scolaire doit être prise en même temps que la consignation pour l'examen de fin d'année, du 3 au 18 janvier 1936.

— Election au conseil de discipline du 21 décembre. — Liste d'union corporative, 582 voix, élue; liste d'union fédérale des étudiants, 175 voix.

LÉGION D'HONNEUR. — GUERRE. (Active.) — *Est élevé à la dignité de grand officier.* — M. le médecin général inspecteur Rouvillois, président du Comité consultatif de santé.

Sont nommés :

*Au grade de commandeur.* — M. le médecin général inspecteur Baron et M. le médecin général Jude.

SANTÉ PUBLIQUE. — M. le docteur Coutela, médecin ophtalmologiste des hôpitaux de Paris, a été nommé conseiller technique sanitaire non rétribué au ministère de la Santé publique.

ÉCOLE D'APPLICATION DU SERVICE DE SANTÉ DES TROUPES COLONIALES. — Liste de classement de sortie, par ordre

Laboratoire Mialhe — 8 Rue Favart — Paris — 2°

La feuille de digitale se prescrit :

## Digi-LANATINE

Extrait total des glycosides  
du Digitalis lanata

de mérite, des médecins et pharmaciens lieutenants élèves en 1935 :

**Médecins :** MM. Le Blouch, Laquintinie, Roncin, Aléonard, Faure, Abadie, Cros, Baroux, Mauric, Chabeuf, Sénéchal, Casile, Le Flem, Dohér, Jullien Viero, Thenoz, Courdurier, Lasserre, Lauret, Thomas, Latouche, Doumax, Jezequel, Brun, Mendousse, Le Goff, Hervé, Castera, Aballéa, Barnay, Plumaizille, Buttin, Monin, Berte, Pellissier, Lacombe, Coy, Lathoumelle, Le Bras, Jotivé, Gillot, Bonnefoi, Ezel, Bouthillier, Caro, Hodoyer, Barrau, Marilleau, Dosser, Epergue, Méar, Dubroca, Conry, Silverie, Carrère, Rec, Orsini, Couzi, Pinson, Richard, Riou (René), Castella, Valette, Kervran, Cabibel, Forces, Moret, Caillet, Quere, Barada, Taburet, Lacrampe, Prévot, Campestre, de Lajudie, Foucard, Clément, Hervé, Ducelier, Causse, Camborde, Amphoux, Le Hecho, Le Pivert, Jourdan, Soubde, Dare, Mille, Chirle, Maillot, Audemard, Astesiano, Perrin, Mingasson, Bagarry, Soyer, Riou (Noël), Mondon, Lavaud.

**Pharmaciens :** MM. Tanguy, Pille, Le Floch, Primot, Duval.

**ACADÉMIE DE CHIRURGIE.** — A la suite du changement de nom de la Société nationale de chirurgie, les *Bulletins et mémoires de la Société nationale de chirurgie* cessent de paraître sous ce nom.

Depuis le 14 décembre ils sont remplacés par les *Mémoires de l'Académie de chirurgie*.

Ainsi se perpétuera la grande tradition que retraçait récemment la *Gazette des hôpitaux* (n° 99, 11 déc. 1935.)

**ACADÉMIE ROUMAINE DE MÉDECINE.** — L'Académie de médecine nouvellement constituée à Bucarest a nommé membres honoraires étrangers : MM. les professeurs Achard, J.-L. Faure, Hartmann, Roussy, Sergent et Vaquez.

**MÉDAILLE DU DOCTEUR F. JAYLE.** — Les amis, collègues et élèves du docteur F. Jayle, désireux de rendre hommage à sa grande activité scientifique en même temps qu'à son dévouement aux œuvres de défense ou de solidarité professionnelles, ont décidé de lui offrir une médaille dont l'exécution a été confiée au sculpteur de Hérain.

Une souscription a été ouverte à cet effet. Un exemplaire de la médaille sera envoyé à tout souscripteur d'une somme de minimum de 100 fr.

Prière d'envoyer les souscriptions par chèque, chèque postal (Paris 599), ou mandat au trésorier, M. Georges Masson, 120, boulevard Saint-Germain, Paris (VI<sup>e</sup>).

**PRIX DES ARCHIVES HOSPITALIÈRES EN 1936.** — Quatre prix de 500 fr. attribués en cours d'année aux meilleurs travaux écrits inédits présentés par un interne ou ancien interne d'hôpital libre. Travail inséré dans les *Archives hospitalières*. (Jury : Société médico-chirurgicale des hôpitaux libres.)

Trois prix de 500 fr. attribués en fin d'année à des internes d'hôpitaux libres après concours sur une consultation écrite et une consultation orale. (Jury : Société médico-chirurgicale des hôpitaux libres.)

Un prix de 1.000 fr. et un prix de 500 fr. attribués en fin d'année aux auteurs des deux meilleurs travaux accomplis ou parus dans l'année. (Jury : Société médico-chirurgicale des hôpitaux libres après désignation des admissibles par suffrage des médecins.)

**A PROPOS DES DROITS UNIVERSITAIRES.** — M. Maurice Mordagne, délégué permanent de l'Association corporative des étudiants en médecine et membre du Comité d'entente des associations des étudiants en médecine de Paris, rappelle que les exemptions de paiement des droits universi-

taires touchent plus de 40 p. 100 des étudiants en médecine.

En effet, peuvent être exonérés : les lauréats du concours général des lycées et collèges ; les fils de professeurs de faculté et d'université ; les fonctionnaires de l'enseignement secondaire ; les fils des familles nombreuses ; les boursiers d'Etat ; les pupilles de la nation.

Enfin, 25 p. 100 des autres étudiants peuvent obtenir exemption totale des droits universitaires.

M. Mordagne, au nom du comité d'entente, est chargé d'informer les étudiants en médecine de ces précisions pour leur prouver que les camarades peu fortunés peuvent aisément entrer dans les différentes catégories plus haut citées.

**LE BUDGET DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE A PARIS.** — M. de Fontenay, conseiller municipal, rapporteur de l'Assistance publique, vient de déposer son rapport où nous relevons les détails suivants :

En 1934, 342.277 personnes ont été hospitalisées dans les différents établissements, fournissant 13.083.215 journées.

On a créé, en 1935, 1.392 lits nouveaux qui ont réduit l'encombrement trop souvent signalé.

L'ensemble du budget de 1936 atteint 648 millions, en régression de près de 8 millions sur le précédent.

La subvention de la Ville est de 284 millions ; elle accuse une diminution de 4 millions environ par rapport à l'année dernière et de 58 millions par rapport au chiffre de 1932, le plus élevé depuis la guerre.

**ANATOMIE PATHOLOGIQUE.** — A partir de la rentrée des vacances du Jour de l'an, le professeur Roussy continuera son cours sur les Questions d'actualité anatomo-pathologique le samedi à 16 h. au lieu du mardi.

La prochaine conférence aura lieu le samedi 4 janvier 1936.

**AMPHITHÉÂTRE D'ANATOMIE.** (M. le docteur Maurice Robineau, directeur des travaux scientifiques.) — Un cours hors série d'opérations chirurgicales (chirurgie d'urgence), en onze leçons, par M. le docteur Pierre Aboulker, professeur, commencera le lundi 6 janvier 1936, à 14 h., et continuera les jours suivants, à la même heure.

Les auditeurs répéteront individuellement les opérations.

Droit d'inscription : 300 fr.

Se faire inscrire : 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (V<sup>e</sup>).

Un deuxième et même cours, en onze leçons, commencera le 21 septembre 1936.

**NÉCROLOGIE.** — Nous apprenons avec un vif regret la mort, à Paris, de notre excellent confrère, le docteur Charles Levassort, chevalier de la Légion d'honneur. On sait que Levassort a joué un rôle très actif dans nos organisations professionnelles. Il avait été, aux côtés de Brouardel, secrétaire général du Congrès pour la répression de l'exercice illégal. Il était devenu ensuite directeur de l'Office central de la répression de l'exercice illégal au Syndicat des médecins de la Seine. De 1911 à 1923, il fut secrétaire général de l'Association générale. Il était président de la Société française des Eaux minérales.

**PULVEOL**  
ANTISEPTIC DU CARREFOUR AÉRO-DIGESTIF  
POUDRE et PASTILLES  
Littérature et Échantillons : 10, Impasse Milford, Paris (18<sup>e</sup>)

**QUATAPLASME** du D<sup>r</sup> L'ANGLEBERT  
PANSEMENT COMPLET  
Phlegmasie, eczémas, brûlures, etc.

Extrait hépatique  
de Morue irradiée.

**MORUBIASSE**  
PILULES ET GRANULES

Rachitisme,  
Lymphatisme.

Toux  
Oyspnée **IODEINE MONTAGU**





*La combinaison phosphorée  
organique la plus assimilable  
est celle des réserves végétales.*

*Le phosphore organique des plantes  
à chlorophylle se trouve intégralement  
transposé dans la **PHYTINE**  
forme naturelle, assimilable, du  
—— phosphore végétal ——*

# PHYTINE

PHOSPHORE

CALCIUM

MAGNÉSIE

# FERROPHYTINE

PHOSPHORE

FER

# QUININO-PHYTINE

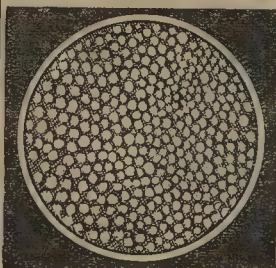
PHOSPHORE

QUININE

Ces médicaments se présentent sous forme de :

**CACHETS****GRANULÉ****COMPRIMÉS**Phytine  
FerrophytinePhytine  
FerrophytinePhytine  
Quinino-phytine

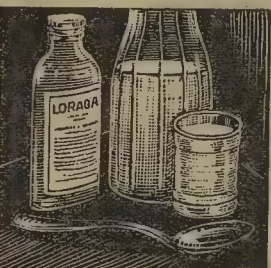
LABORATOIRES CIBA — O. ROLLAND — 109-113, BOULV. DE LA PART-DIEU, LYON



Goutte de Loraga dans laquelle on se rend compte de la ténuité et de la régularité des globules d'huile de paraffine, constituant une véritable émulsion très homogène.



Pour les malades aimant absorber leur médicament dans de l'eau : une cuillerée à soupe de Loraga dans un verre, ajouter de l'eau et boire le tout.



Pour les enfants qui répugnent, par principe, à prendre des médicaments : une ou deux cuillerées à café dans du lait.



"Une émulsion doit couler aisément", dit le bon pharmacien. Le Loraga satisfait à cette exigence sous tous les climats.



# LORAGA

Emulsion originale d'huile de paraffine et d'agar-agar avec phénolphthaléine

## Régulateur physiologique de l'intestin

S'incorpore intimement au contenu intestinal. Donne au bol fécal la consistance et la plasticité normales. Stimule doucement le péristaltisme sans provoquer de spasmes.

**INDICATIONS :** Toutes formes de constipation et à tout âge. — Paresse intestinale au cours de la grossesse et pendant la période de lactation. — Atonie intestinale des vieillards.

**TOLÉRANCE PARFAITE - AUCUNE ACTION SECONDAIRE PAS D'ACCOUTUMANCE NI DE SUINTEMENT HUILEUX**

LITTÉRATURE ET ÉCHANTILLONS SUR DEMANDE A MM. LES MÉDECINS

## LABORATOIRES SUBSTANTIA

M. GUÉROULT, Pharmacien

13, Rue Pagès

SURESNES (Seine)





## Charles WALTHER

M. Walther vient de succomber après de longs mois de souffrances. Malgré son état de santé, si gravement atteint, il trouvait le courage de venir parfois à l'Académie de médecine. C'est là que nous l'avons vu pour la dernière fois. Il conservait, sous ses traits émaciés, cette expression d'infinie bonté et d'intelligence lumineuse qui donnait tant de charme à son accueil. Et quelle simplicité était la sienne ! Il était un des plus grands maîtres de notre époque, il semblait qu'il fût le seul à l'ignorer.

C'est à Rochefort-sur-Mer que naquit Walther, en 1855. La carrière de son père, qui fut médecin inspecteur de la marine, l'entraîna d'abord à la Guadeloupe, où il passa plusieurs années.

Il revient en France et fait ses études de médecine à Paris. En 1879 il est reçu à l'internat dans une promotion qui comprenait Thibierge, Babinski, de Brun (de Beyrouth), Tuffier, Pousson, de Lapersonne... Il devient professeur en même temps que son ami Ricard. En 1888, il est chef de clinique de Trélat. Le clinicat fini, Tillaux le réclame comme assistant à l'Hôtel-Dieu. C'était une innovation, les assistants n'existant pas alors. Mais Tillaux préférait Walther à tous ses autres élèves, et Walther justifiait si bien sa confiance.

Les années passent. En 1890, Walther est chirurgien des hôpitaux ; en 1895, agrégé. Nous le retrouvons à la vieille, puis à la nouvelle Pitié, c'est là qu'il devait donner toute sa mesure. C'est là qu'une bonne partie des chirurgiens actuels des hôpitaux ont travaillé sous sa direction ; sans le vouloir, sans le chercher, Walther a formé là une école.

Entre temps, il est désigné par ses collègues pour représenter les chirurgiens des hôpitaux au conseil de surveillance, puis il est élu président de la Société de chirurgie et du Congrès de chirurgie. A la mort de M. Le Dentu, il devient le Président de l'Association française de chirurgie. En 1918, il avait été élu membre de l'Académie de médecine, il en fut le président en 1934. N'oublions pas aussi le rôle si important joué par Walther à l'Union fédérative des médecins de réserve. Là encore, nous lui devons beaucoup.

Walther était grand officier de la Légion d'honneur. Mais la croix qu'il préférait entre toutes, c'était la croix de guerre qui fut décernée au médecin principal Walther au cours de ses inspections chirurgicales sur le front.

Pendant que j'écris ces lignes, mon vieil ami Arrou est auprès de moi. Il aimait et admirait profondément Walther. Ses souvenirs émus montent en foule. Il me parle du chirurgien à la vaste intelligence et aux connaissances si étendues qui aborda avec un égal bonheur tous les chapitres de la clinique.

« La note principale de Walther, avec une souveraine bonté, était un calme inaltérable, que rien ne put jamais entamer, ni les hommes, ni les circonstances. Son examen se faisait avec calme ; son diagnostic, d'une incroyable sûreté, s'appuyait sur une argumentation serrée, qu'il préparait dans le plus grand calme de l'esprit.

« Calme aussi son action chirurgicale : tous les temps en étaient accomplis sans ombre de nervosité, quoi qu'il advînt, et, surtout, rien n'était laissé au hasard. Walther n'admettait pas la « lutte contre la montre ». Sans être lent, il finissait, il « signolait » ses interventions. Les assistants avaient l'impression que l'opéré ne pouvait faire autre chose que guérir, et le plus simplement du monde, tellement tout avait été soigné, hémostase, suture... et le reste. Les statistiques de son service étaient de nature à faire envie aux meilleurs chirurgiens du monde entier.

« La famille Walther donnait le spectacle de la plus belle union qui fut. C'était la bonté qui régnait là en souveraine. On pouvait voir, certains soirs, les petits-enfants réunis chez le grand-père, qui partageait leurs jeux...

« Peu d'êtres humains seront aussi regrettés que celui-là. »

J. A.-F. L. S.

## LIVRES NOUVEAUX

**La colibacillose. Etude clinique et thérapeutique (1),** par L. STROMINGER, docent d'Urologie à la Faculté de médecine de Bucarest, membre de l'Association française d'Urologie, et de la Société internationale d'Urologie. Préface du professeur Legueu.

Il y a quelques années, on parlait à peine de la colibacillose, et si cette maladie semble être actuellement d'une grande fréquence, c'est que nous nous trouvons en ce moment dans la période des recherches cliniques et biologiques. D'où la nécessité d'une conception nouvelle du colibacille.

Ce travail d'ensemble écrit par l'un des spécialistes qui se sont le plus intéressés à la question, réunit la plupart des faits cliniques, avec une documentation thérapeutique importante. Il décrit les localisations diverses de la colibacillose et ses manifestations. Ainsi le lecteur voit se dresser à ses yeux le tableau lumineux d'une maladie aux localisations multiples, d'allure troublante et de répercussions imprévues.

On remarquera tout particulièrement le chapitre consacré aux toxines du colibacille, à leurs répercussions sur le système nerveux et sur les troubles psychopathiques. Il convient de signaler aussi les passages consacrés à la contagion du colibacille, à sa portée sociale, à son importance dans le mariage et la grossesse, toutes questions riches d'applications pratiques.

Comme cette maladie n'intéresse pas seulement l'urologue, mais aussi le médecin, l'accoucheur, le gynécologue, le pédiatre et surtout le psychiatre, on conçoit l'intérêt que peut présenter ce livre où l'auteur présente une étude de la colibacillose sous toutes ses formes.

L. G.

**Mesure et interprétation des pressions pleurales. Application à la conduite du pneumothorax. Le collapsus optimum (2),** par le docteur J. DELANNOY.

Le principal mérite de ce travail est de nous montrer que la conduite du pneumothorax est univoque, qu'il s'agisse du pneumothorax homo, bi ou contro-latéral, et que les différences qu'on a établies entre eux ne portent pas sur le principe de la méthode.

On verra ces notions se révéler très fécondes dans l'interprétation de certaines anomalies apparentes constatées dans les pneumothorax électifs, dans le pneumothorax bilatéral, dans le pneumothorax contro-latéral.

Traitement mécanique, la collapsothérapie doit être dirigée par des recherches d'ordre mécanique.

Celles-ci ne sont pas si complexes que les médecins ne puissent s'y reconnaître, et en lisant ce travail, ils y trouveront l'exposé d'idées claires dans un langage précis.

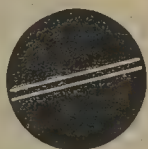
L. G.

(1) In-8 de 248 pages. — Prix : 45 fr. — Paris, Masson et C<sup>ie</sup>.

(2) Grand in-8 de 185 pages. — Prix : 25 fr. — Paris, J.-B. Bailière et fils.

# sédormid "roche"

sédatif hypnogène  
doux



comprimés: 2 à 3 par jour

Produits F. HOFFMANN-LA ROCHE & C<sup>ie</sup>  
10, Rue Crillon - PARIS

le grand médicament  
des petits insomniaques  
et des petits anxieux.

---

## Pour vous, Docteur, et pour les vôtres!..

---



Un petit déjeuner, un goûter,  
un suraliment parfait, à base  
de farines de céréales, de  
lait, de sucre et de cacao

# NESCAIO

PRÉPARÉ PAR NESTLÉ

En désirez-vous, Docteur, une boîte-échantillon ?  
NESTLÉ, 6, avenue Portalis, PARIS, se fera un plaisir  
de vous l'envoyer.



# LA MIGRAINE

## ÉTUDE CLINIQUE

Par M. G. CAUSSADE.

Il ne sera tracé ici qu'un tableau de cette affection — avec tout son cortège de misères. Il nous a semblé utile d'agir ainsi, et de rester exclusivement sur le terrain de l'observation pure pour une double raison : 1° marquer les caractères essentiels de la migraine et empêcher de considérer comme telle ce qui n'en est pas, et 2° inciter et aider les chercheurs de pathogénie et de thérapeutique à découvrir la ou les causes réelles de cette affection et des remèdes vraiment efficaces.

1° Cette maladie débute dans l'enfance, vers 7 ans ; par conséquent, elle est sans rapport absolu ni avec la prépuberté, ni avec la puberté.

2° Elle persiste pendant toute l'existence.

3° Cependant avec un maximum de violence dans l'enfance, la puberté, l'âge adulte ; si la migraine ne disparaît pas après la cinquantaine, elle s'atténue, et sa symptomatologie n'est plus que fragmentaire.

4° La migraine n'est pas une hémicranie. Tous ses troubles sont bilatéraux.

5° La migraine « céphalée » et la « migraine ophthalmique », liées l'une à l'autre, ne sont pas des manifestations qu'il faut dissocier.

6° La céphalée, bien distincte des autres céphalées, est le phénomène prédominant ; elle est périodique comme tous les autres phénomènes de la migraine — influencée mais non créée par les époques menstruelles, l'alimentation, la digestion, la constipation opiniâtre qui, sans liaison aucune avec les autres symptômes, est parfois initiale, toujours contemporaine de la céphalée et qui, souvent, persiste après la crise. La céphalée est tenace, gravative (calotte de plomb sur la tête), sensation d'écrasement, augmentée ou non suivant les individus, par la lumière ; puis, après deux ou trois jours, elle n'est plus réveillée que par la toux, un éternuement ou un mouvement quelconque, qui provoquent une sensation de coup de hache ou de marteau frappant violemment tout le crâne ou, plus spécialement, un seul côté. La céphalée, chez certains individus, est toujours précédée par des troubles oculaires.

7° Les troubles oculaires consistent tout d'abord en amaurose — ou en hémioptie (les objets ou les personnes sont nettement coupés verticalement en deux) ; puis surviennent les scotomes qui, parfois, sont des signes précurseurs de la céphalée, et qui, à un âge avancé, constituent, à eux seuls, les troubles oculaires. Dans ce cas, ils sont passagers, et ne s'accompagnent que d'une légère céphalée qui, elle, persiste plusieurs jours ; et les accès sont très irréguliers — plus ou moins espacés et jamais périodiques comme à l'âge adulte. Charcot a exactement décrit ces scotomes. Ce sont surtout des zigzags lumineux, blancs, scintillants, représentant parfaitement les dessins des fortifications à la Vauban, étalés sans ordre ou disposés en « lunes », en « demi-lunes ». La crise passée, il y a de l'anisocorie et une dilatation ou un rétrécissement de la pupille durant un ou deux jours ; pas de diplopie.

8° A n'importe quel âge, même à l'âge adulte, il y a des troubles du langage, soit que la conception de la phrase échappe au sujet, soit qu'il soit atteint de paraphasie : recherche pénible des mots, difficulté dans leur émission, achoppement, bredouillement, emploi d'un mot pour un autre, ou bien le sujet se sert d'un mot contraire à sa pensée. Ce phénomène est, en général, le dernier de la crise, et même lui survit, en quelque sorte, pendant plusieurs jours.

9° Pendant la crise : pâleur du visage, pouls petit, extrémités froides (sensation de doigt mort et même de main morte), avec ou sans sueurs froides (première enfance).

10° Les troubles gastro-intestinaux sont des vomissements porracés, très douloureux, parfois fréquents, précédés de nausées ; parfois, nausées seules. Dans certains cas, il y a un véritable syndrome péritonéal constitué par les phénomènes précédents. En outre, le ventre est creusé en bateau. Intolérance à toute boisson et à toute alimentation (enfants et adultes).

11° On note aussi le syndrome méningé : céphalée, constipation, vomissements, signes de Kernig, photophobie, pouls ralenti.

12° Il est évident que chaque sujet « fait sa migraine à sa façon », que l'intensité des crises est variable, qu'un symptôme est parfois prédominant, tels les troubles oculaires, mais la céphalée est la règle ; les formes méningées et péritonéales sont rares. Certains grands migraineux, durant leur existence qui s'est prolongée au delà de 70 ans, peuvent éprouver tous les symptômes que nous avons énumérés et subir toutes les formes que nous avons signalées.

13° Mais il y en a une autre très grave non pas « quoad vitam », mais à cause des accès presque subintrants et continuels qui font de la vie un martyre. La femme est exposée à cette sorte de migraine plus que l'homme.

14° La migraine a une hérédité homologue ; chez les ascendants, il n'est pas rare de trouver des migraineux.

15° Cette affection n'est pas curable. Les antinerveux, les analgésiques, les hypnotiques n'agissent que sur certaines crises ; quand il en est ainsi, la céphalée seule est atténuée, cependant que le sujet est en proie à un état de malaise général ; il conserve un vague souvenir de sa douleur disparue ; en outre, il a une sensation de vide, il est atteint de cenesthopathie.

16° La migraine est une — c'est-à-dire qu'elle n'a pas, à ses côtés, un satellite quelconque : le migraineux n'est pas forcément un névropathe, ni un sympathocotonique, ni un vago-sympathique, ni un hypersensible, ni un épileptique, ni un asthmatique. En dehors de la migraine, il n'y a pas de tare obligatoire.

17° Cependant si on fouille les antécédents à fond, peut-être trouvera-t-on des goutteux ? A cet égard, signalons qu'en outre de certains symptômes prodromiques (troubles oculaires, constipation) il faut considérer le suivant : l'état d'euphorie, précédant la crise de plusieurs heures (4, 6, 8) ; c'est un état de bien-être presque morphineux avec lucidité d'esprit — facilité d'élocution — choix facile des mots propres en parlant et en écrivant — facilité au travail, suppression et évanouissement de toute préoccupation et



anxiété, même chez les sujets les plus anxieux. Ce petit tableau pré-critique est aussi celui de l'accès de goutte. Mais cette identité est bien insuffisante pour établir une parenté entre la goutte et la migraine. Cependant ???

18° En tout cas, l'accès de migraine ne reconnaît aucune cause vraiment provocatrice — il débute souvent en pleine santé, quel que soit le lieu où se trouve le sujet, quel que soit son genre d'alimentation, quelle que soit sa manière de vivre ; et tel, qui s'est absorbé la veille, dans un travail ardu (physique ou intellectuel) ne peut accuser ni cette cause, ni aucune de celles que nous avons envisagées puisque l'accès ne se déclarera pas forcément dans des conditions identiques et qu'il surviendra aussi bien en plein repos qu'après un surmenage cérébral excessif.

19° Que penser de la cellulite et des massages des plexus cervicaux et des points d'émergence du trijumeau ? Malgré des améliorations et des guérisons signalées par les Suédois et, en France, par Didsbury, il est permis d'être sceptique. On ne se rend pas, en effet, bien compte de l'action d'un massage pour la migraine ophtalmique et pour les nombreux troubles vaso-moteurs dont souffre le migraineux.

## MÉDECINE PRATIQUE

### LE POUR ET LE CONTRE SUR LE BCG

La Vie Médicale vient de se livrer à une vaste enquête : le pour et le contre sur le B C G. Voici les conclusions auxquelles est arrivé notre confrère, et que résume ainsi le docteur Morhardt (1) :

« Le trouble dans lequel les pédiatres se trouvent actuellement au sujet du B C G justifie l'enquête de la Vie Médicale, nous dit Mme J. Henri-Montlaur, enquête qui, d'ailleurs, soulève d'abord une question de méthodologie. On sait, en effet, et plusieurs correspondants le rappellent, que les premières statistiques publiées au sujet des effets du B C G ont été vivement critiquées. G.-L. Hallez signale à ce propos ce que disait un Anglais : « Il y a trois degrés successifs dans le mensonge : le mensonge simple, le parjure et puis la statistique. » Ces critiques ne seraient cependant pas, d'après G. Poix, susceptibles de renverser les conclusions à en tirer. Mais divers correspondants sont d'un autre avis.

I. — Dans quelle proportion le B C G est-il employé ? Plusieurs réponses nous donnent à ce propos des renseignements précis. G. Blechmann trouve sur 1.052 fiches du service de H. Vignes, 59 vaccinations au B C G et sur la totalité des enfants examinés par lui depuis plusieurs années il en trouve 107. R. Dupérié remarque que dans leur propre famille les médecins pratiquent volontiers la vaccination à l'anatoxine et beaucoup moins la vaccination au B C G. Mme J. Henri-Montlaur remarque que dans les familles où elle va, on lui demande rarement de procéder à la vaccination par le B C G. Les médecins qui doivent suivre ultérieurement les enfants mis au monde par P. Lantuéjoul sont, d'après ce dernier, pour la plupart d'avis de ne pas faire prendre le B C G. Poix note que le nombre des vaccinations s'est élevé en France en 1933 à 149.981, et en 1934 à 189.909.

II. — Un des reproches les plus souvent faits est que la méthode du B C G n'est pas mûre. D'après G.-L. Hallez, M.

Coffin, Ch. Lestocquoy, G. Blechmann, elle a été prématurément vulgarisée, ce qui, d'après Ch. Lestocquoy, n'est pas sans danger. Pour l'apprécier, il faudra dix ans pour R. Turquety, une quinzaine d'années pour J. Tapie, quinze à vingt ans pour Mme Pouzin-Malègue, une génération d'après L. Bethoux, plusieurs années d'après H. Vignes, ou encore que les vaccinés aient atteint 20 à 25 ans d'après Hautefeuille. E. Leuret regrette qu'on n'ait pas poursuivi une expérimentation étendue sur les bovidés avant de passer à l'expérimentation sur l'homme.

III. — Le problème le plus important qu'aient abordé nos correspondants est peut-être celui du mode d'administration.

A propos de l'ingestion *per os*, A. Wallgren, assez sévère à ce point de vue, constate qu'elle n'a jamais été très appréciée en Suède, surtout sans contrôle. A. Dufourt de même que M. Coffin ne lui attribuent pas une grande efficacité parce qu'elle ne suscite pas d'allergie et parce que, malgré cette vaccination, les enfants peuvent faire des lésions tuberculeuses nettes. La vaccination par injection sous-cutanée a, de plus, comme partisans : J. Paraf, G.-L. Hallez, Weill-Hallé, etc. M. Reeb adopte cette méthode seulement dans les milieux suspects.

La vaccination est poussée par A. Wallgren, M. Coffin, A. Dufourt jusqu'à l'apparition de l'allergie.

G. Blechmann croit que le mode d'emploi officiellement préconisé va à l'encontre de ce qui se fait spontanément et que toutes les possibilités du B C G n'ont pas été épuisées. Les infections réfractées seraient pour lui un modèle à suivre.

IV. — Les accidents prétendus ou réels font également l'objet d'un examen attentif. J. Paraf, M. Lelong, G. Mouriquand, H. Stévenin et G. Poix, E. Leuret, M. Lamy pensent qu'on peut affirmer l'innocuité du B C G. Pour Mme Pouzin-Malègue, A. Dufourt, R. Turquety, G. Poix, Marchand, P. Delmas, il n'a pas été démontré que le B C G soit nuisible. M. Coffin et Ch. Lestocquoy, E. Terrien, G. Schreiber considèrent les incidents imputables au B C G comme négligeables.

Mais J. Andérodias et Hautefeuille ne sont pas sûrs que le B C G ne soit pas dangereux pour l'organisme. Pour Ferru, des faits récents mettent en doute son innocuité absolue. En fait, A. Jacquelin, Fruhinsholz, Hautefeuille, Ledoux, L. Tixier signalent des accidents plus ou moins bénins (fébricules, pertes de poids, anorexie, anémie avec rate un peu grosse et micro-adénite). L'abcès froid au point d'inoculation ou l'adénite suppurée ne peuvent, d'après G.-L. Hallez, être considérés comme des accidents s'ils constituent des témoins de l'efficacité de la méthode.

V. — L'efficacité du B C G est, nous l'avons vu, fonction du mode d'administration. Les opinions exprimées à son sujet sont donc fort divergentes. E. Leuret rappelle que pour Calmette le B C G ne crée pas une immunité véritable, mais préserve simplement contre des formes aiguës pendant un laps de temps déterminé, un an chez les veaux par exemple. La cutiréaction à la tuberculine restant négative dans 80 p. 100 des cas, après vaccination par voie buccale, M. Coffin, G.-L. Hallez et Ch. Lestocquoy, J. Andérodias, Ferru, R. Turquety ne sont pas sûrs que le B C G confère l'immunité. De plus, des cas de tuberculose grave survenus après vaccination (par une méthode qui n'est pas toujours indiquée) sont signalés par L. de Gennes, G.-L. Hallez, G. Blechmann, R. Dupérié, H. Grenet et surtout par E. Leuret.

Inversement, des constatations méticuleuses et fort importantes de A. Wallgren, il résulte que les deux tiers au moins de 400 enfants vaccinés ont été exposés à la contagion sans qu'aucun soit mort de tuberculose. Pour J. Paraf l'efficacité du B C G ressort de toutes les dernières publications

(1) Vie médicale, 10 déc. 1935.



et de ses observations personnelles. H. Stévenin rappelle le travail d'Azoulay portant sur 181 non vaccinés et 103 vaccinés et montrant 13,6 p. 100 de décès chez les premiers contre 4 chez les derniers.

Mais E. Leuret rappelle que, d'après Bessemans et de Potter, le B C G ne rend pas les animaux réfractaires à la tuberculose et que, d'après des enquêtes récentes au Canada et en Belgique, la tuberculose des bovidés diminue en proportion, non pas de la vaccination, mais de l'élimination des bêtes tuberculeuses.

A propos de la morbidité ou de la mortalité générale, on constate les mêmes divergences. Si V. Le Lorier et G. Poix pensent que le B C G peut avoir une influence favorable sur la mortalité ou la morbidité générale, par contre E. Leuret, R. Turquety, G. Blechmann, Ch. Lestocquoy et M. Lamy attribuent ce phénomène à l'action des infirmières et assistantes sociales.

VI. — Le B C G est recommandé surtout pour les enfants naissant dans un milieu contaminé. Tel est l'avis de H. Vignes, J. Tapie, D. Denéchau, L. Bethoux, E. Terrien, P. Delmas, Brindeau, J. Andérodias, R. Dupérié, H. Grenet, R. Turquety, V. Le Lorier, Ledoux, L. de Gennes, A. Dufourt, Paucot, L. Tixier, E. Leuret, L. Cleisz. Hautefeuille précise qu'il ne vaccine que si l'enfant est vigoureux. Pour Ferru, les enfants provenant de milieux contaminés se trouvent dans les conditions les plus mauvaises pour bénéficier du B C G.

D'autres correspondants, Mmes Pouzin-Malègue, Marcland, M. Reeb, M. Coffin, G. Poix, trouvent utile de vacciner systématiquement tous les nouveau-nés.

Les jeunes adultes à cutiréaction négative, appelés à vivre en milieu infecté, comme, par exemple, les étudiants en médecine, les infirmières, voire les recrues, doivent, selon une pratique suivie par A. Jacquelin, E. Leuret, J. Paraf, être également vaccinés.

A. Walgren, J. Paraf, G.-L. Hallez n'appliquent la méthode que chez les enfants dont la cutiréaction est négative et M. Coffin craint qu'en cas de tuberculose préexistante, elle ne soit nocive.

La pratique à observer dans les milieux non suspects et la vaccination obligatoire sont diversement appréciés. J. Tapie, A. Dufourt, Mme Pouzin-Malègue, R. Dupérié, L. Tixier, H. Rouèche, G.-L. Hallez, Hautefeuille, L. Bethoux, Brindeau, Fruhinsholz ne sont pas partisans d'administrer le B C G en pareil cas. Mais J. Paraf, Jules Renault étendent la vaccination surtout aux enfants non directement exposés, voire à tous les nouveau-nés.

Comme contre-indication, Mme Pouzin-Malègue, E. Leuret notent les enfants très fragiles, les débiles, les prématurés.

Mme J. Henri-Montlaur pense que la syphilis congénitale constitue une contre-indication.

VII. — Mais le B C G rencontre un adversaire très sérieux dans l'isolement. La plupart de nos correspondants remarquent avec G. Schreiber, Taillens, Stévenin, G.-L. Hallez, L. de Gennes, A. Jacquelin, E. Terrien, Brindeau, J. Andérodias, J. Paraf, M. Lelong, G. Mouriquand que la séparation offre une autre garantie que le B C G et qu'elle est indispensable bien que parfois difficile à obtenir.

Ferru remarque que nous ne savons pas plus que la Commission spéciale de l'Institut Pasteur, combien de temps doit durer l'isolement.

R. Turquety ne veut pas que la vaccination adoucisse, si peu que ce soit, les mesures rigoureuses d'isolement et de protection, et Ch. Lestocquoy fait allusion à des circulaires qui, en vantant les effets du B C G, ont empêché la constitution d'œuvres de préservation de l'enfance, bien que la mortalité tuberculeuse à tout âge reste plus élevée en France

de 100 p. 100 qu'au Danemark et de 80 p. 100 qu'en Angleterre, en Ecosse et aux Etats-Unis. »

On le voit, les observations recueillies par la *Vie médicale*, en mettant en évidence un certain nombre de faits, réduisent peut-être l'importance du B C G, mais, montrent aussi qu'il peut acquérir, suivant le mode d'administration et les sujets auxquels il est appliqué, une très réelle valeur.

## SOCIÉTÉS SAVANTES

### ACADEMIE DE MEDECINE

(SÉANCE DU 17 DÉCEMBRE 1935)

**Rapports : Inscriptions aux tableaux A ou C.** — M. TIRFENEAU donne lecture de son rapport sur l'inscription au tableau A ou C. Ce rapport envisage le maintien des barbituriques au tableau C ; l'inscription des anesthésiques locaux du type de la stovaine au tableau A, du dinitrophénol au tableau C, des préparations injectables du lobe postérieur de l'hypophyse au tableau C. Les conclusions sont adoptées.

**Le statut des sages-femmes.** — M. Couvelaire présente un rapport qui se termine par les conclusions suivantes :

Le décret de 1917, qui prévoit la suppression des maternités-écoles de sages-femmes ne justifiant pas d'une activité suffisante et d'une organisation convenable de l'enseignement, devra être appliqué.

Les maternités-écoles de sages-femmes devront être dotées d'un statut commun.

Les titres initiaux exigés pour l'entrée dans les maternités-écoles des candidates au diplôme de sage-femme seront : comme titre universitaire minimum, le brevet élémentaire ; un diplôme d'infirmière d'Etat mention hospitalière, ou mention visiteuse de l'enfance.

Ces conclusions sont adoptées.

**Hygiène de l'enfance.** — M. Lesage apporte son rapport annuel sur l'hygiène de l'enfance (année 1934). Il constate la baisse progressive de la mortalité, qui, de 75 pour 1.000 naissances vivantes en 1933, tombe en 1934 à 69 pour 1.000.

**La pression lymphatique dans les collecteurs périphériques.** — MM. H. ROUVIÈRE et G. VALETTE ont observé qu'en l'absence de toute contraction musculaire apparente, la lymphe circule dans les collecteurs périphériques afférents du premier échelon ganglionnaire sous une pression trop faible pour pouvoir être mesurée. Par contre, en déterminant des contractions musculaires, les auteurs ont constaté, sur le chien, que la pression lymphatique dans ces mêmes vaisseaux périphériques afférents au premier échelon ganglionnaire variait de 2,5 à 8 cm. d'eau, selon l'amplitude et la rapidité des mouvements imprimés aux orteils ou aux fascias de la face dorsale de la patte. La pression dans les collecteurs afférents des ganglions varie de 1,5 à 2 cm. d'eau quand le corps est immobile et s'élève jusqu'à 6 cm. sous l'influence des mouvements imprimés aux organes tributaires de ce ganglion. Le fait que la pression de la lymphe dans les collecteurs efférents d'un ganglion n'excède pas celle que l'on observe dans les collecteurs afférents, ou lui est même inférieure, confirme l'opinion soutenue par MM. Rouvière et Valette, concernant le rôle des ganglions dans la régularisation de la circulation lymphatique.

**Quelques données sur la vitamine C et ses variations dans le liquide céphalo-rachidien à l'état normal et pathologique.** — MM. MARINESCO, BUTTU et OLTEANU se sont appliqués à

contrôler les recherches de Plaut et Bulow qui, dans plusieurs travaux, ont étudié l'existence de l'acide ascorbique dans le cerveau et le liquide céphalo-rachidien chez l'homme et les animaux.

« Comme ces auteurs, nous avons constaté la diminution avec l'âge de l'acide ascorbique dans le liquide céphalo-rachidien. D'une façon générale, nous pouvons affirmer que nous n'avons jamais trouvé des chiffres considérablement bas chez les sujets jeunes, ni des chiffres élevés chez les sujets âgés. Dans diverses formes de syphilis nerveuse, le taux de l'acide ascorbique liquidien s'est maintenu entre les limites normales, de même dans le parkinsonisme post-encéphalitique, dans l'épilepsie et dans certaines maladies mentales.

« Dans la sclérose en plaques, nous avons constaté depuis quelques années l'existence d'anévrismes capillaires de la peau de presque tout le corps où il y a une diminution de résistance manométrique des capillaires, et nous avons été frappés par la diminution considérable de la vitamine C.

« Un autre fait intéressant est l'augmentation de la vitamine C en cas d'hypertension artérielle. Mais cette vitamine présente une diminution, lorsque l'hypertension s'accompagne d'hémiplégie. »

**Nouvelle contribution à l'étude des érythroblastoses à type familial observées chez le nouveau-né.** — MM. PÉHU, P. TRILLAT et R. NOËL (de Lyon) rapportent de nouveaux cas de cette curieuse maladie. Personnellement, ils ont observé, il y a quelques semaines, dans un couple de générateurs bien portants, une série pathologique ainsi constituée : première grossesse terminée par la naissance à terme d'un enfant actuellement normal ; puis deux icères mortels ; puis successivement deux mort-nés macérés, atteints d'anasarque fœto-placentaire. C'est une observation vraiment schématique.

De plus, ils ont pu, dans ces dernières années, soit en France, soit à l'étranger, recueillir d'autres observations concernant des nouveau-nés chez qui ont été constatés, se succédant ou alternant, de l'ictère grave, de l'anasarque fœto-placentaire et — moins fréquemment — une anémie « primaire ». D'autres cas publiés sous le titre d'érythroblastose prêtent à discussion parce qu'ils concernent des cas sporadiques.

La maladie a été également observée chez des nouveau-nés nègres : ce qui permet d'établir que la maladie n'est pas raciale, contrairement à d'autres variétés d'érythroblastoses, par exemple le type Cooley.

Les auteurs insistent sur les heureux résultats obtenus dans l'ictère grave ou dans l'anémie primaire, par l'emploi des transfusions sanguines, très précoces, abondantes, répétées. Mais, en général, cette thérapeutique ne peut être appliquée à l'anasarque. Dans cette variété d'érythroblastose, les enfants naissent prématurément, macérés : toute thérapeutique est vaine.

**Election du bureau.** — M. HARTMANN, vice-président, devient président pour 1936.

M. MARTEL, ex-chef du service vétérinaire sanitaire de la Ville de Paris, membre titulaire depuis 1918, est élu vice-président pour 1936.

M. Georges BROUARDEL est réélu secrétaire annuel.

MM. Desgrez et Guillaïn sont élus membres du Conseil.

#### SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 19 OCTOBRE 1935)

**Action de la température sur le taux du glutathion chez les animaux à sang froid.** — MM. LÉON BINET et Georges WELTER ont dosé, par la méthode qu'ils ont établie, le glu-

tathion, réduit et oxydé, dans les tissus de Grenouilles et de Poissons placés plus ou moins longtemps à des températures variées : 0°, 10°, 20° ou 30°. Pour la Grenouille, le taux du glutathion musculaire varie peu avec la température ; par contre, le glutathion hépatique a été trouvé beaucoup moins abondant chez les animaux ayant subi une température de 32-34° que chez ceux restés à 18-20°.

Pour le Poisson rouge, les dosages, portant sur l'animal entier, ont révélé une baisse marquée du glutathion, réduit et total, parallèlement à l'élévation de la température.

**Action des extraits de l'hypophyse sur le diencéphale et la T.A.** — M. Adalbert VAN BOGAERT. L'injection d'extraits de lobe postérieur ou antérieur de l'hypophyse, même à forte concentration, dans le 3<sup>e</sup> ventricule ou dans son plancher, est inactive sur la T.A. du Chien à l'état de veille ou soumis à la narcose (chloralosane).

L'injection sous-occipitale du même extrait élève la T.A. de plusieurs centimètres de Hg, même avec résection ou destruction du diencéphale.

**Relations entre la teneur en vitamine C de divers tissus végétaux et la présence ou l'absence de chlorophylle.** — Mlle L. RANDOIN, MM. A. GIROUD et C.-P. LEBLOND ont donné à des Cobayes des quantités identiques de parties vertes (feuilles) ou blanches (racines ou partie de feuilles) de diverses plantes couramment utilisées dans la pratique. Les résultats qu'ils ont obtenus (courbes de poids, lésions anatomo-cliniques et surtout valeur du taux en acide ascorbique des divers organes) prouvent que les tissus verts sont bien plus riches en vitamine C que les tissus privés de chlorophylle, ce qui présente un réel intérêt, aussi bien pratique que théorique.

**Fixation et élimination de l'acide ascorbique.** — MM. A. GIROUD, R. CHUC, R. RATSIMAMANGA et C.-P. LEBLOND, par injection intraveineuse d'acide ascorbique, voient le taux de ce dernier s'élever dans divers organes et tout spécialement dans les organes riches (surrénale). Ce taux n'est guère stable. Simultanément le rein fixe et élimine avec une très grande rapidité l'acide ascorbique introduit. Avec des animaux plus riches en vitamine, l'augmentation de charge est moins marquée et l'élimination plus rapide encore.

**Du pouvoir antigène de la toxine et de l'anatoxine staphylococcique. Sa résistance à la chaleur.** — MM. G. RAMON et R. RICHOU. Les propriétés antigènes et aussi les propriétés toxiques de la toxine staphylococcique commencent à s'altérer à la température de 50°, elles sont déjà très altérées à 55° et presque complètement détruites à 60°. Par contre, la valeur antigène intrinsèque de l'anatoxine est à peine atteinte à 55°. Ce n'est guère qu'à partir de 60° qu'elle commence à diminuer fortement, pour être presque abolie entre 65 et 70°.

Ainsi, par la façon dont elle se comporte vis-à-vis de la chaleur (et aussi à l'égard de l'action du formol), la toxine staphylococcique — obtenue dans les conditions indiquées — se rapproche bien des exotoxines telles que la toxine diphtérique et la toxine tétanique, par exemple. Comme les autres anatoxines, l'anatoxine staphylococcique se montre relativement plus thermo-résistante — dans son pouvoir antigène intrinsèque — que la toxine d'où elle dérive.

**Libération de substances histaminiques dans les infarctus de l'intestin.** — MM. G. UNGAR, X. J. CONTIADES et R. G. PALMER ont constaté la mise en liberté de substances histaminiques au cours des processus qui aboutissent à la formation d'infarctus de l'intestin (embolie, irritation intravasculaire, etc...). Ils en concluent à l'intervention de ces substances dans la pathogénie des lésions hémorragiques qui caractérisent l'infarctus.



**Libération de substances histaminiques par excitation du bout périphérique du nerf splanchnique. Lésions hémorragiques de l'intestin par injection intra-artérielle d'histamine.** — MM. G. UNGAR, X. J. CONTIADES et A. GROSSIORD montrent que l'excitation du bout périphérique d'un des splanchniques met en liberté des substances histaminiques. On sait d'autre part que l'excitation de ces nerfs donne naissance à des suffusions hémorragiques de la muqueuse intestinale. Il semble donc que l'excitation nerveuse agit par l'intermédiaire d'un mécanisme histaminique, d'autant plus que l'injection intra-artérielle d'histamine provoque des lésions semblables à celles qui sont consécutives à cette excitation. Un mécanisme histaminique peut être invoqué dans un certain nombre de lésions hémorragiques expérimentales et pathologiques.

**Résistance à une surinfection d'épreuve chez des animaux préparés avec un nouveau type de bacilles isolés de cobayes neufs.** — MM. A. SAËNZ et L. COSTIL ont mis antérieurement en lumière que des cobayes neufs ou inoculés avec des produits non tuberculigènes pouvaient héberger deux types différents de bacilles, dont l'un est un aviaire typique et dont l'autre se distingue du précédent par certains de ses caractères culturels, son pH, sa pigmentation, mais surtout par sa virulence spéciale pour la poule et le lapin.

Dans cette note, les auteurs étudient le pouvoir immunisant de ce nouveau type de bacille chez le Cobaye.

Sur 24 Cobayes vaccinés au total, ils ont constaté chez 5, sacrifiés entre 60 et 75 jours, des signes évidents de résistance, et chez 8, sacrifiés ou morts entre 4 à 5 mois après l'infection d'épreuve virulente, l'absence presque totale de lésions viscérales. Enfin les 7 derniers Cobayes ont survécu plusieurs mois aux animaux témoins infectés simultanément.

Il ressort de ces expériences que ces bacilles d'un nouveau type ont montré un pouvoir vaccinant marqué contre une infection d'épreuve assez sévère, caractère commun avec les bacilles tuberculeux des Mammifères.

**Infection des cobayes par le bacille tuberculeux aviaire inoculé par voie veineuse.** — MM. J. BRETEY et L. LAPORTE montrent que le bacille aviaire, qui ne produit chez le Cobaye que des lésions locales quand on l'introduit par voie sous-cutanée, provoque en quelques jours, quand il est inoculé par voie veineuse, une infection générale de l'organisme. Les bacilles sont présents dans le sang et pululent dans les organes (rate, foie, moelle osseuse, poumons). Cette infection, identique au type Yersin décrit chez le Lapin, s'accompagne d'hypertrophie considérable de la rate et du foie, qui prend un aspect tacheté très particulier. On trouve toujours des lésions pneumoniques intenses et tous les ganglions lymphatiques sont hypertrophiés. Mais on n'observe pas l'apparition de lésions nodulaires caractéristiques du type Villemin. Si la dose est suffisante (1 mgr.) ou la souche très virulente (0,01 mgr.), l'infection est mortelle en trois semaines environ.

**Réaction conjonctivale à la tuberculine chez le cobaye et le lapin tuberculeux.** — M. A. DE GIORGIO a étudié l'ophtalmo-réaction obtenue en déposant une goutte de tuberculine sur la conjonctive des animaux de laboratoire, cobayes et lapins.

Il conclut que si cette réaction offre peu d'intérêt chez le cobaye, dont la peau est très sensible à la tuberculine, par contre elle peut être avantageusement utilisée chez le lapin en raison de sa régularité, de sa netteté, et de la facilité avec laquelle elle est réveillée et augmentée par l'introduction sous-cutanée de tuberculine brute.

— Société de biologie de Lyon (séance du 21 octobre) :

**Nouvelles recherches sur la sédimentation des hématies au cours de la syphilis.** — MM. J. GATÉ et H. CHEVAT,

L'accélération de la vitesse de sédimentation des hématies précède l'apparition des réactions sérologiques et s'accroît dans la période sérologique pour s'élever encore à la période secondaire. Il se fait une chute, variable d'ailleurs dans ses modalités, sous l'influence du traitement, chute souvent précédée d'une ascension temporaire au début de ce dernier. La vitesse de sédimentation revient à la normale à la fin de la première année de traitement. Elle est normale dans les syphilis anciennes bien soignées, même avec B. W. irréductible. Elle est irrégulière dans les syphilis anciennes mal soignées. Elle réagit aux surinfections de la même façon qu'aux primo-infections. Dans les résistances médicamenteuses, elle paraît insensible à l'action du traitement. Dans la syphilis héréditaire, elle paraît d'autant plus sensible au traitement que celui-ci est institué plus précocement.

## FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON

### THÈSES SOUTENUES PENDANT L'ANNÉE 1934-1935 (1)

DOCTORAT D'ÉTAT. — 114. ABRIAL. — Les formes chirurgicales ostéo-articulaires de la fièvre ondulante.

69. ALAKA. — Contribution à l'étude de l'auto-urothérapie. (Technique, indications, résultats.)

85. ANSELME (Mlle). — La mortalité en France depuis 1920.

67. ANTONI. — A propos d'un cas de dystocie cervicale grave par une tumeur rare (myélocytome du col utérin).

3. AUBERTIN (Mlle). — Contribution à l'étude des glycosuries gravidiques. (A propos de six observations.)

10. AUDOUZE. — Ameublement et décoration de l'habitation moderne et hygiène.

47. AUMEUNIER. — Contribution à l'étude anatomo-pathologique des bronchites chroniques. Modifications des épithéliums et des glandes bronchiques.

49. AUSSÉDAT. — Contribution à l'étude clinique et anatomo-pathologique de l'acrodynie infantile. (Publication d'un cas mortel examiné histologiquement.)

136. BADINAND. — Les formes extra-articulaires de la maladie de Bouillaud. La valeur des critères dans l'infection rhumatismale.

108. BARRUT. — Les fistules œsophago-bronchiques.

62. BARTEILLE. — Contribution à l'étude des toxi-infections par le bacille de Gaertner.

5. BAYLE. — Des indications opératoires dans le traitement du décollement rétinien.

40. BENZAKEN. — A propos d'un cas d'hystérotomie basse pour une présentation du siège chez une primipare.

20. BERGÉ. — Fréquence et causes de la mort d'un fœtus au cours de la gestation. (Statistiques de la Clinique obstétricale.)

84. BERNARD. — Fragilité osseuse congénitale avec sclérotiques bleues.

90. BOUQUIN. — Contribution à l'étude de la bacillémie tuberculeuse par la méthode de Löwenstein.

30. BOUSQUET. — Les cranio-pharyngiomes (tumeurs de la poche de Rathke).

12. BOUTEILLE. — Contribution à l'étude de la perméabilité hémoméningée de l'homme dans divers états pathologiques.

(1) Voir *Gaz. des hôp.*, 1935. — Thèses de Montpellier, n° 82, p. 1386; Thèses de Marseille, n° 84, p. 1417; Thèses de Toulouse, n° 86, p. 1431; Thèses de Bordeaux, n° 87, p. 1472; Thèses de Lille, n° 92, p. 1553; Thèses de Nancy, n° 97, p. 1653; Thèses d'Alger, n° 98, p. 1670.

57. BOUZON. — Essais de traitement des cancers des organes génitaux externes par la méthode du docteur Coste.
2. BRUN. — Diagnostic anatomique et clinique de l'ulcère chronique de l'estomac et de certaines formes de cancer gastrique. (Déductions thérapeutiques.)
1. CARRIÈRE. — Du résultat des traitements de la syphilis évoluant chez la femme enceinte.
78. CASTILLON. — L'azotémie des diphtéries malignes.
48. CHAMBON. — De la chute spontanée des ongles. Sa valeur séméiologique.
55. CHARLIN. — Calcification et calcémie.
22. CHASPOUL. — Le traitement chirurgical de la sténose hypertrophique du pylore chez le nourrisson. (Opération de Fredet.)
61. CHAUFFIN (Mlle). — La transfusion du sang dans la thérapeutique de l'intoxication barbiturique.
107. CHAURAND. — Le cancer secondaire de l'intestin grêle à rétrécissements multiples.
135. CHOVIN. — Physiologie de la bronchoscopie. Etude expérimentale et clinique.
94. CLERC. — Contribution à l'étude du rétrécissement aortique. (Quelques observations anatomo-cliniques.)
64. CORTIAL. — Contribution à l'étude du cancer du pavillon de l'oreille. (Statistique de 42 observations recueillies à la Clinique chirurgicale et au Centre anticancéreux de M. le prof. Léon Bérard.)
18. COUADAU. — Contribution à l'étude de l'adéno-lymphoïdite aiguë bénigne.
70. COURBE-MICHOULET. — Action de la folliculine chez les prématurés.
7. COURTADE. — Traitement de la luxation subtotale du carpe rétrolunaire. Etude critique de la reposition sanglante par voie dorsale.
38. CUTTIER. — Contribution à l'étude de la rupture des anévrysmes de l'artère splénique.
25. DAIREAUX. — Etude sur les mélanodermies des essences parfumées.
75. DALBAN. — Contribution à l'étude de la rupture sous-cutanée du tendon extenseur du pouce.
34. DANGLA. — Contribution à l'étude radiologique des arborisations pulmonaires.
56. DARDAILLON. — Les kystes aériens broncho-pulmonaires dans l'enfance.
13. DELATOUR. — Pancréatite aiguë hémorragique et syphilis.
110. DELATTRE. — Considérations physio-pathologiques sur les fractures de la base du crâne. Valeur séméiologique de la tension artérielle et déductions thérapeutiques.
120. DELAYE (Mlle). — Mortalité par tuberculose à Lyon de 1900 à 1931. Rôle des dispensaires. Etude spéciale pour le V<sup>e</sup> arrondissement.
126. DELIGNETTE. — De la névralgie phrénique droite dans les inondations péritonéales au cours de la grossesse tubaire.
53. DÉMARD. — Les ovarites suppurées puerpérales. (A propos de treize observations de l'infirmerie de la Charité.)
54. DENOYEL (Marcel). — La myélose ostéomalacique. Les processus de décalcification dans les myéloses.
102. DENOYEL (Paul). — Contribution à l'étude de l'influence sur les pouvoirs microbicides de l'alcoylation à l'azote d'un certain nombre d'amines acycliques et hétérocycliques.
86. DEPOUILLY. — Contribution à l'étude des diarrhées infantiles. Le choléra grippal.
44. DESORTES. — L'instabilité du mineur délinquant. Essai pathogénique et médico-légal.
125. DUBCEUF. — De la thrombo-phlébite du sinus longitudinal supérieur.
112. DUGOIS. — Recherches expérimentales et sérologiques sur la tuberculose cutanée et les tuberculides.
50. DURAND. — Contribution à l'étude de la cystinurie et de la lithiase cystineuse.
118. DVORETZKY. — Etude histo-pathologique des polypes du larynx.
76. EYRAUD. — Contribution à l'étude clinique de l'infection coli-bacillaire chez l'enfant.
17. FRANQUE. — Les troubles de la fonction uréogénique au cours de l'insuffisance hépatique expérimentale.
137. FRIEH. — Diagnostic de l'artérite oblitérante des membres. Modalités et indications du traitement chirurgical.
96. GALLOIS. — Recherches sur l'orthodiagraphie du cœur de l'enfant, à l'état normal et pathologique.
127. GARDIEN (Mme), née JOURD'HEUIL. — La vagotonine dans les états anxieux.
129. GARIËL. — Contribution à l'étude de l'amibiase cutanée et plus particulièrement de l'amibiase péri-anale.
15. GARNIER. — Contribution à l'étude du pronostic des cancers du sein. Recherches sur la réaction du muci-carmin.
101. GAUTHERON. — Le pneumothorax spontané chronique.
73. GAZANIEL (Mme), née CHEVALIER. — Le passé des mélancoliques.
29. GENEVOIS. — La grippe bismuthique considérée comme une manifestation d'hypersensibilité médicamenteuse. (Contribution à la pathogénie des accidents chimio-thérapeutiques.)
109. GIRARD. — Contribution à l'étude clinique des leptoménigites basses.
128. GOY. — La fièvre ondulante dans l'Ain.
124. GRANGE. — Les méningiomes rétro-sellaires.
97. GRIMAUD. — La fièvre ondulante dans le Vaucluse.
83. GUIEN. — Contribution à l'étude des tumeurs de la caroncule lacrymale.
24. HENRY. — Contribution à l'étude de la parathyroïdectomie dans le traitement de la polyarthrite ankylosante et des rhumatismes chroniques. (Technique, mode d'action, indications.)
91. HSU PAO Y. — Contribution à l'étude de la gastrite hémorragique et de son traitement chirurgical.
82. HUBERT (Mlle). — L'exclusion unilatérale dans le traitement de la tuberculose iléo-cæcale.
113. JAMET (Mlle). — Traitement des algies zostériennes par irradiation du ganglion de Gasser.
106. JAUBERT. — A propos de 25 observations de symphysiotomie suivant la technique de Zarate.
33. LABORDE. — La duplicité urétérale et ses complications.
39. LACROUX. — Recherches sur la pathogénie des épanchements pleuraux chez les cardiaques et les cardio-rénaux.
31. LADREY (Mlle). — Contribution à l'étude des suppurations pulmonaires.
79. LAGARDÈRE. — Etiologie, étude anatomo-clinique et thérapeutique des infections aiguës suppurées des synoviales digitales des fléchisseurs. Possibilités et valeur du traitement conservateur.
89. LAMBERT. — Essai sur la croyance dans les états délirants.
28. LECLERC. — Diagnostic du cancer du corps utérin (en particulier avec les métrites).
19. LE MEUR. — Contribution à l'étude du diabète rénal.
95. LÉONARDI. — Grossesse et formes anatomo-cliniques de la tuberculose pulmonaire.
37. LE ROUX. — Du traitement chirurgical des pancréatites chroniques sans ictere.
51. LE-VAN-NGON. — Les dangers des injections de sérum chez les tuberculeux pulmonaires (sérum spécifique excepté).



21. L'HÉRAND. — Résultats du traitement obstétrical du placenta prævia du 1<sup>er</sup> novembre 1927 au 1<sup>er</sup> novembre 1934. (Statistiques de la Clinique obstétricale.)

105. LORAS. — Gros cœurs avec surcharge pigmentaire associés à la cirrhose pigmentaire du foie. Leur étude anatomo-clinique et leur pathogénie humorale.

27. MADRANGES. — Contribution à l'étude des coxa vara congénitales à fissure verticale.

11. MARCEAU. — Le problème économique de l'alcool devant l'hygiène.

66. MARCHAND. — L'épreuve de Queckenstedt en otologie.

123. MASSON (Georges). — Syndrome d'orchite subaiguë de l'enfance par lésion congestive de l'hydatide de Morgagni (sans torsion).

122. MASSON (René). — La pachyméningite cérébrale syphilitique diffuse.

77. MÉPLAN. — 23 observations d'hémorragies tardives graves du post-partum. Considérations sur l'emploi du traitement médical.

88. MEYRIEUX. — Le traitement orthopédique des scolioses par la méthode des « plâtres actifs ».

133. MILLET. — Contribution à l'étude des abcès du cervelet.

131. MISÈS. — La lipomatose symétrique multiple.

100. MONTAGARD. — Contribution à l'étude de l'ulcère peptique du diverticule de Meckel.

8. MOUSSIER. — Considérations statistiques sur la grossesse gémellaire par rapport à 10.000 accouchements.

23. OLIVIER. — Organisation et contrôle médical de l'éducation physique dans quelques armées européennes pendant la préparation militaire et le service actif.

103. PAIMBLANT. — Les hydrates de carbone en immunologie.

63. PATARD. — Contribution à l'étude clinique et radiologique du pneumothorax extra-pleural après thoracoplastie.

52. PAYRAU. — Le traitement chirurgical de la sclérodémie, d'après 52 observations).

80. PELLETIER. — Quatorze années de pratique d'accouchement prématuré provoqué par la bougie de Krause.

35. PÉLOT. — Les interventions sur la chaîne sympathique dans le traitement des syndromes tachycardiques. (Essai critique.)

117. PERRON. — Les tumeurs mélaniques du nez.

71. PLANSON. — Etude anatomo-clinique de la mastite chronique scléro-kystique et du cancer du sein. (Considérations sur les stades précancéreux.)

42. POIRIER. — Oligodynamie.

116. POTEL. — « Les pérимандibulites » au point de vue clinique et médico-légal.

68. PRÉAULT. — La thoracoplastie d'indication pulmonaire au sanatorium. Indications, contre-indications, résultats.

99. PROSKOURIAKOFF (Mme), née EULER. — L'acrodynie infantile dans le Dauphiné.

4. PRUNET. — Leucémie myéloïde chronique compliquée de gestation. (A propos de 20 observations.)

87. PURGY. — Contribution à l'étude de l'emploi du mercurochrome.

93. RAUBY. — Idiosyncrasie cutanée au gardénal.

130. REBUFFET. — Contribution à l'étude des oblitérations artérielles des membres par traumatismes répétés.

26. REMY. — Etude des indications thérapeutiques dans les diverticules vésicaux.

16. RENARD. — La diphtérie chez les sujets à réaction de Schick négative. Etude immunologique.

**VENTE** en l'Etude de M<sup>e</sup> Chavane, notaire à Paris. 162, boulevard Magenta,  
le 17 janvier 1936, à 14 h. 30, en un seul lot, **D'UN**

## FONDS DE COMMERCE DE PRODUITS PHARMACEUTIQUES

dénommé « **LABORATOIRE E.-J. FOUGERAT** » ou « **PRODUITS FOUGERAT** » ou

# SIROP, PATE, GOUTTES **RAMI**

Et enfin « **POUDRE JIFA** » **LEVALLOIS-PERRET** (Seine) avec toutes  
44, rue Chaptal, à exploitations annexes

France et étranger, notamment à **MILAN**, 7, via Mazzini et à **BARCELONE** Corcega 254

**MISE A PRIX : 12.000.000 DE FRANCS**

avec obligation de reprendre en sus du prix un

**IMMEUBLE A LEVALLOIS-PERRET** 44, rue CHAPTAL  
et 17, rue CHEVALLIER

**pour le prix de 1.400.000 francs.** — Egalement obligation de reprendre matériel, marchandises et matières premières — Consignation pour enchérir 4 millions en espèces ou chèque barré, visé pour provision au nom du notaire. *L'adjudication ne pourra avoir lieu qu'au profit de personnes munies du diplôme de pharmacien.*

S'adresser à M<sup>e</sup> **CHAVANE**, notaire, et à M<sup>e</sup> **MARIN**, avoué à Paris, 14, rue Portalis.

511.

104. REY. — Effet des piqûres d'hyménoptères aculéates.
45. ROBBE. — Les facteurs qui compliquent l'orientation professionnelle des mineurs délinquants.
60. ROBERT. — La splénectomie dans l'hémogénie. Indications et résultats.
119. ROGET. — Contribution à l'étude clinique des abcès du poulmon chez l'enfant.
98. ROMANET. — Sur une forme anormale de la kératite interstitielle. L'infiltration nodulaire circonscrite secondairement ulcérée de la cornée. (Forme phlycténulaire de la kératite interstitielle de Wicherkiewicz.)
46. ROUCHETTE. — Contribution à l'étude de l'action thérapeutique des eaux chlorurées sodiques. La cure de Bourbonne-les-Bains dans les suites de fractures et le rachitisme expérimental.
6. ROUQUET. — Influence de l'héliothérapie dans la tuberculose rénale. Ses applications médico-militaires.
36. ROZAN. — Du traitement des fractures du corps des vertèbres dorsales et lombaires par la technique de Böhler.
134. RUTY. — Contribution à l'étude de l'inversion utérine puerpérale.
59. SALMON. — Essai sur le pneumothorax controlatéral.
65. SCHERRER. — Contribution à l'étude des symptômes extra-pyramidaux dans la sclérose en plaques.
115. SEILER. — Ostéomyélite de la branche montante du maxillaire inférieur. Etude clinique et thérapeutique.
74. SICARD. — Contribution à l'étude d'une nouvelle méthode de traitement des métrites cervicales chroniques, l'électro-coagulation.
41. SIMONET (Mlle). — Notions de biotypologie générale et appliquée au sport. (Evaluation physique de 130 sujets.)
81. SORLIN. — La lithiase des voies biliaires intrahépatiques.
14. SUFFRAN. — Manifestations hémorragiques des tumeurs non cancéreuses de l'estomac.
9. TRUONG-GIA-THO. — Herpès traumatique.
58. TUPIN. — Contribution à l'étude de la méningite aiguë lymphocytaire curable.
132. VACHON. — Les dilatations bronchiques dans la tuberculose pulmonaire.
32. VELLUZ. — Recherches sur le magnésium sérique.
121. VERNET. — Contribution à l'étude de la psycho-poly-névrite de Korsakoff d'origine tuberculeuse.
43. VERRIER (André). — De la pneumonie caséuse du nourrisson.
72. VERRIER (Marcel). — La mortalité infantile observée à la Clinique obstétricale au cours de deux périodes séparées par un intervalle de vingt années.
111. VIGIER. — Essai sur l'association du pneumothorax et de la thoracoplastie homolatérale.
92. WAN-PEI-CHI. — Prophylaxie et traitement de l'ictère grave familial du nouveau-né.

DOCTORAT D'UNIVERSITÉ. — 368. BAGHAI. — Contribution à l'étude de la paralysie générale post-traumatique. Etude clinique et médico-légale.

366. BAMDAD. — Contribution à l'étude des pyuries amicrobiennes.

376. BASSIR. — Contribution à l'étude de la butée iliaque et ses résultats dans le traitement de la subluxation congénitale de la hanche compliquée d'arthrite chronique chez l'adulte.

365. BAYRAGDAR. — Contribution à l'étude du traitement de l'hypertension artérielle par la vagotonine.

377. BISHAI. — Le rein polykystique et tuberculeux.

370. DJAMCHID KHAN AALAM. — Mastoïdites des diabétiques.

369. EL RAFIE. — Les localisations biliaires de la pneumonie infantile. Etude radio-clinique.

373. GABALAOUI. — Contribution à l'étude de la lutte antibilharzienne en Egypte.

374. GOURÉVITCH (Mlle). — L'organisation de la lutte antituberculeuse en Russie soviétique.

371. KAVOUSSI. — Rôle du péroné dans les pseudarthroses consécutives aux fractures exposées du tibia.

372. NASSI. — L'infiltration anesthésique de la chaîne sympathique lombaire par voie para-vertébrale. Indications et résultats.

364. SAFAVI. — Syndromes péritonéaux et gastro-intestinaux consécutifs aux traumatismes du rachis.

375. SERBU. — Résultats de la chirurgie restauratrice et conservatrice des annexes. (Grossesse consécutive.)

378. SIAN. — Formes hémorragiques de l'ulcère peptique post-opératoire gastro-jéjunal.

367. TABATABAI. — De la dégénérescence cancéreuse des cicatrices vaginales d'hystérectomie totale.

379. VASSILEFF. — Contribution à l'étude de la pancréatite lithiasique.

## FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG

### THÈSES SOUTENUES PENDANT L'ANNÉE 1934-1935

DOCTORAT D'ÉTAT. — 9. ADRIAN. — Etude casuistique et statistique des tumeurs de l'ovaire.

57. (de 1934). BEN NOUN. — Contribution à l'étude des « états sclérodermiques ».

25. BENTZ (Mlle). — L'apicolyse par plombage paraffiné dans le traitement de la tuberculose pulmonaire.

27. BERNARD. — Contribution à l'étude des phlébites post-opératoires. Leur traitement par l'infiltration novocaïnique du sympathique lombaire.

45. BERNHARD. — Les mutilations sexuelles d'ordre religieux et politique.

1. BERTSCH (Mlle). — Du système réticulo-endothélial et de ses rapports avec l'appareil visuel.

8. BOUTON. — Contribution à l'examen radiologique des affections inflammatoires de l'oreille moyenne.

51. BROUTER. — Angine de poitrine et traumatisme.

39. CREMNITZER. — Considérations sur les cardiopathies de la première moitié de la gestation.

36. DANJOU. — La déclaration obligatoire de la tuberculose.

31. DUBOIS. — A propos du traitement des tumeurs à cellules géantes des os longs par la chirurgie et la radiothérapie combinées.

63 (de 1934). FRIED. — Etat actuel du problème des pneumokonioses.

46. FROELICH. — L'énervation sinu-carotidienne. Son intérêt chirurgical. Etude expérimentale et clinique.

50. GEBÜHRER. — Contribution à la question du certificat prénuptial en rapport avec la syphilis.

49. GINGLINGER. — L'ictère prolongé hépatomégalique et splénomégalique. Son traitement par le tubage duodénal.

58 (de 1934). GIRARD. — Considérations sur la loi eugénique allemande du 14 juillet 1933.

13. GROSS. — Contribution à l'étude de l'eau imperméable à l'alcool. Action de la source Hépar et de la Grande source de Vittel sur l'eau imperméable à l'alcool.

6. GRUNBERG. — Manifestations méningo-encéphaliques de l'endocardite maligne.

19. HAAG. — Les formes anémiques de la leucémie aiguë.

35. HAESSLER (Mlle). — Considérations sur les incisions du col pendant l'accouchement.



**La plupart des états de carence****sont des carences complexes.****Les quatre vitamines sont nécessaires.**

Les troubles d'hypo-calcémie qui conduisent au rachitisme et pour lesquels l'ergostérol irradié (Vitamine D) donne de si beaux résultats ne sont presque jamais purs. Les troubles de l'appétit, l'anémie, les troubles du développement indiquent que le sujet souffre aussi du manque des facteurs de croissance et d'utilisation nutritive qu'apportent les autres vitamines.

Il existe des vitamines dans les végétaux frais, mais l'expérience prouve qu'elles y sont en quantités trop faibles pour réduire les états de carence déjà caractérisés. Ceux-ci ne cèdent qu'aux vitamines offertes en abondance sous forme concentrée.

# **Le Vitamyl Irradié**

apporte de l'Ergostérol irradié en solution huileuse finement émulsionné dans un extrait concentré de Vitamines A. B. et C. et permet de réaliser cette médication poly-vitaminique.  
**sous sa forme la plus active,**

car l'Ergostérol irradié s'y trouve en solution huileuse, condition nécessaire pour lui permettre de garder son efficacité,  
**sous une forme agréable,**

en solution, le goût de l'émulsion huileuse est complètement masqué par la saveur légèrement sucrée du milieu glyciné; en dragée le médicament est un véritable bonbon.

**RACHITISME — CARENCES et PRÉ-CARENCES  
TROUBLES de CROISSANCE — DÉMINÉRALISATION**

Solution : 2 à 3 cuill. à café par jour — Dragées : 4 à 6 par jour. — Demi-dose chez l'Enfant.

**Laboratoires AMIDO, 4, Place des Vosges, PARIS-IV<sup>e</sup>**

## **SIROP DU D<sup>R</sup> REINVILLIER**

*(Lauréat de l'Académie de Médecine de Paris)*

**au Phosphate de Chaux hydraté**

**TUBERCULOSES - RACHITISME - MALADIES DES OS & DU SYSTÈME NERVEUX  
DENTITION DIFFICILE**

**DOSES : 2 à 4 cuillerées à bouche, à dessert ou à café suivant l'âge**

**ASSIMILATION  
COMPLÈTE**

**PRESCRIRE :  
SIROP REINVILLIER, un flacon**

**BERTAUT-BLANCARD FRÈRES  
64, Rue de La Rochefoucauld, PARIS (9<sup>e</sup>)**

**°AS D'ACIDE  
LIBRE**

34. HAÏMOVICI. — Contribution à l'étude des encéphalites aiguës primitives chez l'enfant.
- 60 (de 1934). HAVÉ. — Sages-femmes et école d'accouchement à Colmar.
38. HESSEMAN. — Sur la médecine légale des traumatismes de la région frontale.
- 59 (de 1934). HOROVITZ. — Résultats du traitement médicamenteux de la maladie de Basedow.
44. JENNY. — Les examens de médecine préventive et la tuberculose chez les étudiants.
- 52 (de 1934). JOOSS. — Tabès et traumatisme.
3. JULIAN. — Principes de l'accouchement médical et ses résultats en 1933.
2. KOUTSEFF. — Contribution à l'étude des conjonctivites allergiques non infectieuses.
33. KRAEMER. — Le sarcome primitif du col de l'utérus. (A propos de trois observations.)
47. KUNTZMANN. — Contribution à l'étude de l'ulcère jéjunale post-opératoire.
4. LAGRANGE. — La survie après les fractures de la colonne vertébrale.
24. LEIBRANDT. — Contribution à l'étude des complications osseuses de la maladie de Recklinghausen (Neurofibromatose).
54. MARINESCU. — Le stylomine est-il une arme ?
37. MAUZ. — La nécrose phosphorée du maxillaire inférieur au point de vue médico-légal.
- 54 (de 1934). MERCIER (Mlle). — La signalisation des disparus.
- 56 (de 1934). MEYER. — Contribution à l'étude de l'intervention des glandes endocrines dans le métabolisme de l'eau.
53. MONATH. — Contribution à l'étude des taches de sang sur les lames d'instruments tranchants.
32. MULLER. — Contribution à l'étude de la dilatation kystique de l'extrémité inférieure de l'uretère. Ses rapports avec la lithiase urétérale.
- 53 (de 1934). REIZEL. — Les examens de médecine préventive à l'Université de Strasbourg de 1929 à 1934.
17. ROTH. — Le sort du délire dans seize cas de psychoses hallucinatoires chroniques (paraphrénies et schizophrénies) observés à l'asile de Stephansfeld (durée des maladies variant de 9 à 37 ans).
23. ROTHENHÖFER. — L'inhibition psychique avec conséquences médico-légales.
43. RUCH. — Le cancer de l'amygdale. Etude anatomoclinique.
29. RUTLER. — Les accouchements par le siège pratiqués à la Clinique obstétricale de Strasbourg pendant les années 1924 à 1934.
- 64 (de 1934). SANTER. — A propos d'une variété rare de tumeurs du crâne. Kystes intraosseux à revêtement malpighien.
21. SCHERRER. — Evolution épidémiologique prochaine de la tuberculose. Résultats généraux que le B.C.G. permet d'obtenir.
14. SCHNEEGANS. — Contribution à l'étude de la déshydratation dans les troubles digestifs du nourrisson.
28. SCHUSTER. — L'anosmie traumatique. Sa médecine légale.
5. SKOSOWSKY. — Recherches stomatologiques sur le pH intrabuccal.
48. STAEBLER. — Un cas de péricardite calcifiée.
61. (de 1934). — STIERLÉ. — Les versions pratiquées à la Clinique obstétricale de Strasbourg pendant les années 1921-1930 et leurs résultats.
20. TEUTSCH. — Contribution à l'étude des troubles minéraux en pathologie : le chlorure de sodium dans le diabète.
11. THÉE. — Etude de la pigmentation dans les plaques peladiques.
7. UHLHORN. — La mélitococcie en Alsace. Etude clinique et bactériologique des brucelloses.
22. VAVODTSEV. — Quelques considérations sur le traitement de certains états cardiopathiques par l'ouabaïne.
30. WEISSHEYER. — Un cas de tumeur du lobe frontal droit intéressant le noyau caudé.
10. WORINGER. — La paraplégie flasque aiguë du cancer. Etude clinique.
15. WURTZ. — Travaux récents de médecine légale en langue allemande. 1932.
40. ZENTZ. — Contribution à l'étude des nécroses arsenicales consécutives à l'emploi de l'arsenic en art dentaire.
- DOCTORAT D'UNIVERSITÉ. — 42. ERLIK. — Les résultats de l'aurothérapie de la tuberculose pulmonaire dans le cadre de la cure sanatoriale.
41. FERSTER (Mlle). — Conceptions actuelles du traitement de la morphinomanie.
62. (de 1934). — JESVRYN. — Contribution à l'étude médico-légale des amnésies traumatiques.
26. KABAKER. — Contribution à l'étude expérimentale des pleurésies à éosinophiles au cours du pneumothorax artificiel.
52. KAGAN. — Classification médico-légale des hernies traumatiques.
18. LEHRER (Mlle). — Diagnostic médico-légal de la grossesse par les méthodes biologiques.
12. SCHILCROT (Mlle). — Application de la chronologie médico-légale dans les expertises de faux en écritures.
55. (de 1934). — SZYMSON (Mme), née Rudzka. — Recherches sur les diétotoxiques.
16. ZINGUINOFF. — La résection des adhérences pleurales par la méthode de Jacobaeus.
- RÉGIME LOCAL. — 1. LOEVENBRUCK. — Observations faites sur la trypanosomiase humaine en Afrique.

## PRATIQUE MÉDICALE

### LA PROSTIGMINE DANS LE TRAITEMENT DE L'ATONIE INTESTINALE ET VÉSICALE POSTOPÉRATOIRE (1)

Par le docteur MANDILLON.

Excellente revue générale sur les indications de ce péristaltigène synthétique qu'est la prostigmine dont l'emploi au cours d'une pratique déjà longue n'a provoqué ni incidents ni même malaises. La prostigmine en effet, injectée par voie sous-cutanée aux doses habituelles d'une à deux ampoules, est totalement indolore, n'entraîne aucun trouble respiratoire ou cardiaque, a pour ainsi dire une action constante dans le rétablissement du péristaltisme intestinal.

Il semble d'ailleurs qu'elle rétablisse l'équilibre normal vago-sympathique car, chez les sujets normaux, l'auteur a essayé d'injecter de la prostigmine pour amener l'évacuation des gaz contenus dans le côlon et qui avaient gêné dans la prise de radiographie des reins avec ou sans préparation. Et, dans ces cas-là, la prostigmine s'est révélée à peu près incapable d'accélérer le péristaltisme intestinal.

On peut dire que ce médicament a une action pour ainsi dire spécifique de réveil d'un péristaltisme intestinal et vésical troublé. On l'emploie en injections sous-cutanées à la dose d'une ou deux ampoules dans tous les cas de parésies et de paralysies intestinale et vésicale non organiques, même chez les enfants.

(1) *Courrier méd.*, Paris, juin 1935, p. 23.



# Traitement du Parasitisme intestinal

par les Pyréthrinés (du *Pyrèthre*)

{ C. R. Acad. Sciences, p. 1847, 1923  
C. R. Acad. Médecine, 24-4 1928  
C. R. Soc. Thérapeutique, 9-5 1928

# CHRYSEMINE

Pyréthrinés Carteret

AUCUNE TOXICITÉ

SANS CONTRE-INDICATION

PERLES

GOUTTES

ASCARIS, OXYURES ET TOUTS HELMINTHES OU PROTOZOAIRES = cent cinquante gouttes ou trois perles glutinisées par jour.  
TRICHOCEPHALES ET TÆNIAS = trois cents gouttes ou douze perles glutinisées par jour.

Pour les enfants, abaisser ses doses suivant l'âge en commençant par cinquante gouttes.

Echantillons et Littérature : LABORATOIRES CARTERET, 15, rue d'Argenteuil, PARIS.

# SULFARSENOL

## ARSENOS-SOLVANT

ADOPTÉS PAR LES HOPITAUX

# EKTOPHANOL

SELS DE LITHIUM DE L'ACIDE PHENYLQUINOLEINE CARBONIQUE

Indications : Rhumatismes musculaires ou articulaires, aigus ou chroniques, Goutte, Sciatique, Lumbago, etc.

LABORATOIRES DE BIOCHIMIE MÉDICALE CH. DESGREZ, Dr en Ph<sup>e</sup>, 19-21, rue Van-Looy, PARIS XVI<sup>e</sup> — Tél. Auteuil 26-62

Granules de CATILLON

à 0,001 Extrait Titré de

# STROPHANTUS

C'est avec ces granules qu'ont été faites les observations discutées à l'Académie de Médecine en 1889, elles prouvent que 2 à 4 par jour donnent une diurèse rapide, relèvent vite le cœur affaibli, dissipent ASYSTOLIE, DYSPNÉE, OPPRESSION, ŒDÈMES, Affections MITRALES, CARDIOPATHIES des ENFANTS et VIEILLARDS

Granules de CATILLON 0,0004

# STROPHANTINE

CR.

TONIQUE du CŒUR par EXCELLENCE — TOLÉRANCE INDÉFINIE

Priz de l'Académie de Médecine pour "Strophantus et Strophantine", Médaille d'Or Expos. Univ. 1900

PARIS, 3, Boulevard St-Martin. — R. C. Seine 48283

## NOTES POUR L'INTERNAT (ORAL)

## HEMATURIES D'ORIGINE RENALE

L'hématurie est un symptôme des plus importants de la sémiologie rénale et sa constatation oblige à mettre en œuvre toute une série d'examen, afin de faire un diagnostic étiologique, un diagnostic du côté lésé et de poser des indications thérapeutiques.

L'hématurie reste d'ailleurs souvent un symptôme d'alarme.

**Diagnostic positif.** — L'hématurie d'origine rénale peut revêtir schématiquement trois aspects :

— *La grande hématurie*, réalisant une émission de sang pur ou presque pur, le plus souvent rouge. Elle peut être précédée de signes généraux et peut s'accompagner suivant l'importance de l'hémorragie, de pâleur, de tachycardie, de baisse de la tension artérielle, de refroidissement des extrémités.

— *L'hématurie de moyenne abondance* (100 à 300 gr.) qui se passe de signes généraux. Le sang est parfois noir, parfois rouge ; il peut contenir des caillots.

— *La petite hématurie* qui peut passer inaperçue ; elle demande souvent des examens spéciaux (Meyer, Weber) pour être décelée ; elle peut être microscopique ; elle a néanmoins la même valeur symptomatique que toute autre hématurie.

L'hématurie d'origine rénale peut être douloureuse, s'accompagnant parfois de douleurs à type de coliques néphrétiques.

**Diagnostic différentiel.** — Il est facile de reconnaître des urines médicamenteuses, bilieuses, des urines souillées par du sang menstruel, des urines hémoglobinuriques, dont la teinte sanglante s'oppose à l'absence de globules rouges à l'examen microscopique.

Étant donc sûr de la présence de sang dans les urines, il faut éliminer les hématuries d'origine basse :

Les hématuries d'origine vésicale ou urétrale.

L'examen des urines recueillies, au moment de l'émission, dans trois verres successifs, donne des renseignements importants :

L'hématurie d'origine rénale est une *hématurie totale*, les 3 verres sont également colorés.

Elle se différencie donc de l'*hématurie terminale* ou à renforcement terminal, dont la source est la vessie, et de l'*hématurie initiale* d'origine urétrale.

**Diagnostic étiologique.** — Lors des traumatismes de la région lombaire, l'apparition d'une hématurie témoigne d'une contusion du rein ; ce n'est pas une indication à l'intervention ; il faut simplement suivre son blessé, voir si apparaissent ou s'aggravent des signes d'hémorragie interne qui forceront à intervenir.

L'hématurie peut être un épiphénomène lors de certaines maladies infectieuses (scarlatine, grippe, rougeole), c'est un signe de gravité ; on peut la voir dans certaines néphrites aiguës, parfois au cours d'anurie ou lors de maladies hémorragiques.

Parfois l'hématurie est associée à d'autres signes rénaux.

— Un homme âgé fait une hématurie ; la palpation de ses fosses lombaires révèle l'existence d'une tumeur rénale, de par la constatation de deux signes : le contact lombaire et le ballottement rénal ; le rein est gros, bosselé, non douloureux, il est difficile d'apprécier s'il est fixé et en présence d'un tel cancer du rein, les résultats à distance de

la néphrectomie sont précaires et le pronostic doit être pessimiste.

— Dans un second cas, l'hématurie s'accompagne de douleurs ; elle suit, elle accompagne ou elle précède des coliques néphrétiques ; on pense d'emblée à une lithiase rénale, la radiographie, l'examen de la valeur fonctionnelle des reins permettront de voir si cette calculose est uni ou bilatérale et de poser des indications thérapeutiques.

— Enfin un adulte jeune présente, en même temps qu'une hématurie, des signes évidents de cystite ou bien une pyurie ; on doit alors penser à une tuberculose rénale.

Mais assez souvent, l'hématurie apparaît comme un signe isolé, comme un signe d'alarme et c'est les caractères de cette hématurie qui orienteront les possibilités du diagnostic.

— L'hématurie a un caractère provoqué : elle survient à la suite d'une marche, d'un voyage ; elle est peu abondante, douloureuse (douleur dans la région lombaire avec irradiations descendantes) ; elle est calmée par le repos au lit et exagérée par la marche.

On doit suspecter une lithiase rénale et faire une cystoscopie pour voir le côté qui saigne ; de plus une radio de tout l'arbre urinaire faite après les précautions d'usage permettra parfois de voir l'ombre d'un calcul.

— Dans d'autres cas, l'hématurie survient sans cause apparente : elle est spontanée ; chez un homme âgé, une hématurie spontanée abondante, capricieuse, intermittente, non calmée par le repos, non influencée par la marche, non douloureuse, fait penser à une tumeur rénale ; le palper des fosses lombaires est le plus souvent négatif et des examens deviennent nécessaires :

Une radio pour éliminer une calculose ;

Une cystoscopie pour connaître le côté qui saigne ;

Une urétéro-pyélographie qui permettra un diagnostic précoce. La néphrectomie donne dans ces cas d'excellents résultats ; parfois à l'ouverture de la pièce, on rectifie le diagnostic ; il s'agit d'une tumeur du bassin.

— Enfin l'hématurie spontanée survient chez un adulte jeune, elle est peu abondante, capricieuse, indolente, non influencée par le repos et la marche. Dès que les urines redeviennent claires, il est nécessaire de rechercher l'existence de la plus minime pyurie, surtout d'examiner bactériologiquement des urines fraîches recueillies aseptiquement après restriction liquidienne ; des colorations rigoureuses, au besoin l'inoculation au cobaye, mettront en évidence la présence de B. K.

Surtout, on fera une cystoscopie : on recherchera l'existence de lésions vésicales qui, même minimes, signalent la tuberculose rénale : ces lésions (granulation, ulcération ou plaque ecchymotique) siègent électivement dans la zone périurétrale ou au sommet de la vessie ; un méat urétral est normal, l'autre est altéré (rougeur, œdème, rigidité des bords de l'orifice).

Cette cystoscopie permettra de faire un cathétérisme urétral : un examen comparatif des deux reins, quant à leur valeur fonctionnelle, montrera un gros déficit fonctionnel du côté malade : le rein tuberculeux présente un pouvoir de concentration uréique très précocement et très durement touché.

Nous voyons donc que l'apparition d'une hématurie pose des problèmes de diagnostic qui ne peuvent être menés à bien qu'en mettant en œuvre toute une série d'examen spéciaux, tant pour faire le diagnostic du côté qui saigne que celui de la lésion et le pronostic qu'elle comporte.

ROGER-JEAN CHEVALLIER.

Le Directeur-gérant : D<sup>r</sup> François LE SOURD.



# "CALCIUM-SANDOZ"

Injectable, sans inconvénients, par la voie intramusculaire et la voie veineuse

**Ampoules de 5 cc. et 10 cc.**  
(solutions à 10 % et à 20 %)

**Tablettes chocolatées**

**Comprimés effervescents**

**Poudre granulée**

**Ampoules de 2 cc.,**  
(solution à 10 %)

3 à 6 par jour.

2 par jour.

3 cuillérées à café par jour.

Une ampoule tous les jours  
ou tous les 2 à 3 jours.

**FORME NOUVELLE : "Calcium-Sandoz" Sirop.**

PRODUITS SANDOZ, 20, rue Vernier. — PARIS-17<sup>e</sup>

B. JOYEUX, Pharmacien de 1<sup>re</sup> classe

## OLÉTHYLE-BENZYLE

R. C., 225.781

A. GUERBET & C<sup>o</sup> PHARMACIENS

THERAPEUTIQUE & RADIOLOGIE

### LIPIODOL

**LAFAY**

Huile iodée à 40 %.

0. gr. 54 d'iode par cm. 3

22, Rue du Landy, St-Ouen, près Paris

### RHIZOTANIN CHAPOTOT

Tanin de Fraiser - Sels de chaux et de magnésie

**Tonique -- Reconstituant -- Recalcifiant**

Anémies — Bronchites chroniques — Prétuberculos.  
Amélioration rapide des Accidents Diarrhéiques  
et des Néphrites Albuminuriques.

**Cachets pour adultes -- Poudre pour enfants**  
**Granulé pour adultes et enfants**

Éch. Méd. grat. P. AUERLOT, Ph. 56, bd Ornano, PARIS-18<sup>e</sup>

## UROMIL

ÉTHER PHÉNYL CINCHONIQUE — PIPÉRAZINE — HÉXAMÉTHYLÈNE TÉTRAMINE



**MOBILISE — DISSOUT**  
**ÉLIMINE**

**L'ACIDE URIQUE**

**ARTHRITISME**

DE L. BELLIÈRES — 19, RUE DROUOT — PARIS

**CHARBON DE PEUPLIER** sous forme de **GRAINS ANISÉS** de **CHARBON TISSOT**  
Humectent, divisent, aseptisent, expulsent.  
et conséquences : MAUVAISES DIGESTIONS, MIGRAINES, LOURDEURS de TÊTE  
DIVISION du **BOL ALIMENTAIRE** HÉMORROIDES, etc. — Une cuillerée à café avalée comme des graines de lin, après chaque repas.  
**CONSTIPATION** Toutes Pharmacies. — Échantillons : PARIS, 34, BOULEVARD DE CLICHY (Service Ad.)

**ESTOMAC**

# **SEL DE HUNT**

**HYPERCHLORHYDRIE  
FERMENTATIONS ACIDES  
GASTRALGIES**

**LABORATOIRES ALPH. BRUNOT  
16, Rue de Boulainvilliers, PARIS**

TOUTES les Affections du **FOIE** et du **REIN** :  
1 à 2 capsules à chacun des deux principaux repas de :

# **CAPARLEM**

**HUILE DE HAARLEM** (au Juniperus Oxycedrus)

**QUALITÉ INCOMPARABLE ET ACTIVITÉ INSOUPEÇONNÉE**

Laboratoire Lorrain de Produits Synthétiques purs — **ETAIN** (Meuse)

## **LAC-SER**

**LACTOSERUM DESSÉCHÉ**

Un paquet de 5 gr. dilué dans 100 gr. de liquide  
reconstitue 100 gr. de lactosérum naturel

Boîte de 30 paquets

**LABORATOIRE**

**MONTAGU**

49, B<sup>d</sup> de PORT-ROYAL

**PARIS**



*La Lancette Française*

# GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE) - PARIS, 6<sup>e</sup>. Tél. : Danton 48-31.PUBLICITE : M. A. THIOILLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6<sup>e</sup>) - Téléph. : LITRE 54-93.

## PRIX DE L'ABONNEMENT

### FRANCE

3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.

*Etudiants* : 25 francs par an.

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

### ETRANGER

Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.

Tous les autres pays : 75 francs.

## SOMMAIRE

### TRAVAUX ORIGINAUX

*Epilepsie et hystérie. Présentation clinique*, par M. R. BENON.  
*Abscès tuberculeux de la paroi abdominale antérieure. Exérèse.*  
*Guérison*, par M. Ch. MASSIAS.

### CHRONIQUE

*Défense passive. Les moyens de protection en état de surprise sans masque et sans abri.*

### REVUE DES THÈSES

### PRATIQUE MÉDICALE

### LIVRES NOUVEAUX

### TITRES

### TABLES DES MATIÈRES ET DES AUTEURS

## INFORMATIONS

**HÔPITAUX DE PARIS. — MUTATIONS. — Oto-rhino-laryngologistes.** — A Laennec (en remplacement de M. Bourgeois, limite d'âge), M. André Bloch, titularisé; — A la Pitié (service créé), M. Ramadier, titularisé.**Consultations.** — A Bretonneau, M. Lallemand; — A Brévannes, M. Lemarié.**Electro-radiologistes.** — A Necker (en remplacement de M. Guibert, limite d'âge), M. Thibonneau, de Trousseau; — A Trousseau, M. Guénaux, de la Maison municipale de santé; — A Tenon (en remplacement de M. Darbois (limite d'âge), M. Gilson, titularisé. (Médecins, chirurgiens, services temporaires et accoucheurs, voir le précédent numéro.)**— PRIX FILLIOUX.** — En conformité du legs fait à l'administration générale de l'Assistance publique par le docteur Fillieux, un concours doit être ouvert, chaque année, pour l'attribution de deux prix de même valeur, à décerner : l'un à l'interne, l'autre à l'externe des hôpitaux qui auront fait le meilleur mémoire et le meilleur concours sur les *Maladies de l'oreille*. Le montant de chacun de ces prix est fixé, chaque année, à la fin du concours.

Exceptionnellement, en 1936, il sera décerné deux prix aux candidats internes, deux prix aux candidats externes.

Pour l'année 1936 le concours sera ouvert le lundi 9 mars 1936.

Les élèves qui désireront y prendre part seront admis à se faire inscrire à l'administration centrale (Service de santé),

tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de 14 à 17 h., du 4 au 15 janvier 1936 inclusivement.

Le mémoire prescrit comme épreuve du concours devra être déposé avant le mercredi 15 janvier, dernier délai.

Ce mémoire devra être manuscrit et inédit.

**CONDITIONS DU CONCOURS. — I. Programme du concours. —****1°** Un mémoire manuscrit et inédit sur les *Maladies de l'oreille*, le sujet de ce mémoire étant laissé au choix des candidats qui devront nécessairement comprendre dans leur étude l'élément anatomo-pathologique;**2°** Une épreuve clinique spéciale sur un malade atteint d'une affection de l'oreille. Il est accordé au candidat vingt minutes pour examiner le malade, et dix minutes pour faire sa leçon après dix minutes de réflexion.

Le maximum des points à attribuer à la suite de chacune de ces deux épreuves est de :

Pour le mémoire..... 30 points

Pour l'épreuve clinique..... 20 —

**II. Jury du concours.** — Le jury du concours est composé de cinq membres tirés au sort, savoir :

Trois parmi les chefs des services d'oto-rhino-laryngologie des hôpitaux, titulaires et suppléants.

Un médecin et un chirurgien parmi les médecins et chirurgiens chefs de service des hôpitaux, en exercice et honoraires, ainsi que parmi les médecins et chirurgiens des hôpitaux comptant huit années d'exercice à partir du 1<sup>er</sup> janvier qui a suivi leur nomination.**FÉDÉRATION DES MÉDECINS DU FRONT.** — La Fédération organise, au profit des veuves de médecins morts à la guerre, une fête de bienfaisance qui aura lieu au Cercle militaire (place Saint-Augustin) le dimanche 29 décembre 1935, après-midi. Des cartes d'entrée (5 fr.) se trouvent chez le secrétaire, docteur Rimé, 4, rue Pierre-le-Grand.Laboratoire Mialhe - 8 Rue Favart - Paris - 2<sup>e</sup>

La feuille de digitale se prescrit :

**Digi-LANATINE**Extrait total des glycosides  
du Digitalis Lanata

## CHRONIQUE

### DÉFENSE PASSIVE

#### *Les moyens de protection en état de surprise sans masque et sans abri.*

Le pharmacien colonel Bruère, dont on connaît la haute compétence en matière de défense contre les gaz, a bien voulu m'envoyer une excellente brochure (1) contenant une conférence faite récemment au Musée social.

Dans l'éventualité (que l'on voudrait pouvoir écarter, mais à laquelle il faut toujours penser) d'une attaque aérienne, peut-on arriver à se protéger sans moyens spéciaux ? Oui, dans une certaine mesure, en employant des moyens de fortune.

Le danger contre lequel il faut essayer de se prémunir est de trois sortes :

1° Les explosifs simples capables de démolir tout ou partie de l'immeuble. Le danger d'écrasement n'est pas le seul. N'oublions pas qu'un seul kilog de poudre B dégage 900 litres de gaz, dits de la poudre, renfermant 300 litres d'oxyde de carbone, quantité suffisante pour rendre toxique en quelques minutes un souterrain de 90 mètres de longueur sur 5 de largeur et 2 de hauteur ;

2° Le péril incendiaire sur lequel il est inutile d'insister ;

3° Le péril chimique, le plus important.

Voici quelques conseils donnés par le colonel Bruère. Méditons-les et n'oublions pas qu'ils représentent un minimum.

« A notre avis, dit M. Bruère, au lieu de se précipiter avec affolement dans une cave dont les ouvertures sont difficilement obturables, il serait préférable de rechercher asile dans les pièces les moins bien aérées des appartements situés au deuxième ou au troisième étage, c'est-à-dire susceptibles de ne pas subir le premier choc d'un engin explosif. Il y aurait lieu de s'efforcer de clore les pièces contiguës, plus exposées, en fermant les volets pour lutter contre les effets de souffle, de coller des bandes de papier résistant ou de toile sur les vitres et les fissures des ouvertures, comme s'il s'agissait de procéder à une désinfection.

Le savon noir est un ingrédient de secours capable de jouer, tout à la fois, le rôle de colle et de joint obturateur.

La plus élémentaire prudence exige que des vivres et notamment du pain, du beurre, du fromage, les fruits disponibles (oranges et pommes notamment, munis d'une cuticule protectrice) soient rassemblés dans l'abri improvisé et placés dans des boîtes métalliques pour faciliter leur transport, sans contamination, dans le cas d'évacuation forcée des locaux (2).

Une réserve d'eau, constituée autant que possible en bouteilles, ne devra pas être négligée.

En ce qui concerne la durée de séjour sans régénération de l'air, il y aura lieu de se souvenir que le repos est de rigueur :

1° Pour réduire au minimum les besoins en oxygène de l'organisme ;

2° Pour retarder le moment où le seuil de toxicité serait atteint, si un produit nocif réussissait à s'infiltrer.

Rappelons que l'appréciation de la durée de séjour-limite s'effectue très simplement par la formule  $1,5 \times \frac{V}{N}$  en fonction du volume (V) en mètres cubes du local et du nombre (N) des occupants.

(1) Paris 1935, Vigot frères.

(2) P. BRUÈRE. *Exercices pratiques sur la protection contre les gaz de combat*, 1933. — Prix : 3 fr. — Paris, Vigot.

A titre d'exemple : dans une pièce close de 60 mètres cubes (soit 5 mètres  $\times$  4 mètres = 20 mètres carrés de surface utile, pouvant recevoir de 10 à 20 occupants) et 3 mètres de hauteur, le temps de séjour-limite de 15 personnes au repos sera de  $1,5 \times \frac{60}{15}$  soit 6 heures.

En prévision de l'obligation d'évacuer le local, si les occupants étaient incommodés ou si l'ordre de se replier venait à être donné, il faudrait avoir à sa disposition des mouchoirs et diverses matières de première urgence, nécessaires pour constituer des tampons protecteurs des voies respiratoires ; ceux-ci seraient confectionnés avec des alcalins non caustiques, dont le type est le bicarbonate de sodium, plutôt que du sel Solvay, dont il serait fait néanmoins usage si les circonstances l'exigeaient. On ajouterait si possible de l'hyposulfite de sodium pour photographie.

Actuellement, toute personne prévoyante devrait avoir à sa disposition un petit approvisionnement de charbon actif, qui serait précieux pour réaliser un masque de fuite ou de fortune.

Ce produit offre l'avantage de trouver un emploi pour l'épuration de l'eau par le procédé à l'eau de Javel (dont le type pratique est le carbochlore) et de permettre le décaféinage des infusions de café pour éviter l'insomnie.

Au cours de la dernière guerre, où le phosgène fut largement employé comme gaz de combat, on avait conseillé aux personnes complètement démunies de moyens de protection de placer devant le nez et la bouche un tampon imbibé d'urine, dont l'urée exerce une action neutralisatrice ; évidemment, ce sont là des moyens précaires et de peu de durée qui permettraient à peine de sortir d'une zone infectée, attendu qu'il est prescrit de ne pas courir pour ne pas augmenter la fréquence respiratoire.

Actuellement, un danger nouveau, les arsines pulvérulentes du type Adamsit, exigent l'emploi de filtres constitués par du papier d'alfa et des bourres de laine ou de verre filé, diversement colmatés, qu'il serait difficile de remplacer par du coton hydrophile auquel on devrait cependant faire appel en dernier ressort, ainsi qu'aux tissus perméables (genre flanelle) ou tricotés (du type cache-nez)...

On le voit, les moyens de fortune, eux-mêmes, demandent une certaine préparation. Et ils paraissent bien incertains. Il était cependant utile de les faire connaître en attendant que se réalise suivant le vœu de M. Bruère, une entente entre propriétaires d'immeubles et locataires pour aménager dans les sous-sols ou dans les étages intermédiaires convenablement choisis, où le principe de la surpression serait méthodiquement mis en œuvre, des refuges respiratoires aptes à fonctionner dès l'appel des sirènes d'alarme.

F. L. S.

ANÉMIES  
DYSPEPSIES  
ANTITOXIQUE



DOSE: 4 à 6  
TABLETTES  
PAR JOUR

BIOXYDE DE MANGANESE COLLOIDAL, SELS MAGNÉSIENS  
Laboratoire SCHMIT, 71 Rue Sainte-Anne, PARIS. 2.

**PULVEOL**

ANTIGÈNE DU CARREFOUR AERO-DIGESTIF  
POUDRE et PASTILLES

Laboratoire et Echantillon : 10, Impasse Mûrier, Paris (19)

Néoralgies  
Néorites

**BROMÉINE MONTAGU**



LABORATOIRES DEGLAUDE  
15, BOUL<sup>e</sup> PASTEUR, PARIS (XV<sup>e</sup>)

MÉDICAMENTS CARDIAQUES  
SPÉCIALISÉS



**SPASMOSEDINE**  
SÉDATIF CARDIAQUE

**DIGIBAÏNE**  
TONIQUE CARDIAQUE

*les 2 médicaments cardiaques essentiels*

# CONSTIPATION

AUCUNE ACCOUTUMANCE

ACTION RÉGULIÈRE  
ET CONSTANTE

1 à 6 comprimés par jour  
aux repas ou au coucher  
Commencer par deux comprimés

LABORATOIRES LOBICA  
46, AVENUE DES TERNES - PARIS  
25, RUE JASMIN - PARIS (16<sup>e</sup>)



# TAXOL

à base de :

- POUDRE DE MUQUEUSE  
INTESTINALE
- EXTRAIT BILIAIRE
- FERMENTS LACTIQUES
- AGAR-AGAR

POSOMÉTRIE ABSOLUMENT RIGOREUSE

## CALOMEL VICARIO

PETITS COMPRIMÉS

Un milligramme, quart et demi-centigramme  
un, deux et cinq centigrammes  
DÉSAGRÉGATION RAPIDE

NÉVRALGIES — GRIPPE — RHUMATISMES

## NOPIRINE VICARIO

ASPIRINE RENFORCÉE

Pharmacie VICARIO, 47, boul. Haussmann, PARIS



## ÉPILEPSIE ET HYSTÉRIE

## PRÉSENTATION CLINIQUE

Par M. R. BENON,

Médecin du Quartier des maladies mentales  
de l'Hospice général de Nantes.

Le diagnostic différentiel de l'hystérie et de l'épilepsie, dans certains cas, reste très difficile. On s'étonne que dans l'épilepsie, notamment dans l'épilepsie dite essentielle, si fréquente, si nette dans ses manifestations cliniques, les recherches biologiques restent vaines. Comment une maladie aussi grave ne s'accompagne-t-elle pas de signes physiques indiscutables ? On doit trouver et on trouvera sans doute prochainement les caractères organiques propres de cette affection. Pour l'hystérie la question est plus complexe. Malgré qu'on en ait, les crises hystériques sont une réalité ; elles ne sont que rarement simulées, à la condition, bien sûr, de faire des examens sérieux et quelquefois prolongés du sujet ; lorsqu'elles sont simulées, elles sont, en principe, aisées à distinguer des crises réelles. L'hystérie est-elle une maladie ? On ne saurait guère se prononcer sur ce point. Elle se présente sous forme d'accès morbides, d'origine émotionnelle ou passionnelle, toujours sans gravité, toujours curable (sauf, dans quelques cas, les paralysies et contractures).

**A. ÉPILEPSIE.** — On doit distinguer : 1) les crises ; 2) les troubles mentaux qui les suivent ou remplacent (équivalents possibles).

**1. Les crises épileptiques.** — Leurs caractères propres sont les suivants : les crises éclatent sans prodromes et n'importe où, dans la rue, aux champs, en voiture ; s'il existe une aura, motrice, sensorielle, elle dure l'espace d'une seconde ; le sujet pousse un cri spécial, effrayant ; la chute à terre est brutale, souvent accompagnée de blessures ; les convulsions constatées sont des convulsions d'abord toniques (raideurs), puis cloniques (secousses), aux membres et à la face ; la perte de connaissance est totale ; le pouce, contracté dans la paume de la main, est recouvert par les autres doigts ; l'écume de la bouche est presque sanguinolente ; le visage, d'abord pâle et contracté, devient violacé ; les pupilles sont d'ordinaire en mydriase ; la respiration, d'abord arrêtée, reprend peu à peu un type normal ; les morsures de la langue, l'émission des urines sont constantes dans les cas classiques ; le sommeil, après la crise est profond ; c'est la phase de stertor des auteurs ; l'amnésie de la crise est totale ; quand le sujet sort de sa crise il présente souvent de la confusion mentale épisodique ; revenu à lui, et voyant le désordre qui l'entoure, — quelquefois, rarement, — il verse des larmes ; la durée de la crise épileptique elle-même est courte (deux à trois minutes).

**2. Épilepsie et troubles mentaux.** — Ce sont : 1) l'absence épileptique, par exemple dans la conversation ; 2) le vertige épileptique, avec chute, sans convulsions ; 3) l'état second, avec déplacement, voyage, fugue ; 4) la démence, fréquente dans les asiles, associée souvent à l'asthénie ; 5) la confusion

mentale, post-critique, toujours épisodique ; 6) le délire hallucinatoire, subaigu, post-critique, très rare ; 7) la manie, très commune après une série de crises (asthénomanie post-épileptique) ; 8) la débilité mentale congénitale, associée à l'épilepsie.

**B. HYSTÉRIE.** — Comme pour l'épilepsie, on distingue les crises et les troubles mentaux qui les suivent.

**1. Les crises hystériques.** — Elles présentent des signes qui leur sont particuliers : elles sont précédées de prodromes (énervement, contrariétés), qui durent cinq à dix minutes et plus, sauf dans les crises dites spontanées ou périodiques (rares) ; il n'y a pas de cri initial ; la chute n'est pas brusque, c'est une sorte d'effondrement ; la perte de connaissance n'est pas complète, le plus ordinairement ; les convulsions sont désordonnées, arythmiques (coups de pieds, de poings, de tête ; torsions, arrachements, bris d'objets) ; le pouce est en dedans ou en dehors de la paume ; l'écume de la bouche est presque toujours blanche ; la face est rouge ; les pupilles sont plutôt en myosis ; la respiration est tantôt arrêtée (le sujet suffoque), tantôt très ample ; on peut noter de petites morsures de la langue ou des lèvres, par énervement ; l'émission des urines est tardive, quand elle existe ; les pleurs à la fin de la crise sont constants, les attitudes passionnelles plutôt rares ; le sommeil et l'asthénie post-critiques sont moins profonds que dans l'épilepsie ; l'amnésie est rarement totale ; la crise est de longue durée : quinze à trente minutes et plus.

**2. Hystérie et troubles mentaux.** — On peut observer : 1) en dehors des crises : des états seconds, du somnambulisme ; 2) après les crises : du délire hallucinatoire, curable ; de la confusion mentale, épisodique ; de l'asthénie prolongée ; de la manie, enfin la démence précoce.

## ABCÈS TUBERCULEUX DE LA PAROI ABDOMINALE ANTÉRIEURE EXÉRÈSE. GUÉRISON

Par M. CHARLES MASSIAS.

Il est classique d'observer, faisant saillie sous les téguments au-dessus de l'arcade crurale, des abcès venant d'une fosse iliaque, et d'origine pottique. En revanche l'abcès tuberculeux dans l'épaisseur même de la paroi abdominale, évoluant pour son propre compte est rare. En voici une observation :

**OBSERVATION.** — Une Chinoise de 28 ans présente, au-dessus de l'arcade crurale droite, une tumeur oblongue, fluctuante, adhérente aux plans profonds, et dont l'axe est parallèle à celui du canal inguinal. La peau est intacte et mobilisable sur la tumeur. Température 38°. Pas d'adénopathies crurale droite, inguinale gauche, axillaires, cervicales. Rate et foie non palpables. Aux poumons rien de particulier. Au rachis, aux hanches, rien de particulier.

Sous anesthésie au chloroforme, la tumeur est enlevée en bloc. Elle est adhérente en bas à l'aponévrose du grand oblique, en arrière et en dedans au transverse et au petit



oblique, elle est en dehors du canal inguinal, se termine en bas à l'arcade crurale, elle ne se continue pas avec la région crurale. Elle est allongée, de la grosseur d'une aubergine. Après son ablation, on referme au catgut l'aponévrose du grand oblique, on laisse un drain.

Cette tumeur est en réalité un abcès, à paroi assez épaisse, la face interne étant assez irrégulière. Le pus (200 cm<sup>3</sup>) est sans odeur, verdâtre, sans grumeaux. Il est constitué par des polynucléés en cytolyse, granulo-grasieux, sans microbes. La recherche du bacille de Koch a été négative. Il n'a été fait que des ensemencements sur gélose, nous n'avons pas à ce moment de milieu spécial pour le bacille tuberculeux. Sur gélose les ensemencements ont été négatifs. A la suite de l'ablation, apyrexie. L'évolution de cette tumeur avant son ablation est imprécise, il semble qu'elle remontait à quelques mois. L'interrogatoire de la malade n'a fourni aucune indication particulière et précise. Vernes : 2. La malade est partie guérie le 22<sup>e</sup> jour.

L'examen *in situ* au moment de l'opération a montré qu'il s'agissait d'un abcès sous-aponévrotique, inter-musculaire, sans relation osseuse ou articulaire avec la hanche, le rachis, l'os coxal.

A l'examen histopathologique de la paroi de l'abcès, follicules tuberculeux typiques, réaction fibreuse marquée, sur coupes pas de bacilles de Koch visibles.

Il semble que l'origine de cet abcès tuberculeux inter-musculaire soit dans une infection des lymphatiques sous-ombilicaux ou d'un ganglion rétro-crural.

Notre cas se rapproche de ceux que Ménard a publiés (*Paris Médical*, 27 août 1932, 161-164) sous le nom « d'abcès tuberculeux de la paroi abdominale antérieure traités par exérèse suivie de guérison ». Dans l'un d'eux, il s'agissait d'un abcès adhérent à droite à la face superficielle des muscles obliques et de la gaine du grand droit, dans l'autre d'un abcès siégeant à gauche entre le péritoine et le plan musculaire du transverse, adhérent à l'un et à l'autre, provenant de l'infection tuberculeuse d'un ganglion de la chaîne épigastrique.

Ces abcès tuberculeux intra-pariétaux sont rares, l'exérèse en amène la guérison.

## REVUE DES THÈSES

Contribution à l'étude clinique des mucines en gastro-entérologie (Mucinothérapie) (1), par le docteur Yves LE-GRIER.

Le rôle protecteur du mucus dans les affections digestives est connu depuis longtemps. La décoction d'escargots avait dans l'ancienne pharmacopée une valeur antigestralgique. Claude Bernard, Schiff, Harley avaient déjà vu l'importance du mucus dans la pathologie gastrique.

C'est à l'école de Leriche que l'on doit cependant l'hypothèse d'une insuffisance de protection de la muqueuse par trouble de sécrétion et d'excrétion du mucus de surface, dans la pathologie des ulcères gastro-duodénaux.

L'action protectrice du mucus est l'un des processus de « self-protection » des parois digestives contre le suc gastrique dans la pathogénie des ulcères.

Les mucines thérapeutiques font partie du groupe des gluco-protéides, leur radical hydrocarboné est constitué par l'acide muco-sulfurique.

La composition chimique des mucines thérapeutiques et l'étude de leurs principales propriétés montrent que la viscosité, la résistance considérable des mucines vis-à-vis des agents protéolytiques les plus énergiques, la protection chimique envers les acides ou les alcalis, en jouant le rôle d'ampholyte, sont les trois modes d'action de ces mucines.

Les mucines préparées en Allemagne et en France échappent aux inconvénients des mucines américaines, car elles sont exemptes d'histamines.

La mucine gastrique a de nombreuses indications dans les syndromes ulcéreux gastro-duodénaux. Le raccourcissement d'une poussée douloureuse et la brusque diminution de la fréquence des périodes douloureuses dans les mois qui suivent la médication semblent démontrer le rôle thérapeutique de la mucine.

La mucine gastrique paraît devoir prendre place dans la thérapie si difficile et si délicate de certaines gastrites de diverses origines.

La mucine intestinale donne des résultats favorables dans les colites spasmodiques, les typhlocholécystites, les syndromes entéro-hépatiques, les colites superficielles, l'entéro-colite muco-membraneuse et certaines colites amibiennes et tuberculeuses.

Pour l'estomac, comme pour l'intestin, le traitement par les mucines constitue le traitement de fond, la médication réalise un véritable pansement de la muqueuse digestive mais ne réalise que cela : c'est dire la nécessité de lui associer les diverses médications spasmodiques, opothérapiques, anti-infectieuses ou biologiques.

## PRATIQUE MÉDICALE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU TRAITEMENT DE LA MALADIE ULCÉREUSE GASTRO-DUODÉNALE PAR LES ACIDES AMINÉS (1).

Par le docteur ZOUTEN (de Saint-Maur).

L'auteur publie deux observations excessivement intéressantes concernant le traitement de la maladie ulcéreuse gastro-duodénale par la laristine. C'est une contribution très pratique à l'étude de l'acidaminothérapie, qui prend de jour en jour une importance de plus en plus grande grâce aux publications et aux travaux de l'école de Strasbourg. On est d'autant plus tenté d'insister maintenant sur la valeur thérapeutique de cette méthode nouvelle que le traitement des ulcuses par l'histidine commence à être partout très souvent appliqué, en particulier à l'étranger. Qu'il nous soit permis de rappeler d'une part les travaux de Stolz, Weiss et Aron, d'autre part ceux de Desplas, Lenormand, Castaigne, Chaumerliac, et enfin les observations si intéressantes des professeurs Bogendoerger et Volhard.

Ce qui fait l'intérêt primordial de la laristine, c'est son action manifeste sur le rythme et l'intensité des poussées ulcéreuses et même, au point de vue pratique, l'administration de la laristine présente un sérieux avantage en ce sens qu'elle n'implique ni l'hospitalisation, ni un régime sévère. Enfin il est nécessaire d'insister sur le point fondamental suivant : la laristine n'est pas seulement un traitement symptomatique, c'est le premier traitement pathogénique de l'ulcère gastro-duodénal ; sans aucune médication adjuvante, les douleurs atroces de la crise ulcéreuse, les hémorragies, les vomissements, la susceptibilité s'amendent très rapidement, dès les premières piqûres, avec une reprise remarquable de l'état général. Le parfait fonctionnement de l'estomac permet une alimentation large qui s'oppose au régime classique déprimant des ulcéreux.

(1) *Th. de Paris*, 1935. — Paris, Vigot frères.

(1) *Concours méd.*, Paris, juillet 1935, n° 28.



# TABLE DES MATIERES

1935

## A

ACCÈS colibacillaires, 427. — de la base de la langue, 1656. — de la couche optique, 593. — de la moelle épinière, 818. — de l'encéphale, 74. — du cervelet, 783. — du pömon, 426, 573, 887\*. — du pömon au cours du cancer de l'ösophage, 1125. — du pömon. Erythème nouveau, 44. — encapsulés du cerveau, 317. — froids du thorax, 1063. — tuberculeux de la paroi abdominale, 1777\*.

ABRINE, 266, 373.

ACADÉMIE de chirurgie, 1661, 1678. — de Médecine. Nouveau règlement relatif au Prix Albert 1<sup>er</sup> de Monaco, 842. — de Médecine. Séance annuelle. Prix décernés, 1710. — des Sciences. Prix décernés, 1513. — roumaine de médecine, 609.

ACANTHOSIS négricans, 638, 1265.

ACCIDENTS DU TRAVAIL, 74, 1285. — toxiques post-opératoires, 1223.

ACÉTYLCHOLINE, 446, 786, 1174.

ACIDE ascorbique, 544, 866, 1080, 1762. — biliaires, 1223. — carbonique. Action bactéricide sur les germes de l'eau, 865. — lithocholique, 1123. — phosphorique, 611. — urique, 1599.

ACROCYANOSE et insuffisance testiculaire, 596. — et syndrome de Basedow, 410.

ACRODYNIE, 1144. — familiale, 1454. — infantile, 610, 804.

ACROMÉGALIE et syndrome adipo-génital, 317.

ACROMION, 879.

ACRORHUMATISME, 700.

ACTUALITÉS. — Anémies et transfusion, 730. — Antimoine. Le renouveau de l'—, 1009. — Histidine, 1335. — Hormone cortico-surrénale, 313. — et stimulation endocrinienne, 1723\*. — Maladie des pêcheurs d'éponges nus, 1467. — Métabolisme de l'azote, 521. — Quinidine et quinine en thérapeutique cardiaque, 1592. — Sérums de convalescents, 37. — Surrénalectomie. De quelques indications, 977.

ADÉNITES bacillaires et rayons ultraviolets, 496. — chroniques, 852. — mésentériques, 1095.

ADÉNO-CANCER, 917.

ADÉNO-ÉPITHÉLIOME du foie, 1063.

ADÉNOÏDITE, 44.

ADÉNOPATHIE médiastinale calcifiée, 888.

ADIPOSITÉ, 1034.

ADRÉNALINE, 231, 448. — et choc péptonique, 1080 — et pression artérielle, 1014.

AÉROPHAGIE, 610, 1358.

AIL, 983.

AGGLUTININES et B. coli, 102.

AGRANULOCYTOSE, 1095.

ALCALOSE rénale, 661\*.

ALGIES pelvi-génitales, 1681. — Traitement des —, 919.

ALIÉNATION mentale, 410.

ALIMENTATION de l'enfant. Les protides, 848\*. — du nourrisson et farine de Soja, 1107\*. — du nourrisson et farine de Tournefort, 1158\*. — Viande dans l'— du nourrisson, 1192.

ALLERGIE cutanée, 1703. — syphilitique expérimentale, 541. — tuberculinique, 1098.

ALLONALIMANIE, 819.

AMINOCOMARANES, 214.

AMPUTATION du rectum, 888.

AMPUTÉS et prothèse, 1203.

AMYGALE linguale, 77.

ANAÉROBIES, 1205.

ANALYSES ET INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES. — Chirurgie orthopédique, par M. Lance, 553. — Dermatologie et syphiligraphie, par MM. Gastinel et Pulvenis, 1265. — Electrologie en 1934, par MM. Delherm et Loubier, 277. — Maladies des enfants, sous la direction de M. Babonineix, 1185. — Oto-rhino-laryngologie, par M. Paul Truffert, 69. — Radiologie en 1934, par MM. L. Delherm et P.-H. Codet, 877. — Tuberculose, sous la direction du Prof. Lemièrre, par M. P. Adida, 1701.

ANAPHYLAXIE, 665, 1045, 1388.

ANASARQUE, 12.

ANATOXINE staphylococcique, 1125, 1762.

ANÉMIE, 734, 1206, 1556. — et transfusion, 730\*. — et vagotonine, 804. — grave par tumeur gastrique, 580. — hémolytique aiguë, 818. — hypochrome, 1142. — pernicieuses. Traitements modernes, 1153\*.

ANESTHÉSIE à l'Evipan, 480, 820, 851, 1128, 1207. — au rectanol, 494. — des splanchniques, 178. — électrique, 318. — Fondation de la Société d'études sur l'—, 50. — générale à l'Evipan sodique en O. R. L., 69. — locale, 318, 950. — rectale, 69. — sympathique, 1160.

ANESTHÉSIQUE de base, 970.

ANÉVRISME cirsoïde de la main, 918. — de l'aorte, 318. — poplite traumatique, 525.

ANGINE de poitrine, 981, 1494. — et réaction de Schick, 525. — grave à monocytes, 12.

ANGIOCHOLÉCYSTITES infectieuses, 684.

ANGIO-ENDOTHÉLIOME de la gouttière humérale, 1642.

ANNIVERSAIRE. Centième — de la mort de Dupuytren, 510.

ANTICORPS brucelliques, 774. — et acide phénique, 1205.

ANTIGÈNE, 1098. — méthylique de Boquet et Nègre, 1703.

ANTIMOINE. Le renouveau de l'—, 1009\*.

ANTIMONIAUX, 1470.

ANTITHERMIQUE, 1015, 1030.

ANTITOXINE diphtérique, 1016. — staphylococcique, 1175.

ANTHIOMALINE, 582.

ANURIE post-opératoire, 304.

AORTE. Perforation par arme à feu, 338. — Rétrécissement congénital de l'isthme de l'—, 1125.

APHASIE, 1032.

APIOL, 1565, 1613\*.

APNÉE du nouveau-né, 304.

APOPHYSITE, 1642.

APPAREIL de mesure cardiovasculaire, 1492. — plâtré pour fracture de la clavicule, 1095.

APPAREILLAGE pour fractures, 850.

APPENDICE et grains de plomb, 865.

APPENDICITE calculeuse, 883. — chronique, 1403. — et albuminurie, 58. — et grippe, 1141. — occlusion, 1747. — tuberculeuse, 390.

APTITUDES familiales aux localisations morbides, 738.

ARACHNOÏDITE de la fosse cérébrale postérieure consécutive à la varicelle, 1073\*. — spinale, 594.

ARGYRISME, 304.

ARTÉRIOGRAPHIE, 248, 287, 372, 479, 820, 883, 1079.

ARTÉRIO-OSCILLOGRAPHIE, 525.

ARTHRITE chronique, 320. — chronique du genou, 320.

ARTHRITIS, 1208.

ARTHRORÈSE, 1128. — sous-astragaliennne précoce dans les pieds bots paralytiques, 561.

ARTHROPATHIES hémothéropiques, 724\*.

ARTHROPATHIQUE. Psoriasis — et glandes endocrines, 818\*.

ARTHROPLASTIE du genou, 247.

ARYTHMIES, 984. — Galop protodiastolique, 1126.

ASBESTOSE pulmonaire, 1095.

ASCITES cirrhotiques, 546. — cirrhotique et Népal, 371.

(\*) Les indications suivies d'un astérisque correspondent à des articles.

ASPHYXIES aiguës par l'oxyde de carbone. Traitement par le carbogène, 1217, 1249\*. — pharyngée, 1030. — Réanimation dans les — accidentelles, 131.

ASSEMBLÉE française de médecine générale, 1000, 1524.

ASSISTANCE obstétricale en Afrique française et au Congo belge, 699.

ASSOCIATION fenchone-acétylcholine dans le traitement des plaies et infections cutanées, 913\*.

ASSURANCE maladie, 1582. — sociales et secret professionnel, 936, 1000.

ASTHME, 1208. — et sinusite, 71. — et tuberculose pulmonaire, 887, 1707.

ATAXIE aiguë polynévritique, 318. — aiguë tabétique, 371.

AVION. Indications et contre-indications du transport par —, 1306.

AVITAMINOSES du nourrisson, 1191.

AVORTEMENT légal en U. R. S. S., 370, 609, 683.

AZOTE. Métabolisme de l' —, 521\*.

AZOTÉMIE, 495. — expérimentale, 1175. — fébrile spirochétosique, 1692.

AXE gris de la moelle. Données d'anatomie et de physiologie, 961, 993\*.

## II

BACILLES acido-résistants, 480, 1140, 1175, 1205. — B. C. G., 100, 309, 444, 650, 651, 772, 1030, 1047, 1141, 1492, 1555, 1760\*. — B.C.G. Commission du —, 309, 990. — B.C.G. et méningite tuberculeuse, 945\*. — B. coli et agglutinines, 100. — de la lèpre. Culture, 902. — de Koch et colostrum, 774. — de la tuberculose aviaire, 983. — de la tuberculose aviaire. Sérodiagnostic, 1016. — jaune, 1110. — lactiques et vitamines B, 1046. — œdémateux, 1110. — tuberculeux, 102, 372, 389, 391, 392, 446, 480, 788, 866, 982, 1016, 1079, 1110, 1126, 1127, 1128, 1140, 1205, 1705, 1763. — tuberculeux d'origine aviaire, 266.

BACILLÉMIE du cobaye, 786.

BACILLURIE tuberculeuse, 1141.

BACTÉRIOPHAGES, 1640.

BAINS carbo-gazeux, 865.

BALANITE spécifique, 1273.

BARDANE, 1142.

BASOPHILIE hypophysaire, 917.

BASOPHILISME hypophysaire de Cushing, 1108.

BASSINET. Evacuation inspiratoire du —, 214.

BEC de lièvre, 820.

BÉGALEMENT, 303.

BÉRIBÉRI, 303. — et lèpre, 919. — expérimental, 1080.

BILE, 1015. — et péritonite biliaire expérimentale, 866.

BLEU de méthylène dans l'intoxication par l'acide cyanhydrique, 1207. — de méthylène dans intoxications par l'oxyde de carbone, 54. — de méthylène et B. de Hansen, 372. — de méthylène et lépromes, 58.

BORATE de soude et maladie de Basedow, 306.

BOTULISME familial, 371.

BRADYARYTHMIE précoce dans une diphtérie écourtée, 949.

BRADYCARDIE sinusale, 666.

BRIGHTISME précoce, 1125.

BROMIDES, 1269.

BRONCHECTASIE, 266, 850. — et thrombose de l'artère bronchique, 58.

BRONCHOPNEUMONIE et transfusion du sang, 1187.

BRONCHO-ŒSOPHAGOSCOPIE, 81.

BRONCHOSCOPIE, 1368.

BRONCHOSCOPO-THÉRAPIE, 410.

BRUGELLOSE, 177, 265, 1074. (Voir aussi fièvre ondulante.)

BRUIT vasculaire intra-cranien, 772.

BRULURES, 1207. — de la face, restauration chirurgicale, 1224. — Tannage, 371, 372, 563. — Traitement, 851. — Tétanos, 371, 372.

## C

CADRE d'immobilisation, 1160.

CAFÉINE. Microdosage, 30.

CAL vicieux, 320.

CALCÉMIE, 1703. — dans l'emphysème pulmonaire, 542. — et grossesse, 412.

CALCULS biliaires. Cristallisation cholestérolique, 1390. — cholédo-ciens, 494.

CANAL de Bochdalek, 565.

CANCER, 372, 818. — coliques. S. D. et Traitement, 430, 466, 496\*. — cutané, 1269. — de l'amygdale, curiathérapie, 887. — de la langue, 565. — de l'œsophage, 970, 1622\*, 1656\*. — de l'œsophage, étiologie, 1207. — du pharynx, 885. — du rein, 666. — du sein. Métastases osseuses, 530. — et exercice, 268. — gastrique, 1143. — graves de la peau, 887. — métastatique du foie, 1556. — primitif du foie chez un enfant,

1189. — primitif du poumon, 1456. — primitifs multiples, 1640. — Récidive tardive, 302. — secondaire du rachis, 46.

CAPILLAIRES. Anomalies — et Tares mentales, 1226.

CARBOGÈNE, 494, 541. — dans les asphyxies aiguës par l'oxyde de carbone, 1217, 1249\* — et syncopes anesthésiques, 526.

CARDIAQUES. Lactacidémie chez les —, 1683\* — Lésions — et bains de lumière, 1188.

CARDIOPATHIES rhumatismales, 1588\*.

CARENCE, 1126. — maternelle et carence fœtale, 1355.

CAROTINÉMIE, 1109.

CARVACROL, 563.

CATARACTE endocrinienne, 970.

CAVERNES tuberculeuses chez l'enfant, 1631\*.

CELLULO-CERVICO-BRACHIALITE, 410.

CENTRES encéphaliques, 446. — végétatifs, 1034.

CÉPHALÉE et sinusite maxillaire latente, 113.

CERVICITES chroniques, 681.

CHANCER d'inoculation, 970. — hypertrophiques de réinoculation, 302.

CHAUSSURE du soldat, 410.

CHAUX. Action antirachitique des sirops de lactophosphate et de chlorhydrophosphate de —, 1112.

CHÉLOÏDES, 1063, 1078.

CHIMIOTHÉRAPIE, 316.

CHIRURGIE des diverticules vésicaux, 1128. — du cholédoque, 1078 — du goitre malin, 967. — du splanchnique, 1470. — endocrinienne, 967. — esthétique, 1494. — et artisanat, 666\*. — physiologique dans le traitement des syndromes parkinsoniens, 785. — plastique nasale, 73. — réparatrice, 1207. — réparatrice mammaire, 526. — surrénalienne, 967. — viscérale sous rayons X, 1096.

CHLORHYDRATE de peyotline, 1111.

CHLORURE d'ammonium en urologie, 1208.

CHOC anaphylactique, 788, 1079. — en dermatologie, 1271. — peptonique, 1080.

CHOLÉCYSTOSTOMIE, 563.

CHOLÉDOCITES, 494.

CHOLESTÉRINÉMIE, 448.

CHOLESTÉROL, 1207.

CHOLESTÉROLÉMIE, 306. — et exercice, 268.

CHOLINE, 231.

CHONDRODYSTROPHIE, 113.

CHONDROGÈNE hétérotopique, 479.

CHONDROMES multiples, 113.

CHORDOME, 1277.

CHORÉE fibrillaire de Morvan, 700. — fibrillaire de Morvan compliquée de diplogie faciale, de troubles psychiques et d'un syndrome de Landry mortel, 1137\*.

CHORIO-ÉPITHÉLIOME malin, 1526.

CHRONAXIE, 1419.

CHRONIQUES. — Académie de chirurgie, 1678. — Adieux à la charité, 709. — A. D. R. M., 434, 1578. — Amités françaises, 1426, 1661. — Association professionnelle des journalistes médicaux. Assemblée générale, 254. — Bal de la médecine française, 326. — Budget du ministère de la Santé publique, 86. — Célébration du cinquantième anniversaire de la première vaccination antirabique, 925, 929, 942. — Comité consultatif de santé, 310. — Commission des sérums, 49. — Conférence de M. Laignel-Lavastine sur la Grèce (U. M. F. I. A.), 1692. — Conférence du Professeur Mario Donati, 257. — Conférence du docteur Dartigues sur Mussolini et la Latinité, 709. — Conseil supérieur d'hygiène publique, 49. — Défense passive, 89, 365, 437, 501, 546, 686, 1101, 1774. — Dîner du Concours médical, 1646. — Dupuytren. Centième anniversaire de la mort de —, 510. — Eloge de P. Bazy à la Société de chirurgie, 222. — Epée d'honneur du Professeur J.-L. Faure, 294. — Espérance médicale, 1646. — Faculté de médecine de Paris. L'art à la —, 810. — Fédération de la Presse médicale latine, 1661. — Fondation de l'Académie de médecine de Roumanie, 652. — Fondation Roux, 417. — France et Italie, 50. — Histoire du thermo-climatisme, 1086. — Hommage à Jules Bordet, 1609. — Hommage au professeur Tanon, 894. — Il y a cent ans. La mort de Dupuytren. Quelques souvenirs sur ses obsèques et son testament, 202. — Il y a cent ans. La mort de Fodéré, 206. — Inauguration de l'Hôpital franco-musulman, 418. — Institut d'hygiène. Banquet de l'Association des anciens élèves, 951. — Internes de 1935 et internes d'avant 1900, 570. — Invalides de la Science, 1610. — Journée d'aviation médicale et sanitaire à Berek-Plage, 1013. — Journée du rhumatisme, 1494, 1502. — La Légion d'honneur à l'Ecole du S. S. à Lyon et à l'Ecole du S. S. de la Marine à Bordeaux, 346. — Le lit de Procuste, 1372. — Leçon inaugurale du professeur Harvier, 1546; du professeur Loeper, 1562. — L'Hôpital de la Charité va devenir annexe de la Fac. de Médecine, 89. — Masques, 546, 595. — Médecins de Barcelone à Vichy, 1246. — Organisation prochaine de la chirurgie en artisanat, 666. — Ouverture de l'hôpital Beaujon de Clichy, 237. — Ouverture du Congrès français de chirurgie, 1378. — Pasteur. Le quartier — à Paris, 762. —



- Pasteur. Un monument de — à La Havane, 601. — Politique thermique, climatique et touristique française, 1214. — Radio-diffusion d'un drame de Claude Bernard, 550. — Responsabilités de la médecine, 326. — XV<sup>e</sup> Salon des Médecins, 179. — Sanatorium des Etudiants, inauguration officielle, 1048. — Secours aux victimes de l'aviation et de la circulation, 1678. — Spécialisation en phthisiologie, 674. — Square Legrand-du-Saulle, 910. — U. M. F. I. A. Assemblée générale, 237. — U. M. F. I. A. Dîner de printemps, 518. — Université de Montpellier. Son nouvel équipement biologique et scientifique, 138. — Voyage d'études médicales de Marseille à Vals-les-Bains, 1346. — Voyage suédois d'études médicales à Vichy, 1298.
- CHRYSTHÉRAPIE, 1707. — Intolérance, 265.
- CINÉMATOGRAPHIE en relief, 302.
- CIRCULATION. Aspects radiologiques de la —, 1166. — de retour, Rôle du foie, 771.
- CIRRHOSE pigmentaire, 1109, 1125. — Traitement, 1126.
- COBALTIAMMINES, 1354.
- CŒUR. Dilatation du —, 118, 150, 180\*. — des scoliotiques, 1590\*. — et états endocriniens, 1690. — Examen fonctionnel par la radiokymographie, 881. — Mécanisme de l'accélération du —, 392.
- COLIBACILLOSE, 390, 919.
- COLIQUES. Anatomie radiologique des angles —, 885.
- COLITES, 1401, 1416. — ulcéreuses graves non amibiennes, 1221.
- COLLAPSOThÉRAPIE, 1707. — Résultats éloignés de la —, 1000.
- COLONNE lombaire. Effondrement traumatique tardif de la —, 820.
- COMA acidotique et intoxication salicylée, 1126. — barbiturique. Son traitement, 645\*. — cérébelleux, 786. — diabétique, 177. — 1126. — diabétique avec complications, 887. — progressif avec hémiplegie chez un paralytique général, 1226.
- CONFÉRENCE sur la spiritualité médicale dans la Grèce antique, 1692.
- CONGRÈS. — Assemblée française, 82, 336, 738, 1539. — Association pour la protection de l'enfance, 1233. — Calendrier, 10, 26. — Charlatanisme. Congrès international de lutte contre le —, 1046. — de la goutte et de l'acide urique, 1599. — de l'Association internationale de Pédiatrie préventive, 1504, 1617. — de l'enfant à la mer et à la montagne, 1106. — de médecine légale, 1203. — des Colites, 1401, 1416. — des gynécologues et obstétriciens de la langue française, 681, 696. — des médecins de langue française de l'Amérique du Nord, 146. — d'oto-neuro-ophtalmologie, 783. — français de chirurgie, 1878, 1433, 1536, 1569. — français de médecine de Québec, 40. — français d'orthopédie, 1635, 1668. — français d'oto-rhino-laryngologie, 69. — français d'urologie, 1725. — international de Brucelloses, 1074. — international de gastro-entérologie, 1219. — VIII<sup>e</sup> — national de la tuberculose, 741. — international de neurologie, 1349. — international des accidents et maladies du travail, 1285. — international des médecins amis du Vin, 1291. — Journée du Rhumatisme, 1494, 1502. — Journées médicales de Bruxelles, 966, 1012, 1045. — Journées orthopédiques de Bordeaux, 901. — Ligue française contre le rhumatisme, 706. — Réunion dermatologique de Strasbourg, 1275. — Union thérapeutique, 1469.
- CONSANGUINITÉ et descendance, 336.
- CONTAMINATIONS, 1504.
- CONTRACTION utérine, 1638.
- CONTRIBUTION à l'étude des troubles nerveux consécutifs à l'intoxication oxycarbonée aiguë, 457\*.
- CONTUSION du pancréas, 1748.
- COQUELUCHE, 1046, 1189. — et tuberculose, 888.
- COQUILLAGES et fièvre typhoïde, 1355, 1555, 1638.
- CORPS étranger de la bronche gauche, 43. — étranger de la vessie, 983. — étrangers de l'utérus, 950, 1062. — étrangers intra-bronchiques, 81.
- CORRECTION d'une encluse nasale, 71.
- CORRESPONDANCE, 1404, 1626.
- CORYNANTHINE, 448.
- CÔTE cervicale bilatérale, 1526. — Voies d'accès de la première —, 42.
- COURANTS de basse fréquence, 495.
- COURBES glycémiques, 1127.
- COXA plana, 558.
- COXA-VARA congénitale, 338.
- COXALGIE cotyloïdienne, 559.
- COXARTHRIE traumatique (maladie du Prince Impérial), 1522.
- CRACHEURS sains de B. de Koch, 1705.
- CRÉMASTER. Signe du — en pathologie nerveuse, 489\*.
- CRISES myopathiques, 12.
- CROISSANCE, 412. — et extrait thymique, 1674. — Troubles de la —, 445.
- CROSSE aortique. Double poche anévrysmale, 340.
- CURAGE digital après avortement, 1130.
- CURES hydro-climatiques, 1142. — sulfatée calcique, 1454.
- CUTIRÉACTION, 1142. — à la toxine diphtérique, 982.
- CUTIVACCINATION, 302.
- CYANOSE avec polyglobulie, 949.
- CYSTOSTOMIE, 30, 1128.
- CYTO-DIAGNOSTIC, 1703.

## D

- DÉCHIRURE du périnée. Dyspnée par insuffisance diaphragmatique, 59.
- DÉCOLLEMENT rétinien, 1162.
- DÉDOUBLEMENT du premier bruit cardiaque, 1126.
- DÉFENSE passive (masques protecteurs), 546. — passive. Une démonstration à la Faculté de médecine de Paris, 686. (Voir aussi Chronique.)
- DENTAIRE. Accidents d'origine syphilitique, 820.
- DÉPISTAGE précoce des troubles cardiaques, 1046.
- DÉPRESSION sternale, 304.
- DERMATOLOGIE, 1265. — interventionniste, 1208.
- DERMATOSES professionnelles par la naphthaline, 1269.
- DÉSARTICULATION temporaire, 247.
- DÉVIATION du complément, 982.
- DIABÈTE grave insulino-résistant, 265. — hydrurique, 595. — insipide, 580, 1108, 1109. — insipide. Régime déchloruré, 58. — sucré, 372. — sucré et extrait testiculaire, 446. — sucré et interférométrie, 265. — sucré et potassium du sang, 100.
- DIAGNOSTIC médico-légal des blessures faites avant ou après la mort, 1203.
- DIAPHRAGME. Technique et conséquences physiologiques des opérations portant sur le —, 1569.
- DIARRHÉES. Régime de fruits dans les — des enfants, 1192.
- DIGITALINE à doses prolongées, 546.
- DILATATION bronchique, 888. — bronchique et tuberculose, 1089\*. — des cancers de l'œsophage, 970. — du cœur, 118, 150, 180\*.
- DINITROPHÉNOL, 1492, 1626.
- DIPHTÉRIE et bradyarythmie, 949. — et strychnine, 390. — Immunisation, 213. — Localisations rares, 1190. — maligne, 304. — nasale, 1191. — Posteurs de germes, 1294. — Tonsillectomie et immunité contre la — en milieu rural, 1190.
- DISJONCTION totale symphysaire et sacro-iliaque, 30.
- DISSOCIATION auriculo-ventriculaire, 264.
- DIVERTICULE de l'œsophage, 320, 1079. — du duodénum, 1079.
- DOCUMENTS OFFICIELS. — Agrégation de médecine, 1262. — Ecole pratique de la Faculté de médecine de Paris, 663. — Loi sur l'exercice de la médecine, 1063. — Vérification des diplômes, 1558.
- DOLICHOCOLON, 861\*, 1160.
- DOLICHOSTÉNOMÉLIE, 1456.
- DOULEUR, 495. — Manifestations objectives contre la —, 1290.
- DUODÉNAL. PH du contenu —, 1080, 1096. — Déformation —, 888.
- DUODÉNUM, 888.
- DUPUYTREN. La mort de —, 202.
- DYSENTERIE amibienne. Paraplégie flasque, 592.
- DYSOSTOSE cléido-cranienne, 1186. — cranio-faciale, 593. — cranio-faciale héréditaire, 162. — hypophysaire, 879.
- DYSPLASIE congénitale, 1194. — musculaire, 772.
- DYSPNÉES laryngées, 1478\*.
- DYSTHYMIES et dysphrénies congénitales, 1105\*.
- DYSTROPHIES, 444. — dentaires, 338. — osseuse familiale, 1186.

## E

- EAU lourde, 425. — minérales, 1002. — minérales de Slanicul-Moldovei, 980. — Pollution des —, 609. — sulfatées calciques, 1062.
- ECA RTEUR, 482.
- ECHINOCOCCOSE, 371.
- ECLAMPSIE pleurale, 1705.
- ECLAMPSISME, 804.
- ECLAT d'obus intrapulmonaire, 542.
- ECTODERMOSES neurotropes, 1419.
- ECTROMÉLIE, 1160.
- ECZÉMA, 820, 903, 1271. — du nourrisson amélioré par l'extrait splénique, 1030.
- ÉDUCATIVE. Dix années de propagande —, 936.
- ELECTROCARDIOGRAMME, 1047.
- ELECTROCARDIOGRAPHIE et diphtérie, 1191.
- ELECTROCHIRURGIE et cancer rectal, 1746.
- ELECTROLYSE dans le traitement des rétrécissements, 1063.
- ELECTROTHÉRAPIE, 410.
- ELOGE de Dutrochet, par M. Achard, 1713. — de Pierre Ménétrier, par M. Villaret, 1429.
- EMANATION, 1062.
- EMBOLIE artérielle, 820. — cérébrale, 1110. — gazeuse, 318, 850, 1031. — pulmonaires expérimentales, 100.
- EMPHYÈME, 390. — pulmonaire, 542.

ENCÉPHALITE épidémique, 439, 473, 1141\*. — ourlienne, 525.  
 ENCÉPHALOCÈLE, 1032.  
 ENCHEVILLEMENT par greffons osseux, 558.  
 ENDOCARDITE à marche lente chez un lupique, 638.  
 ENDOCRINO-SYMPATHIQUE. Action des aliments sur le système —, 1012.  
 ENDOTHÉLIOME de l'articulation tibio-tarsienne, 1524.  
 ENDOTOXINE cholérique, 983.  
 ENERGAMÉTRIE, 609.  
 ENOSTOSE, 338.  
 ENTÉROCOQUES. Péritonites à —, 845\*.  
 ENTORSE du genou, 1210, 1242, 1279, 1310, 1342\*.  
 ENURÉSIE essentielle, 44.  
 EOSINOPHILIE, 1142.  
 EPANCHEMENT interlobaire, 888. — pleural, 410. — pleural hémorragique et purpura, 1109.  
 EPHÉDRINE, 1096.  
 EPIPHYSITE vertébrale, 525.  
 EPILEPSIE, 1032, 1034, 1111, 1349. — brava-jacksonienne, 889. — et choc protéinique, 542. — et hystérie, 1777. — Pathogénie, 264. — syphilitique, 1031.  
 EPISTAXIS. Diagnostic, 1572\*.  
 EPITHÉLIOMAS cervico-utérins, 885. — cortico-surrénal, 772. — cutanés, 1273. — de l'estomac, 1108. — de l'hypopharynx, 78.  
 EPREUVE à la Santonine, 1030. — de déchloration et de rechloruration chez les femmes enceintes normales, 612. — de la sécrétion pancréatique externe, 850. — de l'hyperpnée provoquée, 425.  
 EQUILIBRE. Troubles de l' —, 593.  
 ERGOSTÉRINE irradiée et dentition, 257.  
 ERYSPÈLE, 214. — et sérum de Vincent, 544. — gangréneux, 463.  
 ERYTHÈME infectieux, 390. — noueux, 58, 177, 981, 1109, 1206. — noueux au cours d'un abcès du poumon, 44. — noueux avec primo-infection tuberculeuse, 494. — noueux et primo-infection tuberculeuse, 582. — noueux et tuberculose infantile, 5. — polymorphe, 316, 1267.  
 ERYTHROBLASTES, 264, 1762.  
 ERYTHROBLASTOSE type Cooley, 512.  
 ESSAI d'interprétation des images radiologiques triangulaires de la base droite, 209\*.  
 ESTOMAC binoculaire, 564.  
 ETAT de mal épileptique, 1032. — intersexuels. Etude graphologique, 987. — hypoglycémiques, 40, 146.  
 ETHMOÏDITE chronique de l'enfant, 71.  
 ETUDIANTS. Visite médicale des —, 426, 1345.  
 EVENTRATION diaphragmatique, 1144.  
 EVIDEMENT carotidien-technique, 565.  
 EVIPAN sodique, 480, 820, 851, 1128, 1207.  
 EVISCÉRATION post-opératoire spontanée précoce, 1533\*.  
 EXANTHÈME précoce tuberculeux, 1701.  
 EXCITABILITÉ réflexe, 1015.  
 EXCITATION hypothalamique, 1206.  
 EXCLUSION pylorique, 525, 820.  
 EXERCICE, 268.  
 EXOPHTALMIE basedowienne, 967. — des acromégales, 1125.  
 EXSTROPHIE vésicale, 304, 889, 1030.  
 EXTRACTION d'une balle de la II<sup>e</sup> lombaire, 1160.

## F

FACIAL. Le — sensitif périphérique au point de vue physiopathologique, 1413\*.  
 FACULTÉS de médecine. Agrégation, 1508. — de médecine. Nouveaux droits universitaires, 1345. — de Nancy. Prix décernés, 1677. — de médecine de Paris. Concours du clinician, 1481. — de médecine de Paris. Prix des thèses, 417. — de médecine. Voir aussi Documents officiels et Thèses.  
 FARINE de malt, 916\*. — de tournesol dans l'alimentation des nourrissons, 1158\*.  
 FENCHONE-ACÉTYLCHOLINE, 913\*.  
 FER. Le — dans la nutrition de l'enfant, 1192. — Teneur en — de la rate et du foie chez le chien, 446.  
 FIBROTHORAX, 580.  
 FIBROME, 1747. — musculaire, 1224.  
 FIÈVRE de lait, 610. — boutonneuse méditerranéenne, 542. — bilieuse hématurique et urotropine, 1420. — bilieuse hémogloburique, 525, 1141. — de Malte. (Voir fièvre ondulante ou méliococcie. — éruptive de streptococcique, 58. — exanthématique, 1554. — fluviale du Japon, 28. — jaune, 267, 1110. — jaune. Immunisation, 131. — jaune. Vaccination, 264, 1125. — méditerranéenne. Voir aussi fièvre ondulante. — ondulante, 968, 1074, 1556. — ondulante et phlébites, 589\*. — ondulante et tuberculose, 1292. — paratyphoïdienne, 950. — typhoïde. — Voir Typhoïde.  
 FILARIOSE, 178.  
 FILTRATS tuberculeux, 1620.  
 FISSURES à l'anus, 83.

FISTULES anales, 479. — ano-rectales. Radiothérapie, 885. — Cure ambulatoire des — extra-sphinctériennes, 482. — du grêle, 42. — lombaire, 666. — vésico-sigmoïdiennes, 951. — Traitement, 59. — urétéro-vaginale, 338.  
 FLEXION permanente des deux pouces, 427.  
 FLOCULATION, 982, 1127, 1672.  
 FOIE. Altérations du — et chirurgie biliaire, 371. — et consommation de l'oxygène, 1014.  
 FOLLICULINE, 130, 214, 1707. — et hypertrichose, 370.  
 FORAGE des épiphyses, 1078.  
 FRACTURES à grand déplacement de l'avant-bras, 555. — bimaléolaire, 340. — Consolidation des —, 555. — de cuisse chez l'enfant, 320. — de la base du crâne, 1374, 1406, 1438\*. — de la colonne vertébrale, 850. — de la rotule, 1540\*. — des deux os de l'avant-bras, 820. — du calcanéum, 178, 1536, 1748. — du col chirurgical de l'omoplate, 1142. — du crâne et du maxillaire inférieur, 30. — du plateau tibial, 1642. — intra-capsulaire du col du fémur, 558. — latente d'une apophyse transverse, 1141. — Plâtres à extension, 30. — spontanées, 1194.  
 FRAGILITÉ osseuse, 1095.  
 FRÜHNILTRAT, 879.

## G

GANGLIONS calcifiés, 772.  
 GASTRECTOMIE, 524. — en un temps, 1194.  
 GASTRITES, 1219. — chroniques aux eaux de Slanicul-Moldevei, 980\*.  
 GASTROENTÉROLOGIE. Premier congrès international, 1219.  
 GASTROSCOPE, 820.  
 GAZ suffocants, — thérapeutique, 1672.  
 GAZÉS de guerre, 1655.  
 GÉLIFICATION du sérum, 30, 161.  
 GENU impressum, 559.  
 GERMES intestinaux, 1080.  
 GIGANTISME, 1642.  
 GLANDES à sécrétion interne et hypertension artérielle, 967. — — endocrines et psoriasis arthropathique, 813\*. — mammaire et chirurgie réparatrice, 1207. — sous-maxillaire. innervation sécrétoire, 392.  
 GLAUCOME et encéphalopathie infantile, 610. — Glaucome et tension artérielle, 985.  
 GLIOMATOSE bulbaire, 593.  
 GLOSSITE papuleuse aiguë, 316.  
 GLUCIDES chez l'enfant, 591\*.  
 GLUTATHION, 1139, 1762.  
 GLUSATHIONÉMIE, 544.  
 GLYCÉMIE, 1188.  
 GLYCÉROPHOSPHATASE sanguine, 1692.  
 GLYCOLYSE pulmonaire, 904.  
 GLYCOPHOSPHATES. Action antirachitique des —, 214.  
 GOÏTRE endémique en Roumanie, 1741.  
 GOMME du Sénégal, 214. — syphilitiques du poumon, 879. — — syphilitique du thorax, 1078.  
 GONOCOQUE. Culture, 1029.  
 GOUDRON en thérapeutique cutanée, 1271.  
 GOÛTE, 1599.  
 GRANULIE, 1456. — cancéreuse, 1640.  
 GRAPHOLOGIE et états intersexuels, 984.  
 GREFFE ankylosante du rachis pour Mal de Pott, 563. — de la cornée, 1226. — nerveuse, 849. — ostéoplastiques, 563. — ovariennes, 480, 1012.  
 GRIPPE et appendicite, 1141. — et paludisme, 525. — Séquelles, 595. — Traitement.  
 GROSSESSE et appareil excréteur du rein, 1725. — Oedèmes de la —, 697.  
 GROUPES sanguins, 1063, 1206, 1655. — en pathologie comparée, 162.

## H

HALLUX valgus, 320.  
 HANCHE. Butée ostéoplastique de la — à contrefort iliaque, 564. — Luxation congénitale, 567. — Pincement du ligament rond, 558.  
 HÉLIOTHÉRAPIE, 81, 1062, 1454.  
 HÉMATOMES sous arachnoïdiens, 883.  
 HÉMATONÉPHROSE, 1128.  
 HÉMATOZOAIRE, 302.  
 HÉMATURIES bilharziennes, 919. — d'origine rénale, 1770\*.  
 HÉMIPLÉGIE, 1095. — double, 772. — gauche chez un nourrisson, 593. — post comitiale, 1226. — spasmodique, 1032.  
 HÉMISPASME facial, 494.  
 HÉMO-AGGLUTININES, 1109.  
 HÉMOPHILQUES. Arthropathies —, 724\*.  
 HÉMORTYRIES tuberculeuses, 897, 931\*.  
 HÉMORRAGIES des fibromes, 287. — gastro-intestinales, 1194. — — intrapéritonéales, 565. — méningée, 542, 1186.



HÉPATECTOMIE, 1456.  
 HÉPATIQUE. Lésions du parenchyme —, 1128.  
 HÉPATITE amibienne, 1540. — amibiennes. Signes et diagnostic, 702, 758, 790\*. — hypertrophique graisseuse tuberculeuse, 12. — syphilitiques et hépatites médicamenteuses, 316.  
 HÉPATONÉPHRITE apiolique, 1565, 1613\*.  
 HÉRÉDO-SYPHILIS familiale, 304.  
 HERMAPHRODISME, 666.  
 HERNIE diaphragmatique, 367, 403, 525, 819, 883, 1233. — et appendicite latente, 1062. — inguinale, 480.  
 HERPÈS, 1140. — à bulles, 1267. — Neuroprobiasis des virus de l' — et de la rage, 161.  
 HEXOSES, 266.  
 HISTAMINE, 785, 865, 1763.  
 HISTIDINE, 1255, 1273, 1335, 1581. — et ulcères gastro-duodénaux, 427.  
 HÔPITAUX de Lyon. Prix de la journée, 549. — de Marseille. Concours de l'internat et de l'externat, 1718. — de Montpellier. Concours de l'internat et de l'externat, 1718. — de Paris. Assistants, 185, 345. — Concours de l'externat: Candidats reçus, 356. — Concours de l'externat. Liste par ordre de mérite des candidats reçus, 378. — Concours de l'externat: liste des candidats ayant remis trois copies, 60, 1737. — Concours de l'internat: liste des candidats ayant remis trois copies, 1425. — Admissibilité, 1717. — Concours de l'internat. Nominations, 273. — Concours de l'Internat. Questions données, 1409. — Médaille d'or, 121. — Mutations, 253. — Répartition des services, 621.  
 HORMONE, 1390. — cortico-surrénale, 313\*. — gonadotrope, 612. — mâle, 1469. — oestrogène, 1062.  
 HUILE soufrée et rhumatisme chronique et paralysie générale, 268.  
 HUITRES. Coloration des —, 1419.  
 HYDARTHROSE du genou. Diagnostic étiologique des —. Leurs principales variétés, 1121\*.  
 HYDRASTINE, 1174.  
 HYDROLABILITÉ, 1194.  
 HYDROLOGIE expérimentale, 1160.  
 HYDRONÉPHROSE S. et D., 1694\*.  
 HYDROTHERAPIE et pH urinaire, 1111.  
 HYGIÈNE de l'enfance, 108, 1761. — des abattoirs, 302. — publique: les produits caustiques, 1672. — Surveillance sanitaire de la navigation aérienne, 771.  
 HYPERAZOTÉMIE, 1748.  
 HYPERCAROTINÉMIE, 665.  
 HYPERGLYCÉMIE, 610, 772, 1079.  
 HYPERPNÉE provoquée, 425.  
 HYPERTENDUS. L'avenir des —, 82. — Le sang des —, 1125.  
 HYPERTENSION, 665, 772, 967, 1206 — artérielle permanente, 1188. — paroxysmique, 12.  
 HYPERTRANSITION, 879.  
 HYPERTRICHOSE, 1273.  
 HYPERTRICHOSE et folliculite, 370.  
 HYPERTROPHIE cardiaque congénitale, 917. — congénitale des doigts, 1126. — du thymus, 177. — mammaire chez une fillette de huit ans, 903. — prostatique, 318.  
 HYPOLIPODÉMIE, 544.  
 HYPOPHYSE, 918, 1723\*, 1762. — Neurorégulation, 1140. — Tumeurs, 877.  
 HYOSPADIAS, 1030.  
 HYPOSYSTOLIE, 1194.  
 HYPOTHALAMUS et représentation centrale du système nerveux autonome, 1353.  
 HYSTÉRECTOMIE pour infection puerpérale, 771.  
 HYSTÉRIE, 797, 829\*.  
 HYSTÉROTOMIE, 970.

## I

ICTÈRE avec cholécystite et tubage du duodénum, 494. — chroniques par rétention. Diagnostic, 322, 358, 394\*. — grave et syphilis, 389. — grave familial, 772. — hémolytique, 850, 1556. — hémolytique infantile et splénectomie, 722\*. — hémolytique et splénectomie, 304. — par spasme, 372. — post-thérapeutiques, 389.  
 ILÉO-COLOPLASTIE, 287.  
 ILÉO-SIGMOIDOSTOMIE sur bouton sonde, 524.  
 ILÉUS biliaire, 565.  
 IMAGE. Connaissances anatomo-physiologiques indispensables à tout médecin désireux d'interpréter correctement à l'écran une — anormale de la base droite, 109\*. — en « mailles de filet », 879. — interprétation, 109\*. — ganglionnaires, 1905. — radiologiques triangulaires de la base droite. Essai d'interprétation, 209\*.  
 IMIDAZOLS, 1015.  
 IMMUNITÉ, 266, 316, 544, 611, 772, 774, 904, 982, 1047, 1189. — anticharbonneuse, 1175. — et vaccinothérapie, 1674.  
 IMMUNO transfusion, 888.  
 INCONTINENCE d'urine, 390.

INDEX-TYROSINE de polypeptidémie, 1111.

INHIBITION motrice, 786.

INFARCTUS de l'intestin, 247, 851, 1762. — du mésentère, 1433. — du myocarde, 888, 949, 1690. — du ventricule droit, 638. — Formes camouflées d' — du myocarde, 337. — intestinal, 1095, 1096, 1160. — pulmonaire, 906. — viscéraux, 1642.  
 INFECTIONS cutanées et association fenchone-acétylcholine, 913\*. — puerpérale, 665. — tuberculeuse, 213, 1016. — tuberculeuse expérimentale, 543. — tuberculeuse primitive de la conjonctive, 263.

INFILTRATION splénonpneumonique tuberculeuse, 1187.

INFORMATIONS. Pour les principales —. Voir chronique.

INHALATIONS d'oxygène et d'acide carbonique dans les intoxications par gaz suffocants, 1672.

INSUFFISANCE cardiaque et vitesse de circulation, 463. — surrénale, 1012. — thyroïdienne, 316.

INSUFFLATION gastrique, 883.

INSULINE. Résistance à l' — dans les affections du foie, 1447.

INSULINO résistance, 1045, 1333\*.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS. — Agrégation de médecine, 1262. — (Voir aussi DOCUMENTS OFFICIELS). — Allocations familiales, 412. — Association générale des médecins de France (Assemblée générale), 794. — Assurance-maladie, 1582. — Automobilistes. Aux confrères —, 1503, 1514. — Baccalauréat classique, 618. — Circulaire Marquet, 690. — Congrès national des étudiants, 586. — Conventions, 514, 1070. — Décrets-lois, 1498. — Défense passive, 89, 365, 437, 686. — Diplômes, 1394. — Diplômes enregistrés à Paris, 85. — Diplômes. Vérification des —, 1558, 1578. — Doctorat. Un super — de médecine, 1422. — Entente directe, 974. — Equivalences, 153, 216. — Etudiants en médecine, 437. — Etudiants, 1698. — Etudiants et service de deux ans, 414. — Etudiants étrangers, 778. — Exercice de la médecine et de l'art dentaire, 1558. — Exercice de la médecine. Les projets de loi sur l' — par les étrangers, 526. — Exercice illégal, 382, 1038. — Exercice illégal par étudiant étranger, 810. — Fédération corporative des médecins de la région parisienne, 826. — Fédération des Syndicats médicaux de la Seine, 570. — Femmes médecins, 206. — Honoraires, 1394. — Légion d'honneur et les Facultés de médecine, 382. — Liberté de prescription, 1314. — Livre-journal, 1572. — Loi sur la défense passive, 437. — Loi folle, 868. — Loi sur l'exercice de la médecine, 1002, 1063. — Médecins d'ambulance et carte du combattant, 528. — Médecins et étudiants allemands, 132. — Médecins étrangers, 34, 170, 206, 346, 365, 502, 518, 586, 761, 874, 926, 1698. — Médecins étrangers employés par l'Etat, 570. — Médecins étrangers et concours, 205. — Médecins étrangers. Protestations des étudiants, 189, 234, 238. — Naturalisations, 1482, 1578, 1656. — Ordre des médecins, 238, 658, 1638. — Pérennisation des agrégés, 1022. — Patente, 234, 1572. — Poule aux œufs d'or, 1698. — Radiesthésie. La — devant la loi, 1054. — Responsabilité médicale, 154, 454, 1462. — Secret professionnel, 874, 926, 936, 1000. — Secret professionnel et fiscalité, 270. — Service militaire des sursitaires, 434. — Syndicat des médecins de la Seine, 1006. — Syndicat des médecins de la Seine (Assemblée générale), 951. — Syndicat général des urologistes français, 1102. — Syndicat national des Chirurgiens français, 1445. — (Voir aussi JURISPRUDENCE).

INTERFÉROMÉTRIE, 389, 786. — et diabète sucré, 265. — Valeur clinique, 265.

INTERPRÉTATION d'image, 109\*. — (Voir Image.)

INTESTIN grêle, 883.

INTOLÉRANCE hépatique, 389. — rénales, 58. — sérothérapique à forme d'aphasie, 580.

INTOXICATION arsenicale chez le nourrisson, 44. — diphtérique expérimentale, 1176. — fongique, 389. — oxycarbonée aiguë. Troubles nerveux consécutifs, 457\*. — par le diéthylphosphate de plomb, 115. — par le sublimé, 665. — par l'oxyde de carbone. Traitement par le bleu de méthylène associé au carbone, 541. — salicylée, 1126. — saturnine par les eaux d'alimentation, 100. — volontaire par la quinine, 1142.

INTRADERMORÉACTION dissociée, 391.

INVAGINATION de la muqueuse gastrique, 1096. — intestinale, 390.

ION potassium et ion magnésium. Leur antagonisme sur l'adrénalino-sécrétion, 100. — et action pharmacodynamique, 214.

IONISATION thermique, 983.

## J

JÉJUNOSTOMIE en Y, 427.

JURISPRUDENCE ET Législation. — Locaux à usage professionnel et décrets-lois, 1596. — (Voir aussi INTÉRÊTS PROFESSIONNELS.)

## K

KALA-AZAR, 113, 265, 372, 542, 754, 1031, 1095, 1126, 1189. — chronique de l'adulte, 463. — et urée-stibamine, 426. — infantile, 44, 390.

KÉPHYR et yogourth en médecine infantile, 1252\*.  
 KYSTES congénitaux du poumon, 463. — épidermique de la lèvre inférieure, 338. — de l'appendice, 320. — gazeux du poumon, 426. — hydatique, 637. — hydatique de la parotide, 919. — hydatique de l'orbite, 1160. — hydatique du foie, 1656. — hydatiques suppurés, 1524. — pelviens, 1096. — radiculaires sur dents saines, 77. — thyro-hyodien, 444.

## L

LABYRINTHITE, 74.  
 LACTACIDÉMIE chez les cardiaques, 1683\*.  
 LACUNES crâniennes, 580.  
 LAIT d'ânesse, 1432\*. — homogénéisés, 1367\*. — Régimes sans — dans la première enfance, 1317\*.  
 LANOLINE, 772. — et toxines, 611, 612.  
 LARYNGITE chronique, 1207. — tuberculeuse. Traitement, 1125.  
 LÉCITHINE, 982.  
 LEISHMANIAS, 612, 1139.  
 LEISHMANIOSE, 888.  
 LÈPRE, 919. — Culture du bacille de la —, 902. — et bleu de méthylène, 372.  
 LÉPROMES et bleu de méthylène, 58.  
 LEUCÉMIE. Diagnostic, 410.  
 LEUCOCYTOSE éosinophile, 179.  
 LEUCOSE hémorragique suraiguë, 1555.  
 LICHEN, 1265.  
 LIPIODOLAGE dirigé, 1125.  
 LIQUIDE céphalo-rachidien, 266, 267, 1351. — céphalo-rachidien dans la syphilis acquise, 225, 259\*. — céphalo-rachidien des paralytiques généraux, 494.  
 LITHIASIS biliaire, 1226.  
 LOBE frontal. Les fonctions du —, 1352. — pariétal, 125, 157\*.  
 LOCALISATIONS cérébelleuses, 786.  
 LOIS. (Voir Documents officiels et Intérêts professionnels.)  
 LOMBALISATION, 379.  
 LYMPHANGIOME de la face, 1269.  
 LYMPHOGRANULOMATOSE, 200, 230, 373, 1271. — infantile, 43. — maligne, 1556.  
 LYMPHOSARCOME, 982.  
 LYSATS-VACCINS, 611.  
 LUMIÈRE zodiacale, 1419.  
 LUMINAL, 1492.  
 LUTTE anticancéreuse. Les progrès de la — en France, 141\* — antituberculeuse, 1194.  
 LUXATION congénitale de la hanche, 557. — congénitale des rotules, 1456. — de l'extrémité interne de la clavicule, 555. — invétérée de la hanche, 525. — obturation de la hanche, 820. — palmaire des os du carpe, 950. — postérieures de l'articulation lombo-sacrée, 555. — récidivante du coude, 1063. — rétro-lunaire du carpe, 428.

## M

MAGROGÉNITOSOMIE, 592.  
 MAIGREUR. Quelques données numériques sur la — chez les enfants et les jeunes gens, 1169, 1201\*.  
 MAL de Pott, 1078, 1130. — de Pott. Greffe ankylosante du rachis, 563.  
 MALADIE à manifestations diverses, 12. — d'Addison, 265, 426, 530\* 566\* 598\*, 663\*, 1690. — de Basedow, 444, 637, 1143, 1465, 1556. — de Basedow et borate de soude, 306. — de Basedow et tuberculose, 1640. — de Basedow infantile, 903. — de Basedow. Troubles trophiques de la muqueuse nasale, 71. — de Besnier-Boeck, 981. — de Bouillaud, 582. — de Buerger, 318. — de Buhl. Forme cérébrale, 445. — de Carré (maladie du jeune chien), 1047. — de Cushing, 981. — de Friedreich, 592. — de Friedrich et maladie de Roussy-Lévy, 114. — de Hanot, 888. — de Heine-Medin. Les troubles respiratoires au cours de la —, 1301\*. — de Hodgkin, 316, 1109. — de Kussmaul, 113. — de Legg-Calvé-Perthes, 558. — de Leiner-Moussous, 904. — de Lobstein, 58. — de Nicolas Favre, 230, 338, 512, 765\*, 1271, 1273. — de Nicolas Favre. Forme cutanée pure, 409. — de Nicolas Favre. Paraplégie post-vaccinothérapique, 918. — d'Osgood-Schletter, 558. — de Pick, 1080. — de Schüller-Christian, 700, 879, 1063. — de Stokes-Adam, 340. — des jeunes porchers, 1109. — des pêcheurs d'éponges nus (maladie de Skevos Zervos), 1467\*. — de Volkmann, 479, 505\*, 555, 1635. — exostotante, 444, 1556. — hémolytique, 1031. — ostéogénique, 1030. (Voir Syndrome.)  
 MALARIATHÉRAPIE, 838, 949, 1640. — Action de la — sur le liquide céphalo-rachidien des paralytiques généraux, 241\*.  
 MALFORMATIONS articulaires, 553. — de l'épaule, 340. — de la peau du cou, 113.  
 MASQUES respiratoires, 546, 595.  
 MASTOÏDITE, 73.  
 MÉGAESOPHAGE, 983.

MÉLITOCOCCIE, 1110, 1294, 1655. — pleuro-pulmonaire, 1109.  
 MÉLITOCOCCQUES. Phlébites —, 589\*.  
 MÉDECINE légale, 1203, 1205. — légale. Responsabilité médicale, sérothérapie antitétanique, 111\*.  
 MÉDIASIN. Exploration radiologique, 178.  
 MÉDICATION lacto-amidopyrique, 231.  
 MÉNINGIOME, 594. — olfactif, 1032.  
 MÉNINGITE, 1640. — aiguë, 1690. — aiguë à bacille de Pfeiffer, 44. — à micrococcus catarrhalis, 1142. — cérébro-spinale, 1187. — d'intolérance, 1690. — et virus tuberculeux, 480. — gonococciques primitives vraies et fausses, 143\*. — hérédo-syphilitique, 1030. — ourlienne chez une tuberculeuse, 58. — suppurées, 1186. — traumatique à streptocoques, 666. — tuberculeuse, 265, 582, 1703. — tuberculeuse chez un enfant vacciné au B. C. G., 772, 945\*. — tuberculeuse. Guérison, 426, 1187.  
 MÉNINGO-MYÉLITE morbilleuse, 1640.  
 MENSTRUUELLES. Poussées — des tuberculeuses, 1707.  
 MENTHOL, 1620.  
 MERCURE. Cure sulfureuse et élimination du —, 1062.  
 MÉTABOLISME, 1174. — de l'azote, 521\*.  
 MÉTASTASES néoplasiques, 426.  
 MÉTÉOROLOGIE médicale, 804.  
 MÉTHODE de Lauger et méthode de Westergren, 1188. — de Loewenstein, 787.  
 MÉTRITES chroniques, 410.  
 MIGRAINES, 389, 1759\*. — duodénale, 494.  
 MORLE. Axe gris de la —, 961, 993.  
 MOIGNON douloureux, 427.  
 MOLYBDATES de sodium et d'ammonium, 541.  
 MONOCORDITE d'origine vaso-motrice, 81.  
 MORTALITÉ, 1030. (Voir aussi Natalité.) — en France, 541.  
 MUQUEUSE gastrique. Examen radiologique, 883.  
 MUSCLE. Fatigue du — isolé, 543.  
 MYASE oculaire, 1162.  
 MYCOSE de l'amygdale, 1142. — osseuses et ostéo-articulaires, 1668. — pulmonaires, 881.  
 MYÉLENCÉPHALITE subaiguë, 1031.  
 MYÉLITE aiguë transverse, 1655.  
 MYÉLOMES multiples, 850.  
 MYOCARDE. Dilatation anatomique, 12.  
 MYOCLONIES, 593. — arythmiques, 888. — vélo-pharyngées et oculaires, 785.  
 MYOENDOCARDITE gonococcique, 580.  
 MYXOEDÈME, 1111. — congénital avec hypertrophie musculaire, 113.

## N

NAEVUS, 918.  
 NANISME, 113.  
 NATALITÉ, 230, 254, 683, 826. — et mortalité de quelques pays européens, 1030. — et mortalité en France, 609, 650. — et mortalité en Italie, 1620.  
 NARCOLEPSIE infantile et adénecnomie, 77.  
 NARCOSE, 213.  
 NÉCROLOGIE. — Armaingaud, 362. — Bayet, 990. — Coca (de Madrid), 858. — Elienne, 1482. — Guéniot (Alexandre), 990. — Jeanselme, 602. — Ménétrier, 1429. — Récamière, 486. — Richet (le professeur Charles), 1662. — Routier, 434. — Roux (César), 106. — Vaillard, 206. — Walther, 1757. — Wetterwald, 858.  
 NÉCROSE de l'épiphyse fémorale, 558.  
 NÉGATIVATION électrique, 319.  
 NEM-SYSTEM dans l'alimentation du nourrisson, 285\*.  
 NÉPHRITE aurique, 177. — aurique oedémateuse, 12. — chronique, 265. — chronique et gigantisme, 1642. — expérimentales arsenicales, 1126. — mercurielle aiguë, 426. — post-vaccinales, 409. — syphilitique, 949.  
 NÉPHROSE lipodique, 177, 903.  
 NEPTAL, 371.  
 NERFS oculo-moteurs, 1025, 1057\*. — sensitifs, 543.  
 NEUROCRINE, 1127, 1140.  
 NEURONOLYSE physiologique, 446.  
 NEUROPROBASIE du virus herpétique, 982.  
 NEURO-SYPHILIS, 949.  
 NÉVRALGIE faciale, 564, 594. — Radiothérapie, 885. — sciatique, 888. — sciatiques. Formes cliniques, 822, 854, 890, 922\*.  
 NÉVRAXE. Système réticulaire du —, 1034.  
 NÉVRITE, 1556.  
 NÉVROSES cardiaques, 319. — post-traumatiques, 1204. — traumatique après fracture, 1078.  
 NICOTINE, 372, 1206.  
 NODOSITÉS juxta-articulaires, 1126.  
 NOURRISSON, 1191, 1192.  
 NOTES de MÉDECINE PRATIQUE (Babonneix)\*. — Calcul de la ration alimentaire du nourrisson, 388. — Farine de malt, 916. — Farine de soja dans l'alimentation du nourrisson, 1107. — Farine de tournesol dans l'alimentation des nourrissons, 1158. —



glucides chez l'enfant, 591. — Képhy et yogourth en médecine infantile, 1252. — Lait d'ânesse, 1432. — Lait homogénéisé, 1367. — New system dans l'alimentation des nourrissons, 285. — Protides dans l'alimentation de l'enfant, 848. — Régime dans la diarrhée commune des nourrissons élevés au lait de vache, 1501.

NOTES POUR L'INTERNAT\*. — Cancres coliques. S. D. et traitement, 430, 466, 496. — Cancer de l'œsophage, 1622, 1656. — secondaire du rachis, 46. — Diagnostic des icères chroniques par rétention, 358, 394. — Dilatation du cœur, 118, 150, 180. — Dyspnées laryngées, 1478. — Entorse du genou, 1210, 1242, 1279, 1310, 1342. — Epistaxis. Diagnostic, 1572. — Fissures à l'anus, 83. — Fractures de la base du crâne, 1374, 1406, 1438. — Fractures de la rotule, 1540. — Hématuries d'origine rénale, 1770. — Hépatites amibiennes. Signes et diagnostic, 702, 758, 790. — Hydronéphrose. S. et D., 1694. — Icères. Diagnostic des — chroniques par rétention, 358, 394. — Maladie d'Addison, 530, 566, 598, 668. — Névralgies sciatiques. Formes cliniques, 822, 854, 890, 922. — Œdème aigu du poumon, 1508. — Orchites aiguës. Causes, signes, diagnostic, 14. — Rétrécissement du rectum, 1146, 1178. — Splénomégalies. Séméiologie des —, 1051, 1082, 1112. — Tubage chez l'enfant. Indications. Technique. Résultats, 1734. — Tumeur blanche du coude, 218, 250, 291. — Volvulus du colon pelvien, 954, 986, 1018.

NOURRISSON. Alimentation du —. (Voir Notes de médecine pratique.)

NOUVEAU-NÉS. Traitement par l'ingestion de sang humain, 1192. NOVARSÉNOBENZOL, 1174.

NOVOCAÏNE dans les artérites douloureuses, 426.

NOYAU tangentiel de l'hypothalamus, 116.

NYSTAGMUS, 592.

## O

OBÈSES, 1556.

OBÉSITÉ, 771. — postencéphalitique, 1012.

OBNUBILATIONS visuelles, 318.

OBSTRUCTION broncho-pulmonaire post-opératoire, 1063. — trachéo-bronchique après pneumectomie, 850.

OCCCLUSION, 1642. — et radiographie, 479. — Examen radiologique, 427. — aiguës, 1224. — après appendicite aiguë, 889. — intestinale, 525. — intestinale aiguë, 372.

ŒDÈME aigu du pancréas, 42. — aigu du poumon, 21, 53, 1508\*. — aigu du poumon d'origine traumatique, 1585\*. — de la gestation, 696. — et déséquilibre sanguin chez la femme enceinte normale, 867. — et obésité, 771.

ŒSOPHAGE. Fréquence relative des différentes affections de l'—, 1233. — du nourrisson, 883.

ŒSOPHAGIENNES. Plaies —, 1224.

OMERES cardiaques et pulmonaires, 883. — triangulaires, 818. — triangulaire basilaire droite, 700.

ONDES courtes, 514.

OPHTALMIES sympathiques, 774.

OPOTHÉRAPIE, 319. — splénique, 1674. — thymique, 306.

OR, 12. — Action des sels d'—, 102.

ORCHITES aiguës, 1746. — Causes, signes, diagnostic, 14\*. — mélicoccique, 1655.

OREILLE et accidents du travail, 74.

OREILLONS, 595, 1014, 1294, 1420. — Etiologie, 230.

ORIENTATION. Troubles de l'—, 114.

ORTHOPÉDIE, 1635, 1668.

OS. Composition chimique, 230.

OSSIFICATION de l'appareil hyoïdien, 338. — et ostéochondropathie juvénile du grand trochanter, 559.

OSTÉOGENÈSE, 178.

OSTÉITE électrolytique, 1223. — fibro-kystique, 1642. — kystique syphilitique, 390. — syphilitique, 610.

OSTÉOMALACIE, 553. — et parathyroïdectomie, 1454.

OSTÉOME, 1746.

OSTÉOMYÉLITE, 1078. — aiguë de la hanche, 559.

OSTÉOPATHIES de carence, 1126, 1640.

OSTÉOPOÉCILIE, 426, 526.

OSTÉOPOROSE circonscrite du crâne, 700. — vertébrale, 1556.

OSTÉOPSATHYROSE, 58, 1109.

OSTÉOSYNTÈSE, 1524, 1642, 1747, 1748.

OSTÉOTOMIE sous-condylienne, 338.

OTITES moyennes, 73, 877.

OTORRÉE et ionisation, 73.

OUABAÏNE, 637, 818, 850, 1109.

OXYCARBONÉMIE, 1206.

OXYDE de carbone. Asphyxies aiguës. Traitement par le carbogène, 1217, 1249\*. — et aéronets, 257. — de carbone dans le sang de quelques malades, 866. — de carbone dans le sang des oxalémiques, 774. — de carbone. Intoxications traitées par le bleu de méthylène associé au carbogène, 541. — de carbone. Intoxication. Troubles nerveux, 457\*.

OZÈNE, 595.

## P

PAIN. Le bon —, 757, 1404, 1498. — Vœu de l'Académie, 1388.

PALATINE. Division, 525.

PANARIS, 479.

PANCRÉATINE, 919.

PANCRÉATITE hémorragique, 888, 1063. — œdémateuse, 1096.

PARALLÉLISME céphalo-hématique, 683.

PARALYSIE diphtérique, 177, 265. — faciale, 409, 494, 564. — générale, 494, 838, 1620. — post-diphtériques, 1034. — professionnelle, 1226. — sérique, 1109.

PARALYTIQUE général. Accidents tertiaires, 582. — généraux. Action de la malariathérapie sur leur liquide céphalo-rachidien, 241\*.

PARATYRONE, 564.

PASTEURÉLLOSE, 968.

PATERNITÉ. Recherche de la —, 1236.

PATHOLOGIE héréditaire et maladies du sang, 816\*.

PARKINSONIENS, 700.

PÉDIATRIE, 1226.

PELADE, 1271.

PERCEPTIONS visuelles, 374.

PERFORATION duodénale, 372, 426. — de la cloison interventriculaire, 1690. — d'ulcère, 1160. — utérine, 320.

PERFUSION du train postérieur, 1207.

PÉRIARTHROSES scapulo-humérales, 879.

PÉRITONITES à entérocoque, 845\*, 851. — à pneumocoques, 1397\*.

— biliaire, 1096. — généralisée à streptocoques. Sérothérapie, 836. — par perforation d'une pyonéphrose calculeuse, 1063. — puerpérales, 684. — tuberculeuse, 1189.

PESTE aviaire, 1175.

PHÉNOMÈNE de Schwartzman, 982. — de zone, 1016.

PHÉNYLÉTHYLBARBITURATE d'yohimbine, 919.

PHLÉBITES, 1142. — et anesthésie sympathique, 1160. — mélicocciques, 589\*.

PHLEGMONS du cou, 78. — péri-pharyngo-laryngiens, 78.

PHOSPHORE, 544, 1112. — Action antirachitique, 754.

PHRÉNÉCTOMIE, 114, 1707.

PIED-BOT paralytique, 561. — congénital, 561. — valgus, 561.

PIÉZOGRAPHIE, 338.

PIGMENT jaune dans la région thalamo-sous-thalamique, 266. — noir de la région sous-thalamique, 392.

PILOCARPINE, 390.

PINCE à biopsie, 495. — de Donati, 319.

PIPÉRIDINO-MÉTHYL-BENZO-DIOXANE, 788.

PIQÛRES de scorpion, 408.

PLACENTA syphilitique, 563.

PLAIES du crâne, signe du crémaster, 489\*. — pénétrante de la face. Anastomoses nerveuses, 594. — Plaies. Traitement par le Fenchone-acétylcholine, 913\*.

PLASMOCYTOME ilio-sacré, 178.

PLASTIES de la face, 71.

PLEURÉSIE à éosinophiles, 665. — purulente à streptocoques, 1456.

— purulentes de la grande cavité (traumatiques et tuberculeuses exceptées). Technique et traitement chirurgical, 677\*.

— purulentes tuberculeuses. Traitement, 605\*. — séro-fibrine, 1142.

PLURINUCLÉOSE neuronale, 543.

PLEURITE et évolution de la tuberculose, 1705.

PLEUROSCOPIE, 1709.

PNEUMATOCÈLE intracranienne, 116.

PNEUMECTOMIE totale pour cancer, 1095.

PNEUMOCOCCIES, 819.

PNEUMOCOQUES. Péritonites à —, 1397\*.

PNEUMOCOQUE des ardoisiers, 130.

PNEUMOPATHIE chez un syphilitique, 1540.

PNEUMOTHORAX. Aiguille à —, 1062. — artificiel, 818, 881. — controlatéral, 1339. — idiopathique bénin, 1160. — spontané, 1540. — spontané chronique, 1294. — thérapeutique, 684. — thérapeutique. Souffle amphorique, 1707.

POIKILODERMIES, 1267.

POLIOMYÉLITE, 114, 593, 838, 850, 1703. — aiguë à forme ataxique, 1303\*. — aiguë. La rachialgie cervicale et son importance dans la —, 1304\*. — antérieure aiguë, 494, 700.

POLYGLOBULIE d'origine respiratoire, 787.

POLYNÉOPLASIES, 482.

POLYNÉVRITE diphtérique, 265. — syphilitique, 317.

POLYPEPTIDES, 1174. — de la sécrétion salivaire, 904.

PONCTION lombaire, 917. — sous-occipitale, 537\*.

POULS lent permanent, 772.

POUMON des mineurs, 881.

POUSSIÈRES. Infection opératoire par les — de l'air, 888. — Lutte contre les — industrielles, 1288.

PRÉCARENCE C et réaction de Beszonoff, 392.

PRESSION artérielle, 482. — dynamique, 496. — lymphatique, 512, 1761. — moyenne, 1453. — pleurale, 1224. — veineuse, 647.

PRIMO-INFECTION, 1160. — tuberculeuse, 177. — tuberculeuse de l'adulte, 1701. — tuberculeuse et érythème noueux, 582.

PRIX de l'Académie de médecine, 1710. — de l'Académie des sciences, 1513. — Nobel, 1561.  
 PROCESSUS infiltrants du lobe inférieur accessoire, 1707.  
 PRODUITS caustiques, 1672. — nouveaux, 806, 1340, 1458, 1730.  
 PROLAPSUS génitaux, 59.  
 PROSTATE. Exploration radiologique, 303.  
 PROSTATECTOMIE, 666.  
 PROTECTION de l'enfance, 1226.  
 PROTÉINOTHÉRAPIE, 482. — lactique, 526.  
 PROTHÈSE des membres, 1203.  
 PROTIDES dans l'alimentation de l'enfant, 848\*.  
 PRURIGO aigu généralisé, 304.  
 PRURITS et éosinophilie, 1269. — sénile et azotémie, 1269.  
 PSEUDARTHROSE, 1748. — congénitale du tibia, 563.  
 PSORIASIS, 1269. — arthropathique et glandes endocrines, 813\*.  
 PSYCHONÉVROSE, 1655.  
 PTOSIS rénales, 889, 970, 1063.  
 PUÉRICULTURE, 1239.  
 PULMONAIRE. Structure fine du tissu —, 879.  
 PULSIONS post-rotatoires, 1031.  
 PULSOTENSIMÈTRE, 482.  
 PUPILLE tonique, 1665\*.  
 PURPURA, 1109. — rhumatoïde, 390.  
 PYRÉTOGÈNES, 1015.  
 PYRÉTHÉRAPIE, 147, 214.  
 PYÉLONÉPHRITES des petits enfants, 349\*, 421\*.  
 PYOCYANURIE, 462.  
 PYRAMIDON, 1492.

## Q

QUESTIONS D'INTERNAT. — Voir Notes pour l'Internat.  
 QUININE, 1079, 1419, 1469. — Elimination de la — par la bile, 162.  
 QUINIDINE et quinine en thérapeutique cardiaque, 1592\*.

## R

RACHIS. Cancer secondaire du —, 46. — Lésions du — et de la queue de cheval, 59.  
 RACHITISME, 1185. — en France, 1539. — tardif, 304. — Voir Phosphore.  
 RACHITIQUE. Activité anti— des dérivés oxygénés du phosphore, 544.  
 RADIOLOGIQUE des inflammations des os, 877.  
 RADIOGRAPHIE et occlusion, 372.  
 RADIOKYMOGRAPHIE, 881.  
 RADIOLOGIE, 877.  
 RADIOSCOPIQUE. Double projection — à 90°, 804.  
 RADIOTHÉRAPIE, 877.  
 RAGE, 161, 1047, 1096, 1140, 1554. (Voir Virus rabique.)  
 RAMOLLISSEMENT protubérantielle, 1294.  
 RATE ectopique, 1160.  
 RATS. Destruction des —, 770.  
 RATION alimentaire du nourrisson, 388\*.  
 RAYONNEMENT solaire, 561.  
 RAYONS ultra-violets. Sensibilité cutanée aux — chez les endocriniens, 482.  
 RÉACTION de Bordet-Wassermann, 866. — de fixation, 1098. — de Faust-Zambrini, 1540. — de Faust-Zambrini dans la pratique pédiatrique, 37\*. — de la muqueuse nasale, 526. — de Schick, 1356. — de Takata-Ara, 1703. — de Takata-Ara. Valeur de la — pratiquée sur le sérum, 1041\*. — de Vernes, 1205. — dissociée, 268. — d'opacification dans le sérum d'homme sensibilisé, 213. — neuronales de l'hypothalamus, 1127. — pupillaire, 1031. — phospho-vanillique, 612, 867. — tuberculinique, 1111. — vaso-motrice au bain chaud, 819.  
 RECTO-COLITE primitive et maladie de Nicolas-Favre, 338.  
 RÉDUCTION des liquides en thérapeutique, 1208.  
 RÉFLEXE conditionné, 983.  
 RÉFLEXOTHÉRAPIE nasale, 412.  
 REFOULEMENT, 319.  
 RÉGIME dans la diarrhée commune des nourrissons, 1501\*. — sans lait dans la première enfance, 1317\*. — Notions d'équilibre en matière de — chez l'enfant, 1549\*.  
 REIN, 1014. — polykystique, 319.  
 RÉINFECTION syphilitique, 1540.  
 RÉNAL. Segment — intermédiaire, 1014. — Tube —, 1111. — Alcalose —, 661\*.  
 RÉNOVATION épidermique, 1224.  
 RÉOSSIFICATION costale, 1526.  
 REPÉRAGE opératoire en chirurgie mammaire, 495.  
 RÉSECTION arthroplastique de la hanche, 1747. — de la clavicule, 1096. — diaphysaire totale de l'humérus, 950. — gastro-duodénale (technique de Donati), 563. — tibio-tarsienne, 427.  
 RÉSORCINORÉACTION de Vernes, 409.

RÉTICULO-MYÉLOME, 340.  
 RÉTRACTION ischémique des muscles fléchisseurs des doigts, 1635.  
 RÉTRÉCIS infectés, 1128.  
 RÉTRÉCISSEMENT cardiœsophagien, 42. — congénital de l'isthme de l'aorte, 1655. — du rectum, 1146, 1178\*. — Electrolyse, 1063.  
 RÉTROTUBÉRITES, 71.  
 REVALORISATION du capital humain, 482.  
 REVUES GÉNÉRALES. — Abscès du poumon. Suppurations pulmonaires, par M. Garfinkel, 573. — Anémie pernicieuse. Traitement moderne, par M. Gondard, 1153. — Axe gris de la moelle. Données d'anatomie et de physiologie, par MM. P. Masquin et Leconte, 961, 993. — Coma barbiturique. Son traitement, par M. P. Seringe, 645. — Cavernes tuberculeuses chez l'enfant, par M. Vaja, 1631. — Dolichocolons. Les —, étude pathogénique, par MM. A. Bernard et A. de Tayrac, 861. — Encéphalite épidémique, par M. Amour F. Liber, 439, 473. — Facial. Le — sensitif périphérique au point de vue physiopathologique, par M. F. Lévy, 1413. — Hémoptysies tuberculeuses, par M. G. Vaja, 897, 931. — Hernies diaphragmatiques, par MM. B. Garraud et P. Bastien, 367, 403. — Hydrarthroses du genou, leurs principales variétés. Diagnostic étiologique, par M. Pierre Klotz, 1121. — Hystérie, par M. H. Ey, 797, 829. — Inhalations de carbogène dans le traitement des asphyxies aiguës par l'oxyde de carbone, par MM. Guilleman et Pasquié, 1217, 1249. — Liquide céphalo-rachidien dans la syphilis acquise. Les syphilis nerveuses inapparentes, par M. Gilbert Vial, 225, 259. — Lobe pariétal. Anatomie, physiologie, physiopathologie, par MM. J.-O. Trelles et Leconte, 125, 157. — Maladie de Nicolas Favre, par M. G. Vial, 765. — Nerfs oculo-moteurs. Physiologie, par MM. Pommé et Duguet, 1025, 1057. — Œdème aigu du poumon, par M. H. Netter, 21, 53. — Pleurésies purulentes de la grande cavité (traumatiques et tuberculeuses exceptées). Techniques et indications du traitement chirurgical, par MM. Ch. Cachin et R. Israël, 677. — Pleurésies purulentes tuberculeuses. Traitement, par MM. R. Israël et Ch. Cachin, 695. — Ponction sous-occipitale. Son importance en syphiligraphie. Son innocuité. Sa facilité technique, par MM. Le Baron et Max Fourestier, 537. — Pupille tonique. Syndrome d'Adie, par M. F. Franchel, 1665. — Régimes. La notion d'équilibre en matière de — chez l'enfant, par M. Babonneix, 1549. — Régimes sans lait dans la première enfance, par M. P. Baize, 1317. — Résistance à l'insuline dans les affections du foie, par MM. Carrière, Gineste et Belbenoit, 1447. — Spondylose rhizomélisque, par M. Mathieu-Pierre Weil, 1381. — Syndrome de Volkmann, par M. F. Bertrand, 505. — Tension moyenne. Etude physiologique et clinique, par M. Ch. Darnaud, 297, 331. — Tuberculose à travers les siècles, par M. Ch. Toinon, 1485, 1517. — Tuberculose et dilatation bronchique, par M. Vaja, 1089. — Vitamines C, par M. L. Babonneix, 91. — Vitamine D, par M. Babonneix, 191.  
 RHINO-PHARYNX. Traitement des infections chroniques ou récidivantes du —, 491\*.  
 RHINOPLASTIE. Greffe italienne, 527.  
 RHUMATISME, 230, 371, 1494, 1502. — chronique, 754. — chronique et extrait de venin d'abeilles, 983. — d'Heberden, 594, 666. — aigu et chronique. Traitement, 1142. — Thérapeutique d'entretien dans la pratique régimentaire, 525.  
 RHUMATISMALES. Cardiopathies —, 1588\*.  
 RICINOLÉATE de sodium, 494.  
 « ROND » hypotonique, 412.  
 ROUGEOLE, 1640. — Angine prodromique, 1190. — Diagnostic précoce, 1190. — et amidopyrine, 231.  
 RUPTURE de la longue portion du biceps, 565. — de l'urètre, 340.

## S

SAGES-FEMMES, 1761.  
 SANATORIAL. Le problème —, 1709.  
 SACRALISATION, 879.  
 SACRO-COXALGIE, 852.  
 SACRUM. Glissement du — en avant, 178.  
 SANG et gaz thermaux, 865. — Influence de la teneur en sel de l'alimentation, 544. — Maladies du — et pathologie héréditaire, 816\*. — Sujets à — instable, 371. — Viscosité du sang, 1205.  
 SANGUINES. Comptabilités —, 371.  
 SANGSUE, 1174.  
 SARCOME et virus vaccin antirabique, 463. — osseux, 877.  
 SCARLATINE, 316, 1190, 1656, 1746. — chirurgicale, 1642.  
 SCHWANNOME, 1032.  
 SCIATIQUE, 115.  
 SCIENCES occultes et déséquilibre mental, 1681.  
 SCLÉRODERMIE, 287, 1271. — Nature et traitement. Recherches expérimentales. Résultats thérapeutiques, 173\*.  
 SCLÉROÈDEME, 610.  
 SCLÉROSE en plaques. Sérothérapie hémolytique, 1207. — et réactions tissulaires, 1322. — latérale amyotrophique, 494. — latérale amyotrophique et encéphalite léthargique, 114.



SCOLIOTIQUES. Cœur des —, 1590\*.  
 SCORBUT, 544. — expérimental, 1175. — infantile, 445, 1191. — sporadique de l'adulte, 542.  
 SECRÉT PROFESSIONNEL et assurances sociales, 1000. — (Voir INTÉRÊTS PROFESSIONNELS.)  
 SECRÉTINE, 268.  
 SECRÉTION gastrique, 446.  
 SÉDIMENTATION globulaire et tuberculose chronique, 1703.  
 SELS biliaires, 638.  
 SENSIBILISATION, 1139. — des animaux par le sérum humain cancéreux, 787. — pré — anaphylactique, 866. — tissulaire, 179.  
 SENSIBILISATRICE, 612.  
 SENSIBILITÉ acquise aux plantes, 1269.  
 SEPTICÉMIES, 178. — à B. funduliformis, 316. — à B. perfringens, 1277. — à pneumobacilles, 59. — chirurgicales, 247. — entérococcique, 1144. — gonocoque, 1125. — mixte, 850. — polymicrobienne, 1095. — post-abortum à staphylocoque doré, 12. — staphylocoque, 58, 542, 1556. — streptocoque, 665. — tuberculeuse, 1206.  
 SEPTICO-PYOHÉMIE, 700.  
 SÉRO-COAGULATION de Weitman, 1703.  
 SÉROFLOCCULATION de Vernes, 595.  
 SÉRO-RÉACTION blennorragique, 1240. — de Widal chez les vaccinés TAB, 651.  
 SÉROTHÉRAPIE antitétanique, 111\*. — antistreptocoque, 836.  
 SERPENT. Injection sous-cutanée d'eau contre les doses mortelles du venin de —, 370. — venimeux Traitement des morsures, 408.  
 SÉRUM, 480. — antistreptocoque de Vincent, 28, 544. — antitétanique. Paralyse, 1032. — antitétanique enrobé dans la lanoline, 612. — anti. V., 1110. — de cheval. Action sur la tuberculose, 774. — de convalescents, 37. — et saignées, 786. — normal et vibron septique, 904. — Réactions morphologiques, 609.  
 SIGNE du crémaster en pathologie nerveuse. Valeur diagnostique dans les plaies du crâne, 489\*. — de la dysharmonie vestibulaire, 917. — Faux — de Babinski, 918.  
 SILICOSE pulmonaire, 582, 638.  
 SINUS carotidien, 1002.  
 SINUSITE maxillaire latente, 113.  
 SOCIÉTÉ de chirurgie. Prix décennés, 121. — des Chirurgiens de Paris. Séance annuelle, 148. — de Pathologie comparée; séance annuelle, 162. — Voir Académie de chirurgie.  
 SODUKU, 463, 580.  
 SOJA. Farine de — dans l'alimentation du nourrisson, 1107\*.  
 SOL. Radiations nocives du —, 1078.  
 SONDE gastro-duodénale, 983.  
 SORCIÈRES et possédées, 1649\*.  
 SOUCHE bovine, 542.  
 SPASMES toniques du cou post-encéphaliques, 114. — viscéraux, 1470.  
 SPASMOGÈNES, 1471.  
 SPIROCHÉTOSE, 1640. — anictérique. Formes pseudo-grippales, 1692. — ictérique, 1692. — ictéro-hémorragique. A propos des formes anictériques de la —, 1365\*. — méningée, 580, 1690. — rénale, 410.  
 SPLÉNECTOMIE dans le traitement de l'ictère hémolytique infantile, 722\*. — pour homogénéité, 1188.  
 SPLÉNOMÉGALIE bilharzienne, 919. — Séméiologie, 1051, 1082, 1112\*. — tuberculeuse, 371.  
 SPLÉNO-PNEUMONIE de Grancher, 919.  
 SPONDYLOSE et spondylolisthésis, 462. — rhizomélique, 1381\*.  
 SPONGIOPATHIE, 43.  
 SPRUE, 1401.  
 STADE de rétraction, 1705.  
 STAPHYLOCOCCES cutanées, 1267.  
 STAPHYLOCOQUE, 1176.  
 STASES papillaires et méningites séreuses, 902.  
 STATIQUE et réactions vestibulaires, 317.  
 STÉNOSE du duodénum, 904. — inflammatoires du pylore, 850. — pylorique, 1096. — sous-vatériennes, 30. — tardive du pylore, 904.  
 STÉRILISATION à l'autoclave, 1096.  
 STIBIOTHÉRAPIE, 426.  
 STREPTOCOCCÉMIES et méningites suppurées à streptocoques, 28. — passagère au cours du Sodoku, 580. — Sérothérapie, 1452.  
 STREPTOCOCCES, 1206. — expérimentale, 1141.  
 STREPTOCOCCUS viridans, 316.  
 STREPTOCOQUES. Culture, 446.  
 STRUMITE syphilitique, 177.  
 STRYCHNINE et diphtérique, 390.  
 STRYCHNO-BARBITURIQUE, 1524.  
 SUBSTANCE innommée de Reichert, 318. — protéiques, 610.  
 SUBLUXATION congénitale de la hanche, 1540.  
 SUC pancréatique, 867.  
 SURINFECTION tuberculeuse pleurale, 866.

SUPPURATIONS péri-laryngo-pharyngées, 78. — pulmonaires, 573\*.  
 — pulmonaires et lipiodol, 81.  
 SURRÉNALECTOMIE, 977\*.  
 SUTURES nerveuses, 970.  
 SYMPHATECTOMIE, 684. — périaortérielle, 462. — veineuse, 427.  
 SYMPATHIQUE. Radiothérapie, 885.  
 SYNCOPES anesthésiques et acide carbonique, 983.  
 SYNDROME adipo-génital, 444, 525. — basedowien et encéphalopathie infantile, 177. — bulbaire, 888. — condylo-déchiré postérieur, 116. — d'Adie, 1665\*. — d'adiposité, 1034. — de cardiaque noir, 1655. — d'encéphalite et fièvre boutonneuse méditerranéenne, 542. — d'hypertension artérielle permanente, 1188. — de Korsakoff, 917. — de Landry et chorée fibrillaire de Morvan, 1137\*. — de Raynaud, 410. — de sclérose en plaques post-sérothérapique, 982. — de Still, 1108. — de Stokes-Adam de nature rhumatismale, 371. — de Volkmann, 505\*. — embolique cardio-mésentérique, 1705. — haut-parkinsonien syphilitique, 580. — hémialgique, 917. — humoral du myxoedème, 887. — infundibulo-tubérien, 918. — latéral du bulbe, 1095. — 1109. — lenticulaire type Wilson, 580. — myoclonique, 265. — neuro-anémique, 316, 713\*. — neuro-anémique de Biesner, 592. — ostéo-musculaire, 700. — protubérantielle, 592. — tubérien, 594.  
 SYNOVECTOMIE, 426.  
 SYNTROPISME des états morbides, 1192.  
 SYPHILIGRAPHIE, 1265.  
 SYPHILIS, 1273, 1274, 1275, 1763. — congénitale, 1456. — et ictère grave, 389. — héréditaire, 637. — nerveuse, 1640. — nerveuses inapparentes, 225, 259\*. — osseuse, 445. — Prévention, 1523.  
 SYRINGOMYÉLIE, 1128. — infantile, 1031. — lombo-sacrée familiale, 592.  
 SYSTÈME neuro-végétatif et système nerveux cérébro-spinal, 1175.  
 SYSTOLMÉTRIE, 1616.

## T

TABÈS et rhumatisme gonocoque, 316.  
 TABLEAUX A et C, 1761.  
 TACHYALLERGIE, 803.  
 TACHYCARDIE, 638. — adrénalinique, 1205. — sinusale, 666.  
 TAMPONNEMENT antéro-postérieur par voie nasale, 71.  
 TECHNIQUES des colorations et des imprégnations nerveuses, 1275.  
 TECHNISME scientifique, 59.  
 TÉLÉVISION, 609.  
 TENSION artérielle et hypothalamus, 391. — moyenne, 297, 331\*. — superficielle, 609. — vésiculaire provoquée, 1690.  
 TÉRATOME, 317.  
 TEST de Mlle Brazier, 371.  
 TÉTANIE infantile, 178.  
 TÉTANIQUE. Toxine — enrobée dans la lanoline, 280.  
 TÉTANOS après brûlures, 371, 372. — cérébral d'emblée, 1690. — guéri, 1748. — grave sans porte d'entrée, 304. — Prévention, 889. — Sérothérapie, gardénal, 426. — Traitement, 1420.  
 THÈSES d'Alger, 1670. — de Bordeaux, 1472. — de Lille, 1553. — de Lyon, 1763. — de Marseille, 1417. — de Montpellier, 1386. — de Nancy, 1653. — de Strasbourg, 1763. — de Toulouse, 1451.  
 THÉRAPEUTIQUE antivenimeuse, 263. — hydrominérale chez les enfants. Cure de Vichy, 693, 781\*.  
 THERMO-STABILISATION, 902.  
 THORACOCAUSTIQUE, 1709.  
 THORACOPLASTIE, 1096. — extrapleurale, 744.  
 THROMBOSES artérielles, 850.  
 THYMITE suppurée, 44.  
 THYROIDECTOMIE, 820, 1111.  
 THYROXINE, 700.  
 TIBIA, absence congénitale, 1748.  
 TICS et obsessions, 903.  
 TISSU spongieux hétérogène, 1642. — Teneur en acide ascorbique ou Vitamine C, 788.  
 TORSION de la rate, 1524. — des annexes, 1160, 1746. — du fémur, 559. — du testicule, 1748.  
 TORTICOLIS spasmodique, 114, 115, 317.  
 TOUCHER pharyngien dans l'adénoïdite, 44.  
 TOUX, 544. — Traitement par l'alcoolisation du N. laryngé supérieur, 81.  
 TOXI-INFECTIONS expérimentales, 1128.  
 TOXINE diphtérique, 267, 373. — et antitoxines. Renforcement de l'action immunisante, 683. — staphylocoque, 100, 372, 772, 1127. — tétanique, 373, 1139.  
 TRACHÉO-BRONCHITE fulgurante, 81.  
 TRAITEMENT des infections chroniques ou récidivantes du rhinopharynx, 491\*.  
 TRANSFUSION sanguine, 494. — en chirurgie, 385\*. — dans les anémies, 730\*. — en O. R. L., 69.  
 TRÉPONÈME, 1096.  
 TREPONEMA pallidum, 1127.

TRAUMATISME crânien. Séquelles, 1285, 1292. — de la main et des doigts, 1286. — et tumeur cérébrale, 1143.

TROCART à débit continu, 59.

TROUBLES vestibulaires, 74. — dus à l'électricité, 1291. — de l'équilibre, 593, 785. — de la sensibilité, 594. — cardiaques. Dépistage précoce, 1046.

TSUTSUGAMUSHI (fièvre fluviale du Japon), 28.

TUBAGE chez l'enfant, 1734\*.

TUBERCULINE et trichophytine, 1207. — Réactions à la —, 1703, 1763.

TUBERCULOSE, 495, 1047, 1701. — à l'école, 512, 1617. — à Lyon, 1454. — à travers les siècles, 1485, 1517\*. — aviaire et transmission par les œufs, 1208. — chirurgicale, 1098. — Congrès national, 741. — eutanée, 610, 1080. — eutanée et tuberculides, 1265. — du col fémoral, 559. — du rein, 919. — et dilatation bronchique, 1089\*. — et grossesse, 542. — et lutte antituberculeuse en Afrique du Nord, 748. — et maladie de Basedow, 1640. — et maladie de Hodgkin, 881. — Examen obligatoire des étudiants, 230. — expérimentale, 1096. — expérimentale et ondes courtes, 983. — ganglio-pulmonaire chez un nourrisson, 610. — infantile, 5. — Lutte contre la — dans la marine, 1545. — Manifestations végétatives infundibulo-tubériennes, 1707. — Opothérapie splénique, 1674. — ostéo-articulaire, 553. — Prophylaxie. La marine de guerre et la marine marchande, 753. — pulmonaire, 462. — pulmonaire. Dépistage par la radioscopie systématique, 881. — pulmonaire et silicium, 264. — pulmonaire occulte, 1253. — Ultra-virus et virus filtrant, 741.

TUMEUR blanche du coude, 218, 250, 291\*. — bulbaire latente, 917. — confluentes du cuir chevelu, 427. — cranio-pharyngée, 785. — double de l'angle ponto-cérébelleux, 115. — du bassin, 1143. — du cordon spermatique, 1078. — du cuir chevelu, 304. — Tubage du duodénum, 494. — du N. cubital, 479. — du squelette, 1160. — du ventricule latéral, 114. — frontales. Difficultés du diagnostic, 114. — hypophysaires, 786. — lympho-épithéliale du cavum, 482. — osseuses, 178. — para-médiastinales, 1540. — pararénale, 1223.

TYPHIQUE. Endémie — du littoral français, 968.

TYPHO-BACILLOSE, 1701.

TYPHOÏDE, 12, 651, 1278. — et coquillages, 1355, 1555, 1638. — La fièvre — à Montpellier, 1143.

TYPHUS, 30. — exanthématique, 512. — exanthématique. Vaccination, 1159.

## U

ULCÉRATION et volvulus de l'anse sigmoïde, 563. — ulcération gastrique, 1175.

ULCÈRE aigu de la vulve et fièvre typhoïde, 12. — de l'estomac. Traitement par l'histidine, 1581. — duodénal, 819. — gastro-duodénaux et histidine, 427, 1255. — peptique, 1160. — variqueux, 526.

ULCUS du duodénum, 1224. — gastro-intestinal et histidine, 1255.

ULTRAVIRUS tuberculeux, 741.

URETÈRE. Motilité de l' — isolé, 266.

URÈTRE. Exploration radiologique, 303.

URICÉMIE goutteuse, 1690.

URINE de femme enceinte et motilité de l'uretère isolé, 268.

UROTHROPINE dans la bilieuse hématurique, 1420.

URTICAIRE, 1208. — et ictère catarrhal, 638. — et radiothérapie splénique, 887.

## V

VACCIN antivariolique, 561. — Pasteurella, 446.

VACCINATIONS, 1492. — anti-amarile, 1672. — antidiphthérique, 200. — anti-staphylococcique, 12. — antipesteuse, 936. — antirabique. Cinquantième anniversaire, 929, 942. — antitétanique, 427. — antityphique et syndrome lenticulaire type Wilson, 580. — associées. Réactions vaccinales bénignes, 410. — charbonneuse, 1094, 1175. — contre la fièvre jaune, 1125. — contre le typhus exanthématique, 1159. — par voie aérienne, 1672. — polyvalente contre les venins, 968.

VAGOTOMIE, 1015.

VAGOTONIE, 1047.

VAGOTONINE dans les états anxieux, 1420. — et anémie, 804.

VARICELLE et zona, 1271. — et arachnoïdite, 1073\*.

VARICES, 1494.

VEINE cave. Résection et suture, 230.

VENIN de cobra, 200, 546. — d'abeilles. Rhumatisme chronique et algies, 983. — de serpent et injections sous-cutanées d'eau, 370, 408. — de vipère, 968. — enrobé dans la lanoline, 611.

VERRUE, 1206.

VERTÈBRE. Déplacement postérieur de la V<sup>e</sup> — lombaire, 557.

VERTIGE dans les affections hépato-biliaires, 1141. — et accidents comitiaux par lotion soufrée, 542.

VÉSICALES. Fausses tumeurs —, 1128.

VESSIE. Corps étranger, 983.

VÊTEMENT du soldat, 1540.

VIN. Le — en diététique, 1291.

VIPÈRES, 1420. — Traitement des morsures de —, 370, 408.

VIRUS de la fièvre fluviale du Japon (Tsutsugamushi), 28. — des rues, 1015. — lymphogranulomateux, 102. — neurotrope, 683. — poliomyélitique, 268, 982. — rabique, 1015, 1047, 1127, 1206. — récurrentiel, 1110. — tuberculeux. Elimination par l'urine, 1126. — virus vaccinal, 1110.

VITAMINE A, 1672. — C, 91\*, 392, 610, 757, 1761, 1762. — D, 191\*. — et avitaminoses, 1191.

VITAMINOSE. Hyper — C, 1226.

VITESSE circulatoire, 463.

VOIE rhinotrachéale dans la thérapeutique des voies respiratoires, 306.

VOLVULUS de l'S iliaque, 426. — du colon pelvin, 954, 986, 1018\*. — du grêle, 524.

VOMISSEMENTS de l'enfance, 161.

VOMISSEUR. Un enfant —, 113.

## X

XANTHÉLASMA, 1271.

XANTHOCHROMIE cutanée par hypercaroténémie, 818.

XANTHOMATOSE cranio-hypophysaire, 1109.

## Y

YEUX clairs et yeux foncés, 370.

YOHIMBINE, 1205.

YOGOURTH en médecine infantile, 1252\*.

## Z

ZONA, 1271.



# PADERYL

## DRAGÉES

à base de

|                                    |       |
|------------------------------------|-------|
| BROMHYDRATE DE PAPAVERINE . . .    | 0,03  |
| DE CODÉINE . . .                   | 0,02  |
| EXTRAIT DE VALÉRIANE STABILISÉE. . | 0,10  |
| DE JUSQUIAME STABILISÉE. .         | 0,035 |

## CALMANT DE LA TOUX SÉDATIF NERVEUX

**DOSES. — Adultes : De 2 à 6 Dragées par jour**

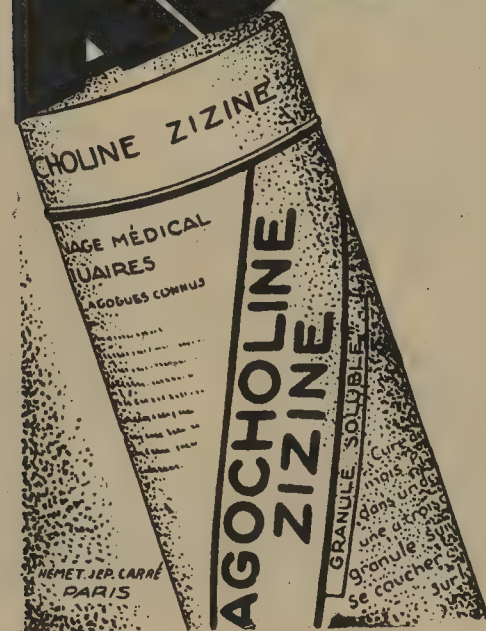
à avaler sans les croquer.

**Enfants : selon l'âge.**

LABORATOIRES CLIN, COMAR & C<sup>ie</sup>, 20, Rue des Fossés-Saint-Jacques, PARIS

# AGOCHOLINE

(GRANULÉ SOLUBLE)



## CHOLECYSTITES CHRONIQUES CONGESTION DU FOIE

Lithiase biliaire - Ictère et Cholémie

Dyspepsies réflexes - Constipation  
Migraines, Vertiges, Eczéma, Prurit

d'origine  
hépatobiliaire

**Posologie :** 1 à 3 cuillerées à café le matin à jeun, dans un demi verre d'eau chaude.

**LABORATOIRES DU D<sup>r</sup> ZIZINE**  
24, 26, Rue de Fécamp - Paris (XII<sup>e</sup>)

## LIVRES NOUVEAUX

**Traité de physiologie normale et pathologique**, publié sous la direction de G.-H. ROGER, professeur honoraire de physiologie à la Faculté de médecine de Paris, et Léon BINET, professeur de physiologie à la Faculté de médecine de Paris. — Tome X : Physiologie nerveuse (1), deuxième partie, par MM. F. BREMER, R. CAUSSÉ, A. et B. CHAUCHARD, J. FROMENT, R. GARCIN, L. GARRELON, J. HAGUE-NAU, A. HAUTANT, A. LEGRAND, E. LEMAITRE, J.-B. LOGRE, L. MERKLEN, G. MILIAN, N. PÉRON, H. PIÉRON, D. SANTE-NOISE, A. STROHL, E. VELTER, M. VIDACOVITCH.

Ce nouveau volume du Traité de Physiologie publié sous la direction des professeurs Roger et Binet, est le dernier à paraître. Il complète le tome IX déjà publié ; comme lui il est consacré à la physiologie nerveuse. On y trouvera plus spécialement des études consacrées au cervelet, au bulbe, à la moelle, au liquide céphalo-rachidien, aux nerfs crâniens, au sympathique et aux organes des sens. Ces deux tomes qui forment ensemble 2.000 pages environ, présentent une étude nouvelle, très approfondie, à la fois scientifique et pratique de toute la physiologie nerveuse.

Le *Traité de physiologie normale et pathologique* est maintenant complet.

Ce grand ouvrage, largement conçu et largement réalisé, qui permet à la fois la documentation, la recherche et l'étude, est resté jusqu'au bout nettement orienté vers l'utilisation pratique. Ces 11 volumes permettent au médecin d'être au courant des progrès que la physiologie, pierre angulaire de l'édifice médical, a réalisés.

L. G.

**Les astéréognosies. Pathologie du toucher. Clinique. Physiologie. Topographie** (2), par J.-P.-L. DELAY. Préface du professeur G. GUILLAIN.

Ce très important travail, fait à la clinique neurologique de la Salpêtrière et au laboratoire de physiologie des sensations du Collège de France, apporte une conception tout à fait nouvelle du problème des astéréognosies.

Il représente d'autre part une synthèse complète de tous les travaux d'ordre neurologique, physiologique, psychologique, qui ont paru sur ce sujet dans la littérature internationale. Il s'inspire en particulier des travaux expérimentaux de Pavlov sur les Analyseurs tactiles dont il fait une féconde application à la clinique, et de ceux de Henry Head — qu'il soumet d'ailleurs à une critique judicieuse.

Les Cliniciens seront intéressés dans cet ouvrage par l'étude des techniques scientifiques de l'examen des sensibilités, qui doit être fait en tenant compte non seulement de l'appréciation des sensations élémentaires, mais aussi des perceptions de l'intensité et de l'extensité des sensations, et des modifications de la sensation en fonction du temps. De tels examens sont indispensables à qui veut utiliser les troubles de sensibilité pour le diagnostic topographique. Le Dr Delay, en se basant sur de nombreuses observations, montre les différences qui séparent les anesthésies corticales des autres anesthésies : on lira avec profit son étude critique du syndrome sensitif cortical.

Les Physiologistes seront spécialement intéressés par une dissociation des astéréognosies d'un point de vue physiopathologique en amorphognosies, troubles de la différen-

ciation des formes conditionnées par des troubles des analyseurs d'extensité spatiaux et en atrylognosies, troubles de la différenciation des matières, conditionnées par des troubles des analyseurs d'intensité. On retiendra particulièrement l'étude sur le rôle de la vue dans les perceptions tactiles de l'espace.

Les Psychologues trouveront une conception originale de l'asymbolie tactile. Une observation particulièrement démonstrative a montré à l'auteur qu'elle représentait non pas un trouble de la synthèse, mais une agnosie sémantique, comparable à l'aphasie sémantique de Head. On trouvera dans cette partie des vues profondes, inspirées en partie par Cassirer, sur la pathologie du symbolisme.

Il n'existait jusqu'à ce jour dans la littérature étrangère aucun ouvrage envisageant la question des astéréognosies dans toute sa complexité. C'est dire que sa lecture apparaît indispensable à qui s'intéresse soit au problème des sensibilités, soit au problème des agnosies et des troubles de la pensée symbolique.

L. G.

**Questions de garde de médecine** (1), par Ch. MATTEI, professeur de clinique médicale, P. GIRAUD, professeur agrégé, M. AUDIER, chef de clinique, à la Faculté de Médecine de Marseille.

Le concours d'Internat des Hôpitaux de Marseille est pourvu depuis près d'un siècle d'une épreuve intéressante entre toutes, celle des « Questions de garde ». Après les épreuves écrites et cliniques, le candidat doit encore répondre en un temps très bref à trois questions de médecine, chirurgie ou obstétrique d'urgence.

Le programme des questions de garde de médecine a inspiré aux auteurs le très utile précis dont la troisième édition paraît aujourd'hui avec une excellente présentation.

Précédé d'un court rappel des doses et formules usuelles, on y trouvera, en huit chapitres substantiels, l'exposé bref et pratique des principaux tableaux cliniques de médecine d'urgence, des problèmes de diagnostic et de traitement immédiat qu'ils peuvent poser.

Cas d'urgence de la pathologie digestive, respiratoire, circulatoire, urinaire, nerveuse, des maladies infectieuses, des intoxications, etc., sont étudiés de telle manière, que non seulement ce livre sera utile aux étudiants et aux internes, mais encore pourra rendre grand service aux praticiens.

Eclairé de l'expérience clinique et thérapeutique si richement nourrie des Hôpitaux de Marseille, de la saine tradition clinique et thérapeutique de l'Ecole de Marseille, de ses Maîtres, tels que les regrettés professeurs Oddo et François Arnaud, il apporte à l'activité médicale, pratique des hôpitaux et de la vie professionnelle une très utile contribution.

L. G.

(1) In-16 Jésus de 352 pages. — Prix : 30 fr. — Marseille, librairie des Allées, 144, La Canebière.

**Grossesse et formes anatomo-cliniques de la tuberculose pulmonaire**, par le Dr Charles LÉONARDI, ancien interne du sanatorium F. Mangini (Hauteville). Préface du Dr F. Dumarest. 1 vol. in-8° de 214 pages. — Prix : 35 fr. — Paris, G. Doin et Cie.

**Thérapeutique O.-R.-L. homœopathique**, XVI-704 pages in-8° écu, par le Dr Paul CHAVANON, lauréat de la Faculté de médecine de Paris, chargé de l'enseignement O.-R.-L. de l'homœopathie moderne. — Prix : 80 fr. — Imprimerie Saint-Denis, 11, avenue Saint-Jean, Niort (Deux-Sèvres).

(1) Deux volumes formant ensemble 1.580 pages avec 275 figures. — Prix : brochés, 220 fr. ; cartonnés, 250 fr. — Paris, Masson et Cie.

(2) In-8 de 548 pages avec 19 figures. — Prix : 65 fr. — Paris, Masson et Cie.



# TABLE DES AUTEURS

1935

## A

Abadi (Mlle), 426, 580.  
 Abadie, 1160, 1349.  
 Abaza, 637, 818, 1109.  
 Abel, 1605.  
 Aboulker, 1160.  
 Abrami, 1599.  
 Achard, 446, 480, 544, 609, 785, 936, 1554, 1620, 1713\*.  
 Ackermann, 820.  
 Adida, 1701\*.  
 Adova, 1356.  
 Adson, 1354.  
 Advier, 1672.  
 Agadjanian, 374.  
 Aguilera-Maruri, 1274.  
 Aimé, 610, 1454.  
 Aimès, 1064, 1492.  
 Ailoff (Mme), 1110.  
 Ajuriaguen, 917.  
 Alajouanine, 115, 316, 317, 594, 700, 785, 820, 918, 1032, 1128.  
 Albat, 888.  
 Albeaux-Fernet, 371, 594, 1267.  
 Albertini (A. von), 1276.  
 Albessar, 918.  
 Albot (Guy), 426.  
 Albrieux, 1390.  
 Alechinsky, 1273.  
 Alglave, 42, 888, 1526, 1747.  
 Aliosof, 1136.  
 Allaines (d'), 820, 970, 1642.  
 Allard, 1669.  
 Allenbach, 1669.  
 Allier, 1034.  
 Alliez, 700, 1137\*.  
 Alvaro de Moscoso, 950.  
 Ameline, 43, 178, 851, 1095, 1433.  
 Ameuille, 58, 544, 1031.  
 Amsler, 887, 888.  
 Andrade (C. d'), 918.  
 André, 316, 850, 1125, 1732.  
 André (R.), 264.  
 André-Thomas, 114, 783, 786.  
 Andrieu, 178, 525, 982, 1142, 1640, 1656.  
 Andry, 58.  
 Anselme-Martin, 1143, 1226, 1600.  
 Antoniotti, 372.  
 Apert, 166.  
 Appert, 43.  
 Arager (Mme), 1566.  
 Argaud, 1390.  
 Ariès, 426.  
 Arloing, 742, 1223, 1620.  
 Armand, 1002.  
 Armand-Delille, 304, 610, 772, 788, 818, 1079, 1271, 1456, 1506, 1618.  
 Arnaud (M.), 1285.  
 Aron (Max), 1556.

Aronson, 650.  
 Arslan Khayel, 785.  
 Arsonval (d'), 30, 1672.  
 Arts, 1189.  
 Artus, 100.  
 Aslan, 684.  
 Astros (d'), 741.  
 Aschkenasy, 390, 462.  
 Aubaniac, 970.  
 Aubert, 1456.  
 Aubertin, 389, 582, 1045.  
 Aubertot, 865, 1062.  
 Aubin, 1125.  
 Aubourg, 59, 410.  
 Aubriot, 73.  
 Aubry, 177, 582, 593, 743, 970, 1160.  
 Aubry (M.), 114.  
 Auclair (.), 214.  
 Audier, 589\*, 638, 666.  
 Audry, 700.  
 Audubert, 683.  
 Augier, 542, 1401.  
 Aujaleu, 595.  
 Aumenier, 178.  
 Auriac, 340.  
 Auvray, 427, 819, 820, 1269, 1748.  
 Auzépy, 177, 1109.  
 Azérad, 1110, 1111.  
 Azoulay, 1701.

## B

Babonneix, 39, 43, 91\*, 191\*, 250, 285\*, 304, 310\*, 318, 342\*, 374, 428, 444, 512\*, 524, 591\*, 592, 593, 594, 610, 654, 722\*, 772, 848\*, 916, 917, 945\*, 1031, 1107, 1073\*, 1107\*, 1158\*, 1175, 1185\*, 1252, 1258, 1308, 1327, 1367\*, 1432\*, 1445, 1501\*, 1546\*, 1549\*.  
 Babler, 1206.  
 Bablet, 1127, 1128, 1140.  
 Babiantz, 1403.  
 Bacanu, 1141, 1205.  
 Baillet, 1224.  
 Bailly, 651.  
 Baize, 1030, 1317\*.  
 Balancieu, 1703.  
 Balgairies, 1655.  
 Ballan, 1141, 1540.  
 Balmes, 1226, 1277, 1294.  
 Balmus, 177.  
 Balozet, 1554.  
 Baratoux, 73.  
 Barban (Mlle Marie-Louise), 214, 544, 611, 1112.  
 Barbary, 968, 1075.  
 Barbe, 494, 970.  
 Barbellion, 526.  
 Bardin, 317, 638, 906, 1640.  
 Barger, 1013.

Bariéty, 12, 446, 480, 494, 544, 818, 819, 970, 1556, 1701.  
 Barnaud (Mlle), 1095.  
 Barnay, 1144, 1278.  
 Barraud, 77.  
 Barraux, 410.  
 Barré, 74, 593, 594, 783, 786, 1031, 1352.  
 Barré (J.-A.), 317, 917.  
 Barré (de Rennes), 850.  
 Barrelet, 318.  
 Barrier, 983.  
 Barros Lima, 1638, 1670.  
 Baruc, 177.  
 Baruch-Samuel, 1554.  
 Baruk (H.), 318.  
 Barry, 785, 1015.  
 Basch, 580, 1208.  
 Basch (G.), 1271.  
 Basch (M.), 1271.  
 Bascourret, 316, 1125.  
 Basset, 427.  
 Basset (James), 230.  
 Bastien, 367\*, 403\*.  
 Battaglini, 391.  
 Batteur, 950.  
 Baudoin, 1110.  
 Baudoin, 317, 448, 1014, 1031, 1080, 1111.  
 Baumgartner, 1063, 1109.  
 Bayle, 319, 495, 1062.  
 Bazy, 247, 248, 287, 371, 850, 852, 889, 1063, 1095, 1526, 1642, 1674, 1746, 1748.  
 Beauford (de), 1725.  
 Beauvieux, 340.  
 Bécart, 164, 410, 494, 983, 1063, 1492.  
 Bécart (A.), 319.  
 Beckers, 1223.  
 Bécère, 1031, 1275.  
 Beerens, 983.  
 Belle, 248, 564, 1112.  
 Belbenoit, 1447\*.  
 Bellanger, 1224.  
 Bemal, 580.  
 Bénard, 426, 1690.  
 Bénard (H.), 448, 1014, 1080.  
 Benau, 1226.  
 Benda, 371, 1109.  
 Benhamon, 1126.  
 Benoit, 248.  
 Benon, 1105\*, 1777\*.  
 Bensaude, 316, 1402.  
 Bérard, 746.  
 Bérard (H.), 1207.  
 Béraud, 1492.  
 Bercher, 338.  
 Berg (H.-H.), 1220.  
 Berge, 1672.  
 Bergeret, 595, 1160, 1416.  
 Bergougnan, 340.  
 Berho, 525.  
 Bernabai, 772, 904, 1016.  
 Bernard, 248, 757, 850, 917, 1112.

Bernard (de Lille), 950, 951.  
 Bernard (Mme), 445.  
 Bernard (A.), 1301, 1305, 861\*, 1301\*.  
 Bernard (Et.), 580, 747.  
 Bernard (J.), 58, 304, 903, 981, 1206, 1566.  
 Bernard (P.), 426.  
 Bernard-Beig, 162, 565, 1174.  
 Bernard-Griffiths, 541.  
 Bernard-Pichon (Mme), 1030.  
 Bernay, 1403.  
 Bernier, 1142.  
 Bernou, 747.  
 Bert, 1144, 1278, 1294.  
 Bertarelli, 1077.  
 Berthet, 582.  
 Berthier, 888.  
 Bertin-Sans, 1143.  
 Bertoliatti, 100, 1187.  
 Bertolini, 370, 1273.  
 Bertoye, 1465.  
 Bertrand, 177, 494, 505, 665, 820, 1095, 1638.  
 Bertrand (F.), 505\*.  
 Bertrand (Ivan), 788, 849, 1014, 1080, 1095, 1111, 1123.  
 Besançon (J.), 1109, 1125.  
 Beschet, 1075.  
 Besnard, 1094.  
 Besredka, 302, 650, 1094, 1417.  
 Bessemans, 215.  
 Besson (Mlle A.), 59, 1078.  
 Béthany, 582.  
 Bethoux, 1456, 1703.  
 Betoulères, 1294.  
 Beyne, 595, 787.  
 Bezssonoff, 757.  
 Biancalani, 1075.  
 Bickel, 1690.  
 Bidou, 609.  
 Bierlov, 1188.  
 Bijlema, 1012.  
 Billet, 248, 1112, 1638.  
 Binet, 543, 865, 786, 787, 904, 1139, 1174, 1672, 1690, 1761.  
 Bioy, 316, 1206.  
 Birkhang, 1079, 1098.  
 Biron, 1127.  
 Bissery, 116, 463.  
 Bize, 44, 114, 317.  
 Blanc, 512, 542, 1732.  
 Blancardi, 919.  
 Blanchard, 750.  
 Blanquet (Mme), 1002, 1062.  
 Blechmann, 772, 1013, 1454.  
 Bloch, 748, 1206.  
 Bloch (A.), 69, 82.  
 Bloch (C.), 178.  
 Bloch (Mlle F.), 1079.  
 Bloch (J.-Ch.), 1160, 1526.  
 Bloch (René), 851.  
 Blondeau, 1640.  
 Blondel (R.), 858, 859\*.  
 Bocke, 1275.

- Bodenstein, 1265.  
 Boegner (Mlle), 904.  
 Boer (H.-D.), 268.  
 Boerma, 1289.  
 Bohler, 1286.  
 Bohn, 342\*, 904, 1189, 1506.  
 Boide, 410, 1656.  
 Boigey (M.), 268.  
 Boissezon (de), 1390.  
 Boissonnet, 1709.  
 Boivin, 1014.  
 Bolger, 582, 850.  
 Bolot, 178.  
 Boltanski, 1416.  
 Bonhomme, 494, 594.  
 Bonjean, 749.  
 Bonneau, 1128, 1224.  
 Bonnefoi, 1014.  
 Bonnefon, 1420.  
 Bonnet, 131, 265, 372, 772, 1127.  
 Bonnet (H.), 100, 1125.  
 Bonnet-Roy, 77.  
 Bonnin, 1401.  
 Bonniot, 747, 1572.  
 Bons, 1556.  
 Boppe, 850, 1536\*.  
 Boquet, 389, 543, 866, 887, 982, 1205.  
 Borcila, 1139.  
 Bordas, 1288.  
 Bordet, 1046.  
 Bory, 1277.  
 Bouchacourt, 804.  
 Boucomont, 804, 1144, 1185, 1402.  
 Boude, 852.  
 Boudin, 700.  
 Boudry, 412.  
 Boularan, 30.  
 Bouley (H.), 317.  
 Boulon, 41, 177, 1692.  
 Bour, 1109.  
 Bourde, 1747.  
 Bourdon, 888.  
 Bourgeois (Francis), 111\*.  
 Bourgeois (P.), 12, 265, 1707.  
 Bourgeon, 970.  
 Bourguet, 320.  
 Bourguignon, 785, 970.  
 Bousset, 850.  
 Boutaric, 609.  
 Boutarie, 785.  
 Bovet, 213, 214, 448, 1205, 1206.  
 Bovier, 1130.  
 Boyer, 371, 389, 580.  
 Boz (Marcel), 234\*.  
 Brahic, 1365\*.  
 Brailon, 12, 390.  
 Braine, 43, 178, 1642.  
 Branca, 376.  
 Brandy, 1701.  
 Bréchet, 178, 480, 851, 1063, 1160, 1642.  
 Bréhier, 390, 772.  
 Bremond, 69.  
 Brénot, 1565.  
 Bretey, 392, 480, 786, 1763.  
 Brethonier, 950.  
 Breton, 109\*, 209\*.  
 Breyre, 1289.  
 Braikhang, 1016.  
 Brincourt, 426.  
 Brindeau, 370, 542, 683.  
 Briskas, 306, 544, 903.  
 Brisset (J.-P.), 1188.  
 Broca, 981, 1206.  
 Brocard (H.), 214, 463, 818, 1095, 1128, 1175, 1556.  
 Brocq, 178, 247, 287, 427, 889, 1526, 1642, 1747, 1748.  
 Brocq-Rousseau, 230, 1554.  
 Brodin, 580, 1602.  
 Brouard, 1540, 1655.  
 Brouardel, 1638, 1762.  
 Brouet, 448, 494.  
 Brouha, 1046.  
 Brousseau, 1556.  
 Broustet (P.), 340, 1683\*.  
 Broutman, 265.  
 Brown, 214.  
 Brulé, 494, 950, 1401, 1567, 1640.  
 Brumpt, 200, 302, 372.  
 Brun, 1032.  
 Brun (M.), 115.  
 Brun (Mlle), 177.  
 Brun (Mlle G.), 480, 902.  
 Brun (Mlle G.), 743.  
 Bruno, 1273.  
 Bruschetini, 1075.  
 Buffo, 1390.  
 Buice (W.-A.), 1190.  
 Buisson, 638, 666.  
 Buno, 370.  
 Burghi, 1194.  
 Burgi, 1471.  
 Burnand, 743, 752.  
 Burnet, 1640.  
 Burty, 320.  
 Buscaino, 1349.  
 Busquet, 390, 919, 1079, 1205.  
 Busson, 1705.  
 Bultiaux, 684.  
 Butta, 1761.  
 Buzello, 1287.
- C**
- Cabanac, 1144.  
 Cabannes, 1419.  
 Caboche, 73.  
 Cachera, 1402.  
 Cachin, 114, 316, 389, 605\*, 677\*.  
 Cadenat, 30, 178, 428.  
 Cadilhac, 1143, 1226, 1278.  
 Cahen, 1015.  
 Caillet, 1208.  
 Cailliau, 1276.  
 Cain, 390, 1125, 1401, 1556, 1640.  
 Cairns, 1352.  
 Calderon, 1079.  
 Calendra, 1669.  
 Calisti, 1075.  
 Callens, 950, 1112.  
 Calvé, 1669.  
 Calvet, 73.  
 Calvet (Mlle), 950.  
 Cambessédès, 374, 1075.  
 Cambrelin, 77, 79.  
 Camera, 1669.  
 Campeneers, 1670.  
 Cannavo, 1075.  
 Canonne, 319.  
 Cantiniaux, 1728.  
 Canuyt, 69.  
 Capette, 372, 1526.  
 Caplesco (C.-P.), 1062.  
 Cappelle, 1670.  
 Capuani, 1709.  
 Carcaesonne, 1096.  
 Carcopino, 44.  
 Carel, 1746.  
 Carle, 1271.  
 Carles, 340, 1401.  
 Carnioley, 1436.  
 Carnot, 374, 494, 1128, 1401.  
 Caroli, 494, 638, 1416, 1556, 1692.  
 Carrel, 1014.  
 Carrière, 1002, 1030, 1041\*, 1125, 1142, 1447\*, 1703, 1705.  
 Carriou, 1143.  
 Casadesus, 78, 79.  
 Caselli Mlle M.-L.), 563.  
 Cassou, 525.  
 Cassoute, 390, 743.  
 Castagne, 1226.  
 Castay, 1540.  
 Castel, 1112.  
 Castel (du), 1267.  
 Castillon, 525, 1540.  
 Cathala, 12, 44, 113, 580, 665.  
 Catinat, 1404\*, 1417\*.  
 Cattan, 1125.  
 Caujolle, 162, 541, 1174.  
 Caunhépé, 820.  
 Caussade, 316, 462, 544, 887, 1759\*.  
 Causse, 783.  
 Causse, 74, 1075.  
 Caussimon, 744.  
 Cauvy, 495.  
 Cavel, 945\*.  
 Cawadias, 1605.  
 Cayla, 304, 1062, 1454, 1492.  
 Chabrol, 494, 612, 638, 1125, 1417, 1556.  
 Chabrol (Et.), 867.  
 Chabrun, 177, 610, 981.  
 Chaisemartin (de), 1046.  
 Chaix (Mlle), 1554.  
 Chalard, 1125.  
 Chaliier, 1175.  
 Challamel, 546.  
 Champeau, 1620.  
 Champetier (G.), 230.  
 Champy, 903.  
 Chantegreil, 1075.  
 Chaps, 1273.  
 Chaptal, 1277.  
 Chapuis, 1273.  
 Chapuy, 1416.  
 Charbonnel, 593, 785.  
 Charcot, 683.  
 Charonnat, 612, 867.  
 Charrier, 525, 1416.  
 Chastenei de Géry, 317.  
 Chauchard, 392, 788.  
 Chauchard (Mme), 392, 788.  
 Chauchard (A.), 983, 1094, 1206.  
 Chauchard (B.), 983, 1015, 1206.  
 Chauchard (Mme B.), 1094.  
 Chauchard (P.), 446, 1094, 1206.  
 Chauveau, 1709.  
 Chavany, 317, 318, 592, 917, 1031, 1034.  
 Cheix, 1402.  
 Cheridjian, 81, 1571.  
 Cheval, 1012.  
 Chevalier (J.), 1142.  
 Chevallier, 12, 316, 1502, 1770\*.  
 Chevallier (A.), 1062.  
 Chevallier (R.-J.), 250\*, 291\*, 1178\*, 1374\*, 1406\*, 1439\*, 1542\*, 1622\*, 1658\*.  
 Chevassu, 303, 1642, 1748.  
 Chevat, 1763.  
 Chevreil, 850.  
 Chevreil-Bodin, 850.  
 Chiray, 850, 888, 1258, 1404, 1690.  
 Chome, 684.  
 Chorine, 58.  
 Choussat, 1126.  
 Chovin, 1368.  
 Christophe, 1290.  
 Chuc, 951, 1762.  
 Chucho, 544.  
 Chureau, 427.  
 Chwatt, 1174.  
 Claudio, 888.  
 Claoué, 73, 495, 526, 1207.  
 Claude, 1640.  
 Claude (O.), 594.  
 Clavelin, 247.  
 Clément, 610, 1095, 1108, 1109.  
 Clément (Robert), 1619.  
 Clerc, 1111, 1125.  
 Clerc (A.), 264.  
 Clerc (Marcel), 754.  
 Cliquet, 1032.  
 Clogne, 491, 542.  
 Cluzet, 757.  
 Coche, 1681.  
 Cocher, 593.  
 Cocq, 698.  
 Codet, 877\*.  
 Codounis, 544.  
 Codville, 1125.  
 Cœur, 392, 544, 1080, 1175, 1176.  
 Coffin, 1031.  
 Cohen (Ch.), 1046.  
 Colas, 1030.  
 Coleff (Mlle), 1110.  
 Colleson, 389.  
 Collet, 784.  
 Colombani, 651.  
 Colson (A.), 113.  
 Comandon, 214.  
 Comby, 177.  
 Comel, 1277.  
 Compan, 1730.  
 Constantin (P.-M.), 71.  
 Conte, 463, 542, 850.  
 Contiades (X.-J.), 266, 268, 1436, 1642, 1762, 1763.  
 Corbillon, 1274.  
 Corbillon (Mlle), 637.  
 Coreos, 637.  
 Cordas, 1271.  
 Cordier, 1672.  
 Cornil, 372, 446, 1062.  
 Coro del Pozo, 371, 1109.  
 Corte, 462.  
 Corteggiani, 1174.  
 Corteggiani (Mme), 372.  
 Cossa, 542, 1034.  
 Costantini, 1569.  
 Coste, 58, 494, 592, 666, 1126, 1502, 1503, 1602, 1690.  
 Costedoat, 665, 888, 1204.  
 Costil, 102, 266, 391, 446, 480, 787, 1047, 1141, 1205, 1763.  
 Cot, 131, 457\*.  
 Cotoni, 1014.  
 Cottard, 102.  
 Cotte, 1436, 1572.  
 Cottet, 494, 612, 867, 1585\*.  
 Coumel, 888.  
 Courbières, 774.  
 Courcoux, 747.  
 Courmont, 743, 774, 803, 804, 1175, 1454, 1554.  
 Courtial, 1456.  
 Courtois, 1554.  
 Courtois-Suffit, 111\*.  
 Courty, 1112.  
 Courvoisier (J.-N.), 1210\*, 1242\*, 1279\*, 1310\*, 1342\*.  
 Cousty, 595.  
 Couvelaire, 1761.  
 Crasneaschi (Mme), 426.  
 Crosnier, 143\*, 950, 1080, 1142.  
 Crouzon, 58, 162, 1109, 1290, 1502.  
 Cruchet, 1012.  
 Cruveilhier, 463, 1206.  
 Cuillermo, 850.  
 Culty, 595.  
 Cunéo, 852, 1096, 1160.  
 Curtillet, 1569.  
 Cuzin, 595.  
 Cygler, 1206.
- D**
- Dall Acqua, 1222.  
 Dalous, 887.  
 Dalsace, 612, 665.  
 Dambrin (L.), 30, 666.  
 Danel, 1273.  
 Danès, 248, 757, 1112.  
 Dang-Hank-Kien, 1420.  
 Danielopolu, 684, 1492, 1741\*.  
 Dannenberg, 650.  
 Darcissac, 1078.  
 Dariau (E.-A.), 1437\*.  
 Darier, 230.  
 Darnaud (Ch.), 297\*, 331.  
 Dartigues, 482, 1494.  
 Daudin-Clavaud, 71.  
 Daudois, 248.  
 Daun, 594.  
 Dausset, 371, 1503.  
 Davesne, 904.



David, 115, 594, 786, 950, 1032.  
 David (M.), 114.  
 David (P.), 1273.  
 Dayras, 304.  
 Debray (C.), 637, 813\*.  
 Debray (Maurice), 30, 306.  
 Debré, 12, 113, 304, 372, 389, 445, 818, 903, 917, 981, 1030, 1125, 1127, 1206, 1506.  
 Debry, 1142.  
 Dechaume, 338, 494, 804, 830, 1075.  
 Decoulx, 845\*.  
 Decourt, 58, 114, 177, 265, 426, 580, 887, 919, 1471, 1642.  
 Degrais, 1078.  
 Van Deince, 1126, 1127, 1140, 1206.  
 Dejust-Defiol, 1417.  
 Delacroix, 983.  
 Deladrière, 1288.  
 Delagenière, 178, 524.  
 Delahaye, 1669.  
 Delaplace (Mme S.), 496.  
 Delarue, 638, 772, 906, 950, 1109, 1502.  
 Delarue (Jacques), 113.  
 Delattre, 951.  
 Delauney (Mlle), 611, 904.  
 Delaye, 178, 919.  
 Delchef, 1670.  
 Deletang, 544.  
 Delherm (L.), 277\*, 877\*, 1015, 1471, 1571.  
 Delmas-Marsalet, 114, 785.  
 Delon (Mlle), 610.  
 Delpy, 1142.  
 Delthil, 1030.  
 Delvaller, 666.  
 Demange, 919.  
 Demetrescu, 1271.  
 Demole, 1109.  
 Denechau, 494.  
 Denet, 43.  
 Denet-Kravitz, 1289.  
 Denis, 1142.  
 Denoyes, 1143, 1278.  
 Deparis, 1031, 1032.  
 Dereux, 784, 116, 1112.  
 Derot, 463, 542.  
 Derouilh, 427.  
 Dervenage (A.), 266.  
 Dervillée, 338, 340, 1203.  
 Desbonnets, 666, 747.  
 Desbordes, 448, 544.  
 Desbucquois, 1556, 1640.  
 Descazeaux, 1175.  
 Desgrez, 30, 100, 541, 754, 804, 1062, 1419, 1454, 1762.  
 Deshons, 1144, 1278.  
 Desoille, 265, 594, 1291\*.  
 Desorgher, 248.  
 Desplas, 248, 427, 850, 851, 888, 889, 1160.  
 Desplats, 757, 950.  
 Despons, 71, 785.  
 Devé, 1672.  
 Dhere, 1002.  
 Diacono, 1143, 1144, 1226.  
 Didiée, 178.  
 Didier, 757.  
 Dieudonné, 748.  
 Dieulafé, 565, 666, 1292\*.  
 Diez, 1287.  
 Dimitresco, 1108.  
 Diou (Mme), 1110.  
 Dizac, 1141.  
 Djouritch, 267.  
 Dobkevitch (Mme), 1110.  
 Dogny, 1111.  
 Domanski, 1206.  
 Domart, 306.  
 Donaggio, 1353.  
 Donard, 684.  
 Donati, 257, 371, 563, 1222.  
 Doncas, 1640.  
 Dongalos, 1640.

Donzelot, 638.  
 Doria, 784.  
 Dos Santos, 820.  
 Doumer, 638, 888.  
 Drabovitch, 983.  
 Dragomir, 982.  
 Dragomis, 888.  
 Dragonier, 426.  
 Dreneau, 1655.  
 Dreyfus (Mlle), 903.  
 Dreyfus (G.), 700.  
 Dreyfus-Le Foyer, 372, 747, 1526.  
 Dreyfus-Sée (Mlle), 266, 390, 512, 1618.  
 Drilhon, 1207.  
 Drilhon (Mme), 542.  
 Drouet, 426, 582, 819.  
 Drouhet, 1278.  
 Dubarry, 1540.  
 Dubau, 1142.  
 Dublineau, 302, 541.  
 Dubois (Charles), 1077.  
 Dubois (de Nîmes), 1076.  
 Dubois de Saujon, 1111.  
 Dubreuil, 902, 968, 1672.  
 Ducas, 44.  
 Ducas, 390.  
 Duchon, 611.  
 Duchosal, 1047.  
 Ducourtieux, 1273.  
 Ducret, 1492.  
 Ducroquet, 1502.  
 Ducuing, 30, 565, 1533\*.  
 Dufay, 1419.  
 Dufossé, 1030, 1041\*, 1703, 1705.  
 Dufour, 1094.  
 Dufourcq-Lagelouse, 73.  
 Dufourmentel, 79, 563, 1224.  
 Dufourt, 742, 1620.  
 Dugois, 1030.  
 Duguet, 1025\*, 1057\*.  
 Dujarric de la Rivière, 425, 771, 866, 982, 1206.  
 Dumarest, 746.  
 Dumolard, 970.  
 Dumond, 1655.  
 Dundas, Grant, 74.  
 Dupérier, 340.  
 Dupont (Mlle), 248.  
 Dupuy, 1141.  
 Dupuy de Frenelle, 494.  
 Durand, 463, 1160.  
 Durand (Henri), 742.  
 Durey, 1208.  
 Durieux, 1672.  
 Duruy, 1274.  
 Düss (Mlle), 949.  
 Dustin, 1013.  
 Dutrénit, 340.  
 Duval (M.), 287.  
 Duval (P.), 427, 820, 1095, 1096, 1160, 1748.  
 Duvergey, 1729.  
 Duvoir, 265, 582, 665, 1095, 1692.  
 Dziembowski, 1436.

## E

Eastman Sheeman, 73.  
 Eck, 448, 1456.  
 Ecot, 747.  
 Edel, 1080.  
 Edel (Mme V.), 544.  
 Egas Moniz, 202.  
 Eisendrath, 1141.  
 Eissen, 1640.  
 Eivine, 1190.  
 Eldahl, 1188.  
 Ely (Mlle), 12.  
 Emile-Weil (P.), 164.  
 Encausse, 1681.  
 Engel, 1390, 1492.  
 Erber (Mlle Berthe), 266, 268.  
 Erlich (Marthe), 1192.  
 Ernoul, 1271.

Esbach, 306, 772.  
 Escardo, 1286.  
 Escat, 79.  
 Esser, 71.  
 Etienne, 389, 426, 1144.  
 Euzière, 1226.  
 Ey, 797\*, 829\*.

## F

Fabiani, 970.  
 Fabre, 565.  
 Fabre (P.-Ch.), 30, 1533\*.  
 Fabregoulles, 970.  
 Fabry, 561.  
 Fachetti, 774.  
 Facon, 200.  
 Facquet, 463, 820.  
 Fagerström, 1186.  
 Faguet (M.), 230, 683.  
 Falchetti, 612, 904, 1175.  
 Fanconi, 1504.  
 Farinas, 1273.  
 Farjot, 1655.  
 Farby, 1079.  
 Farny, 1160.  
 Fasquelle, 981.  
 Fassio, 1226.  
 Faugère, 1126.  
 Faulong, 700, 1095.  
 Faure (J.-L.), 427, 1160.  
 Faure (Mme Marguerite), 650.  
 Faure-Beaulieu, 480, 818.  
 Faure-Brac, 1075.  
 Fauvet, 1126.  
 Favilli, 1075.  
 Fayot, 1128.  
 Feil (A.), 130.  
 Fernandez, 818.  
 Ferey, 820, 889.  
 Ferrabouc, 179, 410, 525, 596, 700, 950, 1142, 1540, 1640, 1656.  
 Ferrois, 638.  
 Fèvre, 1456, 1638, 1670.  
 Fey, 970, 1063.  
 Fiehrer, 322\*, 358\*, 394\*, 530\*, 567\*, 598\*, 670\*, 822\*, 854\*, 890\*, 922\*, 1050\*, 1082\*, 1114\*, 1128\*, 1510\*.  
 Fiessinger (N.), 266, 786, 819, 1014, 1063, 1126, 1127, 1207, 1390, 1599.  
 Fiévez, 1524.  
 Figarella, 1090.  
 Filderman (L.), 59, 318, 1494.  
 Filderman (M.), 526, 1494.  
 Findley, 131.  
 Finzi, 1077.  
 Fiolle, 668\*, 1096.  
 Fischgold, 1015.  
 Flandin, 177, 666, 850, 1109, 1566.  
 Fleury, 1109.  
 Flon, 248.  
 Floresco, 58.  
 Flurin, 71.  
 Flury, 1290.  
 Fohanno, 1271.  
 Foix, 747.  
 Follmann, 1273.  
 Fontaine, 385\*, 426, 462, 1436.  
 Fontaine (Mme), 1174.  
 Fontaine (R.), 1287, 1470.  
 Fontbrune (de), 214.  
 Font-Réaulx (de), 12, 115, 316, 580, 665, 982.  
 Forestier, 594, 666, 1503.  
 Forge, 141\*.  
 Fourcade, 1226.  
 Fourrestier, 537\*, 785.  
 Fourmestaux (de), 1160, 1436, 1674.  
 Fournial, 427.  
 Fournier, 370, 950.  
 Fournier (R.), 1175.  
 Foveau de Courmelles, 1054\*.

Franchel, 1665\*.  
 Franck, 1062.  
 François, 1567.  
 Fredbars, 1186.  
 Fredet, 889, 1095, 1526, 1642, 1748.  
 Fribourg-Blanc, 148, 525, 1142.  
 Fricker, 316.  
 Friedman, 1207.  
 Friedmann, 785.  
 Friess, 949.  
 Frisch, 1350.  
 Frölich, 1637.  
 Froment, 1629.  
 Frontali, 1618.  
 Froyez-Röderer (Mme), 1098.  
 Fruchard, 757.  
 Fruchaud, 42, 747, 1096.  
 Frumusan, 665, 788, 1095.  
 Fulconis, 698.

## G

Gabriel, 12, 494, 1640.  
 Gadomska (Hélène), 1192.  
 Gaiffa, 1402.  
 Gaiginsky, 213, 866.  
 Gaiginsky (Mme), 982.  
 Gajdos, 1126.  
 Galavielle, 542.  
 Galeot, 850.  
 Gallais, 446.  
 Galland, 564, 1669.  
 Gallart-Mones, 1221.  
 Gallavardin, 1610.  
 Galliard, 372.  
 Gallier, 1112.  
 Galliot, 1194.  
 Gallois, 318, 983.  
 Gallot, 316, 771.  
 Gally, 463, 1403.  
 Gamelin, 757, 950, 951.  
 Gandy, 426, 526.  
 Garcia Capurro, 1672.  
 Garcin, 582, 665, 788, 1031, 1032.  
 Garcin (Raymond), 317.  
 Gardère, 774, 803, 1192.  
 Gardien-Jourd'heuil, 1420.  
 Gardner, 563.  
 Garipuy, 1602.  
 Garling-Palmer, 819.  
 Garnier, 177, 1456.  
 Garraud, 367\*, 403\*.  
 Garric, 1141.  
 Gasne, 1224.  
 Gasnier, 981.  
 Gastine, 1275.  
 Gastinel, 1265\*.  
 Gaté, 1080, 1265, 1763.  
 Gatellier, 1416.  
 Gaucher, 1502.  
 Gaud, 512.  
 Gault, 78.  
 Gaure, 610.  
 Gausse, 1226.  
 Gautheron, 1294.  
 Gauthier-Villars (Mlle), 580, 786, 1109, 1126.  
 Gauthier (Ch.), 1732.  
 Gautier, 463, 889, 1109, 1506.  
 Gautier (J.), 610.  
 Gautrelet, 231, 446, 1356.  
 Gauvin, 856.  
 Gavel, 945.  
 Gavois, 788, 1271.  
 Gayet, 1730.  
 Gay-Prieto, 1275, 1276.  
 Gayraud, 1294.  
 Gelly, 1278.  
 Gelma, 1640.  
 Genaud, 525.  
 Génévrier, 1617.  
 Genin, 1703.  
 Gennes (de), 58, 665, 1109, 1599.  
 Georgi, 1352.

Gérard (Laurent), 265.  
Gerhardt (Mlle), 480.  
Gernez, 12, 1703, 1746.  
Gerson, 1275.  
Gheerbrandt, 1265.  
Gibelin, 410.  
Gilbert, 1403.  
Gilbert-Dreyfus, 1600.  
Gilbert-Robin, 1674.  
Gilbrin, 445, 1126.  
Gillet, 1175.  
Ginesté, 1002, 1447\*.  
Gingold, 1492.  
Ginsbourg, 12, 390, 1075.  
Giorgio (de), 1763.  
Girard, 936.  
Girard (M.), 1192.  
Giraud, 265, 888, 1189, 1292, 1294, 1734\*.  
Giraud (J.-Ch.), 702\*, 753\*, 790\*, 1478, 1574\*.  
Giraud (Paul), 30.  
Giroud, 1762.  
Girbal, 1707.  
Giroud, 392, 610, 788, 866, 951.  
Giroux, 482, 1453.  
Giugni, 1075.  
Godard, 289, 804, 981.  
Godin (Paul), 370.  
Godlewski, 82\*, 1292, 1294, 1524.  
Goiffon, 1111, 1222.  
Goldstein, 1353, 1705.  
Golé, 304, 592, 772.  
Gomez, 338.  
Gondard, 1153\*.  
Gonzalez, 580.  
Gonzalez da Cathié, 580.  
Goormaghtich, 1012.  
Gordon-Martins, 1277.  
Gorecki, 390.  
Goris, 131, 1672.  
Gorse, 177.  
Gosselin, 372, 932.  
Gosset, 178, 230, 247, 371, 372, 479, 849, 970, 1096, 1638.  
Gosset (J.), 611.  
Gothié (Mlle S.), 1390.  
Goufas, 81.  
Gougerot, 1267.  
Gouin, 1078.  
Gounel, 1142.  
Gounelle, 265, 410, 1109, 1110, 1271.  
Gouverneur, 1729.  
Gouyen, 113, 772, 1073\*.  
Gouzy, 565.  
Graciansky (de), 316.  
Graffin, 1670.  
Grain, 318, 526, 1207.  
Grasset, 1047, 1705.  
Grau-Barbera, 1267.  
Gravier, 1419.  
Greene, 265, 665.  
Grégoire, 42, 247, 479, 851, 889, 1063, 1095, 1642, 1746.  
Grenet (H.), 37\*, 248, 390, 772, 1588\*.  
Grenier, 1142.  
Grigaut, 177, 265, 786, 1602, 1690.  
Grigoréscu, 918.  
Grimard (Mme L.), 612.  
Grimaud (R.), 1075.  
Grimberg, 495.  
Grinda, 1397\*.  
Groeneveld, 1289.  
Groer, 1703.  
Gros, 865.  
Gross, 302, 650.  
Grossiord, 1110, 1763.  
Grupper, 177, 265, 917, 1126.  
Gueissaz, 697.  
Guelin (Mme A.), 1205.  
Guent, 1277.  
Guéniot (P.), 771.  
Guérin, 100, 231, 444, 1030.  
Guérin (P.), 340.

Guérin (R.), 1670.  
Guibal, 1226.  
Guibert, 1143, 1277, 1294.  
Guichard, 340, 390.  
Guichène, 525, 596, 950, 1142, 1656.  
Guichenet, 1540.  
Guignot, 1226.  
Guilbert, 426.  
Guillain, 700, 917, 1080, 1690, 1762.  
Guillain (Mlle J.), 1014, 1111, 1128.  
Guillaume, 115, 593, 1032, 1110.  
Guillaumin, 480, 580, 887, 1605.  
Guilleman, 410, 457\*, 526, 1217\*, 1249\*.  
Guilleminet, 1670.  
Guillard, 865.  
Guisez, 81, 82, 320, 1207, 1228, 1224.  
Guisy, 1729.  
Guittonneau, 1076.  
Gunzburg, 1046, 1417.  
Gurfinkiel, 573\*.  
Guthe, 1110.  
Gutmann, 850.  
Gutman (Mlle), 612.  
Guy, 390.  
Guyot, 1572.

## H

Haber, 982, 1175.  
Hadji-Dimo, 1032.  
Hadjigeorges, 480.  
Haguenau, 463, 592, 786, 1095, 1503.  
Haguenau (J.), 114.  
Halbron, 693.  
Hallé, 903.  
Halluin (d'), 81, 1112.  
Halpern, 446, 1174.  
Lalphen, 214, 784.  
Hamburger, 1079.  
Hainet, 1223, 1388.  
Hardouin, 426, 1748.  
Harrington, 1571.  
Hartmann, 302, 372, 888, 936, 1524, 1638, 1762.  
Hateganu, 1047.  
Hau, 494.  
Hauduroy, 1075, 1096.  
Hautain, 1290.  
Hautefeuille, 888.  
Havlicek, 1436.  
Hayat, 1075, 1077.  
Hazard, 100, 610, 1096.  
Hederer, 634, 753.  
Hédon, 1012.  
Heernu, 374.  
Heim de Balsac, 609.  
Heitz-Boyer, 178, 1096, 1526, 1746.  
Henderson (Y.), 1290.  
Hennebert, 74.  
Henning-Magnusson, 1188.  
Henri, 179, 410, 525, 1125, 1655.  
Henrion, 409, 1640.  
Henry, 1277.  
Heran, 1143.  
Herbaux, 950.  
Hermann, 967.  
Herpin, 154\*, 234\*, 270\*, 337\*, 414\*, 514\*, 614\*, 690\*, 738\*, 826\*, 868\*, 874\*, 974\*, 1000\*, 1070\*, 1314\*, 1372\*, 1422\*, 1540\*, 1572\*.  
Hertz, 1126.  
Hervy, 1080.  
Hesse, 542.  
Heuyer, 114, 317, 903, 1456.  
Heuyer-Nicolas, 444.  
Hirschberg, 1207.  
Hillemand, 692, 950, 1416.  
Hinglais (F.), 214.

Hinglais (H.), 214.  
Hoang Tich Try, 866.  
Hoet, 1046.  
Hofek, 1269.  
Hoffmann, 1420.  
Hollier, 610.  
Hornet, 785.  
Hornus, 1275.  
Hortolomei, 1730.  
Hour (d'), 747, 1265.  
Houssay, 1524.  
Huber (Julien), 42\*, 44\*, 148\*, 216\*, 903, 917, 1109, 1240\*, 1508\*.  
Huc, 1503.  
Huet, 247, 248, 888, 889, 1063, 1095.  
Hugo (Mme A.), 213, 266, 736, 1079.  
Hugonot, 919, 1141, 1540, 1655, 1656.  
Humbert-Martin, 753.  
Hurez, 1031.  
Huriez, 1125.  
Hurst, 1220.  
Husler, 1503.  
Huss, 1190.

## I

Ichok, 1620.  
Idrac, 1142.  
Imbert, 794, 1288.  
Ingebrans, 1670.  
Iribane, 73.  
Isaac-Géorges (P.), 37\*, 44, 390, 772.  
Isch-Wall, 371.  
Iselin, 1287.  
Israël, 462, 605\*, 677\*, 1556, 1709.  
Israël (L.), 1208.  
Israel (René), 605.

## J

Israël, 462, 605\*, 677\*, 1556, 1709.  
Jacob (A.), 1208.  
Jacob (M.), 69.  
Jacobœus, 741.  
Jacquemin, 970, 1160.  
Jacquerod, 747.  
Jacques, 77, 79.  
Jacquet, 494, 1690.  
Jacquet, 1403.  
Jaegher (de), 391, 772.  
Jahiel, 904.  
Jame, 409, 1080, 1540.  
Janbon, 1143, 1277, 1278, 1292, 1294.  
Jancu (I.), 266, 268.  
Janet, 610.  
Janot, 1111.  
Jarousse, 700.  
Jaubert, 1076.  
Jaulmes, 179, 1540.  
Jeanbrau, 1143.  
Jeanguyot (Mlle), 1672.  
Jeanneney, 338, 340, 1572.  
Jeannin, 684.  
Jeauson, 12.  
Jedlicka, 1045.  
Jellinek, 1291.  
Jentzer, 1571.  
Jesensky (Mlle de), 12, 1707.  
Jenne, 1175.  
Jessen, 73.  
Johiel, 850.  
Joly, 44, 482, 544, 1207.  
Jolly, 214.  
Joseph, 542.  
Josserand, 1223.  
Jottras, 684.  
Jouffray, 74.  
Jourdan (Mme), 304, 772.  
Jouve, 1034, 1137\*.  
Joyeux, 1402.  
Jude, 410, 651, 700.

Jullien, 747.  
Jullien (de Joyeuse), 1076.  
Julienne, 1141.  
Jundel, 1188.  
Jundell (de Stockholm), 1189.  
Jung, 392.  
Justin-Besançon, 426, 448, 967, 1207, 1401, 1402, 1503, 1606.  
Justin-Besançon (L.), 266, 268, 906.

## K

Kabeker, 593.  
Kadrnka, 1403.  
Kahn (J.), 1322.  
Kaniowski, 1240.  
Kappers, 1353.  
Kaufmann, 1063, 1494.  
Kaufmann (R.), 482.  
Kayser, 426.  
Kérangal (de), 73.  
Kermorgant, 771.  
Kervarec, 318.  
Kiffer, 637.  
Kindberg (Léon), 266.  
Kipfer, 1031.  
Kiseel, 1524.  
Kissmeyer, 1269.  
Klein, 1277.  
Kleinberg, 1273.  
Kleinschmidt, 1617.  
Kletetschka, 1269.  
Klitzowski, 1656.  
Klotz (Boris), 494.  
Klotz, 1556.  
Klotz (Pierre), 1121\*.  
Kofman, 609, 1672.  
Kohler (Mlle Denyse), 448.  
Kopaczewski, 30, 161, 230, 1388.  
Kopciowska (Mme), 1015, 1047, 1110.  
Koresios, 546, 1207.  
Kossovitch, 162, 982, 1206.  
Konietzny, 1221.  
Kourilsky, 102, 177, 463, 542, 880, 949, 1692.  
Kourilsky (Mlle), 542.  
Kowler, 81.  
Kranenburg, 1289.  
Krassnoff (Mlle), 1274.  
Krebs (E.), 116.  
Kreindler, 542, 1002.  
Kreis, 265, 665.  
Kreuser, 1619.  
Krober, 1709.  
Kruta, 543.  
Kudelski, 1031.  
Kudelski (Ch.), 544.  
Kudelski (El.), 544.  
Kulikowski, 115.  
Kunlin, 1436.

## L

La Barre (J.), 40, 1013, 1470.  
Labbé, 177, 634, 757, 1125, 1126, 1640, 1692.  
Labbé (Marcel), 41, 1174, 1503.  
Labignette, 412.  
Labraque-Bordenave (Mlle), 1277, 1278.  
Labry, 681.  
Lacapère, 1502.  
Lacroix, 1160.  
Laemmer, 1143.  
Laffitte, 178.  
Laffont, 698.  
Laffoux (Mlle), 950.  
Lafitte-Dupont, 73, 77, 79.  
Lafon, 1143, 1226.  
Lafont, 1144, 1278.  
Lagaillarde, 1707.  
Laignel-Lavastine, 265, 316, 1125, 1692.  
Laignet, 1125, 1159.



- Lamaré, 1526.  
Lamarque, 1144.  
Lambert, 1047.  
Lambert de Cursay (Mlle), 582.  
Lambling, 1404.  
Larabret, 372, 1095, 1571.  
Lampadarios, 1555.  
Lamy, 164, 319, 371, 700, 818, 1555, 1556.  
Lance, 107\*, 430\*, 466\*, 487\*, 498\*, 553\*, 724\*, 1503\*, 1590\*, 1638.  
Lancelin, 1555.  
Lançon, 1108.  
Landais, 338.  
Lande, 338, 1203.  
Langeron, 248, 666, 757, 950, 951, 1108, 1112.  
Langevin, 338.  
Lanos, 950, 1079.  
Lantuéjoul, 1526.  
Laperre, 1125.  
Lapeyrie, 1144.  
Lapicque, 214, 302, 1419.  
Lapin, 749.  
Laplane, 371, 582, 665, 788, 1111, 1175.  
Laporte, 391, 543, 580, 866, 887, 1095, 1110, 1205.  
Laporte (F.), 338.  
Laporte (L.), 1763.  
Laporte (R.), 213.  
Lapouge, 78.  
Lardé, 306.  
Lardennais, 42, 372, 426, 427, 748, 889, 1160.  
Larget, 1526.  
Laroche (Guy), 265, 432, 1469, 1605.  
Larrazet, 1142.  
Laruelle, 317, 425, 592, 1012, 1034.  
Lassale, 525, 595, 1142, 1656.  
Lasserre, 1637, 1669.  
Latarjet, 561.  
Laubry (Ch.), 337, 1126, 1585\*.  
Laudat, 544, 612, 867.  
Lauré, 757, 950.  
Launay, 113, 445, 1031, 1108.  
Launoy, 1470.  
Laurence, 700.  
Laurent (P.), 1224.  
Laurent-Gérard, 786.  
Lautier, 1674.  
Lauwers, 1635.  
Laval, 1098.  
Lavedan, 200.  
Lavenant, 1128.  
Lavergne, 1128.  
Lavergne (de), 1524.  
Lavollay, 1746.  
Lavrand, 248, 757, 1112.  
Layani, 1692.  
Le Baron, 537\*.  
Lebeau, 637, 1274.  
Leblanc, 426.  
Leblond, 146, 392, 610, 788, 866, 951, 1762.  
Lebon, 1404.  
Lecca, 1096.  
Lechelle, 542.  
Le Chuiton, 1672.  
Leclainche, 1077, 1746.  
Leclerc, 372.  
Lecomte, 1454.  
Leconte, 125\*, 157\*, 961\*, 993\*.  
Leconte de Noy, 786.  
Lecoq, 214, 610, 611, 1046, 1746.  
Ledieu, 248, 950, 1112.  
Le Dourneuf, 1112.  
Ledoux-Lebard, 525, 700, 865, 949, 1079.  
Leduc, 1306.  
Leenhardt, 1144, 1402.  
Lefebvre, 30, 1433.  
Lefèvre (P.), 1289.  
Lefort, 1670.  
Le Fort, 852.  
Le Gac, 319, 1078, 1194, 1223.  
Legangrieux, 1355.  
Le Go, 59, 410, 495.  
Le Goff, 1354.  
Legrand, 919, 983, 1354.  
Le Grand, 950.  
Le Gros-Clark, 1354.  
Lelong, 389, 610, 1526.  
Le Lorier, 665.  
Lemaire (J.), 116, 1558, 1600.  
Lemaître, 73, 74.  
Le Mée, 69, 81.  
Lemelle, 494.  
Le Melletier, 666, 949.  
Lemétayer, 230, 373, 611, 683, 982, 1047, 1139.  
Lemierre, 316, 463, 580, 700, 1095, 1420, 1453, 1606, 1640.  
Lemieux, 146.  
Lemoine, 58.  
Lenègre, 1567.  
Lennox (W.-J.), 1349.  
Le Noir, 1002.  
Lenormand, 427, 638.  
Lenormant, 371, 1287, 1748.  
Le Parc, 580.  
Lépine, 372, 1175, 1206.  
Lepoutre, 1112.  
Leprince-Ringuet, 1290.  
Le Rasie, 166.  
Lereboullet, 5\*, 304, 609, 700, 904, 1030, 1045, 1456, 1492, 1505, 1506, 1618.  
Lereboullet (J.), 1109, 1354\*, 1690.  
Leriche, 173, 287, 372, 426, 462, 479, 820, 967, 1287, 1436, 1526.  
Le Roch, 178, 1141.  
Leroux, 44, 412, 1030.  
Leroux (L.), 71.  
Lesage, 408, 1761.  
Lesné, 113, 306, 445, 512, 610, 1108, 1109, 1031, 1191, 1402, 1506, 1618.  
Lesobre, 610, 772, 818.  
Lesourd, 58.  
Lestocquoy, 1456, 1618.  
Lesure, 1015.  
Leuret, 744.  
Levaditi, 161, 683, 1096, 1140, 1141, 1419, 1420, 1523.  
Levaditi (C.), 230, 338, 373, 512, 785, 982, 1014, 1110, 1127, 1274, 1275.  
Levaditi (Jean), 102, 373.  
Levemieux, 12.  
Leven, 546, 1208.  
Levensen, 866.  
Levent, 315\*, 734\*, 980\*, 1011\*, 1185\*, 1186\*, 1187\*, 1188\*, 1189\*, 1190\*, 1191\*, 1192\*, 1194\*, 1338\*, 1469, 1596\*, 1723\*.  
Levernieux, 1709.  
Levesque, 1454.  
Leveuf, 247, 248, 289, 304, 479, 525, 850, 851, 1030, 1638, 1670.  
Levi-Valensi, 970, 1160.  
Levin (B.-S.), 561, 982.  
Lévy (Fernand), 489\*, 1413\*.  
Lévy (G.), 1174, 1271.  
Lévy (Mlle G.), 593, 650.  
Lévy (Maurice), 592.  
Lévy (Max), 1223.  
Lévy (P.-P.), 43, 444, 772, 1125.  
Lévy (Robert), 683.  
Lévy-Darras, 495.  
Lévy-Deker, 113.  
Lévy-Franckel, 316, 1276.  
Lévy-Solal, 544, 612, 696, 867.  
Levy-Valensi, 426, 1649\*.  
Lewin, 448, 1014, 1080, 1110, 1111.  
Lhermitte (J.), 115, 317, 318.  
Lhermitte, 114, 592, 593, 594, 713\*, 785, 917, 918, 983, 1031, 1032, 1354, 1707.  
Lian, 463, 637, 818, 820, 1109, 1600.  
Liber, 265, 439\*, 473\*.  
Lichtenberg, 582, 1031.  
Lichtwitz, 1599.  
Lieftric, 865.  
Liège, 43.  
Lièvre, 917, 1126.  
Limousin, 541.  
Lindbergh, 1014.  
Lion, 1219, 1221.  
Lippens, 1285.  
Lisbonne, 1294.  
Liscoet, 409, 1141.  
Livierato (S.), 266.  
Livieratos, 1707.  
Lobstein, 1672.  
Lœderich, 582, 1566.  
Loeper, 316, 774, 1015, 1206, 1401, 1600.  
Lœwy, 867, 1015, 1080, 1096.  
Logeais, 637.  
Lohéac, 951.  
Loir, 770, 1355.  
Loisel, 113, 116, 1031.  
Long, 949.  
Longchamp, 700.  
Lonjon, 1144, 1277.  
Lormand, 1470.  
Lorsignol (Mlle), 903.  
Lorthioir, 1670.  
Lory, 1556.  
Loubat, 748.  
Loubeyre, 970, 1160, 1640.  
Loubier (J.), 277\*.  
Löwegren, 1506, 1619.  
Lubov-Chekoun (Mme), 1322.  
Luquet, 563, 564, 1079, 1194, 1224.  
Lust, 1504, 1619.  
Luys, 983.  
Lyman, 81.  
Lyon (Mlle), 1095.
- M**
- Macé de Lépinay, 58.  
Mach (E.), 850, 1119.  
Mach (R.-S.), 850.  
Machebœuf, 650.  
Machebœufée, 230.  
Madier, 580, 1642, 1748.  
Maffei, 1670.  
Magat, 1094.  
Magliavacca, 1077.  
Maignon, 866.  
Maingot, 1401.  
Maire, 542.  
Maire (Mlle), 903.  
Majnoni d'Intignano, 1670.  
Malan, 69, 77, 784.  
Malarat, 1141.  
Malinsky, 177, 1690.  
Malinsky, 850, 888.  
Mallard, 1540.  
Mallarmé, 850.  
Mallet, 580, 1256.  
Mallinckradt, 1506.  
Mamer, 1096.  
Mamou, 813\*, 1566\*.  
Mandillon, 340.  
Mané, 12.  
Manez, 1556.  
Mangin, 1503.  
Manin, 1275.  
Manouélian, 563, 1047, 1140.  
Maranon, 1012.  
Marcel, 410.  
Marchal, 177, 265, 426, 665, 743, 917, 949, 1109, 1126.  
Marchandise, 1703.  
Marchoux, 58.  
Marco, 1705.  
Marcou, 1492.  
Marczewski, 1388.  
Maret, 1640.  
Marfan, 772, 1105.  
Margarot, 1226.  
Marie, 917, 1030.  
Marie (Julien), 304, 445, 580, 610, 903, 981.  
Marinesco, 200, 542, 918, 1002, 1761.  
Markianos, 372.  
Marquézy, 610, 1619.  
Marquis, 904.  
Marquis (Mlle), 865.  
Martel (de), 115, 178, 479, 594, 1045, 1526.  
Martel, 302, 1762.  
Martial, 683.  
Martin, 30, 1030, 1703, 1705.  
Martin (P.), 1401\*.  
Martin (Edme), 1289.  
Martin (R.), 113, 230, 1014, 1420.  
Martin (de Bruxelles), 1286, 1203\*.  
Martinetti, 266.  
Martini, 1075.  
Marvier, 409.  
Marx, 1254.  
Masmonteil, 320, 563, 1223.  
Mason (de Newcastle), 1095.  
Masquin (Pierre), 241\*, 961\*, 993\*.  
Massabuau, 1226.  
Massard, 1128, 1130.  
Massart, 320, 563, 1078, 1502, 1503, 1635, 1638.  
Massary (de), 594.  
Massetot, 748.  
Massias, 1777.  
Massière, 340, 661\*.  
Massion-Vernory, 592.  
Masson, 1276, 1277.  
Mathieu, 161, 178, 247, 248, 287, 526, 820, 851, 858, 1143, 1278, 1502, 1503, 1526, 1642, 1747, 1748.  
Mathieu (Mlle), 426.  
Mathieu (P.), 114.  
Mathis, 1555, 1672.  
Matis (S.), 73.  
Matteo (di), 58.  
Mauclair, 371, 820, 1642.  
Maurer, 42, 745, 747, 1095, 1526.  
Mauriac, 1683\*.  
Mauric, 213, 266, 786, 1602.  
Maurice de Laet, 1290.  
Maury, 1690.  
Max-Levy, 265.  
May (E.), 12, 819.  
Mayer (L.), 1012.  
Mayerhofer, 1190.  
Mayoux, 81.  
Mazet, 743.  
Medinger, 1162.  
Meersseman, 409, 949, 1075, 1077, 1703, 1705.  
Meige, 115.  
Mejer-Burstein, 1174.  
Melnotte, 1492.  
Ménard (Pierre), 319, 984.  
Ménard (Yves), 981.  
Menégaux, 480, 524, 1160, 1569, 1642, 1746.  
Ménétre, 610, 1279.  
Mercier (L.), 372, 982.  
Mercken, 698.  
Meriel, 666.  
Merklen, 265, 462, 1047, 1062, 1404, 1503, 1556, 1600.  
Merklen (F.-P.), 1207.  
Merklen (P.), 1208.  
Merle, 265.  
Merle d'Aubigné, 178, 1502.  
Merry, 427.  
Mesnil, 263, 302, 683, 1420, 1554, 1672.  
Mesrobianu (Mme), 1014.  
Métiwet, 178, 287.  
Metzger, 785, 804.

- Meyer, 58, 200, 580, 638, 700, 887.  
Meyer (A.), 1253, 1707, 1709.  
Meyer (Kurt), 1098.  
Meyer (J.), 903, 1029.  
Meyer (L.), 114, 919.  
Meyer (Marcel), 1668.  
Meyer (R.), 1190.  
Michaux (Mlle Andrée), 21.  
Michel, 1637.  
Michel (Lucien), 1669.  
Michel (J.-P.), 1080.  
Michel (Mme), 302, 541.  
Michon, 525, 1063, 1526, 1729, 1730.  
Middleton, 1288.  
Miescher, 1276.  
Mignardot, 582.  
Mignon (Mlle), 265.  
Miguel (J.-M. de), 446.  
Milbaud, 757.  
Milhit, 1555, 1556.  
Milian, 58, 638, 1265.  
Millischer, 409.  
Miloutine-Djouchitch, 21.  
Miakowski, 1351.  
Mironesco, 58, 982, 1420.  
Missio, 370.  
Mistal, 1013.  
Minz, 786.  
Mocquot, 287, 338, 525, 1572.  
Moine, 1030.  
Molène, 316.  
Molinier, 919.  
Molinéry, 1503, (1522\*.  
Mollaret, 114, 265, 512, 592, 888, 917, 1640.  
Mollaret (P.), 266, 267.  
Mondon, 1672.  
Mondor, 248, 372, 427, 525, 851, 1063, 1096, 1160, 1642, 1748.  
Monges, 1402.  
Monier-Vinard, 593, 982.  
Monod (Robert), 178, 248, 372, 747, 850, 889, 1095, 1096, 1524, 1572.  
Monot, 1142.  
Monot (R.-C.), 1526.  
Monties, 838.  
Montpellier, 970, 1160.  
Montreuil-Strauss (Mme), 936.  
Morard, 1160.  
Morato-Manaro, 370, 1273.  
Moreau (F.), 338.  
Mordagne, 34\*, 134\*, 180\*, 218\*, 365\*, 382\*, 526\*, 618\*, 778\*, 874\*, 926\*, 1002\*, 1578\*.  
Mordon, 426.  
Moreau, 1502.  
Moreaux (R.), 81.  
Morel, 59, 1030, 1223.  
Morénas, 1401.  
Moret, 303.  
Moricard, 480.  
Morichaud-Beauchant, 371.  
Moricourt-Boursaus, 787.  
Moriez, 784.  
Morin, 462, 1080.  
Moritz, 1701.  
Mornet, 1128.  
Morquio, 1186.  
Morsier (de), 785.  
Mosiné, 1127.  
Mosinger, 116, 266, 318, 392, 446, 543, 638, 918, 1034, 1045, 1140, 1175.  
Mouchet, 43, 178, 1642, 1746.  
Mouchotte, 1456.  
Mougeot, 865, 1015, 1062.  
Moulonguet, 69, 73, 247, 525, 888, 1096, 1160, 1524, 1642.  
Moure, 69, 371, 479, 820, 852, 888, 1746.  
Mouriquand, 230, 392, 444, 544, 774, 1080, 1175, 1355, 1506.  
Moussoir, 981.  
Moutier, 12, 1220, 1416, 1656.  
Moycho, 1554.  
Munaret, 919.  
Muskens, 1351.  
Musso-Fournier, 1273, 1390\*.  
Mutel, 1638.  
Mygind, 69, 74.  
N  
Nacht, 1566.  
Naftalis, 1690.  
Nageotte-Wilbouchevitch (Mme), 113.  
Nager, 77.  
Négreau, 1690.  
Namon, 1692.  
Nattan-Larrier, 612, 1139, 1596\*.  
Naulleau, 1642.  
Naveau, 747.  
Nègre, 392, 480, 651, 786, 1126.  
Négreau, 114.  
Nekam Junior, 1701.  
Nélis, 100, 372, 544, 904, 1127.  
Nepveux, 1174.  
Nesser, 1271.  
Netter, 494, 580.  
Netter (Albert), 950.  
Netter (Henry), 21\*, 53\*.  
Neuman, 1286.  
Nichet, 1144.  
Nico, 970.  
Nicol, 611.  
Nicolas, 1265.  
Nicolau, 1015, 1047.  
Nicolle, 12, 30, 264, 785, 1125, 1159.  
Nieger, 1112.  
Ninni, 774.  
Nitti, 446, 1206.  
Nobécourt, 44, 349\*, 390, 421\*, 903, 1169\*, 1201\*.  
Nochimowski (Mlle C.), 1139.  
Noël, 264, 512, 1762.  
Noggerrath, 1618.  
Noguer-Moré, 1267.  
Nora, 1128, 1223.  
Normet, 303.  
Notte, 1160.  
Nouguès, 1139.  
Nové-Josserand, 512.  
Nuzzi, 1618.  
O  
Oberling, 1109.  
Ockinczyk, 43, 524, 889, 1096, 1160, 1747.  
Odinet, 304, 306, 1674.  
Odry (Mlle), 970.  
Ody, 785.  
Oelsnitz (d'), 44, 265, 542, 754.  
Oerin, 1703.  
Oliver (Sir Thomas), 1095.  
Olivier-Monod, 747.  
Oller, 1286.  
Ollivier, 1640.  
Olmer, 177, 638, 666, 741, 754.  
Olteanu, 1761.  
Oltramare, 1618.  
Ombrédanne, 78, 304, 444, 1160.  
Ong Sian Gwan, 102.  
Opitz, 1618.  
Orzechowski, 1350.  
Oudard, 1036.  
Oury, 1402.  
P  
Padovani, 1670.  
Paget, 248.  
Pagniez (Ph.), 264, 371, 542, 1111.  
Paillard (H.), 214, 1605.  
Paillas, 372, 446.  
Paisseau, 390, 446, 448, 904, 1705.  
Paitre, 1536\*.  
Palmer, 1436, 1762.  
Panayotatou (Mme), 1640.  
Panisset, 166.  
Paoli (Jean), 1288.  
Papillon (F.-A.), 318, 950.  
Papin, 970.  
Paraf, 850.  
Paraire, 1540.  
Paireire, 1655.  
Parhon, 1013.  
Paris, 1111.  
Parisel, 1670.  
Parisot, 1492.  
Parodi, 1075, 1629.  
Parrel de), 482.  
Parturier, 564, 757, 950.  
Pascalis, 59, 1572.  
Paschoud, 1221.  
Pasquié, 1217\*, 1249\*.  
Passa, 525, 1142.  
Passebois, 143.  
Pasteau, 1728.  
Pasteur (F.), 514, 1014.  
Pasteur (L.), 929.  
Pasteur Vallery-Radot, 213, 266, 786, 1079, 1125, 1602.  
Patalann, 463.  
Patel, 1556.  
Patey, 339, 582.  
Patoir, 845\*.  
Pauchet, 563.  
Paulian, 838, 949, 1271, 1556, 1620.  
Pautrat, 1692.  
Pautrier, 1265, 1275.  
Péchère, 1046.  
Peclard, 1189.  
Péhu, 264, 445, 512, 804, 1185, 1187, 1465, 1762.  
Pellé, 100.  
Penau, 564.  
Penaud, 340.  
Penle, 1012, 1470.  
Penfield, 1285, 1351.  
Pennaneach, 1672.  
Perche, 1187.  
Pérés, 1076.  
Pérez, 1746.  
Perez (J.-J.), 230.  
Pergola, 700.  
Peri, 71.  
Perisson, 1095.  
Pernes, 804.  
Perono, 59.  
Perrault, 372.  
Perreau, 265.  
Perrin, 1403, 1605.  
Perrot, 1638, 1670.  
Pervès, 1096.  
Pesme, 1656.  
Petit-Dutaillies, 317, 479, 903.  
Pêtre, 316.  
Petresco, 866, 982, 1016.  
Pettit (Auguste), 268.  
Peugniez, 60, 319, 1078.  
Pezangora, 774, 1096, 1111, 1141, 1206.  
Pezzi, 1469, 1470.  
Pham (H.-C.), 214, 463, 983.  
Phisalix (Mme), 514, 968, 1014.  
Piaggio-Blanco, 1672.  
Pi-Suner, 967.  
Picard, 316.  
Picard (d'Arles), 1075.  
Picot, 178, 970, 1160, 1746.  
Piéchaud, 747.  
Pieri, 1095.  
Pierra (Chr.), 954\*, 986\*, 1018\*, 1694\*.  
Pierracini, 1289.  
Pierre, 392.  
Pierret (R.), 109\*, 209\*.  
Pierron, 257.  
Piéry, 757, 1401.  
Piettre, 936, 1554.  
Pigache, 1142.  
Pilatte, 1436.  
Pilod, 410, 651.  
Pin, 950.  
Pinard, 637, 1126, 1274, 1275.  
Pinoy, 743, 970.  
Piotrowski, 1142.  
Piquet, 78.  
Plantefol (Lucien), 230.  
Plauchu, 1322.  
Plazy, 426, 753.  
Pleindoux, 1076, 1077.  
Plichet, 371, 1111.  
Pochon, 1014.  
Pocoulé, 543.  
Poenaru-Caplesco, 58.  
Poilleux, 1569.  
Poinso R.), 304, 1189.  
Policard, 445, 1289.  
Policart, 1185.  
Pollet, 265, 583, 665.  
Pommé, 1025\*, 1057\*.  
Pommé (B.), 1075.  
Poncet, 1075.  
Ponthus, 757.  
Pool, 1077.  
Poppe, 1355.  
Porge, 371, 580.  
Portmann, 785, 1045.  
Porcheron, 1098.  
Pouchet, 1453, 1638.  
Poulain, 200.  
Poumailloux, 426, 1690.  
Poumeau-Delille, 177, 318, 666, 949, 1109.  
Poursines, 1285.  
Pouyanne (Louis), 338.  
Pouzet, 1637, 1669.  
Praliaud, 888.  
Préault, 1356.  
Preston (T.-Warwick), 1186.  
Pretet, 390.  
Pron, 482.  
Proust, 42, 372, 427, 480, 525, 820, 850, 888.  
Pruche (A.), 319, 496, 983, 1194, 1494.  
Pruvost, 426, 1707.  
Puddu, 1126.  
Puech, 1109.  
Puech (P.), 115, 317, 1032.  
Puig, 1556.  
Pulvenis, 1265, 1275.  
Pusepp, 317.  
Q  
Quénu, 371, 525, 1063.  
Quénu (Jean), 820.  
Quervain (de), 967.  
Quet, 1144, 1277.  
Quix, 74.  
Quevauviller, 1638.  
R  
Rabussier (Mlle), 1062.  
Rachet, 1402.  
Rademaker, 1194, 1465.  
Raillier, 12.  
Raillet, 390.  
Railliet, 59, 981.  
Ramadier, 77, 783.  
Rambert, 1456.  
Ramon, 21, 373, 544, 611, 612, 683, 774, 1047, 1094, 1110, 1127, 1139, 1175, 1762.  
Ramon (C.), 213.  
Ramon (G.), 230, 266, 267, 904.  
Ramond, 371.  
Randoin (Mme), 1762.  
Rangier, 1062.



Rappoport ((Mlle), 1032.  
 Rapetti, 1002.  
 Rateau (J.), 73.  
 Rathery, 100, 162, 265, 463, 542, 754, 850, 888, 1079.  
 Ratie, 1292, 1294.  
 Ratsimamanga, 392, 610, 866, 1762.  
 Ravina, 12, 1095, 1126.  
 Ravoire, 1292, 1294.  
 Raybaut, 265.  
 Raymond-Hamet, 1030.  
 Raynaud, 970.  
 Rebattu, 77.  
 Reboul, 248.  
 Récamier, 1637.  
 Rechou, 1600.  
 Recordier, 1365\*.  
 Regenbogen, 1707.  
 Régnier, 1638.  
 Ribadeau-Dumas, 304.  
 Richard, 426, 820, 1526, 1642, 1669.  
 Richards (G.), 81.  
 Riche, 1063, 1144, 1277.  
 Richet, 147, 230, 302, 541, 700, 1045.  
 Richou, 21, 266, 267, 373, 544, 611, 1127, 1175.  
 Rietschel, 1506.  
 Rieunau, 30, 666, 1095.  
 Reilly, 316.  
 Reinié, 102, 338, 373, 512.  
 Reiss, 1271.  
 Regaud, 902.  
 Rème, 1240.  
 Remlinger, 651, 838.  
 Remouchamps, 983.  
 Renaud, 542, 949, 1125, 1269.  
 Renaudin, 1014.  
 Rendu (R.), 77.  
 Renet (M.), 303.  
 Retezeanu (Mme), 426.  
 Reveilhe (P. de), 1214, 1215\*.  
 Revel, 338.  
 Reynier, 1194.

Reznick, 820.  
 Ribadeau-Dumas, 265.  
 Richou, 1762.  
 Rimbaud, 1143, 1226, 1333\*, 1600.  
 Rinjard, 1076.  
 Riou, 409.  
 Riser (M.-M.), 1351.  
 Risler, 887.  
 Rist, 230, 634, 748, 888, 1640.  
 Rivet, 371.  
 Robin, 372.  
 Rocchisani, 970.  
 Roche, 541, 1226.  
 Roch, 967, 1109.  
 Rocher, 772, 1670, 1638.  
 Rocher C.), 340.  
 Rocher (H.-L.), 338.  
 Rochette, 338.  
 Rode, 162.  
 Rodescu, 980\*.  
 Roederer, 113, 320, 593, 1078, 1502, 1503, 1637, 1670.  
 Roffo, 1269.  
 Roger (Henri), 589\*, 700, 785, 1034, 1137\*.  
 Rogozinski, 1554.  
 Rohmer, 757, 1046, 1187, 1506.  
 Rolland J.), 745.  
 Rollet, 774.  
 Roose, 1707.  
 Rosenkranz, 1191.  
 Rosenthal, 59, 166, 306, 1126.  
 Rossi, 1076.  
 Rouault, 852.  
 Roubakine, 541.  
 Roubaud, 1094.  
 Rouché, 1096.  
 Roudinesco (Mme), 1456.  
 Roudinesco-Weiss (Mme), 113.  
 Rouèche, 113.  
 Rouessé, 113.  
 Rougebief, 1492.  
 Rouhier, 42, 1746, 1747.  
 Roulin, 595, 919, 1142.  
 Roulland, 682, 699.  
 Rousseau (Léopold), 303.

Roussel (G.), 130.  
 Roussel (Mlle), 786.  
 Roussel, 247.  
 Roussy, 116, 266, 318, 392, 446, 543, 918, 1034, 1045, 1127, 1140, 1175.  
 Rouvière, 512, 1761.  
 Rouvillois, 1160.  
 Roux, 1748.  
 Roux (de Lausanne), 1077.  
 Roux (Et.), 425.  
 Roux (J.-Ch.), 1111, 1402.  
 Roux-Berger, 43, 248, 372, 1160, 1642.  
 Rouyer, 1160.  
 Roy, 542, 917, 850.  
 Roybaut, 542.  
 Ruais, 888.  
 Rubens-Duval, 444.  
 Ruppe, 376.

## S

Sabétay, 1127.  
 Sabouraud, 1271.  
 Sabourin, 390.  
 Sacré, 951.  
 Sadettin, 266, 391, 480, 787, 1047, 1141, 1205, 1416.  
 Saënz, 102, 266, 389, 391, 446, 480, 787, 1047, 1110, 1141, 1205, 1206, 1763.  
 Saget, 949.  
 Saidman, 482.  
 Saint-Girons, 304.  
 Saint-Jacques, 1390.  
 Sainton, 371, 385, 700.  
 Sainton (Mlle), 888.  
 Salembiez (Mlle), 1109.  
 Salles (P.), 264, 371.  
 Sallet, 448, 1014, 1031, 1080, 1125, 1556.  
 Salmon, 1338.  
 Sand (de Bruxelles), 1205.  
 Sanjuan (Domingo), 1221.

Santenioise, 1047, 1062, 1404, 1606.  
 Sarazin, 1403.  
 Sargnon, 71, 73, 79, 82.  
 Saric (R.), 340.  
 Sarnowicz, 774, 1016.  
 Sarradon, 177.  
 Sarroste, 131, 247.  
 Sarrouy, 970.  
 Sartory, 200.  
 Sartory (A.), 903, 6029.  
 Sartory (R.), 903, 1029.  
 Sassier, 818.  
 Sauerbruch, 1571.  
 Sauter (Mme), 1029.  
 Sauvan, 752.  
 Sauvè, 178, 287, 970.  
 Sauvy, 1226.  
 Savy, 1416.  
 Sayers, 1290.  
 Schaaf, 1276.  
 Schachter, 816, 1192.  
 Schaefer, 983, 1016, 1140, 1205.  
 Schaefer (W.), 1175.  
 Schaeffer (H.), 114.  
 Schaltenbrand, 1351.  
 Schick, 1506.  
 Schiff, 580.  
 Schmitt, 1063.  
 Schneegans, 177, 1188.  
 Schœn, 1096, 1110, 1127.  
 Schœn (Mlle A.), 230.  
 Schœn (Mlle), 390.  
 Schœn (Mlle R.), 1014, 1420.  
 Schœnbaum, 1190.  
 Schœngrun, 316.  
 Schon (Mlle), 1274.  
 Schottmuller, 1707.  
 Schultze, 1707.  
 Schwartz, 820, 1642.  
 Schwob, 316.  
 Sébileau, 81.  
 Secousse, 747.  
 Sedallan, 1175.  
 Sédillot, 412.  
 Sée, 1108.  
 See (G.), 12.

## ESTOMAC-INTESTIN

DYSPEPSIE

ENTÉRITE

GASTRALGIE

CHEZ L'ENFANT  
CHEZ L'ADULTE

## VALS-SAINT-JEAN

EAU de RÉGIME, FAIBLEMENT MINÉRALISÉE et GAZEUSE

Envoi gratuit d'Echantillons et de Notices à MM. les Docteurs sur demande adressée  
 DIRECTION-VALS-GÉNÉRALE: 53, Boul' Haussmann, Paris (9<sup>e</sup>) Téléph. 227-76.

ANÉMIE PALUDEENNE. — Source Dominique.

VALS-LES-BAINS. — Saison du 1<sup>er</sup> juin au 1<sup>er</sup> octobre.

## OLÉTHYLE-BENZYLE

BENZOATE DE BENZYLE

LABORATOIRE CENTRAL DE PARIS

122, rue du Faubourg Saint-Honoré

DÉSINFECTION = CHLORAMINE  
INTESTINALE = FREYSSINGE

1 à 3 pilules à chaque repas. - 6, Rue Abel, PARIS - Aucune contrindication

INFECTIONS  
AIGUES  
FÉBRILES

SEPTICEMINE CORTIAL

7, r. de l'Armorique  
PARIS (XV<sup>e</sup>)

- Séguin, 1703.  
Seidmann, 580, 1109.  
Seepsenwol, 1275.  
Séjournet, 59, 320, 950, 1062, 1642.  
Semelaigne, 113.  
Sence, 1125.  
Sénèque, 248, 428, 888, 1526, 1642.  
Serdaris, 482.  
Sergent (E.), 463, 741, 813, 850, 1125.  
Sergent (Ed.), 1492.  
Sergent (Etienne), 370, 408.  
Seringe, 645\*.  
Servantie, 166, 1683\*.  
Sevaux, 12.  
Sevin, 684.  
Sézary, 494, 542, 582, 174, 1269, 1271, 1274, 1275, 1640.  
Sgalitzer, 1351.  
Sigwald, 317.  
Silberstein (Lazare), 230.  
Sillon, 1655.  
Simon, 1205.  
Simon (Mlle A.), 213, 214.  
Simon (Th.), 1111.  
Simonnet, 786.  
Simonnet (H.), 268.  
Siredey, 1554.  
Slobozianu, 445.  
Slosse, 1012.  
Smorodinzew, 1356.  
Snapper, 1221.  
Sohier, 595, 919.  
Solcard, 1096.  
Solente, 1267.  
Sollier, 1076.  
Somer (de), 1555.  
Sorrel, 42, 43, 178, 247, 248, 287, 317, 372, 390, 428, 445, 479, 592, 820, 850, 851, 852, 904, 1032, 1063, 1642, 1748.  
Sorrel (Mme), 1032.  
Sorrel-Djerine (Mlle), 317, 592.  
Souchet, 74.  
Soulas, 81, 82, 410, 983.  
Soulié, 177, 265, 426, 666, 917, 1126.  
Soullignac, 982.  
Soullard, 43.  
Soupault, 42, 287, 525, 820, 1063.  
Sourdcl, 700.  
Spalding Spray, 1703.  
Sparrow (Mme), 21, 785.  
Spiegel, 1350.  
Spiegel-Adolf (Mme), 1350.  
Spillmann, 582, 1269.  
Stankoff, 1062.  
Stassen, 1291.  
Staub, 1094, 1175.  
Stavropoulos, 1555.  
Stella (de), 69, 77.  
Stefanopopulo (G.-J.), 267.  
Stephani, 743.  
Sterne, 444.  
Stewart, 12.  
Stoerr, 757.  
Stöhr (Ph. junior), 1276.  
Stolz, 427, 1255.  
Strauss, 177, 1554.  
Strohl, 1672.  
Strumza, 787.  
Stux, 1191.  
Subirana, 784.  
Sune y Medan, 784.  
Surmont, 684, 1417.  
Svedenius, 1188.  
Swynghedaauw, 116.  
Syllaba, 1014.
- Symonds, 1285.  
Sztrosberg, 757, 950.
- T**
- Tagand, 392.  
Talbot, 1142.  
Tanagasco, 1556.  
Tanasesco, 838, 1620.  
Tanon, 1638.  
Tapie, 1602.  
Tardieu (A.), 318, 1078.  
Tarnaud, 71, 81, 1629.  
Tassovatz, 1186, 1187.  
Tausk, 967.  
Tavennec, 610.  
Tavernier, 1638.  
Tayrac A. de), 861\*.  
Tedesco (Mlle), 580.  
Teleky, 1289.  
Terracol, 69, 784, 1144, 1277.  
Terrien, 902, 1191.  
Teulon-Valio, 1502.  
Théodoresco, 1269.  
Thésée, 542.  
Thévenard, 494, 592.  
Thévenot, 525, 596.  
Thiébaud, 917, 1034.  
Thieffry, 494, 772, 1127, 1690.  
Thiel, 265.  
Thienpont, 74.  
Thierry (Mlle), 1128.  
Thiers, 1565.  
Thiodet, 748, 970.  
Thomas (André), 317, 593, 1031, 1032, 1672.  
Thorel, 426.  
Thoyer, 1109.  
Thoyer-Rozat, 1571.  
Thubaut, 850.  
Thurel, 115, 594, 785, 918, 1032.  
Thurel H.), 317.  
Tierny, 1096.  
Tiffeneau, 214, 970, 1638, 1761.  
Tilitcheff, 903.  
Timmermant, 1355.  
Tinel, 785, 787, 1110.  
Tixier, 1456.  
Tixier (Léon), 44.  
Toinon, 1485\*, 1517\*.  
Tonnet, 268, 774, 1206.  
Toulant, 970, 1160, 1162.  
Touraine, 1267, 1269.  
Tournade, 970, 1470.  
Tourniaire, 982, 1610.  
Toye, 1226.  
Traissac (F.-J.), 340.  
Traissac (R.), 338.  
Traverse (de), 1079.  
Treillard, 1094.  
Trelles (J.-O.), 115, 125\*, 157\*, 241\*, 592, 593.  
Trèves (A.), 318, 320, 1503.  
Triboulet, 426.  
Trifu, 982.  
Trillat, 1565, 1762.  
Troisier, 12, 162, 494, 818, 819, 970, 1126, 1556, 1640, 1701.  
Trotot, 1705.  
Truc, 1143.  
Truesdale, 1571.  
Truffert, 69\*, 78.  
Tsocanakis, 593, 982.  
Tuntler, 1617.  
Turckini, 1109.  
Turel, 700.  
Tzanck, 12, 58, 164, 316, 389, 580, 1690.
- U**
- Uhry, 177, 1126.  
Ulman, 1640, 1692.
- Ullmann, 1126.  
Ulrich, 1351.  
Ungar, 446, 543, 787, 1110, 1436, 1762, 1763.  
Urechia, 371, 426, 818, 819, 888, 982.
- V**
- Vagliano M.), 266.  
Vague, 1365\*, 1565\*, 1613\*.  
Vaille, 390, 448, 610, 904.  
Vairiel, 913\*.  
Vaisman, 1096, 1127, 1141, 1274, 1275.  
Vaja, 897, 931, 1089, 1631.  
Valatx, 595, 1141.  
Valdiguicé, 887.  
Valette, 1761.  
Valette (G.), 512.  
Valette P.), 491.  
Valla, 1655.  
Valtis, 446, 480, 542, 651, 774, 1126, 1127, 1140, 1705.  
Van Bogaërt, 391, 772, 1206, 1762.  
Van Bogaërt (Ludo), 1556.  
Van Deinsse, 391, 446, 480, 542, 774, 1705.  
Van der Elst, 1142.  
Van Haelst (J.), 1670.  
Van Heerswynghe, 1126.  
Van Lint, 1271.  
Van Nieuwenhuysse, 71.  
Van Wildenbergh, 74.  
Vaquez, 1453.  
Varay, 1206.  
Vasilescu, 1707.  
Vaucher, 177.  
Vaudremet, 741, 902.  
Vauthey (Max), 693\*, 781\*.  
Vauthey (Paul), 693\*, 781\*.  
Veau, 525, 820.  
Veber, 950, 1112.  
Vedel, 1292.  
Vegreanu, 58.  
Velluz, 1123.  
Veloppe, 1076.  
Velter, 783.  
Velti, 1030.  
Velu, 936, 1077.  
Véran, 1690.  
Verdollin, 1062.  
Verge, 1208.  
Verger, 340.  
Véricourt de), 58, 1109.  
Vermeylen, 374.  
Verne, 376.  
Veyssi, 1540.  
Vial (Gilbert), 225\*, 259\*, 765\*.  
Vial (Mlle), 1192.  
Vialard, 371.  
Vialatte, 178.  
Viallefont, 1143, 1144, 1266, 1278, 1292.  
Vidal, 1226, 1681.  
Vidal-Naquet, 1503.  
Vidacovitch, 1047, 1062, 1404, 1606.  
Viela, 78.  
Viouchange, 683, 785, 1140.  
Vignes (H.), 166.  
Villard, 681, 1144, 1226.  
Villaret (Maurice), 100, 266, 268, 771, 1109, 1207, 1429\*, 1503, 1638.  
Villette, 1046.  
Vilter, 1276.  
Vincent, 1112.  
Vincent (Cl.), 114, 317, 917, 1031, 1032, 1353.
- Vincent (H.), 21, 264, 803, 836, 1452.  
Vincent (René), 820.  
Vincenti, 747.  
Vintrup, 1222.  
Violle, 494, 838, 1174.  
Virenque, 666.  
Vires, 1144, 1278.  
Vischniac, 919, 1079, 1205.  
Voet, 1419.  
Vogt (Mlle Claire), 114, 317.  
Voillaume, 818.  
Volmar, 338, 1420.  
Voringen, 1506.
- W**
- Wahl, 410, 1098, 1417.  
Wallgren, 1192.  
Wallois, 951.  
Walser (Jean), 337.  
Walthaw, 1638.  
Wangermez, 340.  
Warembert, 1707.  
Warter, 1109, 1110, 1271.  
Watrin, 1269.  
Weber, 320.  
Weed (L.-H.), 1351.  
Wegelin, 1291.  
Weil (M.-P.), 1012, 1381\*, 1599.  
Weil (P.), 371.  
Weil (R.), 1063.  
Weill (G.-A.), 785.  
Weill (Mlle), 230.  
Weill (M.-P.), 1502, 1503.  
Weiller (P.), 1709.  
Weill-Hallé, 426.  
Weill-Spire (Mme), 304.  
Weller, 1762.  
Weinberg, 866, 904, 1110, 1205.  
Weiss, 427.  
Weiss (A.-G.), 1255.  
Weiss (R.), 903.  
Weissenbach, 1126, 1271, 1276.  
Weitzel, 1112.  
Wellenwald, 58.  
Weller, 1139, 1672, 1690.  
Welti, 820, 1111, 1642.  
Wieland, 1618.  
Willemmin-Clog, 1189.  
Wild, 1619.  
Willot, 1030.  
Wilmoth, 247, 1642.  
Wolff, 1540, 1600.  
Wolffromm, 839.  
Woringer, 74.  
Worms, 58.  
Worms (G.), 71.  
Wurmser (L.), 100, 1096.
- Y**
- Yearsley (MacLeod), 1185.  
Yersin, 1287.  
Yervante-Manouélian, 949.
- Z**
- Zachariew, 1705.  
Zadoc-Kahn, 264, 1191.  
Zaepfel, 757.  
Zaoui, 1267.  
Zéno, 850, 851.  
Zerling, 543, 787.  
Zimbal, 1186.  
Zinulnik, 1191.  
Zottner, 1077.  
Zuccoli, 390.  
Zunz, 1470.



TRAITEMENT  
DU  
**DIABETE**  
PAR LES  
CAPSULES GLUTINISÉES  
DE

**PANCRÉATINE**  
**LALEUF**

ÉCHANTILLONS ET LITTÉRATURE

**LABORATOIRES LALEUF**

20 RUE DU LAOS

PARIS (XV<sup>e</sup>)

Nouvelle adresse : 51, rue Nicolo, PARIS (XVI<sup>e</sup>).

**OLÉTHYLE-BENZYLE**

**PEPTONATE DE FER ROBIN**

Gouttes - Vin - Elixir

**ANÉMIE-CHLOROSE-DÉBILITÉ**

**LABORATOIRES ROBIN, 13, Rue de Poissy PA**

R. C., 221.839,  
Seine.



LE DIURÉTIQUE RÉNAL PAR EXCELLENCE

# SANTHÉOSE

LE PLUS FIDÈLE, LE PLUS CONSTANT, LE PLUS INOFFENSIF DES DIURÉTIQUES

SES QUATRE FORMES

**PURE**

Le médicament régulateur par excellence, d'une efficacité sans égale dans l'artério-sclérose, la pré-sclérose; l'albuminurie, l'hydropisie, l'urémie.

**PHOSPHATÉE**

L'adjuvant le plus sûr des cures de déchloruration et de désintoxication de l'organisme, dans la neurasthénie, l'anémie et les convalescences.

**CAFÉINÉE**

Le médicament de choix des cardiopathies, fait disparaître les œdèmes et la dyspnée, renforce la systole, régularise le cours du sang.

**LITHINÉE**

Le traitement rationnel de l'arthritisme et de ses manifestations; juggle les crises, enrayer la diathèse urique, solubilise les accidents urinaires.

DOSES : 2 à 4 Cachets par jour. — Ces cachets sont en **FORME DE CŒUR** et se présentent en boîtes de 24.

**PRODUIT FRANÇAIS**4, rue du Roi-de-Sicile  
— PARIS —**PRODUIT FRANÇAIS**

CONSTIPATION  
SPASMODIQUE

## CARBATROPINE

CHARBON ATROPINÉ

LABORATOIRE

MONTAGU

49, Bd de PORT-ROYAL

PARIS

# ANGIOLYMPHE

= Principes Actifs d'Orchidées

**Tous ÉTATS DÉFICIENTS - PRÉTUBERCULEUX - TUBERCULOSE****AUCUNE TOXICITÉ — PAS DE CONTRE INDICATIONS**

Injections intra-musculaires indolores — 2 à 5 cc. par séries de 10 à 12 injections

# ARGYCUPROL

= Ag (10 %) + Cu (0,1 %)

Attaque le Gonocoque et les Associations microbiennes

**BLENNORRAGIE** aiguë (traitement abortif) ou Chronique et leurs Complications - **AFFECTIONS GYNÉCOLOGIQUES** : Métrites simples ou gonococciques, Vulvite, Vulvo-Vaginites, etc. - **OPHTALMOLOGIE** - **DERMATOLOGIE**

Injections urétrales, Vaginales, Grands lavages uréthro-vésicaux

**INDOLORE — NON CAUSTIQUE — NE PROVOQUE PAS DE RÉTRÉCISSEMENTS**Echantillons et Littérature : **LABORATOIRES de l'ANGIOLYMPHE**, 4 bis, rue Hébert, COURBEVOIE











